

11241

22j5



Universidad Nacional Autónoma de México

Departamento de Psiquiatría y Salud Mental.
Facultad de Medicina

APLICACION DE UNA ESCALA PARA LA DETECCION DE LA
DEMENCIA Y LA VALORACION DE LA FUNCIONALIDAD DE
PACIENTES EN UN SERVICIO DE GERIATRIA DE UN HOSPITAL
GENERAL.

T E S I S

para obtener el título de la Especialización en
PSIQUIATRIA

present a

Dra. Laura Estela Ordóñez García

México, D. F.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1988



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I.- DATOS GENERALES:

1.- Investigador:

Dra. Laura Estela Ordóñez García.

2.- Titulo:

APLICACION DE UNA ESCALA PARA LA DETECCION DE LA DEMENCIA Y LA VALORACION DE LA FUNCIONALIDAD DE PACIENTES EN UN SERVICIO DE GERIATRIA DE UN HOSPITAL GENERAL.

3.- Asesores:

Dr. Carlos Campillo Serrano.

Dra. Ana Luisa Soza Ortiz.

4.- Institución:

Hospital Español.

II.- INTRODUCCION:

Los datos demográficos de las últimas décadas muestran un incremento importante en el grupo de edad de 60 y más años (Cooper & Bickel, 1984). Este incremento no es solo numérico, sino también del promedio de edad. Paralelo a este promedio de edad se encuentra un incremento desproporcionado en el número de individuos con diagnóstico de demencia (Eagles, 1984).

Las investigaciones actuales en el Reino Unido sugieren que cerca del 10 % de las personas de más de 65 años padecen un deterioro intelectual clínicamente importante. La mitad de ellas cursan con demencia (Beck et al. 1982).

Los datos procedentes de E.U.A. referentes solamente a la demencia degenerativa primaria indican que aproximadamente el 5 % de las personas de más de 65 años cursan con sintomatología severa, y un 11 a 12 % adicional se encuentran en los estados leve a moderado (Pfeisberg, 1982). De acuerdo con las estimaciones demográficas actuales, el número absoluto de personas afectadas se incrementará en la siguiente generación cerca del 50 % en los países desarrollados, y más del doble en los países en vías de desarrollo (Cooper & Bickel, 1984). Dentro de 20 años, las tres quintas partes de la población de más de 60 años se encontrará viviendo en los países en vías de desarrollo (Jolley & Arie, 1978).

No hay duda que la demencia es, por su trascendencia y magnitud, un problema de Salud Pública. En el Reino Unido, las encuestas realizadas en asilos de ancianos indicaron que del 50 al 75 % de los internos se encontraban con algún grado de deterioro mental (Bock, 1982). Sus consecuencias son graves, no solo por su mortalidad (Diestfeld et al., 1986), sino porque es la principal causa de incapacidad y dependencia en el anciano (Cooper y Bickel, 1984).

Para algunos autores (Rango, 1985), ningún padecimiento le causa más angustia al médico dedicado a la Geriatria que el tratar con un enfermo demenciado. Incapaz de ofrecer un tratamiento médico efectivo, debe esperar el deterioro progresivo de las facultades intelectuales, afectivas y cognitivas, que eventualmente hacen al paciente incapaz de sobrevivir si se le deja solo, e incapaz de ejercer su autodeterminación (Rango, 1985).

Los datos demográficos de México, país en vías de desarrollo, se han modificado en los últimos años. Esto es, en parte, por las políticas de control de población, y en parte por la mejor calidad de la atención médica. La esperanza de vida ha aumentado desde 1930; se estima que, para el año 2000 será de 66 a 68 para el hombre y de 72 para la mujer.

Por otra parte, la población senectia aumentó un 178 % entre 1950 y 1980, pasando así de 1,400,000 a casi 4 millones. En 1984 representaba el 5.4 % de la población total. Se calcula que para el año 2,000 más de 7 millones de mexicanos tendrán más de 60 años. La elaboración de programas que aseguren el bienestar de esta creciente población senil, tanto en el aspecto social, como en el económico, cultural y de salud física y mental ha sido motivo de preocupación en las últimas décadas. En 1979 se expidió un decreto Presidencial en el que se designaba al Instituto Mexicano de la Senectud la tarea de ayudar, atender, orientar y proteger a la vejez mexicana (Krassioievitch y Carretti, 1984).

