



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍAS Y DOCTORADOS EN CIENCIAS
MÉDICAS, ODONTOLÓGICAS Y DE LA SALUD

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ

ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN TRANSCULTURAL DEL INVENTARIO DEL
SÍNDROME DISEJECUTIVO CONDUCTUAL EN POBLACIÓN MEXICANA
CON DEMENCIA Y DETERIORO COGNITIVO LEVE

TESIS
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
MAESTRO EN CIENCIAS MÉDICAS

PRESENTA: JUAN FRANCISCO FLORES VÁZQUEZ

TUTORA: DRA. ANA LUISA SOSA ORTIZ
ASESOR ESTADÍSTICO: MTRO. GILBERTO ISAAC ACOSTA CASTILLO
LABORATORIO DE ENVEJECIMIENTO COGNITIVO Y DEMENCIAS
INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGIA Y NEUROCIRUGÍA MANUEL VELASCO SUAREZ

CIUDAD DE MEXICO, DICIEMBRE DE 2016



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.

ÍNDICE

I. RESUMEN	4
II. ANTECEDENTES	6
a) Definición e impacto de las demencias y el deterioro cognitivo leve.....	6
b) Alteraciones conductuales y “síntomas no cognitivos” en la demencia y el deterioro cognitivo leve.....	9
c) Clinimetría de las alteraciones conductuales de la demencia y el deterioro cognitivo leve.....	12
d) El Inventario del Síndrome Disejecutivo Conductual.....	14
e) La adaptación y validación transcultural de instrumentos clinimétricos.....	19
III. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	23
IV. JUSTIFICACIÓN	23
V. HIPÓTESIS	24
VI. OBJETIVOS	25
VII. METODOLOGÍA	26
a) Diseño de estudio.....	26
b) Procedimientos de adaptación transcultural.....	26
c) Procedimientos de validación del instrumento adaptado transculturalmente.....	28
d) Población y muestra.....	28
e) Criterios de selección.....	29
f) Definición de variables.....	30
g) Instrumentos de medición.....	32
h) Actividades realizadas.....	34
i) Análisis estadístico.....	36
VIII. CONSIDERACIONES ÉTICAS	38
IX. CONSIDERACIONES FINANCIERAS	38
X. RESULTADOS	39
a) Resultados de la adaptación transcultural.....	39
b) Resultados de la validación del instrumento adaptado transculturalmente.....	40
XI. DISCUSIÓN	45
XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49
XIII. APÉNDICE	55
1. Criterios diagnósticos utilizados en el presente trabajo.....	56
2. Formato de consentimiento informado.....	58
3. Versión original del Inventario del Síndrome Disejecutivo Conductual.....	60
4. Versión adaptada transculturalmente del Inventario del Síndrome Disejecutivo Conductual para su uso en población mexicana.....	75

I. RESUMEN

Antecedentes: La demencia es un síndrome caracterizado por un deterioro progresivo de las funciones mentales que representa un problema de salud público prioritario, su causa más común es la enfermedad de Alzheimer. El deterioro cognitivo leve es una condición caracterizada por una disminución del desempeño cognitivo que no afecta evidentemente la funcionalidad del individuo, y se considera una condición intermedia entre el envejecimiento normal y la demencia. Las alteraciones conductuales son cambios observables en el comportamiento del individuo que dificultan su adaptación al medio y son sumamente frecuentes en el curso de las demencias. Estas alteraciones son variadas e incluyen la apatía, la agresividad, los comportamientos repetitivos y las alteraciones en la conducta social, entre otras. No existe un consenso sobre la definición precisa de estas alteraciones y los instrumentos clinimétricos utilizados para estudiarlas y medirlas son poco adecuados. El Inventario del Síndrome Disejectivo Conductual (ISDC) agrupa alteraciones conductuales frecuentemente encontradas en las demencias, con descripciones precisas y, dado que este instrumento fue elaborado y validado en Francia, es necesario llevar a cabo una adaptación y validación transcultural para su uso en México.

Objetivo: Realizar una adaptación y validación transcultural del ISDC para su uso en población mexicana.

Materiales y métodos: Se trata de un estudio observacional, transversal, de investigación de procesos. Se realizó la adaptación transcultural del ISDC siguiendo recomendaciones de una reciente revisión de guías para estos fines, mientras que la validez de constructo se estableció comprobando dos teorías: que la presencia del síndrome medido por el ISDC se asocia a mayor discapacidad en los sujetos estudiados y que sus síntomas son más frecuentes en pacientes que en controles. Para la validación se incluyeron sujetos en tres grupos: pacientes con deterioro cognitivo leve (n=14), pacientes con enfermedad de Alzheimer (n=46) y adultos mayores sanos (n=51).

Resultados: Se hicieron modificaciones en el formato de aplicación del instrumento (de auto-aplicado a aplicado por el clínico), y se prefirieron traducciones no-literales las cuales demostraron ser más comprensibles en una prueba piloto. La re-traducción del instrumento adaptado se presentó a los autores del instrumento original con el objetivo de corroborar la equivalencia de significados, considerando que está fue adecuada. El síndrome disejecutivo conductual fue más frecuente en pacientes (58.3%) que en controles (0%), así como cada uno de sus distintos componentes. La presencia del síndrome se asoció a pérdida de independencia en actividades instrumentadas de la vida diaria ($p < 0.001$).

Conclusiones: La adaptación y validación transcultural del ISDC llevadas a cabo en el presente trabajo establecen una equivalencia con el instrumento original y aseguran su aplicabilidad en población mexicana por lo que este podrá ser utilizado en la práctica y la investigación clínica en nuestro país.

II. ANTECEDENTES

a) Definición e impacto de las demencias y el deterioro cognitivo leve

La demencia es un síndrome caracterizado por un deterioro progresivo de las funciones mentales, provocado por diversas alteraciones del sustrato cerebral. Este padecimiento es más común en adultos mayores y se vuelve más prevalente conforme avanza la edad. Los individuos con demencia presentan alteraciones en las capacidades cognitivas (p. ej. el lenguaje, la memoria, la habilidad para resolver problemas o el cálculo), y además suelen presentar alteraciones en la conducta, la motricidad y el estado emocional. La suma de estas alteraciones afecta la capacidad del paciente para funcionar en las esferas familiar, laboral y social (1,2).

Los costos emocionales y financieros asociados al cuidado de los pacientes con demencia son extraordinariamente altos y la Organización Mundial de la Salud ha declarado que este padecimiento es un problema de salud pública prioritario (3). En el reporte de 2015 de la asociación *Alzheimer's Disease International*, se estimó que 46.8 millones de personas vivían con demencia y que este número se duplicará cada 20 años. De manera importante, se estima también que el 68% de este aumento se presentará en países de ingreso medio y bajo, como México, y se estimó que la prevalencia estandarizada para demencia de personas de 60 años y más en las diferentes regiones del mundo se encontraba entre el 4.6 y el 8.7%, encontrándose América Latina entre las regiones con prevalencia más elevada (8.5%). Los costos globales provocados por la demencia ascendían a 818 billones de dólares en 2015 y se proyecta que aumentarán a un trillón para 2018 (4).

El deterioro cognitivo leve (DCL) es una entidad diagnóstica con la que se designa a individuos que presentan una disminución en el desempeño de una o más de sus funciones cognitivas en comparación con personas de su misma edad y escolaridad,

pero sin verse afectada en forma evidente su funcionalidad (5). Al DCL se le considera una condición intermedia entre el envejecimiento normal y la demencia, pero no todos los individuos con este diagnóstico progresan a presentar una demencia, dado que algunos permanecerán estables en este deterioro y otros recuperarán su función cognitiva (**figura 1**), por lo que los factores que predicen esta progresión, así como las posibles intervenciones para evitarla, son temas de estudio sumamente relevantes en la actualidad (6). Los criterios más recientes para diagnosticar el DCL, del *National Institute of Aging / Alzheimer's Association* (NIA/AA) se presentan en el **apéndice 1** e incluyen consideraciones para establecer que un paciente con DCL cuenta con un riesgo aumentado de progresar a EA (7).

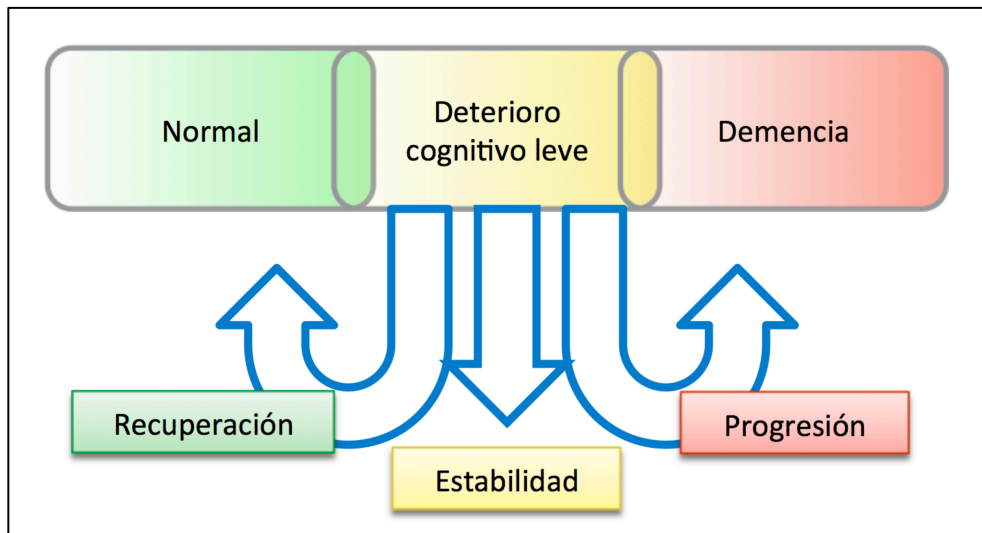


Fig. 1: Relación del deterioro cognitivo leve con el envejecimiento normal y la demencia, y su posible evolución

La Enfermedad de Alzheimer (EA) es la causa más común de demencia (**figura 2**), y se caracteriza típicamente por una alteración inicial del registro y evocación de información aprendida recientemente.

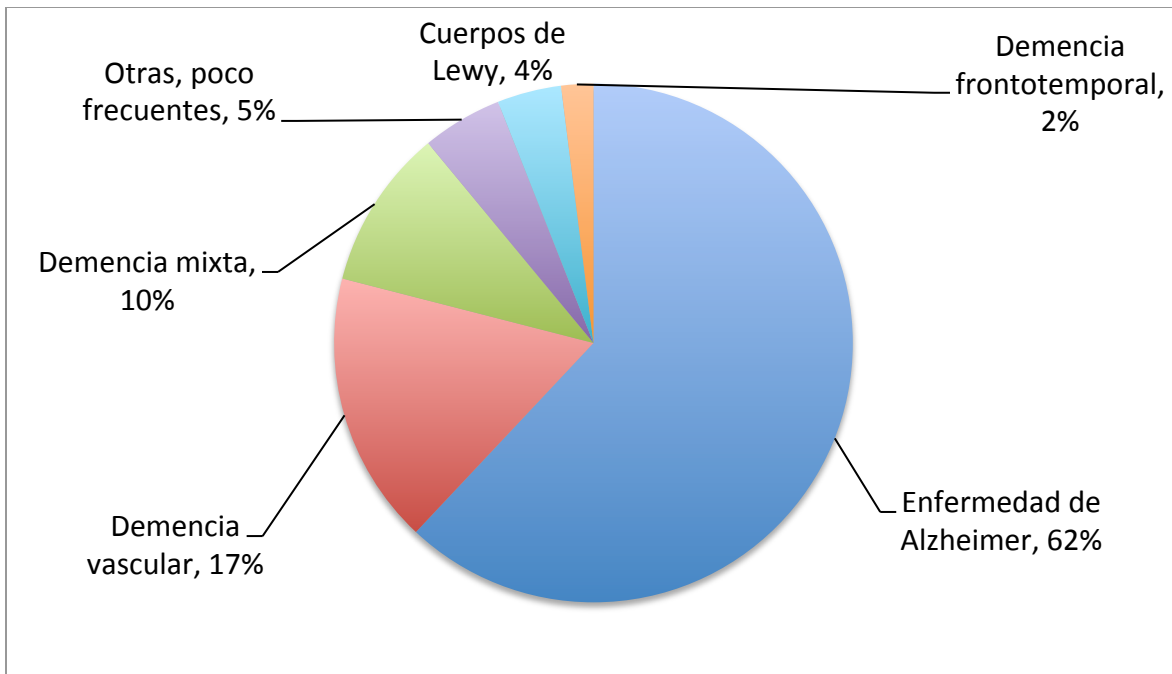


Fig. 2: Tipos de demencia y su frecuencia
(Dementia U.K. Second Edition, Alzheimer's Society, 2014)

Las teorías fisiopatológicas más aceptadas argumentan que esta enfermedad es provocada por una acumulación extracelular de placas de beta-amiloide (un péptido que en su forma insoluble provoca cambios estructurales en el cerebro) y por la presencia de ovillos neurofibrilares (depósitos neuronales intracelulares que se forman por la hiperfosforilación de la proteína asociada microtúbulos llamada proteína tau) (**figura 3**). Estos cambios histológicos y moleculares provocan una muerte neuronal con predominio en la corteza tédporo-medial (especialmente en el hipocampo) y parietal de manera inicial, pero que se extienden a distintas áreas cerebrales con el avance de la enfermedad (**figura 4**) (8,9). Los criterios revisados para establecer el diagnóstico de demencia y el diagnóstico de EA de la NIA/AA se presentan también en el **apéndice 1** (8).

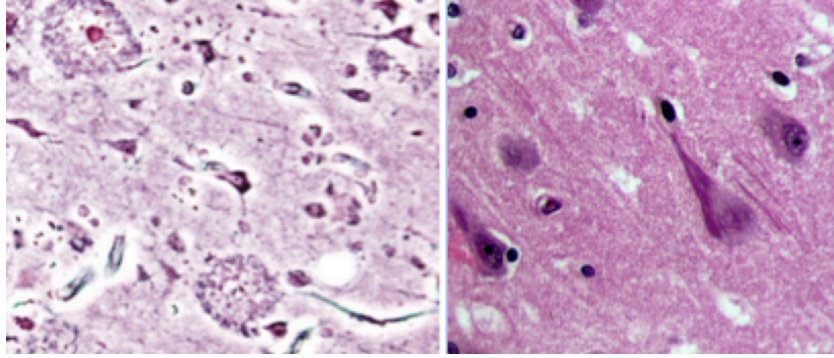


Fig. 3: Imágenes histológicas del cerebro de pacientes con enfermedad de Alzheimer, a la izquierda se observan placas seniles (depósitos de beta-amiloide) y a la derecha se observan ovillos neurofibrilares. Wikimedia Commons.

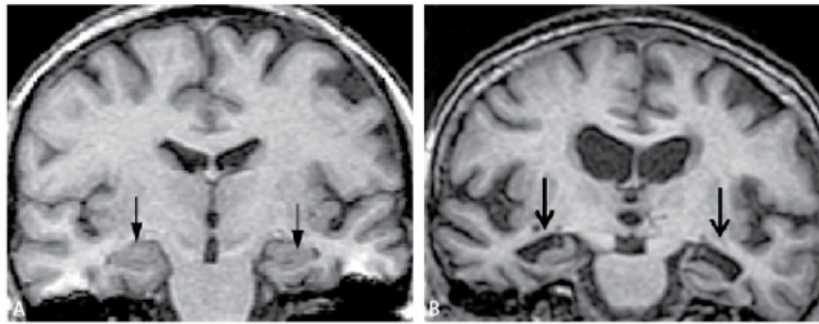


Fig. 4: Atrofia de hipocampo vista en estudios de neuroimagen por resonancia magnética. A la izquierda se observa un sujeto sano, a la derecha (B) un paciente con EA y atrofia hipocampal y bitemporal característica. Wikimedia Commons.

b) Alteraciones conductuales y “síntomas no cognitivos” en la demencia y el deterioro cognitivo leve.

Las alteraciones conductuales son sumamente frecuentes en el curso de las demencias, estimándose que se encuentran presentes en 70 a 90% de los pacientes a lo largo de la enfermedad (10), e incluyen manifestaciones tan diversas como llorar sin razón aparente, reaccionar de manera desproporcionadamente agresiva a estímulos externos o perder la voluntad para iniciar actividades. Estas alteraciones son sumamente frecuentes en pacientes con demencia: se ha estimado que 49% de pacientes con EA presentan apatía a lo largo de su enfermedad, 40% presentan agresividad, 36% irritabilidad, 17% desinhibición y 7% euforia (11).

Las alteraciones conductuales en la demencia han sido menos estudiadas que las alteraciones cognitivas, y su reconocimiento en el campo clínico y los tratamientos disponibles son insuficientes (12–14). Esto se debe en parte a que se les suele considerar secundarias o inevitables y a que no existe un consenso aceptado sobre la definición de alteración conductual, dado que se trata de una serie de conductas muy distintas entre sí, con importantes diferencias interindividuales (15). Para los propósitos del presente trabajo, y partiendo de diversas definiciones: biológicas (16), neurobiológicas (17) y psiquiátricas (18), proponemos la definición para el término "alteración conductual", como *"un cambio observable en el comportamiento del individuo, que dificulta su adaptación al medio, y que corresponde a una alteración del proceso mental y que tiene un sustrato cerebral"*.

Para la valoración de las alteraciones conductuales es necesario comprender la naturaleza del comportamiento, describir su frecuencia e intensidad y el contexto en el que ocurre. Esta alteración puede corresponder a un comportamiento dentro del rango de lo normal pero que ocurre en una frecuencia anormal (por ejemplo, un exceso o ausencia de conducta alimentaria), o comportamientos que son anormales por su propia presencia independientemente de su frecuencia (como conductas desinhibidas, el vagabundeo o conductas de atesoramiento) (19).

Uno de los obstáculos para el estudio de las alteraciones conductuales en la demencia es que estas suelen ubicarse dentro del grupo de los "síntomas no cognitivos" de la demencia. Esto demuestra una visión dicotómica y jerárquica en la que las alteraciones cognitivas son consideradas la manifestación primaria de la enfermedad, prestando menor atención a otras alteraciones tales como las conductuales, las del estado de ánimo y las del movimiento. A estos "síntomas no cognitivos" se les ha llamado también "síntomas psicológicos y conductuales" o "síntomas neuropsiquiátricos" (20) y bajo estos nombres se agrupan manifestaciones clínicas tan diversas como a) ansiedad, b)

depresión, c) psicosis (los cuales representan entidades psicopatológicas que se manifiestan como síntomas en la vivencia interna del paciente), b) alteraciones motoras (las cuales se asocian con frecuencia a distintos tipos de demencias) y d) las citadas alteraciones conductuales (las cuales son observables en el comportamiento del paciente).

Existe una alta variabilidad en el tipo de síntomas que puede presentar un paciente, la gravedad de los mismos, el momento de la enfermedad en el que aparecen y la tendencia de los mismos a persistir o a presentarse de manera intermitente o aislada (21,22). La presentación de estas alteraciones no corresponde de manera lineal al deterioro cognitivo (23–25) y cada una de estas se relaciona con perturbaciones cerebrales estructurales y funcionales específicas (26). La presencia de estos síntomas empeora la calidad de vida del paciente y sus cuidadores (12,27), se relaciona con mayores tasas de institucionalización y depresión en los cuidadores (28,29), predice un deterioro cognitivo más rápido de los pacientes (29), y pueden aparecer como síntomas iniciales del proceso demencial, particularmente cuando la enfermedad se presenta de manera temprana (es decir, antes de los 65 años) (30–33). Estas alteraciones pueden presentarse también en pacientes con DCL (34–36) y se ha encontrado que su aparición temprana predice un mayor riesgo de progresión a demencia (23,30,37).

La frecuencia y el impacto de los “síntomas no cognitivos” de las demencias ponen de manifiesto la relevancia de refinar el estudio de los mismos. Empezando por agrupar o clasificar este amplio grupo de síntomas en componentes más discretos y establecer un consenso preciso de su definición, lo cual tendrá implicaciones profundas en el abordaje de las demencias. Así mismo, es necesario afinar las estrategias clínicas para su detección y la implementación de intervenciones terapéuticas específicas. Todo esto puede ser una ventana de oportunidad para modificar el curso de la enfermedad, y con ello la calidad de vida del paciente y su familia (14).

