

APROXIMACION A LA EVALUACION NEUROPSICOLOGICA DE  
DEMENCIA TIPO ALZHEIMER

Amador, M; De Avila, Y; Matorel, L; Villalobos, O;

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA TECNOLÓGICA DE BOLÍVAR  
FACULTAD DE PSICOLOGIA  
2.003

## **JUSTIFICACIÓN**

La demencia es uno de los mayores problemas de salud a los cuales nos enfrentamos en el presente siglo aunque en cierta manera el problema siempre a existido, pero se ha incrementado el número total de personas ancianas con esta problemática.

Una de las demencias con mayor incidencia, es el Alzheimer, problemática que en nuestra ciudad Cartagena no posee datos estadísticos de la población afectada, evidenciando que es una patología poco estudiada y tenida en cuenta. La poca información que se maneja al respecto es a nivel particular ( Médicos especialistas ).

Todo esto nos permite observar que no existe personal capacitado para el correcto diagnostico y tratamiento de la enfermedad de Alzheimer. Algunos síntomas de la enfermedad como la perdida de la memoria, deterioro cognoscitivo, confusión mental, dificultad para pensar, razonar e incapacidad para ocuparse de si mismo, requieren que se modifique el entorno de las personas enfermas no solo para su bienestar si no para el de la familia en general.

Teniendo en cuenta lo descrito anteriormente se considera pertinente una aproximación a la evaluación neuropsicológica de la demencia tipo Alzheimer no solo con el objetivo de acercarse al diagnóstico si no además de sugerir un plan de intervención al paciente y apoyo a los familiares para mejorar la calidad de vida.

## **APROXIMACION A LA EVALUACION NEUROPSICOLOGICA DE DEMENCIA TIPO ALZHEIMER**

La vejez es considerada clásicamente como la última etapa del proceso del envejecimiento, pues este último es un proceso gradual que se inicia desde el nacimiento y esta presente en cada una de las etapas del desarrollo humano; pasando por la niñez, la adolescencia, la juventud, la madurez, hasta llegar a la senectud.

El envejecimiento es un proceso universal e inevitable, es algo que le sucede a todos los sistemas corporales, incluso bajo óptimas circunstancias genéticas y ambientales; no todos los sistemas envejecen al mismo tiempo o ritmo aún, para muchos sistemas corporales el proceso de envejecimiento empieza mucho antes de la senectud. Muchos de los efectos del envejecimiento no se hacen notorios al final de la edad adulta debido a que este es un proceso gradual y hay una capacidad de reserva en gran parte de los sistemas físicos. (Kohn, 1999).

Para comprender la esencia del proceso de envejecimiento algunos autores han expuesto ciertas teorías que explican el mismo. Las teorías sobre el uso y deterioro del envejecimiento se centran sobre todo en los

procesos celulares internos; comparan el cuerpo humano con una maquina que se deteriora como resultado del uso constante, con la acumulación agregada de lesiones y agresiones en perjuicio de las células, quiere decir esto que a medida que las células envejecen se les dificulta realizar los procesos metabólicos usuales para el tratamiento de los desechos celulares orgánicos. Las sustancias extras o de desechos en particular una sustancia grasa llamada lipofuseina, se acumula en las células; en particular en la sangre y en las células de los músculos. Con el tiempo estas sustancias ocupan más espacios y hacen que el proceso sea mas lento de manera que los procesos normales de las células no tienen lugar, pero la mayoría de los gerontólogos piensan que esta acumulación de químicos tales como la lipofuseina son un elemento más que causa el envejecimiento. (Jones, 2001).

Durante el proceso de envejecimiento son muchos los cambios que sufren las personas adultas mayores, entre los principales se pueden anotar los siguientes:

**VISIÓN:** La hipermetropía que afecta a la mayoría de los ancianos, se estabiliza alrededor de los sesenta años con la ayuda bien sea de gafas o lentes de contactos. Muchos presentan dificultades para percibir la profundidad o el color y adaptarse a cambios abruptos de luz, son

sensibles a la luz intensa y no pueden ver bien en la oscuridad, también desarrollan cataratas, áreas nebulosas u opacas en los lentes del ojo que evitan que la luz pase, causando esto una visión borrosa, a nivel de la visión estos son los problemas mas comunes en los ancianos. (Nian, 1999).

AUDICIÓN : Es muy común que se pierda en la edad adulta tardía, cerca de tres de cada diez personas entre los setenta y ochenta y cinco años experimentan esta anomalía. Debido a que la gente de edad avanzada tiende a tener dificultad al escuchar los sonidos de alta frecuencia, a menudo no pueden escuchar lo que están diciendo otras personas, especialmente cuando hay competencias de sonidos en el ambiente. Una forma de compensar esta falencia es el uso de audifono aunque en ocasiones le es difícil a los ancianos adaptarse a este sistema. (Andersen, 1999).

FUERZA , COORDINACION Y TIEMPO DE REACCION: Las personas viejas no tiene la fuerza que una vez tuvieron, y están severamente limitadas a actividades que requieren resistencia o a la habilidad de llevar cargas pesadas, a pesar de que pueden hacer la mayoría de las cosas que hacen las personas jóvenes pero con mas lentitud. La lentitud afecta la calidad de la respuesta, así como el tiempo que se toma para darlas; esto

puede provenir de la depredación ambiental y de la depresión, así como de los cambios neurológicos. (Lewuis, 1998).

**CAMBIOS FISICOS:** Muchos de los cambios físicos que a menudo se asocian con la vejez son fácilmente aparentes a un para el observador mas casual. La piel se vuelve mas pálida y manchada, adopta una textura igual, y pierde elasticidad; debido a que la grasa y el tejido muscular subcutáneo desaparece, la inelástica piel tiende a colgar en pliegues y arrugas, las venas varices son mas comunes, el cabello se vuelve mas delgado tanto en los hombres como en las mujeres volviéndose grises o blanco. (Sterms, 1999).

Además de los cambios antes descritos, se dan otros cambios menos notables, pues estos son de carácter cognoscitivo; los cuales solo se hacen evidentes mediante obnubilaciones, falta de memoria, enlentecimiento motor y cognitivo y cambio de personalidad que algunas veces se asocian a este periodo del desarrollo humano, pues determinan algunas características psicológicas del mismo.