Una de las instituciones que se ha tenido que enfrentar con problemas especiales para la atención de personas ancianas es la Sociedad de Beneficencia Española, debido al promedio de edad de sus asociados. Fundada en 1842 en la Cd. de México, D.F. para auxiliar a los españoles necesitados, tiene entre sus objetivos el recoger y asistir hasta su muerte a los ancianos y a los inválidos (Estatutos, 1963). Para ello cuenta con un asilo de ancianos, de 263 camas distribuidas en 7 salas periféricas.

El servicio de Psiquiatría del Hospital Español tiene una larga trayectoria en la atención a los pacientes internados en estas salas. En 1979 se efectuó un estudio en el servicio de consulta externa general por el servicio de Psiquiatría, donde se reportó que el 55 % de los pacientes mayores de 65 años presentaban algún tipo de patología psiquiátrica detectada por el Cuestionario General de Salud de Goldberg y corroborada por la Entrevista Psiquiátrica Standardizada (Sosa, 1980). En abril de 1980 el Servicio de Geriatría reportó que el 60 % de los pacientes internados cursaban con patología psiquiátrica. La demencia senil se encontró como primera causa de patología, reportándose el 53.5 % (Sosa, 1980). En 1984, la demencia fue la segunda causa de patología psiquiátrica en importancia encontrada en esas salas (Villalba, 1984).

III.- ANTECEDENTES:

Existe una gran disparidad entre el número de personas que reciben algún tipo de atención psiquiátrica y el número total de personas afectadas. Esto significa que una gran proporción de los trastornos psicogeriátricos son reconocidos y referidos para tratamiento sólo cuando han alcanzado un estado muy avanzado. Esto ha condicionado que en los últimos años el interés médico y científico se dirija a desarrollar estrategias de detección del padecimiento desde sus más tempranas etapas, ya sea para detener el daño o para reducir la incapacidad, la cronicidad y la dependencia a algún tipo de atención institucional (Cooper & Bickel, 1984).

La utilización de métodos para la detección de la demencia ha planteado varios problemas que creemos importante mencionar (Cooper & Bickel, 1984):

1.- El argumento más poderoso contra la detección sistemática de la demencia radica en que no es de valor práctico, ya que es una enfermedad sin tratamiento específico y con un pronóstico muy pobre y poco uniforme. Sin embargo, hay que recordar que un porcentaje de los pacientes diagnosticados como dementes pueden estar cursando en realidad con un trastorno reversible potencialmente y susceptible a tratamiento (Rabins, 1981).

Por otra parte, ya se mencionó anteriormente que en los casos en que el curso natural de la enfermedad conduzca a un deterioro progresivo y no existan medidas específicas de tratamiento, el principal objetivo de la atención médica será mitigar el sufrimiento, evitar las crisis agudas y favorecer lo más que sea posible el

funcionamiento independiente del individuo. De este modo, la detección de la demencia estará dirigida a reducir la incapacidad y posponer la necesidad de una atención institucional.

2.- El conocimiento acerca de la historia natural de la enfermedad es pobre. A pesar de que el curso y la evolución de pacientes atendidos en hospitales han sido cuidadosamente estudiados desde su primer ingreso al hospital (Blessed & Wilson, 1982), existe poco conocimiento de la enfermedad antes de su admisión. Se han reportado estudios de seguimiento de la demencia moderada, pero todavía no es posible predecir cuantos, ni quienes, de un grupo de individuos de 60 años y más, que cursen con deterioro cognitivo, desarrollará un deterioro mental severo (Gillis et al. 1982).

No existen, por lo tanto, argumentos con los suficientes fundamentos para recomendar a los individuos detectados se sometan a un estudio más completo en ese momento. Sin embargo, el uso de métodos para la detección de la demencia se justifica por la necesidad antes mencionada de investigar sobre la historia natural de la enfermedad desde sus estados iniciales.

3.- Se ha argumentado que los métodos de detección de la demencia no brindan ningún beneficio a los individuos con un deterioro normal. Sin embargo, existen reportes en los que el uso de escalas a intervalos regulares, o la incorporación de éstas a la valoración rutinaria del paciente, ayuda a la detección temprana en un 42 % de los casos (Lowther, 1970; Cooper & Bickel, 1984).