Un problema ya señalado, y de particular importancia dentro del campo del estudio de las alteraciones conductuales es la carencia de definiciones consensuadas de cada una de estas alteraciones (15) ya que actualmente existe un gran número de términos para denominar y describir dichas alteraciones, cuya distinción no es siempre clara y su descripción puede variar entre diferentes autores (p. ej., abulia, astenia, apatía, anhedonia, falta de espontaneidad, apragmatismo, inatención, indiferencia o pseudodepresión) (38).

c) Clinimetría de las alteraciones conductuales de la demencia y el deterioro cognitivo leve.

Otro componente clínico importante para facilitar el estudio de un grupo de los signos y síntomas es contar con instrumentos clinimétricos apropiados para su identificación y la medición de su frecuencia, severidad e impacto en el cuadro clínico (39–41). En la **tabla 1** presentamos los instrumentos más frecuentemente utilizados para la evaluación de las alteraciones conductuales en las demencias.

Tabla 1: Descripción de los instrumentos clinimétricos más utilizados para la valoración de sintomatología conductual en demencias

Nombre	Autor/ año	Componentes.	Observaciones
Inventario Neuropsiquiátrico	Cummings, 1994 (42)	a. Alucinaciones.	Entrevista por parte de clínico al informante. Evalúa gravedad, frecuencia e impacto en cuidador. Versiones de 10 componentes y actualizada de 12 componentes (81 ítems), que incluye trastornos del sueño y el comportamiento nocturno y trastornos de la alimentación y el apetito. Versión NPI-C (Neuropsychiatric Inventory-Clinician rating scale) incluye componentes (14) e ítems (147) expandidos, además de una metodología para la puntuación clínica.
	Cummings, 1997 (43)	b. Agitación/agresión (por separado en NPI-C)	
	De Medeiros, 2010 (NPI- C) (44)	c. Depresión/disforia	
		d. Ansiedad	
		e. Euforia	
		f. Apatía/indiferencia	
		g. Desinhibición	
		h. Irritabilidad/labilidad	
		i. Comportamiento motor aberrante	
		j. Desórdenes del sueño y del comportamiento nocturno	
	k. Desórdenes de la alimentación y el apetito		
	l. Vocalización aberrante (NPI-C)		

BEHAVE-AD	Reisberg, 1987 (45) Auer, 1996 (Empirical) (46) Monteiro, 2001 (FW) (47)	a. Ideas delirantes y paranoia b. Alucinaciones c. Alteraciones en las actividades d. Agresividad e. Alteraciones del ritmo circadiano f. Alteraciones afectivas g. Ansiedad y fobias	Entrevista por parte de clínico al informante. Evalúa gravedad. 25 ítems. Versión actualizada: BEHAVE-AD-FW (Frequency Weighted) evalúa frecuencia. Versión alterna: E-BEHAVE-AD (Empirical) la observación directa de los síntomas por parte del evaluador es también tomada en cuenta.
CERAD Behavior Rating Scale for Dementia	Tariot, 1997 (48)	a. Rasgos depresivos b. Rasgos psicóticos c. Auto-regulación insuficiente d. Irritabilidad/agitación e. Rasgos vegetativos (incluyendo trastornos del sueño) f. Apatía g. Agresión h. Labilidad afectiva	Entrevista al informante por parte de entrevistador entrenado. Evalúa gravedad. Versión larga: 46 ítems en total. Versión corta: 17 ítems.
Behavior and Mood Disturbance Scale	Greene, 1982 (49)	a. Depresión b. Ansiedad c. Apatía d. Ideas delirantes e. Agitación f. Trastornos del sueño g. Deambulación h. Irritabilidad	Auto aplicable (informante). Evalúa frecuencia. 34 ítems
ADAS noncog	Rosen, 1984 (50)	a. Llanto fácil b. Depresión c. Falta de concentración d. Falta de cooperación e. Ideas delirantes f. Alucinaciones g. Marcha incesante h. Comportamiento motor i. Temblor j. Cambios en el apetito	Entrevista a informante por parte de entrevistador entrenado. Evalúa frecuencia 10 componentes.

Estos instrumentos no plantean una separación entre diferentes tipos de alteraciones, encontrándose juntos síntomas psicopatológicos tales como psicosis, ansiedad y depresión con alteraciones conductuales observables (p. ej., agitación, apatía o agresividad). También vale la pena señalar que distintos instrumentos dan nombres diferentes a síntomas que podrían confundirse pero no son equivalentes, como “trastornos del sueño y del comportamiento nocturno” y “trastornos del ciclo circadiano”, o “llanto fácil” y “labilidad emocional”. Esto nos lleva a cuestionar si los

distintos instrumentos evalúan o no los mismos síntomas y si éstos son comprendidos de la misma manera por los clínicos o investigadores que los evalúan.

Consideramos que un instrumento adecuado para la evaluación de alteraciones conductuales en la demencia debe incluir una definición clara de la alteración conductual en cuestión, y una descripción clara y explícita de los componentes a evaluar, sin olvidar que, para que sea útil en el contexto clínico, su aplicación debe de ser sencilla, eficiente y válida (40), además, dicha evaluación debe de ser aplicada a un informante externo, dado que la falta de advertencia del paciente con demencia sobre su propio déficit (anosognosia) y su potencial incapacidad para reportar sus síntomas son obstáculos para la aplicación directa de un instrumento de esta naturaleza (51).

d) El Inventario del Síndrome Disejecutivo Conductual.

Recientemente el grupo de trabajo francés GREFEX (Grupo de Reflexión sobre la Evaluación de las Funciones Ejecutivas) ha propuesto una entidad denominada “síndrome disejecutivo conductual” (SDC) (36), el cual agrupa, como su nombre lo indica, alteraciones conductuales con una delimitación y descripciones más precisas, basadas en una observación fenomenológica rigurosa.

Para comprender este síndrome, es importante tener en cuenta la definición de funciones ejecutivas (FEs) como la serie de procesos complejos que manejan y controlan otras funciones más básicas, apoyan los comportamientos dirigidos a fines específicos o metas y son necesarias para resolver situaciones nuevas, conflictivas o complejas (52,53). Las funciones ejecutivas han sido relacionadas a estructuras y vías cerebrales prefrontales, y particularmente con las frontolaterales (53), y el término “síndrome disejecutivo” es un legado directo de los llamados “síndromes frontales”, sin embargo la evidencia actual apoya un modelo más complejo que propone la interacción de múltiples vías, no exclusivamente frontales (54–56).

La alteración en las FEs se traduce clínicamente en una incapacidad para llevar a cabo tareas y resolver retos de la vida diaria. Dichas alteraciones se pueden poner de manifiesto en el deterioro de funciones como la deducción de reglas, la flexibilidad o la planeación, integrándose un síndrome disejecutivo *cognitivo* (SDCog) o en respuestas mal adaptadas a la situación en la que se encuentra el sujeto (en el SDC) (57). Estos síndromes son frecuentes en pacientes con trastornos cerebrales (entre ellos la EA y el DCL) y pueden ocurrir de manera simultánea o independiente (38,56,58). Si bien el SDC no incluye todas las alteraciones conductuales que un paciente podría presentar, establece un paradigma basado en evidencias y accesible, a partir del cual un grupo de alteraciones frecuentes y potencialmente graves puede ser estudiado de una forma sistemática.

En la EA se ha estimado que el SDC está presente en un 32% de pacientes en fases tempranas de la enfermedad, de los cuales la mayoría no presenta un SDCog. Este síndrome conductual presenta un perfil distintivo en esta enfermedad, predominando la hipoactividad con apatía, el desinterés, la irritabilidad, el comportamiento perseverante-estereotipado, la anosognosia, las confabulaciones espontáneas y las alteraciones de la conducta sexual (59).

El grupo GREFEX, de manera simultánea a la descripción del SDC, ha propuesto un instrumento clinimétrico, el “Inventario del Síndrome Disejecutivo Conductual” (ISDC), el cual ha sido diseñado para aplicarse a un informante quien reporta las alteraciones conductuales del paciente y consta de doce componentes que evalúan la frecuencia y gravedad de las alteraciones conductuales específicas, las cuales se enlistan en la **tabla 2**.

Tabla 2: Características del Inventario del Síndrome Disejecutivo Conductual

Autor/ año	Componentes.	Observaciones
Godefroy 2010 (36)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hipoactividad global con apatía/abulia 2. Dificultades para la anticipación, planeación e iniciación de actividades 3. Desinterés e indiferencia hacia su misma persona y hacia los demás 4. Hiperactividad, distractibilidad e inestabilidad psicomotriz 5. Irritabilidad, impulsividad y agresividad 6. Euforia, labilidad emocional y moria 7. Comportamiento estereotipado y perseverante 8. Dependencia ambiental 9. Anosognosia-anosodiaforia 10. Confabulaciones espontáneas 11. Alteraciones en el comportamiento social 12. Trastornos del comportamiento sexual, alimentario y de esfínteres. 	<p>Inventario auto aplicable dirigido al informante.</p> <p>Evalúa gravedad y frecuencia. 12 componentes, 94 preguntas posibles.</p>

Para que las alteraciones conductuales sean interpretadas como disejecutivas, es necesario que no sean ocasionadas por trastornos perceptuales, motores, psiquiátricos (especialmente depresión, manía o trastorno obsesivo-compulsivo) u otros trastornos cognitivos, tienen que provocar modificaciones significativas comparadas al comportamiento premórbido y tienen que inducir cambios significativos en las actividades diarias, o en el funcionamiento laboral o social. Tomando en cuenta datos normativos, se considera que el punto de corte para el SDC debe estar presente la alteración de 3 o más dominios (36).

A continuación se aborda la definición de las alteraciones conductuales medidas por el ISDC:

1. La hipoactividad global se caracteriza por una reducción de las actividades, y se asocia con la abulia (definida por la reducción de los movimientos y el lenguaje, el enlentecimiento de las reacciones y la dificultad para mantener la actividad en curso) (60,61), así como con la apatía, definida por una reducción de la motivación y la espontaneidad (60,62).
2. Las dificultades para la anticipación, planeación e iniciación de actividades se refieren a alteraciones en los mecanismos de activación conductual, tanto para actividades cotidianas (p. ej. tareas del hogar, del trabajo) como para actividades

- menos frecuentes (p. ej. hacer una nueva receta de cocina, realizar trabajos manuales) (36). Los pacientes que presentan esta alteración, frecuentemente dependen de la estimulación constante de sus familiares o cuidadores para iniciar una actividad y se conforman con responder a estímulos externos en vez de iniciar actividades por sí mismos.
3. El desinterés e indiferencia hacia sí mismo y hacia los demás se refiere a un aplanamiento afectivo observable en pacientes con alteraciones de las vías cerebrales prefrontales (particularmente las mediales). Se relaciona íntimamente a los dos primeros componentes del ISDC ya que en conjunto estas tres alteraciones conductuales en otras escalas serían identificados únicamente como "apatía". Existe evidencia que apoya a "desmantelar" la apatía en componentes, ya que se ha encontrado que los aspectos motivacionales y emocionales de la apatía están relacionados a alteraciones en distintas áreas de la corteza cerebral (63).
 4. En el extremo opuesto se encuentra la hiperactividad global, que se caracteriza por un aumento global del comportamiento intencionado, el cual impacta en distintos niveles las actividades auto-iniciadas ("inestabilidad psicomotriz" con comportamiento de deambulación incesante, movimientos posturales incesantes, gesticulaciones, logorrea constante) y las reacciones excesivas al medio ambiente, como la distractibilidad (definida como una reacción inapropiada a estímulos no pertinentes) (38).
 5. La irritabilidad se define como una reacción excesiva, anormal o patológica a los estímulos, frecuentemente acompañada de sentimientos de enojo o frustración (64), la impulsividad se refiere a una tendencia a actuar de manera impredecible, mostrando una conducta caracterizada por una pobre planeación y sin considerar las consecuencias de los actos (64), mientras que la agresividad se refiere a una conducta explícitamente violenta que tiene como finalidad dañar (64).
 6. La euforia se define como un estado de felicidad, confianza y bienestar

- desproporcionado a la situación que se vive (64), mientras la labilidad emocional se caracteriza por cambios repentinos en el estado de ánimo, los cuales son involuntarios y se acompañan de expresiones emocionales excesivas (65) y la moria se refiere a un estado patológico caracterizado por una tendencia a reír y bromear ante cualquier estímulo y una incapacidad para tomar cualquier situación en serio (66).
7. Las perseveraciones (definidas como la recurrencia inapropiada de una acción) del SDC se suelen caracterizar por la repetición innecesaria de una regla, el comportamiento estereotipado se define como la repetición de un acto con una presentación fija, invariable, de ciertas actitudes, actos, gestos o pensamientos (38).
 8. La dependencia ambiental se refiere a un patrón de conducta en el que la presencia de objetos o estímulos visuales o táctiles “llama” al sujeto a tocarlos o utilizarlos (67), e incluye los comportamientos de presión patológica, imitación y utilización que impactan gravemente la autonomía del paciente (38,67).
 9. La anosognosia se define como la incapacidad del sujeto para darse cuenta del déficit que presenta (68), mientras la anosodiaforia se refiere a la incapacidad para darse cuenta del impacto del déficit en su vida o para relacionar este déficit con la enfermedad que presenta (atribuyendo, por ejemplo, la incapacidad de terminar una prueba a tener mucha prisa para hacer algo más) (69). Desde un punto de vista fenomenológico, podríamos dividir la anosognosia en un componente cognitivo y un componente conductual, dado que la advertencia de un déficit que un individuo presenta tiene un aspecto inherente a la capacidad del mismo para monitorizar sus acciones y reconocer la naturaleza del déficit. El componente conductual de la anosognosia (y la anosodiaforia) se referiría entonces a las actitudes observables en el individuo al no reconocer el déficit.
 10. Las confabulaciones se definen como la producción de memorias fabricadas, distorsionadas o malinterpretadas sobre la persona en el mundo, sin una intención consciente de engañar al interlocutor (70). Las confabulaciones

espontáneas están ligadas a una imposibilidad de utilizar la información contextual indispensable para distinguir entre recuerdos pertinentes y no pertinentes (60,71).

11. El conjunto de estas alteraciones puede asociarse a una alteración de la conducta social, definida como una transgresión a las normas sociales con indiferencia a las consecuencias de los actos. Esta alteración puede presentarse en diferentes grados, pudiendo provocar desde vergüenza en quienes rodean al paciente hasta francos problemas con la ley por presentar conductas de riesgo.
12. Los problemas en las conductas sexuales, alimentarias y del control de esfínteres del SDC no se limitan a alteraciones explicadas por otros trastornos médicos o cognitivos (p. ej. incontinencia urinaria o pérdida del control de esfínteres), si no que se refieren a una pérdida del control inhibitorio conductual (p. ej. orinar en lugares inapropiados, comer todo lo que tiene al alcance de las manos o hacer peticiones sexuales que no habría hecho en el pasado).

e) La adaptación y validación transcultural de instrumentos clinimétricos

El ISDC fue desarrollado y validado en Francia, por lo que para poder utilizarlo en población mexicana requirió de una adaptación, buscando que el instrumento conserve sus propiedades clinimétricas (72). La adaptación transcultural puede ser realizada para explorar la misma pregunta en varias culturas o para medir diferencias entre culturas (73).

Es importante conocer de manera clara las diferencias entre traducción, adaptación y validación transcultural. La traducción, es el proceso de producir una versión de un documento en un idioma distinto al original. La adaptación, se refiere al proceso en el cual se toma en consideración cualquier diferencia entre la cultura para la que se creó el instrumento y la cultura a la cual se adaptará, con el objetivo de mantener equivalencia en los significados. La validación transcultural de un instrumento busca asegurar que la

nueva versión del instrumento cuenta con las mismas propiedades que el original y sus mediciones son equivalentes (74). Existen varias descripciones de los pasos relevantes para el proceso de adaptación transcultural, y los mismos han sido objeto de revisiones críticas (72,73,75,76). Los pasos más frecuentemente descritos incluyen: 1. la traducción, 2. síntesis, 3. re-traducción, 4. revisión por un comité de expertos y 5. prueba piloto.

Recientemente se publicó una revisión de guías para la adaptación transcultural de instrumentos clinimétricos (73), y si bien esta revisión no brinda un algoritmo específico sobre los pasos a llevar a cabo en una adaptación transcultural, cuestiona la utilidad de algunos de estos pasos y brinda un paradigma racional de los pasos que hay que seguir, los cuales se abordarán a continuación en una forma general (*figura 5*).

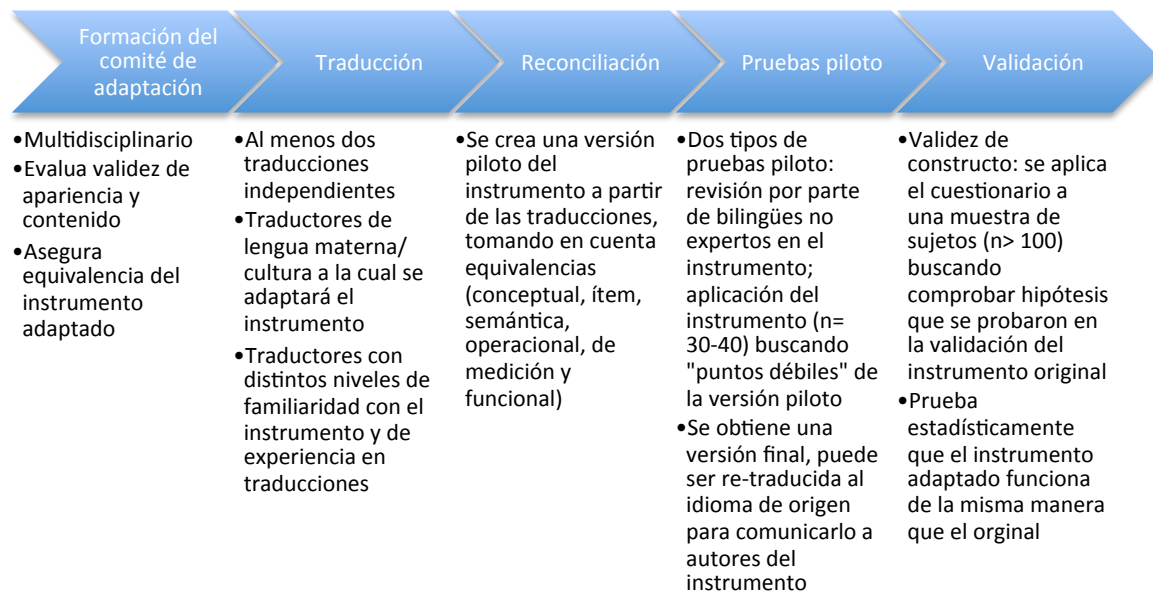


Fig. 5: Pasos para la adaptación y validación transcultural de instrumentos y cuestionarios clínicos, a partir de las recomendaciones de Epstein, 2014 (73)

La formación del comité es el primer paso para realizar la adaptación transcultural de un instrumento clinimétrico, y su función principal es asegurar la validez de apariencia y contenido del instrumento adaptado, así como su aplicabilidad y la equivalencia del

instrumento con respecto al original. La validez de apariencia se define como el grado en el que el instrumento efectivamente parece medir el constructo a ser medido, y la validez de contenido corresponde al juicio sobre cada uno de los componentes del instrumento, evaluando si estos son igualmente importantes en la cultura para la cual se adaptará el instrumento, así como la conveniencia de la escala (40,77). La evaluación de estos aspectos puede iniciarse antes de la traducción del instrumento, con el objetivo de explicitar el valor semántico de cada componente, así como el objetivo del instrumento, creando un marco de referencia ante el cual se compararán las traducciones. La manera en la que se aplica el instrumento podrá ser adaptada según lo considere el comité (p. ej. modificar una escala autoaplicada a heteroaplicada si es más sensato realizarlo de esta manera). Se recomienda que el comité sea multidisciplinario (73).