Hasta esta parte se han definido los cambios normales del envejecimiento a continuación mencionaremos cuando estos son patológicos ya que es parte esencial de nuestro trabajo.

El término general para tal deterioro mental se denomina "Demencia", esta se asocia frecuentemente a la senilidad la cual a menudo es usada para describir los estados demenciales de las personas en edad avanzada; el cual no es un diagnóstico médico real si no un "rotulo" para una amplia gama de síntomas asociado a esta patología psicológica, que requiere de un mayor análisis para su amplia comprensión.

Acorde a lo anterior se puede contextualizar la demencia como: un síndrome ocasionado por la disfunción de los hemisferios cerebrales, que produce desintegración de la conducta en los planos intelectual y emocional, alterando significativamente la función social y laboral; contrario a la función clásica que puede ser reversible o irreversible, según la causa del daño y la oportunidad del tratamiento. (Rosselli, 1998; citado por Shults, 2001).

Para (M C K Hanny Cols. 1984; citado por Junque y Jurado 1994 ) la demencia es el declive de las funciones cognoscitivas en comparación con el nivel previo del funcionamiento del paciente determinado por la historia de declive y por las alteraciones apreciadas en el examen clínico y mediante test neuropsicológico.



Del mismo modo, (Kinsey 2000) define la demencia como un síndrome adquirido, de origen orgánico en un paciente sin compromiso del estado de conciencia, y que ocasiona múltiples alteraciones cognoscitivas incluyendo la memoria, las cuales llevan a la incapacidad funcional, laboral o social (citado por Shults, 2001 ).

Según ( Logan 2000 , citado por Jones 2000 ) conceptualiza la demencia como el deterioro progresivo de la memoria menguándose la capacidad cognoscitiva.

Así mismo el DSM IV , define la demencia como un síndrome caracterizado por el desarrollo de múltiples déficit cognoscitivos, en el cual prevalece el deterioro de la memoria.

De acuerdo al DSM IV las características diagnósticas para la demencia son los siguientes:

- ❖ El deterioro de la memoria sea el síntoma mas precoz y prominente (criterio A).
- ❖ El deterioro del lenguaje (afasia), puede manifestarse por dificultades en la pronunciación de nombres de sujetos y objetos ( criterio A2a).

- ❖ Los sujetos con demencia pueden presentar apraxia, deterioro de la capacidad de ejecución de las actividades motoras a pesar de que las capacidades motoras, las funciones sensoriales y la comprensión estén innatas (Criterio A2B).
- ❖ Los sujetos con demencia pueden presentar agnosia (por ej.; fallos en el reconocimiento de identificación de objetos a pesar que la función sensorial esta intacta)(Criterio A2C) .
- ❖ Las alteraciones de la actividad constructiva (de ejecución) son manifestaciones son manifestaciones habituales de la demencia (Criterio A2D).

La clasificación de las demencias depende del entorno que se utilice.

Así de acuerdo a la edad de inicio pueden dividirse en :

a. Pre seniles y seniles;

según la efectividad del tratamiento en

b. Tratables o intratables

y el compromiso cerebral mas importante al inicio de la enfermedad las distingue en

c. Corticales y subcorticales. (Benson, 2000).

1. La primera clasificación, parte de un límite de sesenta y cinco años, si el cuadro demencial ocurre a través de esta edad se considera como una

demencia presenil, y si su instalación es posterior como senil; tal límite de edad podría resultar arbitrario y podría haberse fijado en una etapa anterior o posterior. Más aun se considera que la demencia senil y la enfermedad de Alzheimer constituyen una misma entidad, con iguales características neuropatológicas y manifestaciones clínicas equivalentes. En otras palabras la enfermedad de Alzheimer es una demencia senil acelerada y ambas pueden incluirse en una misma categoría denominada demencia de tipo Alzheimer.

2. Con respecto a la segunda clasificación de las demencias, las demencias tratables aluden aquellas que son susceptibles de tratamiento medico o quirúrgico, estimando que los trastornos potencialmente irreversibles puedan encontrarse en un 10% a 30% de los pacientes dementes; y en una proporción que oscila entre el 20% y el 40% el tratamiento puede afectar significativamente el curso del deterioro neuropsicológico con respecto a esto (Comings, 1999 , citado por Benson, 2000), propone tres grandes grupo de demencias tratables a saber: 1.) Demencia producida por condiciones intracraneales, 2.) Demencias metabólicas; y 3.) Demencias Toxicas.

3. La última clasificación de las demencias corticales y subcorticales a resultado bastante controvertida, ya que las diferencias neuropsicológicas

entre los dos grupos no siempre son claras, y pueden establecerse únicamente en los estadios tempranos de la enfermedad; ya que las demencias subcorticales progresivamente presentan compromisos cortical, y las corticales signos y síntomas subcorticales. (Benson, 2000).

Sin embargo el autor plantea la siguiente Conceptualización sobre las demencias corticales; estas se presentan con un deterioro de la función intelectual, acompañado por cambios en el estado de ánimo y la personalidad, pero no existe una reducción en el nivel de conciencia, este tipo de demencia casi siempre se inicia insidiosamente con un cambio sutil del humor, pérdida del interés y deterioro de la memoria ; se puede presentar anosognosia de la demencia, el paciente no se da cuenta de sus déficit aunque se encuentra turbado en situaciones no familiares que sobrepasan sus capacidades.

En lo referente a las demencias subcorticales , se dice que este tipo de demencia el paciente sufre alteraciones de cálculo o incapacidad para manejar material abstracto, alteraciones que indican una falta de habilidad en la manipulación de los conocimientos adquiridos previamente. Las mencionadas características contrastan siempre con la ausencia de manifestaciones corticales, tales como alteraciones del lenguaje, habilidades de manipulación o percepción y bradipsiquia. ( Benson,2000).