En los últimos años se han publicado muchas escalas, generalmente construidas por investigadores aislados, y para estudios particulares. Son escasas las publicaciones que comparen las ventajas y las desventajas de ellas (Snaith, 1981). Su sensibilidad, especificidad y validez se reportan en los estudios de sus respectivos autores. La mayoría se fundamenta principalmente en la valoración del estado cognitivo. Sin embargo, son pocas las que pueden detectar los cambios aún en estados más tempranos.

Las escalas para valorar la demencia se han dividido en tres grupos generales (Cooper & Bickel, 1984). Clasificamos todas las que conocemos dentro de estos tres grupos. Agregamos un cuarto grupo, tomando en cuenta la valoración del grado de dependencia y

funcionalidad del paciente. Se mencionan a continuación:

1.- Cuestionarios cortos:

Consisten en cuestionarios de 10 preguntas máximo. No son autoaplicables. Fueron desarrollados para identificar los probables casos de demencia de una forma rápida y económica en la población abierta. Presentan la desventaja de ser muy poco precisas en el diagnóstico y no referirse a la funcionalidad del individuo. No detectan el grado de severidad ni los casos incipientes. Su utilidad en los casos muy avanzados es muy discutible. Las más importantes son:

Short Portable Mental-Status Questionnaire (Pfeiffer, 1975; Robinson, 1986); el Mini-Mental State (Folstein, 1975; Robinson, 1986); y el Mental Status Questionnaire (Kahn, 1960; Gillis, 1962).

2.- Escalas de uso general:

No son específicas para demencia, pero en su contenido incluyen reactivos referentes al deterioro cognitivo. Algunos incluyen aspectos referentes al estado afectivo o al comportamiento social, por lo que son útiles para valorar la funcionalidad del sujeto. Tienen la desventaja de que en su mayoría son largos y para su aplicación se requiere, en casi todos ellos, una persona entrenada y con experiencia.

Las más representativas son:

The Gandoz Clinical Assessment Geriatric (SCAG) Scale (Venn, 1983); The Brief Cognitive Rating Scale (BCRS) (Rusberg et al., 1983) y The Clifton Assessment Scale (CAS) (Pattie & Gilleard, 1975; Pattie & Gilleard, 1976).

3.- Escalas específicas para demencia:

Casi todas contienen reactivos referentes a orientación en tiempo, lugar y persona, memoria y conocimientos generales. Algunas de ellas están diseñadas específicamente para demencia degenerativa primaria (otras, para valorar si el trastorno es orgánico o funcional). Este tipo de escalas se utiliza

principalmente en instituciones psiquiátricas por su especificidad. Se mencionan las principales:

The Global Deterioration Scale for Assessment of Primary Degenerative Dementia (Reisberg, 1982); The Crichton Geriatric Rating Scale (CRS) (Robinson, 1961; Ovestone 1981; Eagles & Gillerard, 1984); The Crichton Visual Analogue Scale (Morrison, 1983); The Mental Status Examination for Dementia (Martin, 1983); The Short Orientation-Memory-Concentration Test of Cognitive Impairment (Katzman et al., 1983); The Dementia Behavior Scale (Haycox, 1984); Niveles de desintegración en las demencias degenerativas (Canetti, Marquez, Krassoievitch, 1987); The Alzheimer's Disease Assessment Scale (Rosen et al. 1984); The Geriatrics Rating Scale (Gottfries, 1968); Hachiski Ischemia Score (Rosen et al. 1980; Robinson, 1984).

4.- Escalas que valoran el grado de dependencia y funcionalidad del sujeto:

Se utilizan como complemento de las anteriores, para valorar el grado de dependencia y de funcionalidad. Algunas de ellas son:

Psychogeriatric Dependency Rating Scales (PGDRS) (Wilkinson & White, 1980); Impairment Scale (Gillis, 1982); Bigson Spiral Maze (Pattie & Gillerard, 1975); Functional Activities Assessment (Pfeffer et al., 1981).

La valoración de la conducta de un sujeto nos puede dar información referente a la pérdida de capacidades que no se relaciona obligadamente con el deterioro cognitivo, pero que pueden ser las primeras manifestaciones de un síndrome demencial (Reisberg et al., 1982).

El deterioro de estas capacidades, como pueden ser la interacción social, la capacidad de vestirse solo o con ayuda, o de alimentarse solo o con ayuda, indicará el grado de independencia, funcionalidad que presentará el sujeto.