Con respecto al proceso de traducción, no existe un consenso del número de traducciones necesarias para establecer un parámetro de calidad, pero como mínimo se debe contar con dos traducciones independientes, preferiblemente realizadas por traductores insertos en la cultura para la cual se adaptará el instrumento. Así mismo, es recomendable que los traductores tengan un diferente nivel de familiaridad con las manifestaciones clínicas que serán evaluadas y también un diferente nivel de pericia en traducciones formales. Las re-traducciones (en las cuales el instrumento traducido se traduce de nueva cuenta al idioma original), cuyo objetivo es cotejar que no se pierda el sentido de las preguntas en el idioma nuevo, según esta revisión no parecen contribuir a la equivalencia final del instrumento adaptado, por lo que este paso se recomienda al final de la adaptación para comunicar a los autores del instrumento original la manera en la que este fue adaptado (73).

El proceso de reconciliación de las traducciones debe de ser abordado desde un punto de vista universal, lo cual implica que existe una necesidad de establecer si el constructo que mide el instrumento existe y se interpreta de forma similar en las dos culturas y el grado de similitud entre ellas, y busca establecer los aspectos del concepto que son

genuinamente universales entre las culturas (78). Se ha establecido que para lograr una reconciliación de calidad, es necesario tomar en cuenta los distintos tipos de equivalencia (conceptual, ítem, semántica, operacional, de medición y funcional), los cuales describe Herdman en 1998 (78).

Es importante no perder de vista que, como ya ha sido señalado, en la validación del instrumento adaptado se busca asegurar que el instrumento conserve una equivalencia a la versión original (74,79–83). Una manera en la que frecuentemente se validan escalas es la validez de criterio, la cual se define como el grado en el cual el puntaje de un instrumento se asemeja a un “estándar de oro” (81) y, dado que no se cuenta con un estándar de oro para la medición de las alteraciones conductuales, es posible sustituir la validez de criterio por validez de constructo (39,40). La validez de constructo, se establece probando teorías previamente establecidas de la manera en la que la medición propuesta se relaciona con otras mediciones; por ejemplo, en una escala de alteraciones conductuales podríamos teorizar mayor estrés en el cuidador o mayor impedimento funcional, basándonos en la literatura existente. En caso de que esta teoría se demuestre, se puede considerar que el constructo es válido (40,79,83). Se considera que la validez de criterio o constructo se pueden establecer de manera aceptable con estudios que incluyan a partir de 100 sujetos (83).

Los pasos de la adaptación y la validación transcultural servirán para asegurar la calidad y la equivalencia del instrumento adaptado, sin embargo, la manera en la que estos procesos se llevan a cabo dependerá de las capacidades del equipo y de las características del instrumento a adaptar (73).

III. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿La adaptación transcultural del Inventario del Síndrome Disejecutivo Conductual (ISDC) realizada es equivalente al instrumento original y válida para su uso en población mexicana?

IV. JUSTIFICACIÓN

La adaptación transcultural de instrumentos clinimétricos es de gran importancia dada la necesidad de mediciones de calidad para la práctica y la investigación clínica, sin embargo, es poco frecuente que este procedimiento se realice de manera rigurosa. Dada la escasez de instrumentos apropiados para la medición de alteraciones conductuales en pacientes con demencia, decidimos realizar la adaptación del ISDC considerando que se trata de un instrumento útil y completo para los fines señalados. Contando con la adaptación de este instrumento, y demostrando su equivalencia con el instrumento original y su validez para uso en población mexicana, este podrá ser utilizado de forma confiable para la práctica clínica y la investigación, en nuestro medio.

V. HIPÓTESIS

Hipótesis principal:

La versión adaptada transculturalmente del ISDC que se obtendrá como producto del presente trabajo será equivalente al instrumento original y válida para su uso en población mexicana.

Hipótesis secundarias (a ser probadas para establecer la validez de constructo y su equivalencia con el instrumento original):

- La presencia de las alteraciones conductuales medidas por la versión adaptada transculturalmente del ISDC discrimina entre adultos mayores sanos (grupo control), pacientes con DCL y EA, encontrando una mayor frecuencia de alteraciones conductuales en pacientes que en controles.
- La presencia de las alteraciones conductuales medidas por la versión adaptada transculturalmente del ISDC se asocia a pérdida de la autonomía en la muestra estudiada.

VI. OBJETIVOS

Primario:

- Realizar una adaptación transcultural y validación de constructo del ISDC para su uso en población mexicana.

Secundarios:

- Crear una versión del ISDC para su uso en población mexicana.
- Llevar a cabo la validación de constructo de dicha versión adaptada transculturalmente a partir de la prueba de hipótesis secundarias previamente establecidas (discriminación entre grupos y su asociación a la pérdida de autonomía).

VII. METODOLOGÍA

a) Diseño de estudio

Se trata de un estudio observacional, transversal y de investigación de procesos, realizado en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "Manuel Velasco Suárez".

b) Procedimientos de adaptación transcultural

Se realizó una adaptación transcultural del instrumento clinimétrico en cuestión (36) siguiendo las recomendaciones de la revisión de guías para adaptación transcultural de cuestionarios de Epstein y colaboradores (73), las cuales se describen en los antecedentes (*figura 2*).

El comité de adaptación transcultural consistió de cinco participantes:

- Dr. Leo Bayliss Amaya, neurólogo, alumno del curso de alta especialidad en "Envejecimiento cognitivo y demencias", del INNN (2015-2016).
- Dr. Adrián Martínez Ruiz, psiquiatra, alumno del curso de alta especialidad en "Envejecimiento cognitivo y demencias, del INNN (2015-2016).
- Lic. Oscar San Pedro Caligua, psicólogo, Clínica de Demencias, INNN.
- Dr. Juan Francisco Flores Vázquez, psiquiatra, primer autor del presente trabajo.
- Dra. Ana Luisa Sosa Ortiz, psicogeriatra, jefa de la Clínica de Demencias del INNN, tutora del autor principal.

Las traducciones fueron llevadas a cabo por las siguientes personas:

- Lic. Brenda Jassan, licenciada en Letras Modernas Francesas, Universidad Nacional Autónoma de México, con especialidad en traducción.

- Lic. Carlos Méndez, intérprete clínico en idiomas francés, inglés y español, Liberty Language Services, Washington, D.C.
- Dr. Juan Francisco Flores Vázquez, psiquiatra, autor principal del presente trabajo, con conocimiento de la lengua francesa nivel C1 (experimentado).

Todos los traductores son de origen mexicano.

Previo a llegar a un consenso de la versión final del instrumento adaptado, se realizó una prueba piloto como ha sido descrito. Esta consistió de 42 aplicaciones del instrumento a adultos mayores (promedio de edad: 69.2 años, D.E. 7.9) realizada por 5 aplicadores (1 residente de psicogeriatría, 1 residente de psiquiatría experimental, 2 psicólogas clínicas, 1 pasante de medicina general) en 4 centros de 3 ciudades diferentes (Ciudad de México, Monterrey y Guadalajara). Dado que algunos de los ítems del inventario se contestan ocasionalmente, por la ocurrencia poco frecuente de los síntomas que miden (como la dependencia ambiental), se solicitó además a 4 clínicos experimentados la lectura analítica y a profundidad del instrumento (2 psicólogos, 2 psiquiatras, provenientes de distintas ciudades del país). En esta prueba piloto y en la lectura se identificaron algunas dificultades para la aplicación del instrumento, el cual fue modificado para asegurar su óptima aplicabilidad y crear una versión final del instrumento adaptado transculturalmente, para ser posteriormente validado.

Ya habiendo realizado la adaptación transcultural del instrumento, se realizó una estancia de investigación de 5 semanas en el Hospital Universitario de Amiens, Francia, donde se trabajó con el Prof. Olivier Godefroy (director del grupo GREFEX y autor principal del ISDC), y su grupo con el objetivo de presentar a su consideración el instrumento adaptado, para asegurar la equivalencia de significados del mismo y establecer potenciales proyectos conjuntos con este equipo de trabajo.

c) Procedimientos de validación del instrumento adaptado transculturalmente

Se realizó la validación el instrumento adaptado en una población atendida en la Clínica de Demencias del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “Manuel Velasco Suárez”, siguiendo las guías del grupo COSMIN (Consensus-based Standards for the Selection of Health Status Measurement Instruments) (74,80,81) con el objetivo de establecer la validez de constructo del instrumento a partir de la prueba de las hipótesis señaladas.

Para la validación del instrumento adaptado, se incluyeron a pacientes con diagnósticos de EA o DCL atendidos en la clínica de demencias del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía.

d) Población y muestra

Población de estudio: pacientes proveniente de la consulta externa del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía y adultos mayores sanos buscados propositivamente (grupo control).

Tipo de muestra: no probabilística, por conveniencia, se evaluaron 111 participante. La muestra estuvo formada por tres grupos: 51 controles, 14 con DCL, 46 EA. El tamaño de la muestra se ha determinado según las recomendaciones de consensos de expertos en validación de instrumentos, referidas previamente (74,84), donde se establece que para una validación de esta naturaleza se requiere un número mínimo de 100 sujetos estudiados.

e) Criterios de selección del estudio

Criterios de inclusión generales

1. Sujetos de ambos sexos.
2. Edad de 60 años y más.
3. Con escolaridad mínima de educación primaria completa (6 años).
4. Independientes para las actividades básicas de la vida diaria (Katz A: independencia).
5. Que cuenten con un informante capaz de responder las evaluaciones clinimétricas correspondientes.
6. Puntaje en el Mini Mental de Folstein mayor a 15.
7. Que acepten participar en el estudio y firmen el consentimiento informado.

Criterios de exclusión generales:

1. Enfermedad neurológica asociada, degenerativa o sistémica (como enfermedad cerebrovascular, epilepsia, enfermedad de Parkinson).
2. Demencia no Alzheimer.
3. Antecedente de cirugía cerebral.
4. Antecedente de traumatismo craneoencefálico severo con pérdida del estado de alerta.
5. Enfermedad psiquiátrica aguda descontrolada (depresión, psicosis) al momento del estudio (depresión por evaluación especializada y/o puntaje de la escala de depresión geriátrica de 30 ítems menor a 11).
6. Antecedentes de abuso de sustancias psicoactivas.
7. Consumo actual de alcohol con patrón de abuso o dependencia.

- Criterios de inclusión para el grupo de sujetos con diagnóstico de DCL debido a EA, de acuerdo con criterios revisados de NIA-AA (7) (ver **apéndice 1**).

- Criterios de inclusión para el grupo de sujetos con diagnóstico de EA según los criterios revisados de NIA-AA (8) (ver **apéndice 1**).

- Criterios de inclusión para el grupo de sujetos controles:

- a. Desempeño cognitivo sin alteraciones en el momento de evaluación cognitiva aplicada, sin quejas subjetivas de memoria.
- b. Que obtengan una puntuación en el MMSE igual o mayor de 27.
- c. Sin antecedentes familiares de primer grado de demencia.

f) Definición de variables

En la **tabla 3** se definen las variables utilizadas en el presente estudio.

Tabla 3: Definición de variables

Variable	Tipo de variable	Instrumento	Categorías
Edad	Dimensional, discreta	Entrevista	Años
Sexo	Nominal, dicotómica	Entrevista	Hombre, mujer
Escolaridad	Dimensional, discreta	Entrevista	Años de escolaridad
Diagnóstico	Nominal compuesta	Historia clínica, entrevista y evaluaciones diagnósticas de la clínica	DCL, EA, controles sanos
Síndrome disejecutivo conductual	Nominal compuesta, que se transformará a dicotómica	Inventario del síndrome disejecutivo conductual	Síndrome disejecutivo conductual presente Síndrome disejecutivo conductual ausente
Hipoactividad global con apatía/abulia	Ordinales, componentes del síndrome disejecutivo conductual	Inventario del síndrome disejecutivo conductual (componentes)	Ausente: 0 puntos
Dificultades para la anticipación, organización, iniciación de actividades			Frecuencia: de 1 a 4 puntos (rara vez, algunas veces, frecuentemente, muy frecuente)
Desinterés con respecto a sí mismo(a) y los demás			Severidad: de 1 a 3 puntos (leve, moderado, severo)
Euforia, jovialidad			

Irritabilidad, agresividad			
Hiperactividad, distractibilidad, impulsividad			
Perseveración y estereotipias			
Dependencia al medio ambiente			
Anosognosia - anosodiaforia			
Confabulaciones			
Problemas de la conducta social			
Conductas sexuales, esfinterianas y alimenticias inapropiadas			
Funcionamiento cognoscitivo	Ordinal compuesta (orientación en tiempo, orientación en espacio, registro de información, atención y cálculo, evocación de información, lenguaje, repetición, órdenes complejas; Fluencia verbal: generación, Memoria de lista de palabras: memoria inmediata y diferida)	Test Mini-Mental de Folstein (<i>MMSE</i>).	Rango de 1 a 30 puntos, se ha establecido por encima de 25 como normal, pero con modificaciones que corresponden a la escolaridad, calificando sobre 28 en pacientes analfabetas o sin escolaridad primaria completa.
Autonomía en funciones básicas de la vida diaria	Ordinal compuesta (baño, vestido, uso del W.C., traslados, continencia, alimentación)	Índice de actividades básicas de la vida diaria de Katz	La calificación va de "A" (paciente independiente) a "F" (paciente muy dependiente).
Autonomía en funciones instrumentadas de la vida diaria	Ordinal compuesta (componentes: uso de teléfono, compras, preparación de alimentos, labores del hogar, lavado de ropa, medios de transporte, toma de medicamentos, finanzas).	Escala de actividades instrumentadas de la vida diaria de Lawton-Brody	De 0 (paciente muy dependiente) a 8 (paciente autónomo). Cada uno de los componentes se reporta con puntaje de 1 o 0 dependiendo el grado de autonomía en la actividad específica. En caso de que el paciente no acostumbrara durante su vida realizar la actividad indicada, esta no se valorará y se reportará la escala con base en un puntaje disminuido (sobre 7, 6, o lo que corresponda al paciente evaluado).

g) Instrumentos de medición

El ISDC identifica el ser o no portador del SDC, considerándose como positivo si el paciente tiene 3 o más dominios afectados (de un total de 12). Además, el instrumento es capaz de evaluar la gravedad y frecuencia de las alteraciones conductuales que lo componen y puede ser utilizado para identificar los cambios en estas alteraciones a lo largo del tiempo. Se trata de un instrumento comprensible y útil, aunque su uso no ha sido generalizado. Su validez ha sido establecida por su uso en estudios multicéntricos (36). El tiempo de aplicación del instrumento original no rebasa los 15 minutos en su versión autoaplicable. Este cuestionario mide 12 dominios conductuales: 1. reducción global de las actividades con apatía, 2. dificultades en la planeación e iniciación de actividades, 3. desinterés en sí mismo o en los demás, 4. euforia y exceso de entusiasmo, 5. irritabilidad y agresividad, 6. hiperactividad, distractibilidad e impulsividad, 7. perseveraciones y estereotipias, 8. dependencia ambiental, 9. anosognosia y anosodiaforia, 10. confabulaciones espontáneas, 11. alteraciones de la conducta social y 12. alteraciones en las conductas sexuales, alimentarias y de control de esfínteres. Las variables que contiene el ISDC, son producto del trabajo consensuado de un grupo de expertos y presentan una semiología detallada para definir los síntomas que identifica. Se trata de un instrumento comprensible y a pesar de ser detallado, su extensión no imposibilita su uso clínico, fin para el cual ha sido desarrollado. Su validez de constructo original fue establecida por su capacidad para discriminar entre pacientes y controles, y para predecir pérdida de autonomía en un estudio prospectivo de cohorte que incluyó 461 pacientes entre 16 y 90 años con daño cerebral y 461 controles pareados por edad y educación (36). La capacidad de discriminar entre pacientes y controles se estableció de manera estadísticamente significativa ($p=0.0001$), encontrando el SDC en 42.1% de los pacientes y en 4.8% de controles. Con respecto a la pérdida de autonomía, se llevaron a cabo análisis de regresión logística encontrando que la presencia del síndrome disejecutivo conductual predice la pérdida de autonomía con una razón de momios de 4.6, con un intervalo de confianza de 2.3 - 9.1 ($p < 0.001$).

La evaluación breve del estado mental, (Mini-Mental State Examination de Folstein, MMSE por sus siglas en inglés) (85) es el instrumento más frecuentemente utilizado para medir el funcionamiento cognitivo general en las demencias. Asigna puntajes a evaluaciones de: la orientación en tiempo y espacio, registro de información (tres palabras) atención y cálculo, evocación (de las 3 palabras), lenguaje (denominación, repetición comprensión de órdenes complejas, lectura y escritura) y visoconstrucción (dibujo de dos rombos sobrepuestos). Su consistencia interna se ha confirmado mostrando un alpha de Cronbach entre 0.65 y 0.96, un índice kappa de confiabilidad inter-evaluador de 0.83 y entre 0.79 y 0.99 para test-retest (85,86). Este instrumento ha sido validado en población mexicana y se le ha asignado un ajuste de puntaje si el sujeto evaluado presenta un nivel escolar bajo (87–89).

El Índice de Actividades Básicas de la Vida Diaria de Katz (90) es un instrumento que evalúa el funcionamiento más elemental de los individuos, el cual les permite ser independientes para su autocuidado. Este instrumento permite realizar una evaluación rápida de las capacidades de un individuo, indispensables para gozar de un mínimo de autonomía; la realización de estas actividades suelen estar afectadas en pacientes en estadios avanzados de la demencia. Este instrumento ha mostrado tener una confiabilidad inter-evaluador de 0.95 y se cuenta con una versión validada en español (91,92).

La Escala de Actividades Instrumentadas de la Vida Diaria de Lawton-Brody (93) es un instrumento que describe cambios en el funcionamiento basal de los individuos que les permite ser autónomos en un mayor grado para actividades ejecutivas más complejas que las medidas por el índice de Katz. Permite una evaluación rápida de actividades que un individuo que goza de un grado más completo de autonomía es capaz de realizar sin problemas; la realización de estas actividades suele estar afectada en pacientes en estadios intermedios de un proceso demencial. Su consistencia interna se ha estimado

con un alpha de Cronbach entre 0.81 y 0.94, mientras su confiabilidad inter-evaluador se ha estimado en 0.85 y se cuenta también con una versión validada en español (93–95).

h) Actividades realizadas

En la **tabla 4** se describen las actividades realizadas para la realización del presente trabajo, así como el personal encargado y las fechas en las que se llevaron a cabo. En la **figura 6** se incluye un flujograma de estas actividades.

Tabla 4: Actividades realizadas

Actividades	Sitio	Personal encargado	Fechas
Contactar a autores del Inventario del Síndrome Disejecutivo Conductual	-	Juan Francisco Flores Vázquez	Marzo 2015
Formar un comité para evaluar el proceso de adaptación transcultural	INNN MVS	Juan Francisco Flores Vázquez Ana Luisa Sosa Ortiz	Abril 2015
Exposición del instrumento y el síndrome al comité evaluador	INNN MVS	Juan Francisco Flores Vázquez	Abril 2015
Evaluación conceptual del instrumento y sus componentes	INNN MVS	Comité evaluador	Mayo 2015
Traducciones independientes (3) del instrumento	-	Traductores	Mayo - julio 2015
Reconciliación de las traducciones	INNN MVS	Comité evaluador	Julio - agosto 2015
Prueba piloto (sondeo) con 42 pacientes y lecturas dirigidas	INNN MVS	Juan Francisco Flores Vázquez, clínicos (10), multidisciplinario.	Septiembre - octubre 2015
Síntesis de instrumento adaptado	INNN MVS	Comité evaluador	Noviembre 2015
Re-traducción a idioma original	-	Juan Francisco Flores Vázquez	Diciembre 2015
Presentación de la adaptación transcultural a autores del Inventario, establecer potenciales proyectos conjuntos con el instrumento adaptado	Hospital Universitario de Amiens, Francia	Juan Francisco Flores Vázquez, en colaboración con equipo de trabajo GREFEX, Prof. Olivier Godefroy.	Enero - febrero 2016
Aplicación de instrumentos clinimétricos (validación)	INNN MVS – Clínica de demencias.	Clínica de demencias INNN	Abril - septiembre 2016

Análisis estadístico	-	Juan Francisco Flores Vázquez Mtro. Isaac Acosta Castillo	Octubre 2016
Reporte de la información obtenida	-	Juan Francisco Flores Vázquez Dra. Ana Luisa Sosa Ortiz	Octubre - noviembre 2016



Figura 6: Flujograma de actividades realizadas

i) Análisis estadístico

Se llevó a cabo la descripción de los datos sociodemográficos con promedios y desviaciones estándar para las variables numéricas, y en porcentajes para las variables nominales. Para el análisis de los datos sociodemográficos se utilizó la prueba exacta de Fisher o análisis de varianza (con pruebas post hoc de Bonferroni) con el objetivo de establecer diferencias estadísticamente significativas en la composición de los grupos, según el nivel de medición de las variables.