A la luz de los planteamientos anteriores y retomando aspectos relacionados con el envejecimiento y las demencias preseniles y seniles, en concordancia con resultados de estudios referentes a esta psicopatología; se puede determinar que la demencia de tipo Alzheimer determina el 60% de las demencia durante la etapa del envejecimiento, esto es de acuerdo a algunos datos epidemiológicos y estadísticas del manual diagnóstico y estadísticos de los desordenes mentales. La enfermedad de Alzheimer es una de las demencias más populares en la actualidad, su diagnóstico sin embargo: es difícil y solo mediante la autopsia se pueden alcanzar resultados precisos. A menudo esta enfermedad se le ha asociado con la demencia senil o presenil como se anotó en párrafos anteriores. La enfermedad de Alzheimer parece relevarse en las histologías por la aparición de placas seniles o nudos neurofibrinales especialmente en la zona del hipocampo y parieto – temporal del cerebro (Dick, 1999)

Desde el punto de vista clínico, la enfermedad de Alzheimer se caracteriza por un deterioro progresivo de todo el funcionamiento psicológico, de tal manera que si bien los cambios mas llamativos se producen a nivel del rendimiento mnésico, paulatinamente se van instaurando otras serie de alteraciones en el funcionamiento intelectual habitual, (Con perdida progresiva de la capacidad), así; como en los

niveles emocional y afectivo, son frecuentes los síntomas de tipo depresivos, que incluso pueden dar lugar a un diagnóstico erróneo de trastorno depresivo. Los cambios de personalidad son menos notables y suelen consistir en una exacerbación de los rasgos premorbidos. Así pues, las primeras etapas de la enfermedad se caracterizan por una aparición insidiosa de anomalías en la memoria, desorientación, pérdida de iniciativa y de espontaneidad acompañada también de una sintomatología depresiva. Todos estos síntomas resultan extraordinariamente variables en cuanto a su prominencia e intensidad. . A medida que la enfermedad avanza, suelen aparecer también trastornos afásicos, apraxicos y agnósicos, junto con signos extrapiramidales; menos frecuentes son sin embargo, los síntomas de naturaleza psicótica como alucinaciones y delirio. (Dick, 1999).

De acuerdo al DSM IV los criterios diagnósticos para la demencia tipo Alzheimer son los siguientes:

- A. Los múltiples déficit cognoscitivos se manifiestan por:
  - 1. Deterioro de la memoria (deterioro de la capacidad para aprender nueva información o recordar la previamente aprendida).
  - 2. Una o más de las siguientes alteraciones cognoscitivas:
    - a. Afasia, alteración del lenguaje

- b. Apraxia, deterioro de la capacidad para llevar a cabo actividades motoras, a pesar de que la función motora está intacta
- c. Agnosia, falla en el reconocimiento e identificación de objetos a pesar de que la función sensorial está intacta.
- d. Alteración de la ejecución, organización, secuencia, y abstracción.

B. Déficit cognoscitivo en cada uno de los criterios A1 y A2 provocan un deterioro significativo de la actividad laboral o social y presentan una alta reducción del nivel previo de actividad.

C. El curso se caracteriza por un inicio gradual y un deterioro cognitivo continuo.

D. Los déficit cognoscitivos de los criterios A1 y A2 no se deben a ninguno de los siguientes factores:

(1.) Otras actividades del sistema nervioso Central que provocan déficit de la memoria y cognoscitivos, por ejemplo alguna enfermedad cerebro vascular, enfermedad de Parkinson, hematomas subdural, hidrocefalia monotensiva o tumor cerebral.

(2.) Enfermedades sistémicas que pueden provocar demencia como el hipotiroidismo, deficiencia de ácido fólico, vitamina B12 y niacina, neurosífilis e infección por VIH.

(3.) Enfermedades inducidas por sustancias.

E. Los déficit no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirio.

F. La alteración se explica mejor por la presencia de otro trastorno del eje

I como por ejemplo, trastorno depresivo mayor o esquizofrenia.

Basados en el tipo de inicio y las características predominantes se puede clasificar en:

- De inicio temprano: si el inicio es a los 65 años o antes
- Con delirium: Si el delirium se sobreañade a la demencia.
- Con ideas delirantes: si las ideas delirantes son el síntoma predominante.
- Con el estado de animo depresivo: si el estado de animo depresivo es predominante, incluyendo cuadros clínicos que cumplen todos los criterios para un episodio depresivo mayor. No debe analizarse el diagnóstico por separado de trastorno de estado de animo debido a enfermedad médica
- No complicado: si ninguno de los síntomas antes mencionados predominan en el cuadro clínico actual.

De inicio tardío: Si el inicio es después de los 65 años

- Con delirium: Si el delirium se sobreañade a la demencia.
- Con ideas delirantes: Si las ideas delirantes son el síntoma predominante



- En estado de ánimo depresivo: Si el estado de ánimo depresivo es predominante, incluyendo los cuadros clínicos que cumplen todos los criterios para un episodio depresivo mayor. No debe de realizarse el diagnóstico por separado de trastorno de estado de ánimo debido a enfermedad médica.
- No complicado: si ninguno de los antes mencionados predomina en el cuadro clínico actual.

Especificar si:

Con trastorno del comportamiento: codificar también un eje III, enfermedad de Alzheimer de origen temprano y enfermedad de Alzheimer de origen tardío.

Pese a algunos signos y síntomas que tipifican la enfermedad de Alzheimer, la evaluación neuropsicológica de la misma, no era posible hasta hace poco tiempo; pues no se disponía de instrumentos de evaluación neuropsicológica que dieran un diagnóstico acertado de la enfermedad, hoy en día gracias a la esmerada labor de algunos investigadores, psicólogos, neuropsicólogos, psiquiatras y terapeutas ocupacionales se cuentan con una batería de diagnóstico clínico de la cual permite realizar un diagnóstico más confiable del Alzheimer debido a que hasta hace pocos años esto solo se determinaba en el examen post – mortem. Esta batería neuropsicológica permite la elaboración de una

buena historia clínica dirigida al paciente y a su familia, lo cual es fundamental para un adecuado diagnóstico y un correcto diagnóstico diferencial. El diagnóstico actual de Alzheimer se inicia con un adecuado estudio clínico que bien dirigido puede tener una certeza diagnóstica del 90%; este estudio clínico se soporta con datos demográficos, médicos y sociales, relacionados con la educación, actividad laboral, estilo de vida, factores de riesgos para la demencia, antecedentes familiares; dentro de este proceso de evaluación neuropsicológica se tienen en cuenta también el tiempo de evolución del desarrollo, perfil en el tiempo, repentino escalonado o progresivo, lo anterior permite ver que la aplicación de los enteros diagnósticos puede ser complejos en la práctica habitual, por esto, es conveniente utilizar pruebas de matizajes, pues este tipo de pruebas se orientan hacia la identificación de síntomas específicos de cualquier psicopatología, ya que se apoyan en casos clínicos de diagnóstico similar, y (búsqueda de casos), que aunque no diagnostican demencias pueden ayudar a detectarlas e incluso a clasificarlas. (Benito M.; y colaboradores, 2000)