Una de las preocupaciones del servicio de psiquiatría del Hospital Español con respecto a la atención integral de los pacientes de Geriátrica está encaminada a la aplicación de una escala para la

detección de la demencia y la valoración de la funcionalidad del sujeto. Esta escala, dadas las características del servicio, debe llenar los siguientes requisitos: Ser fácil de aplicar, corta (de 8 a 10 reactivos como máximo), confiable y sensible.

De todas las escalas antes mencionadas, hicimos una primera selección de las más factibles de utilizar (tabla 1).

De ellas, dos escalas se aproximan a las características antes mencionadas: La Brief Cognitive Rating Scale (BCRS) y la Dementia Behavior Scale. Seleccionamos esta última porque valora aspectos de funcionalidad que nos pueden indicar síntomas incipientes de demencia, y puede ser usada para seguimiento posterior de los pacientes.

IV.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

El servicio de Psiquiatría del Hospital Español tiene a su cargo la atención psiquiátrica de los pacientes internados en las salas de Geriatria. Estudios anteriores (Sosa 1980; Villalba, 1984) señalan a la demencia como primera y segunda causa de morbilidad psiquiátrica, respectivamente. Sin embargo, no contamos con un método de detección que sea rápido, fácil de aplicar aún por un residente que no sea del área de psiquiatría, corto, confiable y sensible, y que además de detectar a la demencia nos indique el estado de funcionalidad del individuo y nos permitan seguir su evolución.

V.- OBJETIVOS:

Investigar la validez concurrente y la confiabilidad de la escala Dementia Behavior Scale para la detección de la demencia y la valoración de la funcionalidad del paciente, de acuerdo a los criterios de demencia del DSM III.

VI.- POBLACION A ESTUDIAR:

1.- Universo:

Se tomarán como universo a los 235 pacientes internados en las salas 1, 2, 3, 11, 12, 12B y 18 del Hospital Español.

1.1.- Criterios de inclusión:

1.1.1.- Estar internado en las salas antes mencionadas.

1.1.2.- Sin distinción de sexos.

1.1.3.- Tener 60 o más años.

2.- Criterios de exclusión:

Sin criterios de exclusión.

3.- Cálculo del tamaño de la muestra:

Se calculó la muestra tomando en cuenta las cifras que se reportan en otros países y en estudios anteriores en esta población de la existencia de demencia. Del total de 223 pacientes que llenan los criterios de inclusión (78 hombres y 145 mujeres) se seleccionó a 39 pacientes por la técnica de muestreo sistemático.

VII.- DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN:

1.- Material:

1.1.- Recursos humanos:

1.1.1.- Un investigador principal.

1.1.2.- Dos investigadores auxiliares.

1.2.- Instrumento de medición:

De las dos escalas la que más se aproxima a las características requeridas es la Dementia Behavior Scale (Haycox, 1984).

Esta es una escala corta, sencilla, de 8 reactivos. Cada categoría de síntomas se divide en siete estados (0 = normal; 7 = Deterioro severo). De este modo, un individuo no demenciado tendrá una calificación de 0 y un individuo completamente demenciado obtendrá una calificación de 48.

Las ocho categorías son las siguientes:

1.- Lenguaje y conversación: Califica el intercambio verbal con la gente. Se prefiere no utilizar el término "discurso" ya que éste se relaciona más específicamente con la pronunciación de las palabras.

2.- Intercambio social: Mide el nivel de interacción con las otras personas.

3.- Atención y estado de alerta: Se refiere a la capacidad que tiene el individuo para darse cuenta de

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

9.

lo que pasa a su alrededor y mantener su atención en ello. Se valora también su orientación en tiempo.

4.- Orientación en el espacio: Aún en estados normales se considera que puede haber variaciones, por ej., al despertarse en un cuarto desconocido. Sin embargo, en términos generales, el individuo pronto sabrá donde está, o será capaz de deducirlo. Se califica en el momento de la evaluación.

5.- Coordinación motora: En el anciano normal, y aún en situaciones en las que pueda perder algunas habilidades a causa de padecimientos deformantes como la artritis, o en la presencia de incapacidad física, se conserva la coordinación motora aunque existan algunas alteraciones en la figura o en sus movimientos.

6.- Hábitos intestinales y urinarios: La conservación de estas dos funciones es esencial para la adaptación social. Aún la retención urinaria o intestinal puede indicar pérdida de la funcionalidad, ya que es mas un factor psicológico que neurológico.

7.- Alimentación y estado de nutrición: La evaluación de estos dos aspectos es importante para valorar el estado de demencia. Su sensibilidad y confiabilidad ya han sido demostrados.