Para comparar la presencia de los 12 dominios conductuales identificados por el ISDC en los distintos grupos, se utilizaron pruebas t de Student con corrección, al asumir varianzas desiguales. Para controlar la contribución del desempeño cognitivo global, el análisis de comparación de los grupos se repitió utilizando los puntajes del Mini Mental de Folstein como covariable utilizando un análisis multivariado (lambda de Wilks).

La presencia de alteraciones en los dominios conductuales evaluados por el ISDC, se describe en términos de porcentajes, independientemente de su gravedad, por grupos (uniendo como grupo clínico a aquellos con DCL y EA) y los controles. Para esta descripción, se agruparon los primeros tres ítems del inventario (hipoactividad, dificultades para la planeación e iniciación de actividades, pérdida de interés) y los siguientes tres (hiperactividad, irritabilidad, euforia) en dos variables dado que se considera que estas alteraciones forman parte de dominios conductuales comunes, ya que en el estudio de validación del instrumento original resultaron altamente correlacionados (36).

La comparación del porcentaje entre controles y pacientes que presentan el SDC se analizó por medio de la prueba exacta de Fisher. La presencia del SDC se definió según los criterios publicados por Godefroy et al., 2010 (36) como la perturbación significativa en 3 o más de los 12 componentes del inventario.

La asociación de la pérdida de la autonomía en las actividades instrumentadas de la vida diaria (como variable dicotómica) con la presencia del SDC se analizó con la prueba exacta de Fisher.

Todos los análisis se realizaron utilizando el programa STATA, y se consideraron estadísticamente significativos los valores de p menores a 0.05.

VIII. CONSIDERACIONES ETICAS

Este estudio fue sometido y aprobado por los Comités de Investigación y de Bioética del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. Los participantes y sus acompañantes de los mismos leyeron y firmaron el consentimiento informado (**apéndice 2**), el cual fue explicado a los mismos tomando en cuenta que los pacientes con Alzheimer requirieron una explicación más extensa y simplificada; se respondió a sus preguntas y sus dudas fueron aclaradas. El registro de los pacientes se manejó con estricta confidencialidad, de acuerdo a los principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos de la Declaración de Helsinki, última reunión en Seúl Corea 2008.

IX. CONSIDERACIONES FINANCIERAS

La estancia de investigación del alumno de enero a febrero de 2016 en la ciudad de Amiens, en Francia, fue financiada por fondos del departamento de posgrado de la UNAM, y la Université de Picardie Jules Verne, en Amiens proporcionó el hospedaje de manera gratuita al alumno. El presente trabajo no requirió de otros fondos, los traductores, miembros del comité, revisores y aplicadores del instrumento colaboraron en este proyecto de manera gratuita.

X. RESULTADOS

a) Resultados de la adaptación transcultural

Tras seguir cada uno de los pasos recomendados por Epstein et al. (73), que consisten en la formación de un comité de validación, traducción, reconciliación y prueba piloto, se redactó una versión adaptada transculturalmente del instrumento. El instrumento original en francés, así como la versión adaptada transculturalmente se pueden consultar en los **apéndices 3 y 4**.

Se realizaron modificaciones en el formato de aplicación del instrumento, el cual en su versión original es auto-aplicado. Dado que en nuestro país se presenta un alto grado de analfabetismo funcional (96), se decidió que el instrumento adaptado fuera de aplicación por parte del clínico, para lo que se crearon dos documentos complementarios: un manual de aplicación del inventario y una hoja de respuestas. En el manual de aplicación, se incluyó una breve descripción del síndrome, así como las referencias relevantes para consulta, para así permitir un mejor conocimiento y aplicación del instrumento.

En el proceso de reconciliación, se prefirieron las traducciones no literales que conservaban la esencia del ítem del instrumento original. A continuación brindamos ejemplos de estas traducciones no literales.

Ejemplo 1 de traducciones no literales preferidas en la adaptación transcultural del inventario

Pregunta en francés: *Est-elle excessivement bavarde, passant facilement du coq à l'âne?*

Traducción literal: *¿Es ella [la persona] excesivamente charlatana, pasando fácilmente del gallo al asno?*

Adaptación transcultural: *¿Habla demasiado y cambia fácilmente de un tema a otro aunque no tengan que ver?*

Ejemplo 2 de traducciones no literales preferidas en la adaptación transcultural del inventario

Pregunta en francés: *Par rapport à son comportement antérieur, la personne ressent-elle moins fortement les émotions ?*

Traducción literal: *Con respecto a su comportamiento anterior, ¿resiente la persona menos fuertemente las emociones?*

Adaptación transcultural: *Con respecto a como solía ser [nombre del sujeto], ¿son sus reacciones emocionales menos intensas?*

Las traducciones no literales resultaron más comprensibles y aplicables a nuestra población en la prueba piloto. Durante la prueba piloto se identificó que algunas palabras utilizadas en la adaptación no se comprendían de la misma forma en personas del norte del país (evaluadas en la ciudad de Monterrey), por lo que algunos regionalismos fueron cambiados por palabras de uso más generalizado (p. ej. "esculcar" o "estantes" fueron sustituidos por "husmear" y "muebles y cajones", respectivamente).

La re-traducción al francés se llevó a cabo durante la estancia de investigación en la ciudad de Amiens, Francia, en conjunto con el equipo del Prof. Olivier Godefroy, con la cual se concluyó que hay una excelente equivalencia entre el significado de las preguntas originales del inventario y la nueva versión en español.

b) Resultados de la validación del instrumento adaptado transculturalmente

Se reclutaron entre los meses de abril y septiembre de 2016 un total de 111 sujetos para la aplicación del inventario adaptado transculturalmente. Todos ellos contaban con un acompañante capaz de responder las preguntas, para lo cual se requería que convivieran con el sujeto evaluado al menos 10 horas a la semana. Los pacientes con DCL y EA se reclutaron principalmente de la consulta externa de la Clínica de Demencias

del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (n=42), también se incluyeron algunos pacientes (n=10) de la consulta externa de psicogeriatría del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez y de la fundación Alzheimer México (n=8). Los adultos mayores sanos o controles, se reclutaron de diversas fuentes: de la consulta externa de la clínica de demencias del INNNMVS (n=17), del Hospital Universitario San José en la ciudad de Monterrey (n=19) y de la base poblacional de estudios de envejecimiento de la Facultad de Psicología de la UNAM (n=15). Todos los sujetos aceptaron participar en el estudio, previa explicación del mismo, firmando el consentimiento informado.

En la **tabla 5** se incluyen las características sociodemográficas y clínicas de la población estudiada. Las diferencias entre los grupos en cuanto a edad y composición por género no resultaron estadísticamente significativas, mientras que las diferencias entre grupos con respecto a niveles educativos, pérdida de autonomía y resultados en el test Mini Mental de Folstein sí resultaron estadísticamente significativas.

Tabla 5: Datos sociodemográficos y clínicos de interés de la población estudiada

Característica	Controles	Deterioro cognitivo leve	Enfermedad de Alzheimer	p
Número	51	14	46	
Edad, promedio en años	70.9 D.E. 6.8	71.7 D.E. 5.8	74.5 D.E. 7.5	0.037
Sexo femenino, %	60.8	57.1	69.6	0.57
Educación, % 1 / 2 / 3	6/27/18	6/3/5	23/12/11	< 0.001
Pérdida de autonomía, %	0	0	100	< 0.001
MMSE/30	29.0 D.E. 1.8	26.2 ^b D.E. 4.7	21.6 ^b D.E. 4.1	< 0.001
Grados de escolaridad. 1: 6 años o menos / 2: 7 a 11 años; / 3: 11 años o más				
MMSE: Test Mini Mental de Folstein, por sus siglas en inglés. D.E.: Desviación estándar.				

En promedio, la frecuencia para de cada una de las 12 alteraciones conductuales identificadas por el ISDC fue mayor en el grupo de pacientes (con DCL o EA) al compararlo con el grupo de controles, todas las diferencias entre los grupos fueron estadísticamente significativas (**tabla 6**). Para controlar la contribución del desempeño

cognitivo, se realizó además un análisis multivariado tomando el Mini Mental de Folstein como covariante, con lo que tres ítems (hipoactividad global, alteraciones de la conducta social y alteraciones de la conducta sexual, alimentaria y de esfínteres) perdieron significancia estadística. Dado el pequeño número de pacientes con DCL que se incluyeron en el estudio, se decidió para los siguientes análisis hacer comparación de pacientes (uniendo grupos de DCL y EA) y controles.

Tabla 6: Medias por grupo (controles vs. pacientes) de los dominios del ISDC

Dominio conductual	Controles (n= 51)	Pacientes (n= 60)	Comparación por grupo, <i>p</i>	MMSE como covariante, <i>p</i>
Hipoactividad global	0.19 D.E. 0.7	2.42 D.E. 3.7	< 0.001	0.07
Dificultades para la anticipación	0.02 D.E. 0.1	2.76 D.E. 4.	< 0.001	0.01
Desinterés e indiferencia	0.21 D.E. 1.1	2.38 D.E. 3.5	< 0.001	0.004
Hiperactividad	0.02 D.E. 0.1	0.67 D.E. 2.0	0.01	0.002
Irritabilidad-Impulsividad	0.21 D.E. 0.7	1.97 D.E. 3.3	< 0.001	< 0.001
Euforia	0.08 D.E. 0.6	1.03 D.E. 2.9	0.01	< 0.001
Comportamiento estereotipado	0.02 D.E. 0.1	2.11 D.E. 3.9	< 0.001	< 0.001
Dependencia ambiental	0.04 D.E. 0.2	0.70 D.E. 2.2	0.02	< 0.001
Anosognosia, anosodiaforia	0.00 D.E. 0.0	2.93 D.E. 4.5	< 0.001	0.005
Confabulaciones espontáneas	0.00 D.E. 0.0	1.87 D.E. 3.4	< 0.001	0.009
Alt. Conducta social	0.02 D.E. 1.8	0.48 D.E. 1.5	0.02	0.06
Alt. Conducta sexual	0.02 D.E. 1.3	0.63 D.E. 2.4	0.05	0.5
ISDC: Inventario del Síndrome Disejecutivo Conductual. MMSE: Test Mini-Mental de Folstein, por sus siglas en inglés. D.E.: Desviación estándar.				

En la **figura 7** se muestra el porcentaje de pacientes (combinando DCL y EA) y controles quienes presentaron dominios conductuales alterados independientemente de la gravedad y frecuencia de la alteración. Para esta descripción, se agruparon los primeros tres ítems del inventario (hipoactividad, dificultades para la planeación e iniciación de actividades, pérdida de interés) y los siguientes tres (hiperactividad, irritabilidad,

euforia) en dos variables dado que se considera que estas alteraciones forman parte de dominios conductuales particulares, y que el estudio de validación del instrumento original resultaron altamente correlacionados (36).

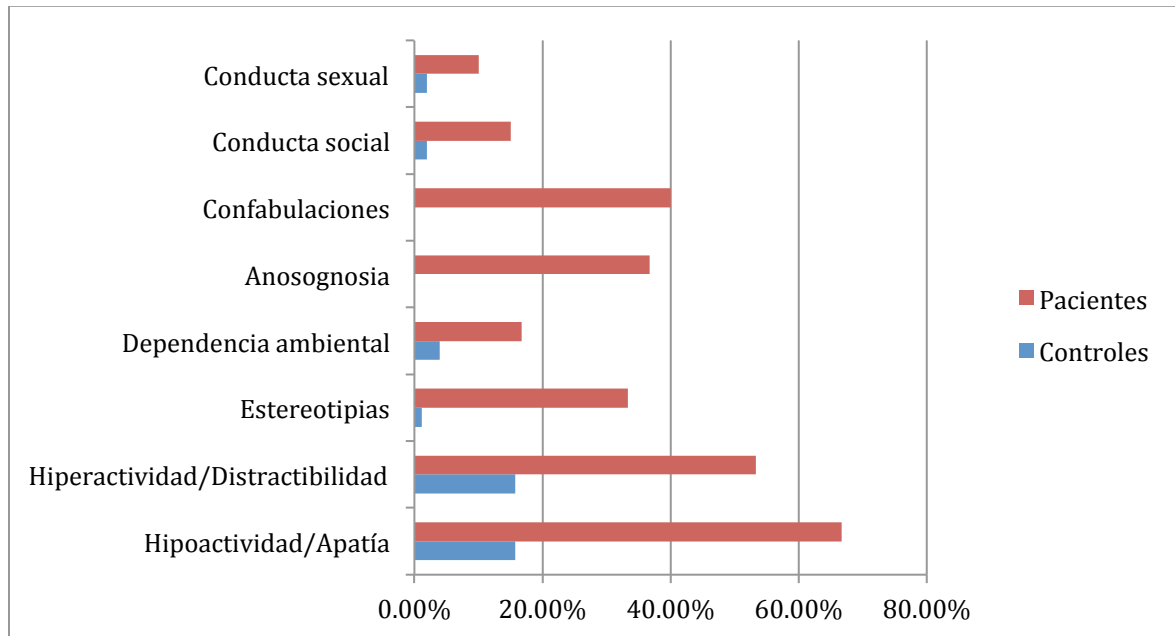


Fig. 7: Presencia de dominios conductuales alterados en pacientes y controles

La presencia del SDC resultó más frecuente en pacientes que en controles (**tabla 7**), encontrándose en el 58.3% de los pacientes. Definimos la presencia del síndrome según los criterios publicados por Godefroy et al. 2010 (36), como la perturbación significativa en tres o más dominios conductuales. Esta perturbación significativa se definió como el producto igual o mayor a 3 de la frecuencia por la severidad. La descripción de la frecuencia y la severidad de las alteraciones conductuales según el ISDC pueden consultarse en el **apéndice 4**.

Tabla 7: Comparación del porcentaje de controles y pacientes que presentan el síndrome disejecutivo conductual*

Síndrome disejecutivo conductual	Controles	Pacientes	<i>p</i>
Presencia, %	0	58.3	< 0.001
Ausencia, %	100	41.7	

* Se define la presencia del síndrome según los criterios publicados por Godefroy et al., 2010 como la perturbación significativa en tres o más dominios conductuales (36)

Así mismo, la presencia del SDC es significativamente mayor en sujetos con dependencia en las actividades instrumentadas de la vida diaria, presentándose en 50% de sujetos dependientes en comparación con un 3.1% de sujetos independientes (**tabla 8**).

Tabla 8: Asociación de la presencia del síndrome disejecutivo conductual^a con dependencia en actividades instrumentadas de la vida diaria^b en la población estudiada

Síndrome disejecutivo conductual	Independientes	Dependientes	<i>p</i>
Presencia, %	3.1	50	< 0.001
Ausencia, %	96.9	50	

^a Se define la presencia del síndrome según los criterios publicados por Godefroy et al., 2010 como la perturbación significativa en tres o más dominios conductuales (36).

^b Se define como dependiente en actividades instrumentadas de la vida diaria a los sujetos que requieren asistencia en dos o más actividades instrumentadas, medidas por la escala Lawton Brody.

XI. DISCUSIÓN

El propósito del presente estudio fue adaptar y validar transculturalmente el Inventario del Síndrome Disejecutivo Conductual para su uso en México. Como se ha comentado, consideramos que este instrumento es de gran utilidad para la práctica e investigación clínica, ya que identifica y mide alteraciones conductuales que se presentan de manera frecuente en trastornos neurológicos, entre los cuales se encuentran las demencias. Estas alteraciones conductuales requieren ser estudiadas con mayor profundidad y establecer su definición por consenso (38). El instrumento aquí adaptado, propone un paradigma útil para el abordaje y estudio de las mismas.

La metodología utilizada para esta adaptación transcultural, se basa en guías desarrolladas para estos fines (72,73,75,76) y aunque Epstein y cols. concluyen que no existe un método universalmente aceptado para llevar a cabo este proceso (73), para este estudio tomamos en cuenta las recomendaciones basadas en la evidencia disponible para alcanzar la mayor calidad posible en la presente adaptación. Como observa Epstein en su revisión de guías, el proceso formal de adaptación transcultural no se realiza de manera frecuente y existen pocos trabajos publicados que ejemplifiquen los procesos necesarios para estas adaptaciones de manera rigurosa. En nuestro país, en la práctica e investigación clínica nos enfrentamos a que la mayoría de instrumentos clinimétricos disponibles, han sido únicamente traducidos sin tomar en cuenta las variables culturales, por lo que los resultados no son siempre confiables y la aplicabilidad de los mismos no es óptima.

Consideramos que la adaptación del ISDC, realizada con motivo de este trabajo, es de buena calidad, y que la oportunidad de hacer la re-traducción y presentar nuestra versión de la adaptación del ISDC al equipo que construyó y validó el instrumento original (36), fue muy favorable para cumplir con nuestros objetivos, concluyendo que la manera en la que se presentaban las preguntas del instrumento adaptado y el

contenido de las mismas conserva una equivalencia de medición y de significado. De manera interesante, los autores del instrumento consideraron que la versión re-traducida podría ser más comprensible para población francesa de escolaridad baja, ya que las preguntas son más claras y sencillas que la versión original, conservando el objetivo de las mismas.

La validación del instrumento adaptado transculturalmente se basó en el concepto de validez de constructo (39,40,77). Para la evaluación de las alteraciones conductuales no contamos con un estándar de oro, por lo que no se puede recurrir a una comparación de esta naturaleza para establecer la validez de la medición. La validez de constructo se establece por medio de la comprobación de hipótesis previamente establecidas, en este caso comprobando que la presencia de alteraciones conductuales propias del síndrome disejecutivo conductual son significativamente más frecuentes en pacientes, que en controles de la misma edad, y que la presencia de este síndrome se asocia a pérdida de la autonomía. Estas hipótesis fueron también consideradas en la validación del instrumento original, por lo que al comprobarlas en el instrumento adaptado se respalda su equivalencia.

Existen algunas debilidades de la validación aquí presentada. En primer lugar, el grupo de pacientes con DCL fue menor a lo planeado, esto se debe en gran parte a que la población clínica atendida en nuestra institución tiende a encontrarse en etapas moderadas a graves de la demencia, y a que, al ser un centro de referencia neurológico, muchos de los pacientes con DCL fueron excluidos del estudio por presentar otras enfermedades neurológicas en comorbilidad o por presentar condiciones que limitan su funcionalidad independientemente de su estado cognitivo. En segundo lugar, al analizar las características demográficas, se muestra que la composición de los grupos por escolaridad tiene diferencias estadísticamente significativas, siendo esta menor en el grupo de pacientes (DCL y EA) que en el grupo de controles. Reconocemos la importancia de esta diferencia ya que el desempeño en pruebas cognitivas se ve

afectado por el nivel de escolaridad de los sujetos (88), sin embargo no consideramos que esto invalide los resultados obtenidos ya que no se incluyeron sujetos con menos de 6 años de escolaridad y la evidencia apunta que sería en sujetos sin escolaridad básica en quienes el test Mini Mental de Folstein requeriría ajustes de puntaje (88,97). En tercer lugar, si bien las diferencias en el promedio del puntaje de los ítems del inventario, entre controles y pacientes, fueron estadísticamente significativas en todos los casos, al llevar a cabo un análisis multivariado incluyendo como covariante el puntaje del Mini Mental, tres de los ítems (hipoactividad global con apatía, alteraciones en la conducta social, y alteraciones en la conducta sexual, alimentaria y de esfínteres) pierden esta significancia estadística. Esto podría implicar que la presencia de estas alteraciones conductuales está más relacionada a un peor desempeño cognitivo que a la presencia o ausencia del diagnóstico de DCL o EA. Si bien se intentó controlar esta interferencia (y se logró en 9 de los 12 ítems) incluyendo en este estudio pacientes con puntaje de Mini Mental mayor a 15, lo que se traduce en un desempeño cognitivo propio de pacientes en etapas leves o moderadas de la enfermedad. Estos resultados concuerdan con la evidencia de que en la EA (así como en otras demencias degenerativas), la apatía es más frecuente al inicio y tiende a aumentar con la progresión de la enfermedad y que la desinhibición conductual tiende a aparecer en etapas más avanzadas de la enfermedad (98).