A pesar de la actual existencia de instrumentos de medición neuropsicológica para el diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer, aun se visualiza un panorama crudo para el tratamiento y recuperación, como para la estimulación cognoscitiva del paciente con Alzheimer; desde la

perspectiva neuropsicológica, pues la misma solo permite la utilización de sustancias químicas específicas o psicofármacos que ayudan a menguar algunos síntomas de esta enfermedad. Este hecho resulta poco alentador para los familiares del paciente con Alzheimer pues usualmente los parientes del enfermo se muestran optimistas ante la recuperación del mismo. Para aliviar la angustia de los familiares o cuidadores de los pacientes con Alzheimer es necesario realizar un arduo trabajo psicológico con la familia, pues estos experimentan una mezcla de sentimientos, emociones e inquietudes desde el momento mismo de su diagnóstico; al enfrentarse al compromiso diario como cuidadores que en ocasiones se sienten solos y confundidos. Razón por la cual se hace necesario brindar apoyo psicológico a la familia; y quien más adecuado que un profesional de la salud mental, que ha vivido, vive y conoce el problema.

El apoyo psicológico a la familia debe centrarse en la comprensión y aceptación de la enfermedad, como en la adaptación al enfermo de Alzheimer, pues, los cambios de conducta que este sufre se acentúan más a medida que la enfermedad avanza disminuyendo su nivel de funcionalidad, y es la familia quien tiene que ajustarse a los cambios, con esto se busca modificar el entorno sin que se vea afectado el funcionamiento del hogar de manera severa; ya que un hogar seguro, no solo será menos tenso para el enfermo si no para las personas que cuiden

de él; no es necesario efectuar simultáneamente todos los cambios solo se debe realizar gradualmente los ajustes necesarios pensando en cambiar determinadas conductas del enfermo como querer salir de la casa, entrar a la cocina, sacar cosas de los cajones, lavar la losa y situaciones similares, serán difíciles de lograr, así que se deben efectuar cambios que le permitan ser funcional con estos y otros casos que representen para el una situación de peligro.

Es importante tener en cuenta la actitud frente al enfermo, así pues el cuidador no debe mostrarse apresurado, nervioso o irritado, debido a que esto aumenta la tensión y la probabilidad de que ocurran accidentes. Los familiares del enfermo de Alzheimer deben mostrarse seguros y tranquilos, sin desconocer la vulnerabilidad de los sentimientos humanos dado que esta enfermedad implica gran cantidad de trabajo y sacrificio y sobre todo aceptar la realidad de que un ser querido ya no volverá a ser como antes. Ante tal situación lo más saludable es asumir un rol y una actitud positiva frente al familiar afectado.

## **PRESENTACIÓN DEL CASO**

### ➤ **DATOS DEMOGRAFICOS:**

- Nombre : P. G. de O.
- Fecha de Nacimiento: 26 de enero de 1926
- Edad: 77 años
- Nivel Educativo: (Nivel IV) Maestra Normalista
- Literalidad: Diestra
- Fecha de evaluación: 1 de abril del 2003

### **MOTIVO DE CONSULTA:**

“Evaluación de las funciones cognoscitivas del paciente”.

### **HISTORIA DEL PACIENTE:**

La paciente ha recibido tratamiento psiquiátrico por sintomatología depresiva reactiva a la muerte de su esposo desde hace 15 años, no se ha evaluado previamente sus funciones superiores.

A nivel cognoscitivo, se refieren alteraciones de funciones mnésicas ya que presenta compromiso de su memoria anterograda (con fallas para el registro de nueva información) y dificultades en la memoria de trabajo. En ocasiones recuerda los nombres de sus familiares y cuidadores. Como hecho particular del pasado solo recuerda los acontecimientos

“traumáticos” asociados a personas que tienen algún vínculo afectivo con ella, no hay alteración en senso-percepción (no presenta ideas delirantes ni paranoides).

### **EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS:**

TAC cerebral, electrocardiogramas y exámenes químicos. De los cuales no se pudo obtener información de los resultados.

#### Antecedentes personales:

Tratamiento psiquiátrico por cuadro depresivo, HTA (hipertensión arterial), alteración cardiaca que requirió intervención cardiaca.

#### Antecedentes farmacológicos:

Donepezilo (Eranz) Alprozolam (Xanax)

Mirtazapina ( Romeron ).

### **OBSERVACIONES COMPORTAMENTALES**

La paciente al inicio de la aplicación de las pruebas se mostró poco colaboradora; negándose a realizar las pruebas que evaluaban praxis-construccional ( Figura compleja de Rey) , argumentando “que era un dibujo muy complicado”.

Pero a pesar de esto, la paciente mostró interés por los interrogantes descritos en cada prueba.

## **EXPLORACIÓN NEUROPSICOLOGICA**

### **Pruebas Utilizadas:**

Para realizar la exploración neuropsicológica a la paciente (screening), se utilizó una batería para el diagnóstico clínico de las demencias; esta batería está constituida por cuatro pruebas ( ver anexo 1): la primera se le denomina " MINIMENTAL examen mínimo del estado mental" y tiene como finalidad evaluar el nivel de deterioro mental global del paciente, la segunda corresponde a la " ESCALA DE TRASTORNOS DE MEMORIA" y busca evaluar e identificar los trastornos de memoria que ha tenido el paciente de manera subjetiva, desde el inicio de la enfermedad; esta prueba también se le aplica a la familia . La tercera prueba es la " ESCALA DE LAWTON MODIFICADA" esta se aplica solamente a la familia para conocer a través de ellos el nivel de deterioro de la funcionalidad del paciente, y la cuarta corresponde a la "ESCALA DE DEPRESIÓN GERIATRICA DE YESAVAGE", con ella se busca conocer su estado emocional de forma general, para identificar sintomatología de tipo depresiva.