8.- Vestido y arreglo personal: La apariencia de un enfermo determinará como reaccionará la gente ante él y puede indicar si a la gente le gusta o no estar cerca del paciente. La presentación social ayuda a la familia a decidir si se lleva al paciente a casa. La mayoría de los pacientes pierden tempranamente el interés y la capacidad para su arreglo personal.

La confiabilidad y la validez de la escala se reporta en el trabajo original (Haycox, 1984). En el anexo 1 se describe cada categoría detalladamente.

2.- Método:

Este es un estudio descriptivo, transversal, de duración de dos meses.

3.- Procedimiento:

3.1.- Se procedió a la evaluación de pacientes según selección por muestreo y designación por cronograma previamente determinados.

3.2.- Participaron tres investigadores, quienes desconocían el diagnóstico previo del paciente.

3.3.- Los tres investigadores evaluaron el mismo día a los pacientes previamente determinados de la siguiente manera:

3.3.1.- Los investigadores 1 y 2 trabajaron simultáneamente. Uno interrogó y calificó, alternándose en cada evaluación. No se comunicaron entre ellos la calificación que asignaron a cada paciente.

3.3.2.- Posterior a la evaluación se ordenó SMA 12-60, EGO, BH completa y electrolitos.

3.3.3.- En un intervalo de tiempo no mayor de tres horas de la primera evaluación el investigador 3 evaluó al paciente según los criterios del DSM III para el diagnóstico de demencia.

3.3.4.- Después de haber efectuado las evaluaciones mencionadas se recabaron del expediente los siguientes datos: Sexo, edad, y diagnóstico de hoja frontal.

4.- Resultados:

De los 39 pacientes estudiados 23 fueron mujeres y 16 hombres, con una media de edad de 84 años.

Para valorar la validez concurrente se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson, resultando .95.

De acuerdo a los criterios diagnósticos del DSM III 4 pacientes resultaron con demencia (3 mujeres y 1 hombre). Las calificaciones obtenidas en la escala se encontraron dentro del rango de 29-42. Se utilizó la t de Student = 1.6 lo cual es significativo ($p < 0.5$).

5.- Conclusiones:

Los resultados de la prueba de correlación fueron altos, y su comparación con los criterios del DSM III fué significativa. Esto indica que la escala es confiable, fácil de aplicar, indica la funcionalidad del individuo y permite seguir su evolución. Se recomienda su uso en la valoración de los pacientes ancianos.

ESCALAS PARA EVALUAR DETERIORO MENTAL.

TITULO	OBJETIVO	HIDE	VENTAJAS	DESVENTAJAS.
GLOBAL DETERIORATION SCALE. (Reisberg).	Detección y seguimiento.	Cognitiva.	Corta. Facil de aplicar. Da calif. global.	Mide solo un aspecto. Especifica para Alzheimer
CRICHTON GERIATRIC RATING SCALE. (Morrison) ?	Detección y seguimiento.	Funcionabilidad. Afectivo.	Corta. Facil de aplicar. Mide demencias la general.	No cognitiva. No da calif. global.
CRICHTON VISUAL ANALOGUE SCALE. (Morrison.) ?	Detección y seguimiento.	Funcionabilidad. Afectivo.	Corta. Facil de aplicar. Mide demencias la general.	No cognitiva. No da calif. global. No maneja numero.
CLIFTON ASSESSMENT SCHEDULE. (Pattie.)	Detección y seguimiento.	Funcionabilidad. Cognitiva.	Corta. Facil de aplicar.	Necesita escala complementaria. Mide funcionamiento Psicologicos en Pacientes crónicos.
BRIEF COGNITIVE RATING SCALE. (Reisberg)	Detección y seguimiento.	Cognitiva. Funcionabilidad.	Corta. Facil de aplicar. No especifica para Alzheimer.	No da evaluación global
IMPAIRMENT SCALE. (Gillis).	Detección y seguimiento.	Deterioro físico.	Corta. Facil de aplicar.	Incompleta ella sola/
The Dementia Behavior Scale	Detección y Seguimiento	Cognitiva y Funcionalidad	Corta, precisa y facil de aplicar	

BIBLIOGRAFIA:

- 1.- Adolfsson, R. & Gottfries, C.: Prevalence of dementia disorders in institutionalized Swedish old people. *Acta psychiat. scand.* (1981) 63, 225-244.
- 2.- APA: DSM III. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Edit. Masson, S.A. Barcelona, España 1984.
- 3.- Beck, J. et al.: Dementia in the elderly: The silent epidemic. *Annals of Internal Medicine* (1982); 97: 231-241.
- 4.- Blessed, G. & Wilson, D.: The contemporary Natural History of Mental Disorder in old age. *Brit. J. Psychiat.* (1982). 141, 59-67.
- 5.- Canetti, Marquez, Krassolevitch: Reacciones adaptativas en situaciones de prueba en la demencia senil. *Salud Mental.* 10 (1) Marzo 1987. 5-18.
- 6.- Cooper, B & Bickel, H.: Population screening and the early detection of dementing disorders in old age: A review. *Psychological Medicine*, 1984. 14, 81-95.
- 7.- Diestfeld, H. et al.: Duration of survival in senile dementia. *Acta psychiatr. scand.* (1986) 73, 366-371.
- 8.- Eagles, J.M.; Gilleard, C.J.: The demented elderly admitted to a psychogeriatric Assessment Unit. *Brit. J. Psychiatr.* (1984), 144, 314-316.
- 9.- Estatutos de Sociedad de Beneficencia Española 1963. Títulos I-III.
- 10.- Gillis, L. et al.: The admission of the elderly to places of care: a socio-psychiatric community survey. *Psychological medicine*, (1982) 12, 159-168.
- 11.- Haycox, J.A.: A behavioral scale for dementia. En: *Dementia in the elderly*. American Psychiatric Press Inc. Washington D.C., 1984.
- 12.- Haycox, J.: A simple, reliable clinical behavioral scale for assessing demented patients. *J. Clin. Psychiatry* (1984) 45: 23-24.
- 13.- Jolley, J.; Arie, T.: Organization of psychogeriatric services. *Brit. J. Psychiat.* (1978) 132, 1-11.

14.- Katzman, R. et al.: Validation of a short orientation-memory-concentration test of cognitive impairment. *Am. J. Psychiatry.* 140:6. June 1986. 734-739.

15.- Krassoievitch, M.; Canetti, A.: La gerontopsiquiatria: Situación actual. *Psiquiatría* 1986; 2: 3-12.

16.- Martin, B. et al.: The Mental Status Examination for dementia. Review of practice in a psychiatric hospital. *Can. J. Psychiatry.* Vol. 28, June 1983. 287-290

17.- Morrison, D.P.: The Crichton visual analogue scale for the assessment of behaviour in the elderly. *Acta Psychiat. scand.* 1983. 68 408-413.

18.- Ovenstone, I.; Bean, F.: A medical social assessment of admissions to old people's homes in Nottingham. *Brit. J. Psychiat.* (1981) 139, 226-229.

19.- Pattie, A. & Gilleard, C.: A brief *Psychiat.* (1975) 127, 489-493.

20.- Pattie, A.; Gilleard, C.: The Clifton assessment schedule. Further validation of a psychogeriatric assessment schedule. *Brit. J. Psychiat.* (1976), 129, 68-72.

21.- Rabins, P.: The prevalence of reversible dementia in a psychiatric hospital. *Hospital & Community psychiatry* (1981) 32, 7, 490-492.

22.- Rango, N.: The nursing home resident with dementia. *Annals of Internal Medicine*, 1985: 102, 835-841.

23.- Reisberg, B. et al.: The brief Cognitive Rating Scale (BCRS). Findings in Primary Degenerative Dementia. *Psychopharmacology Bulletin.* (1983). 19, 47-50.

24.- Reisberg, B. et al.: The global deterioration scale for assessment of Primary Degenerative Dementia. *Am. J. Psychiatry* 139. September 1982.

25.- Robinson, B.: Dementia: A three-prolongued strategy for primary care. *Geriatrics* (1986) 41, 2, 75-86.

26.- Rosen, W. et al.: A new Rating Scale for Alzheimers's disease. *Am J. Psychiatry* 141: 11, November 1984. 1356-64.

27.- Snaith, R.P.: Rating Scales. Brit. J. Psychiat. (1981), 138, 512-514.

28.- Venn, R.: The Sandoz Clinical Assessment Geriatric (SCAG) Scale. Gerontology, (1983): 29, 185-198.

29.- Villalba, L.: Patología mental en un asilo de ancianos de un Hospital General. Tesina UNAM Dpto. Siquiatria y Salud Mental. 1984.