Una limitación importante del presente estudio es que únicamente se establece un tipo de validez (la de constructo) por medio de la demostración de hipótesis. Esto dado el marco temporal en el que se realizó el trabajo y la dificultad para encontrar población clínica con criterios de inclusión un tanto estrictos: únicamente se incluyen aquí pacientes con DCL y EA en etapas iniciales, en nuestra institución la mayoría de pacientes atendidos se encuentran en etapas moderadas y graves de estos padecimientos. Se busca ampliar el número de sujetos del estudio con el objetivo de establecer un análisis factorial que brinde mayor información sobre la validez del

instrumento adaptado transculturalmente (40), con miras a la publicación del presente trabajo.

Por otro lado, las fortalezas de esta validación, incluyen la composición por edad y sexo de los grupos estudiados, la cual no presenta diferencias estadísticamente significativas y la consistencia en la capacidad del instrumento para discriminar pacientes de controles, de los ítems por separado y de la presencia del ISDC al considerarse los criterios diagnósticos del mismo (36). Al analizar las frecuencias con las que se presentaron las alteraciones conductuales propias del síndrome, con la nueva versión del ISDC, encontramos una consistencia con las frecuencias encontradas por el equipo de trabajo que propone el SDC y el instrumento original (36,99), así como con otros trabajos que han abordado la prevalencia de algunos síntomas neuropsiquiátricos equiparables a alteraciones conductuales aquí estudiadas (p. ej. apatía, euforia, irritabilidad) (11). Llama la atención que las alteraciones conductuales "activas" (euforia, irritabilidad e hiperactividad), presentan en este estudio una mayor frecuencia a aquella encontrada en la población francesa, con la que se validó el instrumento original. Esto concuerda con la evidencia que apunta a que los pacientes latinoamericanos con demencia tienden a presentar más frecuentemente este grupo de síntomas, marcando a su vez, una diferencia cultural (12,100). La evidencia de la asociación de la presencia del SDC con la pérdida de autonomía, también queda claramente establecida, por lo que comprobando ambas hipótesis (discriminación y discapacidad), podemos establecer que el instrumento que hemos adaptado transculturalmente, cuenta con una buena validez de constructo.

Vale la pena notar la gran frecuencia con la que los pacientes presentaron el SDC (58.3%), lo que concuerda con la literatura que ha encontrado que los síndromes disejecutivos (tanto el cognitivo como el conductual) son más frecuentes en etapas tempranas de la enfermedad de Alzheimer que lo que se creía previamente (99,101–103). El contar este instrumento adaptado para su uso en nuestra población representa

una herramienta útil para estudiar con mayor profundidad este grupo de alteraciones cognitivas y conductuales.

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cummings JL. Neuropsychiatric Aspects of Neurological Disease in the Elderly. In: Coffey C, Cummings JL, Lovell MR, Pearlson GD, editors. *The American Psychiatric Press textbook of geriatric neuropsychiatry*. Second Edi. Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 2000. p. 491–529.
2. Mega MS, Cummings JL, Fiorello T, Gornbein J. The spectrum of behavioral changes in Alzheimer's disease. *Neurology*. AAN Enterprises; 1996;46(1):130–5.
3. World Health Organization. Dementia: a public health priority. *Dementia*. 2012.
4. Prince M, Wimo A, Guerchet M, Gemma-Claire A, Wu Y-T, Prina M. World Alzheimer Report 2015: The Global Impact of Dementia - An analysis of prevalence, incidence, cost and trends. *Alzheimer's Dis Int*. 2015;84.
5. Petersen RC. Mild cognitive impairment as a diagnostic entity. *J Intern Med*. Wiley Online Library; 2004;256(3):183–94.
6. Petersen RC. Mild cognitive impairment. *Continuum (N Y)*. 2016;22(April):404–18.
7. Albert MS, DeKosky ST, Dickson D, Dubois B, Feldman HH, Fox NC, et al. The diagnosis of mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on. *Alzheimer's* 2011;7(3):270–9.
8. McKhann GM, Knopman DS, Chertkow H, Hyman BT, Jack CR, Kawas CH, et al. The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimer's Dement*. Elsevier Ltd; 2011;7(3):263–9.
9. Dubois B, Feldman HH, Jacova C, Cummings JL, DeKosky ST, Barberger-Gateau P, et al. Revising the definition of Alzheimer's disease: a new lexicon. *Lancet Neurol*. 2010;9(11):1118–27.
10. Kales HC, Gitlin LN, Lyketsos CG. State of the Art Review: Assessment and management of behavioral and psychological symptoms of dementia. *BMJ Br Med J*. BMJ Group; 2015;350.
11. Zhao Q-F, Tan L, Wang H-F, Jiang T, Tan M-S, Tan L, et al. The prevalence of neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease: Systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. Elsevier; 2016;190:264–71.
12. Acosta-Castillo GI, Sosa AL, Orozco R, Borges G. Síntomas neuropsiquiátricos en adultos mayores con demencia y su relación con la severidad de la enfermedad. *Rev Investig Clínica*. 2012;64(4):354–63.
13. Pinto T, Lanctôt K, Herrmann N. Revisiting the cholinergic hypothesis of behavioral and psychological symptoms in dementia of the Alzheimer's type. *Ageing Res*. 2011;10(4):404–12.
14. Lebowitz BD. Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: A Clinical and Research Update. *Int Psychogeriatrics*. Cambridge University Press; 2000 Jul 1;12(S1):19–21.
15. Zaudig M. Assessing Behavioral Symptoms of Dementia of the Alzheimer Type: Categorical and Quantitative Approaches. *Int Psychogeriatrics*. Cambridge University Press; 1997 Feb 1;8(S2):183–200.
16. Levitis D a, Lidicker WZ, Freund G. Behavioural biologists don't agree on what constitutes behaviour. *Anim Behav*. 2009 Jul 1;78(1):103–10.
17. Kandel ER. *Cellular Basis of Behaviour*. New York: W.H.Freeman & Co Ltd; 1977.

18. de Oliveira Souza R, Moll J, Eslinger PJ. Neuropsychological Assessment. In: Rizzo M, Eslinger PJ, editors. Principles and practice of behavioral neurology and neuropsychology. 2004. p. 47–50.
19. Arciniegas DB, McAllister TW. Pharmacotherapy of behavioral disturbances. In: Arciniegas DB, Anderson CA, Filley CM, editors. Behavioral Neurology & Neuropsychiatry. Cambridge University Press; 2013.
20. Caine ED, Porsteinsson A, Lyness JM, First M. Reconsidering the DSM-IV Diagnoses of Alzheimer's Disease: Behavioral and Psychological Symptoms in Patients With Dementia. *Int Psychogeriatrics*. 2000;12(S1):23–7.
21. Robert PH, Verhey FRJ, Byrne EJ, Hurt C, De Deyn PP, Nobili F, et al. Grouping for behavioral and psychological symptoms in dementia: clinical and biological aspects. Consensus paper of the European Alzheimer disease consortium. *Eur Psychiatry*. 2005;20(7):490–6.
22. Ryu SH, Katona C, Rive B, Livingston G. Persistence of and changes in neuropsychiatric symptoms in Alzheimer disease over 6 months: the LASER-AD study. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2005;13:976–83.
23. McKeith I, Cummings JL. Behavioural changes and psychological symptoms in dementia disorders. *Lancet Neurol*. 2005;4(11):735–42.
24. Spalletta G, Baldinetti F, Buccione I, Fadda L, Perri R, Scalmana S, et al. Cognition and behaviour are independent and heterogeneous dimensions in Alzheimer's disease. *J Neurol*. 2004 Jun;251(6):688–95.
25. Fernández M, Gobartt AL, Balañá M, Group S. Behavioural symptoms in patients with Alzheimer's disease and their association with cognitive impairment. 2010;
26. Bruen PD, McGeown WJ, Shanks MF, Venneri A. Neuroanatomical correlates of neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease. *Brain*. 2008;131(9):2455–63.
27. Onishi J, Suzuki Y, Umegaki H, Nakamura A, Endo H, Iguchi A. Influence of behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) and environment of care on caregivers' burden. *Arch Gerontol Geriatr*. 2005;41(2):159–68.
28. Herrmann N, Lancot KL, Sambrook R, Lesnikova N, Hebert R, McCracken P, et al. The contribution of neuropsychiatric symptoms to the cost of dementia care. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2006;(21):972–6.
29. Stern Y. Predicting Time to Nursing Home Care and Death in Individuals With Alzheimer Disease. *JAMA J Am Med Assoc*. American Medical Association; 1997 Mar 12;277(10):806.
30. Lam B, Masellis M, Freedman M, Stuss DT, Black SE. Clinical, imaging, and pathological heterogeneity of the Alzheimer's disease syndrome. *Alzheimer's Res Ther*. 2013;5(1).
31. Lladó A, Sánchez-Valle R. Focusing on atypical symptoms for improved diagnosis of early-onset Alzheimer's disease. *Future Neurol*. 2011;6(5):575–8.
32. Balasa M, Gelpi E, Antonell A, et al. Clinical features and APOE genotype of pathologically proven early-onset Alzheimer's disease. *Neurology*. 2011;76(20):1720–5.
33. Ossenkoppele R, Pijnenburg Y a. L, Perry DC, Cohn-Sheehy BI, Scheltens NME, Vogel JW, et al. The behavioural/dysexecutive variant of Alzheimer's disease: clinical, neuroimaging and pathological features. *Brain*. 2015;awv191.
34. Lyketsos CG, Lopez O, Jones B, Fitzpatrick AL, Breitner J, DeKosky S. Prevalence of neuropsychiatric symptoms in dementia and mild cognitive impairment: results from the cardiovascular health study. *Jama*. American Medical Association; 2002;288(12):1475–83.
35. Serra L, Perri R, Cercignani M, Spanò B, Fadda L, Marra C, et al. Are the behavioral symptoms of Alzheimer's disease directly associated with neurodegeneration? *J Alzheimers Dis*. 2010 Jan 1;21(2):627–39.

36. Godefroy O, Azouvi P, Robert P, Roussel M, LeGall D, Meulemans T. Dysexecutive syndrome: diagnostic criteria and validation study. *Ann Neurol*. 2010 Dec;68(6):855–64.
37. Palmer K, Di Iulio F, Varsi AE, Gianni W, Sancesario G, Caltagirone C, et al. Neuropsychiatric predictors of progression from amnesic-mild cognitive impairment to Alzheimer's disease: the role of depression and apathy. *J Alzheimer's Dis*. IOS Press; 2010;20(1):175–83.
38. Godefroy O. Syndromes frontaux et dysexécutifs. *Rev Neurol (Paris)*. 2004;160(10):899–909.
39. Feinstein AR. *Clinometrics*. Yale University Press; 1987.
40. Lara Muñoz M del C. Evaluación Clínica en Psiquiatría. Programa de Actualización Continua en Psiquiatría. 2003. p. 121–205.
41. De Vet HCW, Terwee CB, Mokkink LB, Knol DL. *Measurement in medicine: a practical guide*. Cambridge University Press; 2011.
42. Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosenberg-Thompson S, Carusi DA, Gornbein J. The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology*. 1994 Dec 1;44(12):2308–14.
43. Cummings JL. The Neuropsychiatric Inventory: Assessing psychopathology in dementia patients. *Neurology*. 1997 May 1;48(Issue 5, Supplement 6):10S–16S.
44. de Medeiros K, Robert PH, Gauthier S, Stella F, Politis A, Leoutsakos J, et al. The Neuropsychiatric Inventory-Clinician rating scale (NPI-C): reliability and validity of a revised assessment of neuropsychiatric symptoms in dementia. *Int Psychogeriatrics*. 2012;22(6):984–94.
45. Reisberg B, Auer SR, Monteiro IM. Behavioral pathology in Alzheimer's disease (BEHAVE-AD) rating scale. *Int Psychogeriatrics*. Cambridge Univ Press; 1997;8(S3):301–8.
46. Auer SR, Monteiro IM, Reisberg B. The empirical behavioral pathology in Alzheimer's disease (E-BEHAVE-AD) rating scale. *Int Psychogeriatrics*. Cambridge Univ Press; 1996;8(2):247–66.
47. Monteiro IM, Boksay I, Auer SR, Torossian C, Ferris SH, Reisberg B. Addition of a frequency-weighted score to the Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease Rating Scale: the BEHAVE-AD-FW: methodology and reliability. *Eur psychiatry*. Elsevier; 2001;16:5–24.
48. Tariot PN. CERAD behavior rating scale for dementia. *Int Psychogeriatrics*. Cambridge Univ Press; 1997;8(S3):317–20.
49. Greene JG, Smith R, GARDINER M, Timbury GC. Measuring behavioural disturbance of elderly demented patients in the community and its effects on relatives: a factor analytic study. *Age Ageing*. Br Geriatrics Soc; 1982;11(2):121–6.
50. Rosen WG, Mohs RC, Davis KL. A new rating scale for Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry*. American Psychiatric Assn; 1984;
51. Burke WJ, Roccaforte WH, Wengel SP, McArthur-Miller D, Folks DG, Potter JF. Disagreement in the Reporting of Depressive Symptoms Between Patients With Dementia of the Alzheimer Type and their Collateral Sources. *Am J Geriatr Psychiatry*. 1998 Sep;6(4):308–19.
52. Luria AR. *Higher Cortical Functions in Man*. New York: Basic Books Inc Publishers; 1966.
53. Arciniegas DB. Executive Function. In: Arciniegas DB, Anderson CA, Filley CM, editors. *Behavioral Neurology & Neuropsychiatry*. Cambridge University Press; 2013.
54. Mesulam M. From sensation to cognition. *Brain*. 1998 Jun 1;121(6):1013–52.
55. Carpenter PA, Just MA, Reichle D. E, Reichle ED. Working memory and executive function: Evidence from neuroimaging. *Curr Opin Neurobiol*. 2000;10(2):195–9.
56. Ardila A. There are Two Different Dysexecutive Syndromes. *J Neurol Disord*. 2013;
57. Godefroy O, Gibbons L, Diouf M, Nyenhuis D, Roussel M, Black S, et al. Validation of an integrated

- method for determining cognitive ability: Implications for routine assessments and clinical trials. *Cortex*. Elsevier Ltd; 2014 May;54(JANUARY):51–62.
58. Eslinger PJ, Damasio AR. Severe disturbance of higher cognition following bilateral frontal lobe ablation: patient EVR. *Neurology*. 1985;35:1731–41.
 59. Godefroy O, Martinaud O, Verny M, Mosca C, Lenoir H, Bretalut E, et al. The Dysexecutive Syndrome of Alzheimer’s Disease: The Grefex Study. *J Alzheimer’s Dis*. 2014;
 60. Godefroy O. Fonctions exécutives et pathologies neurologiques et psychiatriques: évaluation en pratique clinique. Groupe de Boeck; 2008.
 61. Fisher CM. Honored guest presentation: abulia minor vs. agitated behavior. *Clin Neurosurg*. 1982;31:9–31.
 62. Robert PH, Clairot S, Benoit M, Koutaich J, Bertogliati C, Tible O, et al. The apathy inventory: assessment of apathy and awareness in Alzheimer’s disease, Parkinson’s disease and mild cognitive impairment. *Int J Geriatr Psychiatry*. Wiley Online Library; 2002;17(12):1099–105.
 63. Robert PH, Darcourt G, Koulibaly MP, Clairot S, Benoit M, Garcia R, et al. Lack of initiative and interest in Alzheimer’s disease: a single photon emission computed tomography study. *Eur J Neurol*. 2006 Jul;13(7):729–35.
 64. VandenBos GR. *APA Dictionary of Psychology*. American Psychological Association; 2007.
 65. Bolt N. Emotional Lability. *Encyclopedia of Child Behavior and Development*. Springer; 2011. p. 576.
 66. Stedman TL. *The American heritage Stedman’s medical dictionary*. Houghton Mifflin; 2004.
 67. Lhermitte F. Human autonomy and the frontal lobes. Part II: Patient behavior in complex and social situations: the “environmental dependency syndrome”. *Ann Neurol*. 1986 Apr;19(4):335–43.
 68. Jenkinson PM. Understanding Babinski’s anosognosia : 100 years later.
 69. Mendoza JE. Anosodiaphoria. *Encyclopedia of Clinical Neuropsychology*. Springer; 2011. p. 179.
 70. Fotopoulou A, Conway MA, Solms M. Confabulation: Motivated reality monitoring. *Neuropsychologia*. Elsevier; 2007;45(10):2180–90.
 71. Schnider A, Ptak R, von Däniken C, Remonda L. Recovery from spontaneous confabulations parallels recovery of temporal confusion in memory. *Neurology*. AAN Enterprises; 2000;55(1):74–83.
 72. Beaton D, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Recommendations for the Cross-Cultural Adaptation of Health Status Measures. *Epidemiol*. 1998;(December).
 73. Epstein J, Santo RM, Guillemin F. A review of guidelines for cross-cultural adaptation of questionnaires could not bring out a consensus. *J Clin Epidemiol*. Elsevier Inc; 2014;68(4):435–41.
 74. Mokkink LB, Terwee CB, Patrick DL, Alonso J, Stratford PW, Knol DL, et al. The COSMIN checklist for assessing the methodological quality of studies on measurement properties of health status measurement instruments: An international Delphi study. *Qual Life Res*. 2010;19(4):539–49.
 75. Guillemin F, Bombardier C, Beaton D, Division CE. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol*. 1993;46(12):1417–32.
 76. Acquadro C, Conway K, Hareendran A, Aaronson N. Literature review of methods to translate health-related quality of life questionnaires for use in multinational clinical trials. *Value Heal*. International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research (ISPOR); 2008;11(3):509–21.

77. Mokkink LB, Terwee CB, Patrick DL, Alonso J, Stratford PW, Knol DL, et al. The COSMIN study reached international consensus on taxonomy, terminology, and definitions of measurement properties for health-related patient-reported outcomes. *J Clin Epidemiol*. Elsevier Inc; 2010;63(7):737–45.
78. Herdman M, Fox-Rushby J, Badia X. A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach. *Qual life Res*. Springer; 1998;7(4):323–35.
79. Wild D, Eremenco S, Mear I, Martin M, Houchin C, Gawlicki M, et al. Multinational trials - Recommendations on the translations required, approaches to using the same language in different countries, and the approaches to support pooling the data: The ispor patient-reported outcomes translation and linguistic validation go. *Value Heal*. International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research (ISPOR); 2009;12(4):430–40.
80. Mokkink LB, Terwee CB, Gibbons E, Stratford PW, Alonso J, Patrick DL, et al. Inter-rater agreement and reliability of the COSMIN (COnsensus-based Standards for the selection of health status Measurement Instruments) checklist. *BMC Med Res Methodol*. 2010;10(box C):82.
81. Mokkink LB, Terwee CB, Knol DL, Stratford PW, Alonso J, Patrick DL, et al. The COSMIN checklist for evaluating the methodological quality of studies on measurement properties: a clarification of its content. *BMC Med Res Methodol*. 2010;10:22.
82. Terwee CB, Bot SDM, de Boer MR, van der Windt D a WM, Knol DL, Dekker J, et al. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *J Clin Epidemiol*. 2007;60(1):34–42.
83. Terwee CB, Mokkink LB, Knol DL, Ostelo RWJG, Bouter LM, De Vet HCW. Rating the methodological quality in systematic reviews of studies on measurement properties: A scoring system for the COSMIN checklist. *Qual Life Res*. 2012;21(4):651–7.
84. Wild D, Grove A, Martin M, Eremenco S, McElroy S, Verjee-Lorenz A, et al. Principles of good practice for the translation and cultural adaptation process for patient-reported outcomes (PRO) measures: Report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value Heal*. International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research (ISPOR); 2005;8(2):94–104.
85. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. “Mini-mental state”: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. Elsevier; 1975;12(3):189–98.
86. Jorm AF, Scott R, Jacomb PA. Assessment of cognitive decline in dementia by informant questionnaire. *Int J Geriatr Psychiatry*. Wiley Online Library; 1989;4(1):35–9.
87. Beaman SR de, Beaman PE, Garcia-Peña C, Villa MA, Heres J, Córdova A, et al. Validation of a modified version of the Mini-Mental State Examination (MMSE) in Spanish. *Aging, Neuropsychol Cogn*. Taylor & Francis; 2004;11(1):1–11.
88. Franco-Marina F, García-González JJ, Wagner-Echeagaray F, Gallo J, Ugalde O, Sánchez-García S, et al. The Mini-mental State Examination revisited: ceiling and floor effects after score adjustment for educational level in an aging Mexican population. *Int Psychogeriatrics*. Cambridge Univ Press; 2010;22(1):72–81.
89. Ostrosky-Solís F, López-Arango G, Ardila A. Sensitivity and specificity of the Mini-Mental State Examination in a Spanish-speaking population. *Appl Neuropsychol*. Taylor & Francis; 2000;7(1):25–31.
90. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged: the index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *Jama*. American Medical Association; 1963;185(12):914–9.
91. Brorsson BENGT, Hulter Asberg K. Katz index of independence in ADL. Reliability and validity in short-term care. *Scand J Rehabil Med*. 1983;16(3):125–32.