## EXPLORACIÓN NEUROPSICOLÓGICA

A la exploración se encuentra una paciente alerta, con dificultades para centrar la atención y parcialmente colaboradora.

- Minimental (MMSE): En esta prueba la puntuación obtenida por la paciente fue de 18/30 , esta al ser contrastada con la historia clínica de la paciente, los criterios diagnósticos del DSM IV , para demencias tipo Alzheimer y los criterios de la escala (si se tiene en cuenta que para nuestra población colombiana, el punto de corte es de 24/30); evidencia un deterioro moderado de su función cognoscitiva en general.

Evidenciando mayor grado de confusión a nivel de orientación específicamente en los items de día, hora, domicilio, etc., al igual que la atención y el calculo. Y por ultimo, en la evocación de palabras.

- Escala de trastornos de la memoria: La puntuación arrojada por la paciente en esta prueba fue de 44 puntos y la del familiar fue de 43 puntos (aunque queda la duda del nivel de comprensión compleja que tiene la paciente), puntuación que es la máxima posible, Obviamente estando por encima del punto de corte. Esto parecería indicar una clara conciencia de sus dificultades y un impacto muy marcado de las mismas en su vida diaria. De tal manera que estas puntuaciones



descritas anteriormente, son significativas para real pérdida de memoria.

- Escala de Lawton modificada: El análisis de las puntuaciones obtenidas por la paciente en cada una de las categorías que evalúa esta prueba, permiten apreciar que la paciente en la actualidad, ha tenido un deterioro en su capacidad para realizar actividades que impliquen manipulación de instrumentos, objetos y en general tener un nivel de independencia adecuado. De esta manera, por ejemplo, puede caminar por las habitaciones de la casa, encender y apagar la radio y la TV, manipular interruptores, cortarse las uñas, hacer trabajos livianos y pesados en casa sin ninguna dificultad. Por otra parte puede salir de la casa y cocinar con dificultad pero sin ayuda y utilizar el teléfono, ir de compras, abrir y cerrar las ventanas y manipular llaves y dinero, solamente con ayuda. Las puntuaciones obtenidas en la prueba indican un compromiso moderado en su funcionalidad y autonomía.
- Escala de depresión geriátrica: la puntuación registrada por la paciente en esta prueba fue de 8 puntos lo cual al contrastarse con los antecedentes clínicos de la paciente y los criterios de interpretación de la prueba determinan un grado de depresión moderada, tiene una alta

correlación con los criterios de interpretación de la escala y la historia de la paciente.

Este mismo instrumento se le aplicó al sujeto control, obteniendo los siguientes resultados en cada una de las pruebas realizadas:

#### DATOS DEMOGRAFICOS DEL PACIENTE CONTROL

➤ **DATOS DEMOGRAFICOS:**

- Nombre : A. S. T.
  - Fecha de Nacimiento: 3 de diciembre de 1926
  - Edad: 77 años
  - Nivel Educativo: Bachiller
  - Literalidad: Diestra
  - Fecha de evaluación: 3 de abril del 2003
- 
- Minimental: La puntuación registrada por el sujeto control en esta prueba fue de 30/30 puntos hecho que indica que no presenta ningún deterioro en sus funciones mentales.
  
  - Escala de trastornos de memoria: En esta prueba el sujeto control alcanzó una puntuación de 8/45, puntuación ubicada muy por debajo del punto de corte; lo cual indica que el sujeto control no presenta quejas subjetivas acerca de su funcionamiento cognoscitivo.

- Escala de Lawton modificada: En esta prueba el sujeto control alcanzó una puntuación previa y actual de 14-0-0-0, lo cual indica que el sujeto es capaz de realizar de manera independiente actividades instrumentales de la vida diaria que indican su nivel de funcionalidad y autonomía.
- Escala de depresión geriátrica: La puntuación obtenida por el sujeto control en esta prueba fue de 2, lo que de acuerdo a los criterios de interpretación del mismo, evidencia la ausencia de algún síntoma que tipifique depresión.

## DISCUSIÓN

Definida la demencia tipo Alzheimer como un síndrome degenerativo en el que existe un deterioro de las funciones cognoscitivas, de tal manera que si bien los cambios más llamativos se producen a nivel de rendimiento amnésico, paulatinamente se van instaurando otras series de alteraciones en el funcionamiento intelectual habitual, como la pérdida progresiva del lenguaje, la praxis, la gnosia y/o de las funciones ejecutivas.

Igualmente a nivel emocional y afectivo se presentan síntomas de tipo depresivo, que pueden dar lugar a un diagnóstico erróneo de trastorno depresivo.

Así mismo se dan cambios a nivel de personalidad los cuales son menos notables y suelen consistir en una exacerbación de los rasgos premorbidos del paciente.

Pues las primeras etapas de la enfermedad se caracterizan por una aparición insidiosa de anomalías en la memoria, desorientación, pérdida de la iniciativa y de la espontaneidad, la comprensión y expresión de las ideas complejas, el pensamiento abstracto y los juicios críticos.

Todos estos síntomas resultan extremadamente variables en cuanto a su prominencia e intensidad, si bien se presenta casi invariable en todos los pacientes.

A medida que la enfermedad avanza , suelen aparecer también trastornos afásicos, apraxicos, y agnósicos junto con signos extrapiramidales que en ocasiones dificultan el diagnóstico diferencial de la enfermedad de Alzheimer.

En base a los planteamientos anteriores y los postulados teóricos que surgen sobre esta psicopatología , al equiparar los resultados de evaluación neuropsicológica de la paciente con el sujeto control se encontraron diferencias significativas entre las que se destacan las siguientes, en la paciente se observó:

- a. Un decremento del funcionamiento cognoscitivo en general
- b. Deterioro progresivo de las funciones cognoscitivas del lenguaje ( afasias) y de percepción ( agnosias)
- c. Trastorno de la memoria
- e. Déficit a nivel de funcionalidad ( llevar a cabo asuntos personales y actividades de la vida diaria).