30.- Wilkinson, I. & Graham, W.: Psychogeriatric Dependency Rating Scales (PGDRS) a method of assessment for use by nurses. Brit. J. Psychiat. (1980) 137, 558-565.

NOMBRE _____

FECHA _____

LLENA CRITERIOS

SI _____

NO _____

CRITERIOS CLINICOS PARA EL DIAGNOSTICO DE DEMENCIA
SEGUN EL DSM III.

? = Información inadecuada.

1 = Ausente.

2 = Por debajo del umbral.

3 = Umbral.

- a) Pérdida lo bastante intensa de la capacidad intelectual como para interferir en el funcionamiento social y laboral. ? 1 2 3
- b) Deterioro de la memoria. ? 1 2 3
- c) Al menos uno de los siguientes síntomas:
- 1.- Deterioro del pensamiento abstracto, como concretismo en interpretación de proverbios, incapacidad de encontrar semejanzas y diferencias entre palabras, dificultad en la definición de palabras y conceptos, así como en otras tareas similares. ? 1 2 3
- 2.- Deterioro del juicio. ? 1 2 3
- 3.- Otros trastornos en funciones corticales superiores: afasia, apraxia, agnosia, dificultad para la construcción. ? 1 2 3
- 4.- Modificaciones en la personalidad. ? 1 2 3
- d) Estado de conciencia no obnubilado. SI NO
(excluye)
- e) Además presentar uno de los siguientes:
- 1.- Evidencia a través de la historia, examen físico o laboratorio algún factor orgánico específico que se suponga relacionado etiológicamente con el trastorno. ? 1 2 3

2.- En ausencia de tal evidencia, puede presumirse la existencia de un factor orgánico necesario para desarrollar el síndrome si se han excluido otras alteraciones al margen de los trastornos mentales orgánicos y si el cambio conductual refleja un deterioro cognitivo en diferentes áreas.

THE DEMENTIA BEHAVIOR SCALE.

NOMBRE _____ FECHA _____

CALIF. TOTAL _____ INICIALES INVESTIGADOR _____

LENGUAJE Y CONVERSACION:

- 0 = Dialoga.
- 1 = Habla de sí mismo, busca sinónimos, omite palabras.
- 2 = Circuloquios, mentirillas, vocabulario parcialmente limitado. Se conversa fácilmente con él. Automatismos.
- 3 = Pierde el hilo de la conversación. Pérdida notoria del vocabulario.
- 4 = Poco conciente de sus errores, sintaxis y secuencia pobre. Perseverancia. Neologismos.
- 5 = Parloteo, incoherente. Incomprensible. Limitaciones severas en vocabulario.
- 6 = Mútista. No responde.

INTERACCION SOCIAL:

- 0 = Coopera voluntariamente. Toma iniciativa.
- 1 = Participación activa. Coopera al ser estimulado socialmente.
- 2 = Participa mediocrementemente. No tiene capacidad empática posterior. Sin tacto. Se aísla. Pegajoso.
- 3 = Observador solamente. No identifica a los familiares más cercanos. Por ratos defensivo, suspicaz o peleonero.
- 4 = Sin interacción social. Reconoce pobremente a las personas. Se equivoca en sus propias reflexiones. Por ratos amenazante.
- 5 = Divaga. Frecuentemente con reacciones catastróficas (desafiante, suspicaz, peleonero).
- 6 = Sin interacciones sociales.

ATENCIÓN. ESTADO DE ALERTA:

- 0 = Brillante. Responde adecuadamente.
- 1 = Requiere ser guiado. No puede recordar la fecha.
- 2 = Limitación de la atención. No puede recordar el día. Se distrae fácilmente.
- 3 = Atención dispersa. Se cansa fácilmente. Falta de interés en el medio.
- 4 = Distráido por ilusiones. Intenta pescar peluca imaginaria. Identifica mal los objetos.
- 5 = Atiende esporádicamente y por breve tiempo.
- 6 = Abstráido (atento en sí mismo).

ORIENTACION ESPACIAL:

- 0 = Orientado.
- 1 = Orientado solamente en el espacio inmediato (no puede llegar a casa).
- 2 = Vacilante. Pierde cosas.
- 3 = Desorientado en lugar, esconde cosas. Guarda cosas.
- 4 = Desorientado en lo que respecta a su cuerpo. No se puede sentar en una silla. Ilucinaciones corporales. Indiferente a la postura.
- 5 = Alucinante.
- 6 = Totalmente perdido.