92. Cabañero-Martínez MJ, Cabrero-García J, Richart-Martínez M, Muñoz-Mendoza CL. The Spanish versions of the Barthel index (BI) and the Katz index (KI) of activities of daily living (ADL): A structured review. *Arch Gerontol Geriatr.* Elsevier; 2009;49(1):e77–84.
93. Lawton MP, BRODY EM. ASSESSMENT OF OLDER PEOPLE: SELF-MAINTAINING AND INSTRUMENTAL ACTIVITIES OF DAILY LIVING. *Nurs Res. LWW;* 1970;19(3):278.
94. Hughes SL, Conrad K, Manheim LM, Edelman PL. Impact of long-term home care on mortality, functional status, and unmet needs. *Health Serv Res. Health Research & Educational Trust;* 1988;23(2):269.
95. Vergara I, Bilbao A, Orive M, Garcia-Gutierrez S, Navarro G, Quintana JM. Validation of the Spanish version of the Lawton IADL Scale for its application in elderly people. *Heal Qual Life Outcomes.* 2012;10(130):10–1186.
96. Infante I. Alfabetismo funcional en siete países de América Latina. Unesco; 2000.
97. Crum RM, Anthony JC, Bassett SS, Folstein MF. Population-based norms for the Mini-Mental State Examination by age and educational level. *Jama. American Medical Association;* 1993;269(18):2386–91.
98. Ranasinghe KG, Rankin KP, Lobach I V, Kramer JH, Sturm VE, Bettcher BM, et al. Cognition and neuropsychiatry in behavioral variant frontotemporal dementia by disease stage. *Neurology.* 2016;1–12.
99. Godefroy O, Martinaud O, Roussel M, Grefex SG. The Profile of Dysexecutive Disorders and Syndromes of Alzheimer Disease. Implications for Diagnosis. *Neurology.* 2012;(78).
100. Xiong GL, Filshtein T, Beckett LA, Hinton L. Antipsychotic Use in a Diverse Population With Dementia: A Retrospective Review of the National Alzheimer’s Coordinating Center Database. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci. Am Neuropsych Assoc;* 2015;
101. Espinosa A, Alegret M, Boada M, Vinyes G, Valero S, Martínez-Lage P, et al. Ecological assessment of executive functions in mild cognitive impairment and mild Alzheimer’s disease. *J Int Neuropsychol Soc. Cambridge Univ Press;* 2009;15(5):751–7.
102. Sjöbeck M, Elfgren C, Larsson EM, Brockstedt S, Lätt J, Englund E, et al. Alzheimer’s disease (AD) and executive dysfunction. A case-control study on the significance of frontal white matter changes detected by diffusion tensor imaging (DTI). *Arch Gerontol Geriatr.* 2009;50(3):260–6.
103. Chen T-F, Chen Y-F, Cheng T-W, Hua M-S, Liu H-M, Chiu M-J. Executive dysfunction and periventricular diffusion tensor changes in amnesic mild cognitive impairment and early Alzheimer’s disease. *Hum Brain Mapp.* 2009;30(11):3826–36.

XIII. APÉNDICE

APÉNDICE 1: Criterios diagnósticos utilizados para el estudio.

Criterios para el diagnóstico de deterioro cognitivo leve

Criterios clínicos centrales para el diagnóstico de DCL (Albert et al., 2011)

a. Preocupación con respecto a un cambio en la cognición: Existe evidencia de un cambio en comparación al nivel previo del sujeto. Esta preocupación surge del paciente, de un informante que conoce bien al paciente o de un clínico experimentado que observa al paciente.

d. Deterioro en uno o varios dominios cognitivos: Existe evidencia de un menor desempeño en un dominio cognitivo o varios con respecto a lo que se esperaría de la edad y el grado educativo del paciente. Si es posible realizar valoraciones repetidas, entonces el empeoramiento en el desempeño a lo largo del tiempo es evidente. Este cambio puede ocurrir en una variedad de dominios cognitivos, incluyendo memoria, función ejecutiva, atención, lenguaje y habilidades visuo-espaciales. Una alteración en la memoria episódica es la más comúnmente encontrada en pacientes con DCL que posteriormente progresarán a presentar una demencia por EA.

c. Preservación de independencia en habilidades funcionales: Las personas con DCL pueden tener problemas leves para desempeñar tareas complejas que podían realizar previamente, como pagar cuentas, preparar los alimentos o ir de compras. Les puede tomar más tiempo, pueden ser menos eficientes y equivocarse más al realizar estas actividades que en el pasado. A pesar de esto, generalmente mantienen su independencia o función en la vida diaria, con mínimo apoyo o asistencia.

d. No presenta demencia: Estos cambios cognitivos son lo suficientemente leves como para que no haya un deterioro significativo en el funcionamiento social u ocupacional.

b) Criterios para el diagnóstico de demencia y enfermedad de Alzheimer

Criterios revisados de demencia y demencia por EA (McKhann et al., 2011)

Diagnóstico de demencia de todas las causas: Criterios clínicos centrales

1. Interfiere con la capacidad de funcionar en el trabajo o en actividades habituales; y
2. Representa una disminución del nivel previo de funcionalidad y desempeño; y
3. No se explica por delirium o por un trastorno psiquiátrico mayor;
4. El deterioro cognitivo se detecta y se diagnostica por una combinación de
(1) la historia clínica tomada del paciente y un informante confiable y
(2) de una valoración cognitiva objetiva, ya sea como un examen rutinario del estado mental o por pruebas neuropsicológicas. Éstas deberán de ser realizadas cuando la historia clínica y el examen mental de rutina no puedan brindar un diagnóstico confiable.
5. El deterioro cognitivo o el trastorno del comportamiento involucra un mínimo de dos de los siguientes dominios:

a. Afección en la habilidad para adquirir y recordar nueva información - los síntomas incluyen: preguntas o conversaciones repetitivas, olvidar dónde puso objetos personales, olvidar eventos o citas, perderse en un camino familiar.

b. Afección en el razonamiento y el desempeño de tareas complejas, pobre juicio - los síntomas incluyen: pobre comprensión de riesgos a la seguridad, incapacidad para manejar finanzas, pobre capacidad para hacer decisiones, incapacidad para planear actividades complejas o que requieran una secuencia específica.

c. Afección en las capacidades visuo-espaciales - los síntomas incluyen: incapacidad para reconocer

caras u objetos comunes en contacto visual directo a pesar de una adecuada agudeza visual, incapacidad para operar implementos sencillos u orientar la ropa al cuerpo.

d. Afección en las funciones del lenguaje (hablar, leer, escribir) - los síntomas incluyen: dificultad para pensar en palabras comunes al hablar o para encontrar las palabras, errores del discurso, escritura y ortografía.

e. Cambios en la personalidad, la conducta o el comportamiento - los síntomas incluyen: fluctuaciones del comportamiento no característicos, como agitación, disminución de la motivación, iniciativa, apatía, pérdida de la voluntad, aislamiento social, disminución del interés en las actividades previas, pérdida de la empatía, comportamientos compulsivos u obsesivos, comportamientos socialmente inaceptables.

La demencia por EA se diagnostica cuando el paciente:

1. Cumple con criterios para demencia descritos arriba, y además tiene las siguientes características:

A. Inicio insidioso. Los síntomas se instalan de manera gradual de meses a años y no de manera repentina en horas o días.

B. Una historia evidente de empeoramiento de la cognición reportada u observada; y

C. Los déficits cognitivos iniciales y más prominentes son evidentes en la historia y el examen en alguna de las siguientes categorías.

a. Presentación amnésica: es la presentación sindrómica más común de la demencia por EA. Los déficits deberían incluir la dificultad para aprender y recordar información recientemente aprendida. Debería de haber también evidencia de disfunción cognitiva en al menos uno u otro dominio cognitivo, como se definió antes en el texto.

b. Presentaciones no-amnésicas:

-Presentación del lenguaje: los déficits más prominentes son el encontrar palabras, pero los déficit en otros dominios cognitivos deben estar presentes.

-Presentación visuo-espacial: los déficits más prominentes están en la cognición espacial, incluyendo agnosia de los objetos, dificultad para reconocer las caras, simultagnosia y alexia. Los déficits en otros dominios congeativos deben estar presentes.

-Disfunción ejecutiva: los déficits más prominente son alteraciones en el razonamiento, juicio y resolución de problemas. Los déficits en otros dominios congeativos deben estar presentes.

D. El diagnóstico de EA probable no puede darse cuando hay evidencia de (a) enfermedad cerebrovascular severa, definida por una historia de evento vascular cerebral relacionado temporalmente al empeoramiento del deterioro cognitivo; o la presencia de infartos múltiples o extensos o hiperintensidades de la sustancia blanca intensas; o (b) se presentan características centrales de la demencia con cuerpos de Lewy además de la demencia misma; o (c) de la variante conducta de la demencia frontotemporal; o (d) características prominentes de afasia progresiva primaria semántica o no fluente/agramatical; o (e) evidencia de otro trastorno neurológico concurrente activo o una comorbilidad médica no-neurológica o el uso de un medicamento que pudiera tener un efecto sustancial en la cognición.

APÉNDICE 2: Forma de consentimiento informado.



INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ

Insurgentes Sur 3877
Col. La Fama, C.P. 14269
México, D.F., Tel. 56-06-14-07
www.innn.salud.gob.mx

Adaptación transcultural y validación del Inventario del Síndrome Disejectivo Conductual en una población mexicana con demencia y deterioro cognitivo leve.

FORMA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

1. He sido informado(a) que la clínica de demencias de este instituto está realizando un estudio para evaluar la utilidad y validez de un cuestionario que evalúa alteraciones conductuales en pacientes con demencia y deterioro cognitivo leve.
2. Las alteraciones conductuales son cambios en el comportamiento del paciente que afectan su adaptación al medio ambiente y causan problemas para su entorno, como el comportamiento agresivo y la apatía por ejemplo.
3. Si aceptó participar en el estudio, se recabará información del expediente sobre el diagnóstico, las escalas que se le han realizado en las últimas consultas y la gravedad del padecimiento del paciente, además se me realizará una entrevista de aproximadamente 15 minutos que evaluará alteraciones conductuales en el paciente.
4. Toda la información obtenida será confidencial y estará disponible sólo para los investigadores.
5. He sido informado(a) que mi participación es **VOLUNTARIA** y no tiene costo para mí, ni recibiré remuneración alguna.
6. Si no acepto, esto no afectará de ninguna forma mi atención médica como paciente del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez.
7. Los resultados de los estudios que se realicen a mi muestra no me serán entregados, a menos que se encuentre información relevante para mi salud o la de mis familiares. En dicho caso seré contactado por los investigadores para saber si deseo conocer la información y si deseo participar en otros estudios que contribuyan a un diagnóstico y manejo adecuado.
8. Para cualquier duda o aclaración puedo dirigirme la clínica de demencias o comunicarme al teléfono 56063822 extensión 5017 con el doctor Juan Francisco Flores Vázquez o la doctora Ana Luisa Sosa Ortiz.

9. Este protocolo sigue los lineamientos de la declaración de Helsinki, última reunión Seúl Corea, 2008.

FIRMA DEL SUJETO DE INVESTIGACIÓN O RESPONSABLE LEGAL
AL FIRMAR ESTA FORMA, ACEPTO PARTICIPAR VOLUNTARIAMENTE EN LA
INVESTIGACIÓN DESCRITA.

Nombre del participante y/o responsable legal:

Firma: _____

Fecha: _____ Teléfono: _____

Nombre del testigo 1:

Firma: _____

Parentesco: _____

Nombre del testigo 2:

Firma: _____

Parentesco: _____

Nombre del investigador que obtuvo el consentimiento:

Firma: _____

APÉNDICE 3: Versión original del Inventario del Síndrome Disejecutivo Conductual (en francés)

Inventaire du Syndrome Dysexécutif Comportemental (version abrégée informant)

Date de l'évaluation:...../...../ 201..

Personne évaluée : Nom de jeune fille (3 premières lettres): nom épouse (3 premières lettres):.....

Prénom (3 premières lettres):.....

Personne qui évalue (informant): âge: ____ans Sexe: H / F

Lien : Conjoint/ Parent/ Enfant/ Fratrie/ Professionnel santé/

Autre:.....

Fréquence des contacts: quotidien / ≥ 6 par semaine / 1 à 3 par mois / quelques par an

Nous souhaitons que vous nous indiquiez dans ce questionnaire s'il existe une modification du comportement ou de la personnalité de la personne évaluée (appelée 'personne' par la suite) par rapport à son comportement antérieur c'est-à-dire par rapport à son comportement il y a 5 ans. Cela recherche surtout des modifications qui ne sont pas explicables par ses éventuels problèmes de motricité, de langage, de sommeil ou de simples oublis.

Pour cela nous vous proposons 12 rubriques (1 par page) qui commencent toutes par un petit texte auquel il faut répondre impérativement par NON ou OUI en entourant la réponse. Si la réponse est OUI ou si vous avez un doute, vous devez répondre aux questions qui suivent le petit texte par OUI ou NON (en entourant la réponse) et surtout estimer la fréquence (1 à 4 correspondant de rarement à très souvent) et la gravité (1 à 3 correspondant de légère à sévère) en entourant la réponse correspondante.

Les zones à renseigner sont grisées pour vous faciliter les choses.

Si vous aviez des questions, n'hésitez pas à les noter et les poser lors de la consultation.

1. Réduction des activités

Par rapport à son comportement antérieur, la personne a-t-elle des **difficultés à effectuer spontanément ses activités**, y compris des activités simples de la vie quotidienne qu'elle **pourrait effectuer sans problème**¹ ?

Cela peut se traduire par une réduction des activités spontanées ou par la nécessité de la stimuler pour qu'elle mette en route une activité ou pour qu'elle la termine.

Entourer:

NON : passez à la rubrique de la page suivante

OUI : (ou en cas de doute): répondez aux questions complémentaires indiquées ci-dessous

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| 1. la personne a-t-elle tendance à réduire son activité ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| 2. Faut-il/ la stimuler pour qu'elle entreprenne des activités nouvelles ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| 3. la personne a-t-elle des difficultés pour mettre en route des activités de la vie quotidienne ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| 4. A-t-elle tendance à arrêter ses activités en cours de route ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| 5. Faut-il la stimuler pour qu'elle achève une activité en cours ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| 6. la personne passe-t-elle la majorité de son temps à des activités passives comme regarder la télévision ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| 7. A-t-elle tendance à ne faire que ce qu'on lui demande de faire ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| 8. Reste-t-elle le plus souvent assise ou couchée sans rien faire ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |

Si la réponse positive à la question préliminaire se trouve confirmée, entourer la fréquence et la gravité de cette aboulie-réduction des activités.

Fréquence :

1. Rarement - moins d'une fois par semaine.
2. Quelquefois - environ une fois par semaine.
3. Fréquemment - plusieurs fois par semaine, mais pas tous les jours.
4. Très souvent - pratiquement tout le temps

Degré de gravité :

1. Léger – le comportement est perceptible, mais a peu de conséquences dans la vie de tous les jours.
2. Moyen – le comportement est manifeste et ne peut être surmonté que difficilement.
3. Sévère – le comportement est pratiquement insensible à toute intervention.

¹ à l'exception des difficultés à s'éveiller qui peuvent être liées à un trouble du sommeil (hypersomnie)

2. Anticipation-organisation-initiation

Par rapport à son comportement antérieur, la personne a-t-elle des **difficultés pour faire des projets, prévoir et organiser des activités, les initier et les réaliser** ?

Entourer:

NON : passez à la rubrique de la page suivante

OUI : (ou en cas de doute): répondez aux questions complémentaires indiquées ci-dessous

- | | | |
|---|------------|------------|
| 1. la personne a-t-elle plus de difficultés qu'avant pour prévoir à l'avance ce qu'elle va faire ? | OUI | NON |
| 2. Est- elle incapable d'établir un programme de travail pour elle-même ou pour quelqu'un d'autre ? | OUI | NON |
| 3. A-t-elle plus de difficultés qu'avant pour anticiper et organiser des activités inhabituelles (vacances, invitations, sorties) ? | OUI | NON |
| 4. A-t- elle des difficultés pour entreprendre de nouvelles activités (nouvelle recette de cuisine, nouveau bricolage) ? | OUI | NON |
| 5. la personne a-t-elle des difficultés pour gérer son budget, ses courses, ses déplacements, ses rendez-vous ? | OUI | NON |
| 6. A-t-elle plus de difficultés qu'avant pour initier des activités coutumières (tâches ménagères, travail) ? | OUI | NON |
| 7. Est- elle anormalement dépendant de son entourage pour faire ou initier un projet ? | OUI | NON |
| 8. la personne se contente-t- elle de répondre aux stimulations de l'environnement ? | OUI | NON |

Si la réponse positive à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et la gravité de ces difficultés.

Fréquence :

1. Rarement - moins d'une fois par semaine.
2. Quelquefois - environ une fois par semaine.
3. Fréquemment - plusieurs fois par semaine, mais pas tous les jours.
4. Très souvent - pratiquement tout le temps

Degré de gravité :

1. Léger – le comportement est perceptible, mais a peu de conséquences dans la vie de tous les jours.
2. Moyen – le comportement est manifeste et ne peut être surmonté que difficilement.
3. Sévère – le comportement est pratiquement insensible à toute intervention.

3. Désintérêt

Par rapport à son comportement antérieur, la personne ressent- elle moins fortement les émotions ?
Se désintéresse-t- elle de ses activités ? Est- elle plus indifférente à son entourage ?

Entourer:

NON : passez à la rubrique de la page suivante

OUI : (ou en cas de doute): répondez aux questions complémentaires indiquées ci-dessous

- | | | |
|---|------------|------------|
| 1. la personne exprime-t- elle moins fortement les émotions (joie, colère, tristesse...)? | OUI | NON |
| 2. S'intéresse- elle moins à ses activités habituelles ? | OUI | NON |
| 3. A-t- elle plus de difficultés à exprimer son affection ? | OUI | NON |
| 4. S'intéresse-t- elle moins aux activités et aux projets des autres ? | OUI | NON |
| 5. la personne a-t-elle plus indifférent/e à sa famille ou à ses amis ? | OUI | NON |
| 6. A-t- elle moins d'enthousiasme pour des activités nouvelles ? | OUI | NON |
| 7. Exprime-t- elle moins de souhaits, de désirs ? | OUI | NON |
| 8. Est- elle indifférente à ses difficultés, à son avenir ? | OUI | NON |

Si la réponse positive à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et la gravité de cette apathie.