Con relación al sujeto control todas las funciones se encontraron en un nivel de funcionamiento óptimo.

En la exploración realizada a la paciente se evidencia un deterioro en sus funciones mnésicas, lo cual es una característica patognomónica, en el diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer. Desde la perspectiva neuropsicológica, la utilización de pruebas de memoria, podría constituirse en una herramienta esencial para el diagnóstico de esta enfermedad en sus inicios y aportaría elementos para lo que hoy se trabaja en el mundo que es la identificación de los pacientes tempranamente y así poder implementar programas de manejo y tratamiento no farmacológico como la estimulación cognoscitiva.

Con relación a este último aspecto los estudiantes investigadores proponen para estudios subsecuentes relacionada con la problemática estudiada; implementar y fomentar un programa para la estimulación cognoscitiva en los pacientes con enfermedad de Alzheimer, la cual está determinada por un conjunto de estrategias y técnicas de fundamentación neurológica y neuropsicológica tendientes a recuperar las funciones deterioradas por psicopatologías o por enfermedades progresivas que afectan la memoria.

Esto debido a que existen funciones de la memoria que son de carácter automático o reflejo, y su formación o evocación no depende por completo de la conciencia o de los procesos cognoscitivos, lo cual amplía el panorama para la recuperación de pacientes amnésicos, pues mediante la estimulación cognoscitiva pueden mejorar su nivel de funcionamiento global, ya que este es un proceso creativo orientado hacia la reconstrucción de hechos de la vida del paciente a partir de la recuperación de información almacenada en su memoria.(Kandel, E. y Gessel, T; 2000)

Frente a las recomendaciones a la familia para el cuidado del paciente con enfermedad de Alzheimer, es conveniente trabajar con el desarrollo de vínculos afectivos, dado que diversos estudios valorados muestran como el cariño y el amor influyen en el actuar del enfermo, debido a que la comprensión es una herramienta fundamental para realizar una buena labor como cuidadores con los pacientes con Alzheimer.

Teniendo en cuenta que la enfermedad de Alzheimer es una enfermedad de toda la familia, por que la angustia permanente de presenciar como se deteriora lentamente un ser querido afecta a todos por igual, por lo tanto, el tratamiento integral debe responder a las necesidades de toda la familia. Ello incluye el apoyo emocional, la

orientación psicológica y de programas educacionales sobre la enfermedad de Alzheimer para los pacientes y sus familiares, que se esfuerzan por brindarles un entorno seguro y cómodo en el hogar. FCA Cleannghouse Fact Sheet dice que uno de los aspectos claves es: La Comunicación, a medida que la enfermedad progresa, la persona afectada estará incapacitada para comunicarse y para hablar. La comunicación no verbal, una caricia, una sonrisa será nuestra forma de comunicación, siendo el afecto y el cariño nuestro principal elemento, por eso es necesario que:

- Se le hable de forma pausada y amable, mírelo a los ojos, tóquelo y dígame que lo está escuchando.
- No olvide utilizar un tono bajo de voz que denote calma.
- Demuestre interés en lo que habla o expresa, préstele atención a sus voz y gestos.
- Proporcione siempre instrucciones claras y sencillas paso por paso.
- Sea positivo y brinde confianza a la persona.
- Elógielo siempre por sus logros y éxitos.
- Haga solo una pregunta a la vez y dele tiempo para responder.
- Demuéstrele su interés en comunicarse dibujándole, señalándole o tocándole las cosas.
- Trátelo siempre con dignidad y respeto.
- Ignore sus estados de agresividad.



Recordemos la importancia de nuestra actitud frente al enfermo, manifestarnos apresurados, nerviosos o irritados aumentará la tensión y la probabilidad de que ocurran accidentes. El cuidado y normas de seguridad que tomamos en casa crean un entorno adecuado para brindarle comodidad para facilitar nuestro trabajo con el enfermo para que no presente confusión y para evitar accidentes, el entorno debe ser:

- Familiar : Ambiente agradable, evocador de recuerdos : dejarle cuadros, música, fotos, elementos que le agraden, funcional, practico no cambiar de sitios objetos de uso cotidiano, seguro que le facilite movilizarse y desarrollar actividades sin peligro.
- Es importante a su vez tener en cuenta : Iluminación, Paredes, Escaleras, Pisos, Muebles, Señalización, Espejos, Ventanas, Puertas, Terrazas, Tomas Eléctricas, Alimentos, Bebidas, Drogas, Plantas, riesgos en la Cocina, Puerta Principal, Registros del Agua, Baño (Folleto el cuidador y el enfermo de Alzheimer Macc, N; rabins,P 2.000 )

Tampoco deben dejarlos solos , el cuidador o la familia debe de estar pendiente tal como si cuidara a un niño , ya que siempre estará queriendo irse, buscando el pasado ya que no recuerda el presente.

## **CONCLUSIONES**

El análisis detallado del caso expuesto y de la fundamentación teórica que avalan el mismo permitió llegar a las siguientes conclusiones:

- Los pacientes con demencias tipo Alzheimer presentan un deterioro progresivo a nivel de facultades cognitivas tales como el lenguaje. Estos ocasionalmente tienen dificultad para encontrar una palabra sustituyéndola inadecuadamente, haciendo que la frase sea incomprensible. La percepción (agnosia), fallos en el reconocimiento o identificación de objetos. Y por último, la apraxia, deterioro de la capacidad de ejecución de las actividades motoras.
- Evidencian alteraciones y deterioro de la memoria. Siendo el síntoma más precoz y prominente perdiendo la capacidad para evocar información previamente aprendida.
- Regularmente presentan cambios a nivel emocional derivados de los estados depresivos característicos de este tipo de demencia. Estas personas sin ninguna razón aparente, pueden presentar cambios súbitos del estado de ánimo, pasar de la calma al llanto o de la

angustia a la calma o tornarse extremadamente irritables, suspicaces o temerosos.

- De acuerdo al nivel de progreso de la enfermedad los pacientes presentan deterioro a nivel de funcionamiento global o de las actividades que habitualmente solía realizar. Pueden olvidar preparar los alimentos, servirlos y con frecuencia olvidarse de haberlos preparado; además pueden colocar los objetos en lugares inapropiados ( la plancha en la nevera o las llaves en el recipiente del café ).
- Para un diagnóstico preciso de la demencia tipo Alzheimer se requieren de instrumentos de evaluación neuropsicológica válidos y confiables que permitan establecer un adecuado diagnóstico.