COORDINACION MOTORA:

- 0 = Coordinación total.
- 1 = Buena coordinación, responde órdenes.
- 2 = Pobre coordinación, se mueve muy despacio. Se tropieza.
- 3 = Ocasionalmente requiere manipulación. Ocasionalmente requiere asistencia.
- 4 = Hay interferencia de movimientos involuntarios. Inmóvil. No responde de un lado de su cuerpo. Requiere manipulación y asistencia.
- 5 = Estético. Se deja caer en la silla. Usa silla de ruedas para seguridad. Requiere asistencia física al máximo.
- 6 = Incapaz de deambular. Contractura de alguna extremidad.

HABITO INTESTINAL Y URINARIO:

- 0 = Es capaz de asistirse a sí mismo.
- 1 = Pide ayuda para ir, necesita ayuda para localizar el asiento del baño.
- 2 = Hay que recordarle. Ocasionalmente hay mala higiene. Olvida bajarle al agua del baño.
- 3 = Amorita regularmente supervisada. Requiere asistencia. Se moja ocasionalmente.
- 4 = Incontinencia fecal ocasional.
- 5 = No es predecible, control por enema, usa pañal ocasionalmente.
- 6 = Completamente incontinente. Usa pañal todo el tiempo. Necesita sonda permanente.

ALIMENTACION Y ESTADO DE NUTRICION:

- 0 = Se alimenta por sí mismo, se mantiene en su peso. Puede cocinar.
- 1 = Necesita comer rápidamente, historia de pérdida de peso, quema las ollas al cocinar.

- 2 = Necesita que le corten la comida, vagabundea en la mesa. No puede cocinar.
- 3 = Usa mal los utensilios. Usa los dedos. Gana peso discretamente.
- 4 = Se interesa vorazmente por lo dulce, roba comida, gana peso marcadamente, pierde peso marcadamente.
- 5 = Tiene que ser alimentado. No come.
- 6 = Alimentación por sonda. Disfagia.

VESTIDO Y ARREGLO PERSONAL:

- 0 = Se cuida apropiadamente. Bien arreglado.
- 1 = No se puede cambiar. Pobremente arreglado.
- 2 = Sucio, aspecto de enfermo. Vestido inapropiadamente, restos de comida en la cara.
- 3 = Mal uso de vestido, identifica inadecuadamente la ropa, usa ropa de otros, necesita que se le desvista.
- 4 = Se viste con instrucciones y ayuda. Distruido en su arreglo.
- 5 = Requiere ayuda completa.
- 6 = Debe ser vestido. Requiere ropa de hospital.

NOMBRE _____ FECHA _____
 LLENA CRITERIOS SI _____ NO _____

CRITERIOS CLINICOS PARA EL DIAGNOSTICO DE DEMENCIA
 SEGUN EL DSM III.

? = Información inadecuada.

1 = Ausnte.

2 = Por debajo del umbral.

3 = Umbral.

- a) Pérdida lo bastante intensa de la capacidad intelectual como para interferir en el funcionamiento social y laboral. ? 1 2 3
- b) Deterioro de la memoria. ? 1 2 3
- c) Al menos uno de los siguientes síntomas:
- 1.- Deterioro del pensamiento abstracto, como concretismo en interpretación de proverbios, incapacidad de encontrar semejanzas y diferencias entre palabras, dificultad en la definición de palabras y conceptos, así como en otras tareas similares. ? 1 2 3
- 2.- Deterioro del juicio. ? 1 2 3
- 3.- Otros trastornos en funciones corticales superiores: afasia, apraxia, agnosia, dificultad para la construcción. ? 1 2 3
- 4.- Modificaciones en la personalidad. ? 1 2 3
- d) Estado de conciencia ~~no~~ obnubilado. SI NO
(excluye)
- e) Además presentar uno de los siguientes;
- 1.- Evidencia a través de la historia, examen físico o laboratorio algún factor orgánico específico que se suponga relacionado etiológicamente con el transtorno. ? 1 2 3

2.- En ausencia de tal evidencia, puede presumirse la existencia de un factor orgánico necesario para desarrollar el síndrome si se han excluido otras alteraciones al margen de los trastornos mentales orgánicos y si el cambio conductual refleja un deterioro cognitivo en diferentes áreas.