Fréquence :

1. Rarement - moins d'une fois par semaine.
2. Quelquefois - environ une fois par semaine.
3. Fréquemment - plusieurs fois par semaine, mais pas tous les jours.
4. Très souvent - pratiquement tout le temps

Degré de gravité :

1. Léger – le comportement est perceptible, mais a peu de conséquences dans la vie de tous les jours.
2. Moyen – le comportement est manifeste et ne peut être surmonté que difficilement.
3. Sévère – le comportement est pratiquement insensible à toute intervention.

4. Euphorie, jovialité

Par rapport à son comportement antérieur, la personne ressent- elle plus fortement les émotions? Les manifeste-t-elle trop bruyamment? Montre-t- elle une familiarité excessive ?

Entourer:

NON : passez à la rubrique de la page suivante

OUI : (ou en cas de doute): répondez aux questions complémentaires indiquées ci-dessous

- | | | |
|---|------------|------------|
| 1. la personne a-t-elle parfois trop content/e, sans raison apparente ? | OUI | NON |
| 2. A-t- elle trop tendance à faire des jeux de mots, des plaisanteries Douteuses ? | OUI | NON |
| 3. Rit-Ille de façon exagérée, même dans des circonstances qui ne font pas rire les autres ? | OUI | NON |
| 4. Est- elle parfois trop familier/ère, même avec des personnes qu'il/elle ne connaît pas ou peu ? | OUI | NON |
| 5. la personne a-t-elle tient- elle trop facilement des propos érotiques ? | OUI | NON |
| 6. A-t- elle un enthousiasme excessif et tendance à monopoliser l'attention des autres ? | OUI | NON |
| 7. Est- elle lunatique et change-t- elle trop facilement d'humeur en fonction des circonstances ? | OUI | NON |
| 8. la personne a-t-elle trop tendance à se vanter de ses qualités, ses possessions, ses connaissances ? | OUI | NON |

Si la réponse positive à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et la gravité de ces difficultés.

Fréquence :

1. Rarement - moins d'une fois par semaine.
2. Quelquefois - environ une fois par semaine.
3. Fréquemment - plusieurs fois par semaine, mais pas tous les jours.
4. Très souvent - pratiquement tout le temps

Degré de gravité :

1. Léger – le comportement est perceptible, mais a peu de conséquences dans la vie de tous les jours.
2. Moyen – le comportement est manifeste et ne peut être surmonté que difficilement.
3. Sévère – le comportement est pratiquement insensible à toute intervention.

5. Irritabilité, agressivité

Par rapport à son comportement antérieur, la personne est-elle plus impatiente ou impulsive? Se met-elle plus facilement en colère ?

Cocher :

NON : (considérez cette rubrique comme inappropriée et passez à la suivante)

OUI : (ou doute : posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous)

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| 1. la personne a-t-elle moins d'égard pour les autres ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| 2. Est-elle moins coopérative ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| 3. Est-elle plus entêtée et exige-t-elle que tout soit fait à sa manière ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| 4. Refuse-t-elle qu'on l'aide ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| 5. la personne a-t-elle plus mauvais caractère et se met-elle plus facilement en colère ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| 6. Est-elle plus difficile à vivre, cherche-t-elle les disputes ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| 7. Crie-t-elle, fait-elle claquer les portes, lance-t-elle des objets ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| 8. Est-elle menaçant/e pour son entourage ?
Lui arrive-t-il de frapper quelqu'un ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |

Si la réponse positive à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et la gravité de ces difficultés.

Fréquence :

1. Rarement - moins d'une fois par semaine.
2. Quelquefois - environ une fois par semaine.
3. Fréquemment - plusieurs fois par semaine, mais pas tous les jours.
4. Très souvent - pratiquement tout le temps

Degré de gravité :

1. Léger – le comportement est perceptible, mais a peu de conséquences dans la vie de tous les jours.
2. Moyen – le comportement est manifeste et ne peut être surmonté que difficilement.
3. Sévère – le comportement est pratiquement insensible à toute intervention.

6. Hyperactivité-distractibilité-impulsivité

Par rapport à son comportement antérieur, la personne a-t-elle une activité motrice exagérée, sans but ? Se laisse-t-elle distraire facilement ? Semble-t-elle agir de manière impulsive sans réfléchir ?

Entourer:

NON : passez à la rubrique de la page suivante

OUI : (ou en cas de doute): répondez aux questions complémentaires indiquées ci-dessous

- | | | |
|--|------------|------------|
| 1. la personne a-t-elle des difficultés pour rester tranquillement assise sans rien faire ? | OUI | NON |
| 2. A-t-elle la bougeotte et tourne-t-elle souvent en rond dans la maison sans but apparent ? | OUI | NON |
| 2. Farfouille-t-elle un peu partout vidant les placards ou les tiroirs ? | NON | OUI |
| 3. Est-elle excessivement bavarde, passant facilement du coq à l'âne ? | OUI | NON |
| 4. A-t-elle des difficultés à maintenir une activité en cours ? | OUI | NON |
| 5. la personne passe-t-elle trop facilement d'une activité à une autre sans raison apparente ? | NON | OUI |
| 6. A-t-elle tendance à agir sans réflexion, en suivant des impulsions ? | NON | OUI |
| 8. la personne a-t-elle souvent un comportement imprévisible ? | OUI | NON |

Si la réponse positive à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et la gravité de ces difficultés.

Fréquence :

1. Rarement - moins d'une fois par semaine.
2. Quelquefois - environ une fois par semaine.
3. Fréquemment - plusieurs fois par semaine, mais pas tous les jours.
4. Très souvent - pratiquement tout le temps

Degré de gravité :

1. Léger – le comportement est perceptible, mais a peu de conséquences dans la vie de tous les jours.
2. Moyen – le comportement est manifeste et ne peut être surmonté que difficilement.
3. Sévère – le comportement est pratiquement insensible à toute intervention.

7. Persévérations et stéréotypies

Par rapport à son comportement antérieur, la personne a-t-elle tendance à persévérer ? Répète-t-elle plusieurs fois les mêmes activités, les mêmes paroles, les mêmes gestes, même si cela n'est pas nécessaire ? Si cette tendance à persévérer est expliquée par des oublis (Ex : oubli qu'elle a déjà posé la question, oubli qu'elle a déjà raconté la même histoire...), entourez NON.

Entourer :

NON : passez à la rubrique de la page suivante

OUI : (ou en cas de doute): répondez aux questions complémentaires indiquées ci-dessous

- | | | |
|---|------------|------------|
| 1. la personne répète-t- elle des activités identiques jour après jour ? | OUI | NON |
| 2. A-t- elle plus de difficultés que la plupart des gens à changer d'activité ou de comportement, même si elle a terminé ce qu'elle faisait et que les circonstances justifient un changement ? | OUI | NON |
| 3. Limite-t- elle son comportement à des activités routinières, répétitives ? | OUI | NON |
| 4. la personne fait- elle certaines activités toujours de la même manière et dans le même ordre ? | OUI | NON |
| 5. Revient- elle souvent sur les mêmes idées ou les mêmes thèmes de conversation, quelle que soit la situation ? | OUI | NON |
| 6. la personne trouve-t- elle difficile d'arrêter de faire quelque chose, même si elle sait qu'il/elle ne devrait pas le faire ? | OUI | NON |
| 7. Répète-t- elle des mots ou des phrases automatiquement sans qu'elle le veuille et sans rapport avec la situation ? | OUI | NON |
| 8. Refait-elle sans cesse un même mouvement sans pouvoir l'arrêter ? | OUI | NON |

Si la réponse positive à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et la gravité de ces difficultés.

Fréquence :

1. Rarement - moins d'une fois par semaine.
2. Quelquefois - environ une fois par semaine.
3. Fréquemment - plusieurs fois par semaine, mais pas tous les jours.
4. Très souvent - pratiquement tout le temps

Degré de gravité :

1. Léger – le comportement est perceptible, mais a peu de conséquences dans la vie de tous les jours.
2. Moyen – le comportement est manifeste et ne peut être surmonté que difficilement.
3. Sévère – le comportement est pratiquement insensible à toute intervention.

8. Dépendance environnementale

Par rapport à son comportement antérieur, la personne est-elle anormalement attirée par certaines stimulations de l'environnement ? A-t-elle besoin de toucher ou de prendre les objets qui sont autour de d'elle, de suivre des yeux les gens qui passent, de se mêler à la conversation de personnes qu'elle ne connaît pas ?

Entourer :

NON : passez à la rubrique de la page suivante

OUI : (ou en cas de doute): répondez aux questions complémentaires indiquées ci-dessous

- | | | |
|--|------------|------------|
| 1. la personne imite-t-elle les personnes qui sont dans son environnement ?
Par exemple sort-elle d'un ascenseur ou d'un moyen de transport parce que quelqu'un d'autre en sort ? | OUI | NON |
| 2. Prend-elle et manipule-t-elle des objets seulement parce qu'ils sont autour d'elle ? | OUI | NON |
| 3. Est-elle facilement distraite par des gens qui passent et les suit-elle du regard de façon exagérée ? | OUI | NON |
| 4. Se mêle-t-elle à la conversations de personnes étrangères ou répond-elle à des questions posées à d'autres personnes ? | OUI | NON |
| 5. la personne collectionne-t-elle des objets insolites qu'elle n'aurait pas collectionnés avant ? | OUI | NON |
| 6. A-t-elle davantage qu'avant tendance à fredonner les chansons qu'elle entend à la radio ou à la télévision ? | OUI | NON |
| 7. Répète-t-elle la question que l'on vient de lui poser ou des mots qu'elle vient d'entendre ? | OUI | NON |
| 8. S'identifie-t-elle de façon exagérée à des personnages de la télévision ? | OUI | NON |

Si la réponse positive à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et la gravité de cette dépendance.

Fréquence :

1. Rarement - moins d'une fois par semaine.
2. Quelquefois - environ une fois par semaine.
3. Fréquemment - plusieurs fois par semaine, mais pas tous les jours.
4. Très souvent - pratiquement tout le temps

Degré de gravité :

1. Léger – le comportement est perceptible, mais a peu de conséquences dans la vie de tous les jours.
2. Moyen – le comportement est manifeste et ne peut être surmonté que difficilement.
3. Sévère – le comportement est pratiquement insensible à toute intervention.

9. Anosognosie-anosodiaphorie

Par rapport à son comportement antérieur, la personne a-t-elle tendance à sous-estimer ou à méconnaître les déficits qu'elle présente et leurs conséquences dans la vie quotidienne ? Fait-elle des projets irréalistes pour son avenir ?

Entourer :

NON : passez à la rubrique de la page suivante

OUI : (ou en cas de doute): répondez aux questions complémentaires indiquées ci-dessous

- | | | |
|---|------------|------------|
| 1. la personne a-t-elle tendance à sous-estimer ses difficultés intellectuelles ? | OUI | NON |
| 2. A-t-elle tendance à sous-estimer ses difficultés comportementales ? | OUI | NON |
| 3. A-t-elle tendance à sous-estimer ses difficultés motrices ou sensorielles ? | OUI | NON |
| 4. la personne a-t-elle est-elle indifférent/e à des troubles qui retentissent pourtant sur sa vie quotidienne ? | OUI | NON |
| 5. Attribue-t-elle ses difficultés à des circonstances extérieures ou à d'autres personnes ? | OUI | NON |
| 6. Lui arrive-t-il de nier des difficultés qui sont pourtant évidentes pour les autres ? | OUI | NON |
| 7. Prétend-elle ne pas être malade et ne pas avoir besoin de soin ? | OUI | NON |
| 8. Fait-elle des projets d'avenir irréalistes ? Pense-t-elle à tort pouvoir reprendre ses activités antérieures ? | OUI | NON |

Si la réponse positive à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et la gravité de cette dépendance.

Fréquence :

1. Rarement - moins d'une fois par semaine.
2. Quelquefois - environ une fois par semaine.
3. Fréquemment - plusieurs fois par semaine, mais pas tous les jours.
4. Très souvent - pratiquement tout le temps

Degré de gravité :

1. Léger – le comportement est perceptible, mais a peu de conséquences dans la vie de tous les jours.
2. Moyen – le comportement est manifeste et ne peut être surmonté que difficilement.
3. Sévère – le comportement est pratiquement insensible à toute intervention.

10. Confabulations

Par rapport à son comportement antérieur, la personne a-t-elle une mémoire capricieuse et tendance à confondre les événements ou les personnes ? Parle-t-elle d'événements du passé comme s'ils étaient actuels ou d'événements qui ne se sont jamais produits comme s'ils étaient réels ?

Entourer :

NON : passez à la rubrique de la page suivante

OUI : (ou en cas de doute): répondez aux questions complémentaires indiquées ci-dessous

- | | | |
|--|------------|------------|
| 1. la personne croit- elle être à un autre endroit que celui auquel elle se trouve (par exemple Marseille au lieu de Paris, ou à la maison au lieu de l'hôpital) ? | OUI | NON |
| 2. Croit- elle être à une autre époque que celle qu'elle est en train de vivre ? | OUI | NON |
| 3. Confond- elle entre eux des gens qu'elle connaît ? | OUI | NON |
| 4. Croit-elle reconnaître des gens qu'elle n'a jamais vus ? | OUI | NON |
| 5. la personne croit- elle avoir fait la veille des choses qu'elle n'a pas pu faire (aller au travail alors qu'elle était chez elle ou à l'hôpital) ? | OUI | NON |
| 6. Donne-t- elle l'impression de revivre des événements de son passé ? | OUI | NON |
| 7. Croit- elle que des personnes décédées soient encore vivantes ? | OUI | NON |
| 8. Parle-t- elle d'événements qui ne se sont jamais produits comme s'ils étaient réellement arrivés ? | OUI | NON |

Si la réponse positive à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et la gravité de ces confabulations.

Fréquence :

1. Rarement - moins d'une fois par semaine.
2. Quelquefois - environ une fois par semaine.
3. Fréquemment - plusieurs fois par semaine, mais pas tous les jours.
4. Très souvent - pratiquement tout le temps

Degré de gravité :

1. Léger – le comportement est perceptible, mais a peu de conséquences dans la vie de tous les jours.
2. Moyen – le comportement est manifeste et ne peut être surmonté que difficilement.
3. Sévère – le comportement est pratiquement insensible à toute intervention.

11. Troubles des conduites sociales

Par rapport à son comportement antérieur, la personne a-t-elle tendance à se comporter d'une manière peu adaptée à l'environnement social ? Agit-elle souvent d'une manière qui peut lui nuire à long terme parce qu'elle ne respecte pas les règles ?

Entourer :

NON : passez à la rubrique de la page suivante

OUI : (ou en cas de doute): répondez aux questions complémentaires indiquées ci-dessous

- | | | |
|---|------------|------------|
| 1. la personne a-t-elle des difficultés pour respecter les règles de la vie en société ? | OUI | NON |
| 2. Exige-t-elle une réalisation immédiate de ses désirs sans se préoccuper des autres ? | OUI | NON |
| 3. Fait-elle ou dit-elle des choses embarrassantes pour son entourage ? | OUI | NON |
| 4. Éloigne-t-elle des membres de sa famille ou des amis parce que sa façon d'agir les blesse ou les irrite ? | OUI | NON |
| 5. la personne a-t-elle des conflits fréquents avec l'entourage ou les voisins ? | OUI | NON |
| 6. A-t-elle des conduites à risque (vitesse excessive, alcool...) qui peuvent être dangereuses pour elle ou pour les autres ? | OUI | NON |
| 7. Est-elle indifférent/e aux conséquences de ses actes ? | OUI | NON |
| 8. Lui arrive-t-il d'enfreindre les lois ? | OUI | NON |

Si la réponse positive à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et la gravité de cette aboulie-réduction des activités.

Fréquence :

1. Rarement - moins d'une fois par semaine.
2. Quelquefois - environ une fois par semaine.
3. Fréquemment - plusieurs fois par semaine, mais pas tous les jours.
4. Très souvent - pratiquement tout le temps

Degré de gravité :

1. Léger – le comportement est perceptible, mais a peu de conséquences dans la vie de tous les jours.
2. Moyen – le comportement est manifeste et ne peut être surmonté que difficilement.
3. Sévère – le comportement est pratiquement insensible à toute intervention.

12. Conduites sexuelles, sphinctériennes et alimentaires

Par rapport à son comportement antérieur, la personne présente-t-elle un **manque de contrôle inhabituel et socialement inapproprié de ses conduites sexuelle, sphinctérienne (urinaire) ou alimentaire** ?

Entourer:

NON : passez à la rubrique de la page suivante

OUI : (ou en cas de doute): répondez aux questions complémentaires indiquées ci-dessous

- | | | |
|--|------------|------------|
| 1. La personne a-t- elle une augmentation de ses conduites sexuelles ? | OUI | NON |
| 2. La personne a-t- elle des demandes sexuelles inhabituelles vis-à-vis de son partenaire sexuel habituel ? | OUI | NON |
| 3. La personne a-t- elle des comportements sexuels socialement inappropriés (telles que des propositions publiques gênantes) ? | OUI | NON |
| 4. La personne a-t- elle une augmentation de l'appétit avec une tendance à manger tout ce qui lui tombe sous la main ? | OUI | NON |
| 5. La personne a-t- elle une incontinence urinaire et/ou fécale non explicable par un problème organique ? | OUI | NON |
| 6. La personne urine-t- elle dans des endroits inappropriés ? | OUI | NON |

Si la réponse positive à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et la gravité de ces perturbations :

Fréquence :

1. Rarement - moins d'une fois par semaine.
2. Quelquefois - environ une fois par semaine.
3. Fréquemment - plusieurs fois par semaine, mais pas tous les jours.
4. Très souvent - pratiquement tout le temps

Degré de gravité :

1. Léger – le comportement est perceptible, mais a peu de conséquences dans la vie de tous les jours.
2. Moyen – le comportement est manifeste et ne peut être surmonté que difficilement.
3. Sévère – le comportement est pratiquement insensible à toute intervention.

Pour l'examineur: Récapitulatif

	Absence	Fréquence	Sévérité	F x S*
1.Réduction	0	1 2 3 4	1 2 3	0/1/2/3/4/6/8/9/12
2.Anticipation	0	1 2 3 4	1 2 3	0/1/2/3/4/6/8/9/12
3.Désintérêt	0	1 2 3 4	1 2 3	0/1/2/3/4/6/8/9/12
4.Euphorie	0	1 2 3 4	1 2 3	0/1/2/3/4/6/8/9/12
5.Irritabilité	0	1 2 3 4	1 2 3	0/1/2/3/4/6/8/9/12
6.Hyperactivité	0	1 2 3 4	1 2 3	0/1/2/3/4/6/8/9/12
7.Persévération	0	1 2 3 4	1 2 3	0/1/2/3/4/6/8/9/12
8.Dépendance environnementale	0	1 2 3 4	1 2 3	0/1/2/3/4/6/8/9/12
9.Anosognosie	0	1 2 3 4	1 2 3	0/1/2/3/4/6/8/9/12
10.Confabulations	0	1 2 3 4	1 2 3	0/1/2/3/4/6/8/9/12
11.Troubles des conduites sociales	0	1 2 3 4	1 2 3	0/1/2/3/4/6/8/9/12
12.Troubles des conduites sexuelles	0	1 2 3 4	1 2 3	0/1/2/3/4/6/8/9/12

* Multiplier le score de fréquence par le score de sévérité et entourer le chiffre de 1 à 12.

Interprétation : Godefroy et GREFEX Fonctions exécutives et pathologies neurologiques et psychiatriques. Marseille, Solal. 2008.

Référence: Godefroy O, Azouvi P, Robert P, Roussel M, LeGall D, Meulemans T on the behalf of the GREFEX study group. Dysexecutive syndrome: diagnostic criteria and validation study. Ann Neurol 2010; 68: 855-64.

**APÉNDICE 4: Versión adaptada transculturalmente del Inventario del Síndrome
Disejecutivo Conductual**

Inventario del Síndrome Disejecutivo Conductual
Hoja de respuestas
Adaptación transcultural mexicana (Sosa & Flores, 2016).
Original: Godefroy & GREFEX, 2008.