## BIBLIOGRAFÍA

- Anderson, W. Los sentidos y el envejecimiento. Mexico 1999 Mc. Graw – Hill 2da Ed.
- Benito, M y colaboradores. Diagnóstico clínico de las demencias, Documento de la clínica de memoria, hospital universitario de San Ignacio Pontificia Universidad Javeriana Santa fe de Bogota.
- Benson, O. el Diagnóstico del daño neurológico. Mexico 2000. Mc. Graw - Hill 6ta Ed
- Dick, N. Manual de sicopatología. México 1.999. Mc Graw-Hill 5ta Ed.
- DSM IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona España 1995. Masson S.A.
- Jones, M. Teorías sobre el envejecimiento. México 2001. Mc Graw-Hill 6ta Ed.
- Junque, C ; Jurado, M. Envejecimiento y demencias. Barcelona 1994. Martínez Roca S.A.
- Kandel, E; Jessel, T. Neurociencia y conducta. México 2000.Mc Graw-Hill 1ra Ed.
- Kohn, F. Etapas del envejecimiento Humano. México 1999. Printic Hall 2da Ed.
- Lewis, T. El envejecimiento. Argentina Mc Graw – Hill 1998 7ma Ed.

- Nian, S. Cambios durante el envejecimiento. Madrid 1999 Interamericana 4ta Ed.
- Shults, B. El daño cerebral. Madrid 2000 Edit. Nube Luz 8va Ed.
- Sterms, K. La senectud. México. Mc Graw – Hill 1999 3ra ed.

## **ANEXOS**

## MINIMENTAL

### ( Ejecutada por la paciente )

PUNTAJE	ORIENTACIÓN		
/5	Diga en que:	1. Año <span style="float: right;">Nos encontramos</span>	(4) ✓
		2. Mes	(2) ✓
		3. Día	(X)
		4. Día/semana	(2) ✓
		5. Hora	(X)
/5	En qué	1. País	(2) ✓
		2. Ciudad	(2) ✓
		3. Departamento	(2) ✓
		4. Hospital	(X)
		5. Piso	(X)

### MEMORIA

/3	Diga tres nombres: casa, mesa, árbol. Un segundo para cada uno. Luego pida al paciente que los repita. Un punto por cada una. Repítalos hasta que el paciente los registre. Anote el número de ensayos requeridos. <u>2</u>	(3)
----	---	-----

### ATENCIÓN Y CÁLCULO

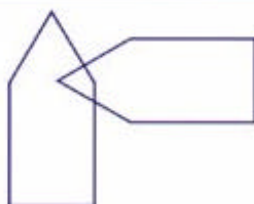
/5	Restar 100 - 7 en forma sucesiva. Pare a la quinta respuesta. Registre un punto por cada respuesta correcta. (93, 86, 79, 72, 65)	(5)
	Decir los meses del año al revés (Diciembre, Noviembre, Octubre, Septiembre, Agosto). Realizar uno u otro: (números o meses).	<b>1</b>

### EVOCACIÓN

/3	De las palabras antes presentadas, registre el número de palabras que recuerde.	(X)
----	---	-----

### LENGUAJE

/2	Denominar dos objetos ( <u>reloj</u> , <u>lápiz</u> )	(2) ✓
/1	Repetir: <u>En un trigal había cinco perros.</u>	(1) ✓
/3	Comprensión: Obedecer una orden en tres etapas: "Tome la <u>hoja</u> con su mano derecha, <u>dóblela</u> y <u>póngala</u> en el suelo"	(3) ✓
/1	Lea y obedezca las siguientes ordenes: "Cierre los ojos"	(1) ✓
/1	Escriba una frase	(1) ✓
/1	Copie el diseño	(1) ✓



PUNTAJE: 18 /30

## ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA (Yesavage)

( Ejecutada por la paciente )

1.	¿Está usted básicamente satisfecho con su vida?	<del>SI</del>	NO
2.	¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?	<del>SI</del>	no
3.	¿Siente que su vida está vacía?	SI	<del>no</del>
4.	¿Se siente aburrido frecuentemente?	<del>SI</del>	no
5.	¿Está usted de buen animo frecuentemente?	<del>NO</del>	si
6.	¿Está preocupado o teme que algo malo le va a pasar?	no	<del>SI</del>
7.	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	<del>NO</del>	si
8.	¿Se siente con frecuencia desamparado, que no vale nada o desvalido?	<del>SI</del>	no
9.	¿Prefiere usted quedarse en casa en vez de salir a hacer cosas nuevas?	SI	<del>no</del>
10.	¿Tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?	<del>SI</del>	no
11.	¿Cree usted que es maravilloso estar vivo?	NO	<del>SI</del>
12.	¿Se siente inútil o despreciable como está usted actualmente?	SI	<del>no</del>
13.	¿Se siente lleno de energía?	<del>SI</del>	NO
14.	¿Se encuentra sin esperanza ante su situación actual?	<del>SI</del>	no
15.	¿Cree usted que las otras personas están, en general, mejor que usted?	SI	<del>no</del>
<b>PUNTAJE TOTAL:</b>		<b>07</b>	<b>01</b>

INTERPRETACION: Sume todas las respuestas con mayúsculas y negrilla (SI o NO)

\_\_\_\_\_ 00 a 05 Normal

**08** \_\_\_\_\_ 06 a 10 Depresión Moderada

\_\_\_\_\_ 11 a 15 Depresión Severa



## ESCALA DE TRASTORNOS DE MEMORIA

NOMBRE DEL PACIENTE:           **P. G. de O.**           FECHA:           **01 04 03**          

NOMBRE DEL FAMILIAR: \_\_\_\_\_ RELACIÓN: \_\_\_\_\_

REALIZADA:                      AL PACIENTE:                       AL FAMILIAR:

¿TIENE DIFILCULTADES DE MEMORIA?