Fecha de la evaluación:	Número de expediente:
Nombre del paciente:	
Edad:	Sexo:
Nombre del informante:	
Edad:	Relación:
Frecuencia del contacto: Cotidiano / Casi todos los días / Semanal / Mensual / Algunas veces al año	

Preguntas iniciales (Cribado)					
1	Sí	No	7	Sí	No
2	Sí	No	8	Sí	No
3	Sí	No	9	Sí	No
4	Sí	No	10	Sí	No
5	Sí	No	11	Sí	No
6	Sí	No	12	Sí	No

Resultados				
	Ausencia	Frecuencia	Severidad	Frecuencia x Severidad *
1. Reducción act.	0	1 2 3 4	1 2 3 4	0 1 2 3 4 6 8 9 12
2. Prob. anticipación	0	1 2 3 4	1 2 3 4	0 1 2 3 4 6 8 9 12
3. Desinterés	0	1 2 3 4	1 2 3 4	0 1 2 3 4 6 8 9 12
4. Euforia	0	1 2 3 4	1 2 3 4	0 1 2 3 4 6 8 9 12
5. Irritabilidad	0	1 2 3 4	1 2 3 4	0 1 2 3 4 6 8 9 12
6. Hiperactividad	0	1 2 3 4	1 2 3 4	0 1 2 3 4 6 8 9 12
7. Perseveración	0	1 2 3 4	1 2 3 4	0 1 2 3 4 6 8 9 12
8. Dependencia ambiental	0	1 2 3 4	1 2 3 4	0 1 2 3 4 6 8 9 12
9. Anosognosia	0	1 2 3 4	1 2 3 4	0 1 2 3 4 6 8 9 12
10. Confabulaciones	0	1 2 3 4	1 2 3 4	0 1 2 3 4 6 8 9 12
11. Alt. conductas sociales	0	1 2 3 4	1 2 3 4	0 1 2 3 4 6 8 9 12
12. Alt. sexuales / alimentarias / esfínteres	0	1 2 3 4	1 2 3 4	0 1 2 3 4 6 8 9 12
* multiplicar el puntaje de frecuencia por el puntaje de severidad y rodear la cifra del 1 al 12				

Inventario del Síndrome Disejecutivo Conductual
Manual de aplicación
Adaptación transcultural mexicana (Sosa & Flores, 2016).
Original: Godefroy & GREFEX, 2008.

El Inventario del Síndrome Disejecutivo Conductual se aplica a un informante quien reporta las alteraciones conductuales del sujeto y consta de doce componentes que evalúan la frecuencia y severidad de alteraciones conductuales específicas.

Para ser interpretadas como disejecutivas, las alteraciones conductuales:

1. No pueden ser mejor explicadas por trastornos perceptuales, motores o psiquiátricos (especialmente depresión, manía o trastorno obsesivo-compulsivo) u otros trastornos cognitivos.
2. Tienen que provocar modificaciones significativas comparadas al comportamiento premórbido.
3. Tienen que inducir cambios significativos en las actividades diarias, o en el funcionamiento laboral o social.

Tomando en cuenta datos normativos, se considera que el punto de corte para el síndrome disejecutivo es de 3 o más dominios alterados (Godefroy et al., 2010).

El presente manual se acompaña de una hoja de respuestas la cual podrá ser reproducida para la evaluación de los sujetos.

Inicialmente se realizan doce preguntas de tamiz que se refieren a los doce componentes evaluados. A las preguntas a las que el informante responda "Sí", se les realizarán preguntas adicionales para evaluar esta alteración conductual de manera más minuciosa, y se evaluará la severidad y la frecuencia de esta alteración.

Lea al informante:

Indique en este cuestionario si existe un cambio en el comportamiento o en la personalidad de (nombre del sujeto) con respecto a cómo era antes, es decir, en comparación a su comportamiento hace 5 años. Esto se refiere únicamente a modificaciones que no podrían explicarse por problemas en su habla, problemas del movimiento o por simples olvidos.

Responda "sí" o "no" las siguientes preguntas. Si tiene duda responda "sí". En caso de responder "sí", le haremos algunas preguntas adicionales para clarificar las dudas y valorar la frecuencia y qué tan grave es esta alteración. Si tiene alguna pregunta, no dude hacerla durante su consulta.

Comparado con como solía ser....

1	<p><i>¿Tiene dificultad para realizar sus actividades de forma espontánea, aunque sean actividades simples y cotidianas que podría realizar sin ningún problema?</i></p> <p><i>* Esta dificultad puede ocasionar una reducción de las actividades espontáneas o en la necesidad de estimularlo para que inicie una actividad o llegue a terminarla. Esto no se refiere a dificultades para despertarse que podrían deberse a exceso de sueño.</i></p>
2	<p><i>¿Tiene dificultad para realizar o iniciar proyectos, prever y organizar actividades?</i></p> <p><i>* Esto puede incluir dificultades para iniciar tareas cotidianas (como lavar los trastes o arreglarse), emprender actividades nuevas (como hacer una nueva receta de cocina o un nuevo trabajo manual) o para planear actividades fuera de lo común (como salir de vacaciones o visitar a alguien).</i></p>

3	<i>¿Son sus reacciones emocionales menos intensas? ¿ha perdido el interés por sus actividades? ¿se muestra indiferente con quienes le rodean?</i>
4	<i>¿Son sus reacciones emocionales más intensas? ¿las manifiesta de manera exagerada? ¿presenta demasiada confianza con gente que conoce poco?</i>
5	<i>¿Es ahora más impaciente o impulsivo/a? ¿se enoja o enfurece más fácilmente que antes?</i>
6	<i>¿Se mueve demasiado sin una razón aparente? ¿se distrae fácilmente? ¿se comporta de manera impulsiva y sin pensar?</i>
7	<i>¿Tiende a ser repetitivo/a y perseverante? ¿repite varias veces las mismas actividades, las mismas palabras o los mismos gestos incluso si esto no es necesario?</i> * Si esta tendencia a ser repetitivo/a se debe a olvidos (por ejemplo, olvida que ya ha preguntado algo o que ya ha contado una historia), no se considerará como disejecutiva.
8	<i>¿Nota a la persona demasiado atraída por algunos estímulos o cosas que están a su alrededor? ¿necesita tocar o agarrar las cosas que tiene cerca, seguir con la mirada a la gente o entrometerse en las conversaciones de personas que no conoce?</i>
9	<i>¿Suele minimizar o no reconocer las limitaciones o dificultades que tiene y sus consecuencias en su vida diaria? ¿Hace planes poco realistas? ¿Cree que puede hacer las mismas cosas que antes aunque esto no sea realista?</i>
10	<i>¿Tiende a recordar las cosas como él/ella quiere y a confundir los eventos y a las personas? ¿habla de eventos del pasado como si fueran actuales o de eventos que jamás ocurrieron como si de verdad hubieran sucedido?</i>
11	<i>¿Suele comportarse de una manera socialmente incorrecta? ¿actúa de una forma que le podría perjudicar a la larga porque no respeta las reglas?</i>
12	<i>¿No controla sus conductas sexuales, su alimentación o su comportamiento al orinar o defecar? por ejemplo, se orina en lugares inapropiados, come cualquier cosa que llega a sus manos o habla de temas sexuales en público de forma inapropiada.</i>

En las siguientes páginas se incluyen las preguntas que servirán para clarificar las dudas y establecer la severidad y la frecuencia de la alteración conductual. Posterior a realizar dichas preguntas, se preguntará al informante qué tan frecuente y qué tan severa es esta alteración.

La severidad y la frecuencia se codificarán en la hoja de respuestas de la siguiente manera:

Frecuencia	1	Rara vez: menos de una vez por semana.
	2	Algunas veces: aproximadamente una vez por semana.
	3	Frecuentemente: varias veces por semana, pero no todos los días.
	4	Muy frecuente: prácticamente todo el tiempo.
Severidad	1	Leve: el comportamiento es perceptible, pero tiene pocas consecuencias en la vida diaria.
	2	Moderado: el comportamiento es obvio y molesto, pero es manejable.
	3	Severo: el comportamiento es muy molesto y es sumamente difícil de manejar.

Si se ha respondido “sí” a la pregunta inicial número 1, se valorará de manera más detallada el dominio “reducción de actividades” y se evaluará la frecuencia y gravedad de esta alteración del comportamiento.

1. Reducción de actividades.	
1	<i>¿ Tiene él/ella una tendencia a hacer menos cosas que antes?</i>
2	<i>¿ Necesita que le insistan para poder iniciar una nueva actividad?</i>
3	<i>¿ Tiene dificultades para comenzar sus actividades diarias?</i>
4	<i>¿ Suele dejar las cosas a medias?</i>
5	<i>¿ Necesita que le insistan para lograr terminar las cosas que está haciendo?</i>
6	<i>¿ Pasa la mayoría de su tiempo en actividades pasivas como ver televisión?</i>
7	<i>¿ Suele limitarse a hacer únicamente lo que se le pide?</i>
8	<i>¿ Pasa la mayor parte de su tiempo sentado/a o acostado/a sin hacer nada?</i>

Si se ha respondido “sí” a la pregunta de cribado número 2, se valorará de manera más detallada el dominio “anticipación, organización, iniciación” y se evaluará la frecuencia y gravedad de esta alteración del comportamiento.

2. Anticipación, organización, iniciación	
1	<i>¿ Tiene él/ella más dificultades que antes para prever lo que va a hacer?</i>
2	<i>¿ Es incapaz de planear sus actividades o las de alguien más?</i>
3	<i>¿ Tiene más dificultades que antes para anticipar y organizar actividades poco comunes, (como vacaciones, salidas o invitaciones)?</i>
4	<i>¿ Tiene dificultades para intentar nuevas actividades (como una nueva receta de cocina o trabajos manuales)?</i>
5	<i>¿ Tiene más dificultades que antes para administrar su dinero, hacer sus compras, manejar sus citas y traslados?</i>
6	<i>¿ Tiene más dificultad que antes para iniciar sus actividades habituales (tareas del hogar, trabajo)?</i>
7	<i>¿ Depende de una manera exagerada de quienes le rodean para hacer o iniciar una actividad?</i>
8	<i>¿ Se conforma con responder a los estímulos externos en vez de iniciar actividades por si mismo/a?</i>

Si se ha respondido “sí” a la pregunta de cribado número 3, se valorará de manera más detallada el dominio “desinterés” y se evaluará la frecuencia y gravedad de esta alteración del comportamiento.

3. Desinterés	
1	<i>¿Expresa él/ella con menor intensidad sus emociones (alegría, enojo, tristeza...)?</i>
2	<i>¿Se interesa menos en sus actividades cotidianas?</i>
3	<i>¿Tiene mayor dificultad para expresar su afecto?</i>
4	<i>¿Se interesa menos en las actividades y los proyectos de los demás?</i>
5	<i>¿Es más indiferente con su familia o amigos?</i>
6	<i>¿Tiene menos entusiasmo por las actividades nuevas?</i>
7	<i>¿Expresa menos sus deseos y aspiraciones?</i>
8	<i>¿Se muestra indiferente con respecto a sus problemas y su futuro?</i>

Si se ha respondido “sí” a la pregunta de cribado número 4, se valorará de manera más detallada el dominio “euforia, exceso de entusiasmo” y se evaluará la frecuencia y gravedad de esta alteración del comportamiento.

4. Euforia, exceso de entusiasmo	
1	<i>¿Se muestra ella/él demasiado contento/a sin razón aparente?</i>
2	<i>¿Tiende a decir más frases de doble sentido o bromas de mal gusto?</i>
3	<i>¿Ríe de manera exagerada, incluso por cosas que no hacen reír a los demás?</i>
4	<i>¿Presenta una confianza excesiva, lo mismo con personas que conoce que con las que no conoce o conoce poco?</i>
5	<i>¿Tiende a hablar fácilmente sobre temas indecorosos o sexuales?</i>
6	<i>¿Tiene un entusiasmo excesivo y tiende a acaparar la atención de los demás?</i>
7	<i>¿Es voluble y cambia demasiado fácilmente de humor con respecto a las circunstancias?</i>
8	<i>¿Tiende a presumir frecuentemente de sus cualidades, posesiones o conocimientos?</i>

Si se ha respondido “sí” a la pregunta de cribado número 5, se valorará de manera más detallada el dominio “Irritabilidad, agresividad” y se evaluará la frecuencia y gravedad de esta alteración del comportamiento.

5. Irritabilidad, agresividad	
1	<i>¿Es menos respetuoso/a con los demás que antes?</i>
2	<i>¿Es menos cooperador/a?</i>
3	<i>¿Es más necio/a y exige que todo se haga como él/ella quiere?</i>
4	<i>¿Rechaza la ayuda?</i>
5	<i>¿Ha empeorado su carácter y se enfurece más fácilmente?</i>
6	<i>¿Se ha vuelto más difícil convivir con él/ella, busca pleitos frecuentemente?</i>
7	<i>¿Grita, azota puertas o avienta las cosas?</i>
8	<i>¿Amenaza a quienes le rodean? ¿Ha llegado a golpear a alguien?</i>

Si se ha respondido “sí” a la pregunta de cribado número 6, se valorará de manera más detallada el dominio “hiperactividad, distractibilidad, impulsividad” y se evaluará la frecuencia y gravedad de esta alteración del comportamiento.

6. Hiperactividad, distractibilidad, impulsividad	
1	<i>¿Tiene él/ella dificultades para quedarse sentado/a tranquilamente sin hacer nada?</i>
2	<i>¿Se mantiene inquieto/a y da vueltas por toda la casa sin razón aparente?</i>
3	<i>¿Husmea por todos lados y vacía los cajones o los muebles?</i>
4	<i>¿Habla demasiado y cambia fácilmente de un tema a otro aunque no tengan que ver?</i>
5	<i>¿Se le dificulta hacer únicamente una sola cosa?</i>
6	<i>¿Pasa de una actividad a otra sin una razón aparente?</i>
7	<i>¿Se comporta de manera impulsiva y sin pensar?</i>
8	<i>¿Se comporta de forma impredecible?</i>

Si se ha respondido “sí” a la pregunta de cribado número 7, se valorará de manera más detallada el dominio “perseveraciones y estereotipias” y se evaluará la frecuencia y gravedad de esta alteración del comportamiento.

7. Perseveraciones y estereotipias	
1	<i>¿Repite él/ella actividades idénticas día tras día?</i>
2	<i>¿Se le dificulta más que a la mayoría de la gente cambiar de actividad o de comportamiento, incluso si ya terminó lo que hacía y las circunstancias justifican un cambio?</i>
3	<i>¿No hace más que actividades rutinarias, repetitivas?</i>
4	<i>¿Hace ciertas cosas siempre de la misma manera y con el mismo orden?</i>
5	<i>¿Su conversación gira sobre las mismas ideas o los mismos temas, sin tomar en cuenta la situación?</i>
6	<i>¿Se le dificulta dejar de hacer alguna cosa, incluso si sabe que no debería de hacerla?</i>
7	<i>¿Repite palabras o frases automáticamente o sin querer aunque no tengan que ver con la situación?</i>
8	<i>¿Repite sin parar un mismo movimiento sin poderse detener?</i>

Si se ha respondido “sí” a la pregunta de cribado número 8, se valorará de manera más detallada el dominio “dependencia ambiental” y se evaluará la frecuencia y gravedad de esta alteración del comportamiento.

8. Dependencia ambiental	
1	<i>¿Hace él/ella lo mismo que las personas que están a su alrededor? por ejemplo, ¿sale del elevador o del transporte público solo porque alguien más lo hizo?</i>
2	<i>¿Agarra las cosas solamente porque están a su alrededor?</i>
3	<i>¿Se distrae fácilmente cuando alguien pasa y lo sigue con la mirada?</i>
4	<i>¿Se entromete en pláticas de personas desconocidas o responde las preguntas que le hacen a otros?</i>
5	<i>¿Colecciona objetos raros que no habría coleccionado antes?</i>
6	<i>¿Tararea más que antes las canciones que escucha en la radio o la televisión?</i>
7	<i>¿Repite lo que se le acaba de preguntar o palabras que acaba de escuchar?</i>
8	<i>¿Se identifica de forma exagerada con los personajes de la televisión?</i>

Si se ha respondido “sí” a la pregunta de cribado número 9, se valorará de manera más detallada el dominio “anosognosia, anosodiaforia” y se evaluará la frecuencia y gravedad de esta alteración del comportamiento.

9. Anosognosia, anosodiaforia	
1	<i>¿Tiende él/ella a minimizar sus dificultades intelectuales, por ejemplo sus problemas de memoria?</i>
2	<i>¿Tiende a minimizar los problemas en su conducta?</i>
3	<i>¿Tiende a minimizar sus dificultades para moverse, ver u oír?</i>
4	<i>¿Es indiferente a sus dificultades aunque impactan su vida cotidiana?</i>
5	<i>¿Le echa la culpa de sus dificultades a otras personas o a la situación?</i>
6	<i>¿Niega sus dificultades aunque todos los demás se den cuenta que las tiene?</i>
7	<i>¿Hace como si no estuviera enfermo/a y no necesitara ninguna ayuda?</i>
8	<i>¿Hace planes poco realistas? ¿Piensa equivocadamente que podría retomar sus actividades previas?</i>

Si se ha respondido “sí” a la pregunta de cribado número 10, se valorará de manera más detallada el dominio “confabulaciones” y se evaluará la frecuencia y gravedad de esta alteración del comportamiento.

10. Confabulaciones	
1	<i>¿Cree él/ella que está en otro lugar en vez de en el que se encuentra (por ejemplo, en Guadalajara en vez de la Ciudad de México, o en la casa en vez del hospital)?</i>
2	<i>¿Cree vivir en una época diferente a la actual?</i>
3	<i>¿Confunde a la gente que conoce?</i>
4	<i>¿Cree reconocer a gente que jamás ha visto?</i>
5	<i>¿Cree haber hecho el día anterior cosas que no pudo haber hecho (por ejemplo, haber ido a trabajar siendo que estaba en el hospital)?</i>
6	<i>¿Pareciera estar volviendo a vivir eventos de su pasado?</i>
7	<i>¿Cree que personas que ya fallecieron aún se encuentran vivas?</i>
8	<i>¿Habla de eventos que nunca sucedieron como si realmente hubieran pasado?</i>

Si se ha respondido “sí” a la pregunta inicial número 11, se valorará de manera más detallada el dominio “problemas de la conducta social” y se evaluará la frecuencia y gravedad de esta alteración del comportamiento.

11. Problemas de la conducta social	
1	<i>¿Tiene él/ella problemas para respetar las normas sociales?</i>
2	<i>¿Exige que se cumplan de forma inmediata sus deseos sin importarle los demás?</i>
3	<i>¿Hace o dice cosas vergonzosas para quienes le rodean?</i>
4	<i>¿Aleja a personas de su familia o amigos porque su manera de actuar les lastima o irrita?</i>
5	<i>¿Tiene conflictos frecuentes con quienes le rodean o con sus vecinos?</i>
6	<i>¿Tiene conductas riesgosas (manejar demasiado rápido, tomar alcohol...) que pueden ser peligrosas para él/ella o para los demás?</i>
7	<i>¿Es indiferente a las consecuencias de sus actos?</i>
8	<i>¿Ha llegado a romper las leyes?</i>

Si se ha respondido “sí” a la pregunta inicial número 12, se valorará de manera más detallada el dominio “problemas de las conductas sexuales, alimentarias y de control de esfínteres” y se evaluará la frecuencia y gravedad de esta alteración del comportamiento.

12. Problemas de las conductas sexuales, alimentarias y de control de esfínteres	
1	<i>¿Tiene él/ella un aumento de sus conductas sexuales?</i>
2	<i>¿Hace peticiones sexuales que no había hecho en el pasado?</i>
3	<i>¿Tiene comportamientos sexuales socialmente inapropiados como hacer proposiciones inadecuadas en público?</i>
4	<i>¿Tiene un aumento de apetito y come todo lo que tiene al alcance de sus manos?</i>
5	<i>¿Tiene incontinencia urinaria y/o fecal que no se explica por un problema orgánico?</i>
6	<i>¿Orina en lugares inapropiados?</i>