0= NUNCA                      1= RARA VEZ                      2= A VECES                      3= CASI SIEMPRE

1.	¿Tiene dificultad para recordar eventos de la actualidad reciente?	0	1	2	<del>3</del>
2.	¿Tiene dificultad para seguir una película, emisión de TV o libro?	0	1	2	<del>3</del>
3.	¿Le ha sucedido por ejemplo que entre a una pieza y olvide lo que venia a buscar?	0	1	2	<del>3</del>
4.	¿Olvida hacer cosas importantes que había previsto o debía hacer? (p.e. pagar una factura, cumplir una cita o una invitación, etc.)	0	1	<del>2</del>	3
5.	¿Tiene dificultad para recordar números de teléfonos conocidos?	0	1	2	<del>3</del>
6.	¿Olvida con frecuencia el nombre o apellido de personas conocidas?	0	1	2	<del>3</del>
7.	¿Se ha perdido en lugares familiares?	0	1	2	<del>3</del>
8.	¿Tiene dificultad para encontrar objetos colocados en los lugares habituales?	0	1	2	<del>3</del>
9.	¿Le ha sucedido que olvide cosas como apagar la estufa, cerrar con llave, etc?	0	1	2	<del>3</del>
10.	¿Repite varias veces lo mismo, porque olvida haberlo dicho?	0	1	2	<del>3</del>
11.	¿Tiene dificultad para encontrar nombres de personas o lugares?	0	1	2	<del>3</del>
12.	¿Tiene dificultad para aprender cosas nuevas?	0	1	2	<del>3</del>
13.	¿Necesita anotar todo?	0	1	2	<del>3</del>
14.	¿Se le pierden las cosas?	0	1	2	<del>3</del>
15.	¿Olvida inmediatamente lo que le acaban de decir?	0	1	2	<del>3</del>

TOTAL:           **44**

## ESCALA DE TRASTORNOS DE MEMORIA

NOMBRE DEL PACIENTE:     **P. G. de O.**     FECHA:     **01**         **04**         **03**    

NOMBRE DEL FAMILIAR:     **N. O. G.**     RELACIÓN:     **Hija**    

REALIZADA:                      AL PACIENTE:                       AL FAMILIAR:

¿TIENE DIFILCULTADES DE MEMORIA?

0= NUNCA                      1= RARA VEZ                      2= A VECES                      3= CASI SIEMPRE

1.	¿Tiene dificultad para recordar eventos de la actualidad reciente?	0	1	2	<del>3</del>
2.	¿Tiene dificultad para seguir una película, emisión de TV o libro?	0	1	2	<del>3</del>
3.	¿Le ha sucedido por ejemplo que entre a una pieza y olvide lo que venia a buscar?	0	1	2	<del>3</del>
4.	¿Olvida hacer cosas importantes que había previsto o debía hacer? (p.e. pagar una factura, cumplir una cita o una invitación, etc.)	0	<del>1</del>	2	3
5.	¿Tiene dificultad para recordar números de teléfonos conocidos?	0	1	2	<del>3</del>
6.	¿Olvida con frecuencia el nombre o apellido de personas conocidas?	0	1	2	<del>3</del>
7.	¿Se ha perdido en lugares familiares?	0	1	2	<del>3</del>
8.	¿Tiene dificultad para encontrar objetos colocados en los lugares habituales?	0	1	2	<del>3</del>
9.	¿Le ha sucedido que olvide cosas como apagar la estufa, cerrar con llave, etc?	0	1	2	<del>3</del>
10.	¿Repite varias veces lo mismo, porque olvida haberlo dicho?	0	1	2	<del>3</del>
11.	¿Tiene dificultad para encontrar nombres de personas o lugares?	0	1	2	<del>3</del>
12.	¿Tiene dificultad para aprender cosas nuevas?	0	1	2	<del>3</del>
13.	¿Necesita anotar todo?	0	1	2	<del>3</del>
14.	¿Se le pierden las cosas?	0	1	2	<del>3</del>
15.	¿Olvida inmediatamente lo que le acaban de decir?	0	1	2	<del>3</del>

TOTAL:     **43**

## ESCALA DE LAWTON MODIFICADA

**( Ejecutada por la paciente )**

¿REALIZA ACTIVIDAD?		SI						NO	
		Sin dificultad		Con dificultad pero sin ayuda		Solamente con ayuda		Previo	Actual
		Previo	Actual	Previo	Actual	Previo	Actual		
1.	Salir de la casa.		>		X				
2.	Caminar por las habitaciones.		X						
3.	Usar teléfono.		>				X		
4.	Ir de compras.		>				X		
5.	Tomar su propio medicamento.		>						X
6.	Abrir y cerrar ventanas.		>				X		
7.	Manejar su propio dinero.		>						X
8.	Encender y apagar radio y TV.		X						
9.	Manipular interruptores.		X						
10.	Hacer su propia comida.		>		X				
11.	Manipular llaves.		>				X		
12.	Cortarse las uñas.		X						
13.	Hacer trabajo liviano en la casa, lavar platos, etc.		X						
14.	Hacer trabajo pesado en la casa, lavar ventanas, pisos, en general limpiar la casa.		X						
<b>TOTAL</b>			<b>6</b>		<b>2</b>		<b>4</b>		<b>2</b>

PREVIO:                                    

ACTUAL:   **6**     **2**     **4**     **2**

DIBUJO POR COPIA

NOMBRE PG de O EDAD 77 FECHA 01-04-0



El día de hoy me <sup>he</sup> sido mejor

En día de hoy me he sentido mejor.



## MINIMENTAL

### PUNTAJE      ORIENTACIÓN      **( Ejecutada por el sujeto control )**

/5	Diga en que:	1. Año	Nos encontramos	(1) ✓
		2. Mes		(1) ✓
		3. Día		(1) ✓
		4. Día/semana		(1) ✓
		5. Hora		(1) ✓
/5	En qué	1. País		(1) ✓
		2. Ciudad		(1) ✓
		3. Departamento		(1) ✓
		4. Hospital		(1) ✓
		5. Piso		(1) ✓

#### MEMORIA

/3	Diga tres nombres: <u>casa, mesa, árbol</u> . Un segundo para cada uno. Luego pida al paciente que los repita. Un punto por cada una. Repítalos hasta que el paciente los registre. Anote el número de ensayos requeridos. _____	(3) ✓
----	--	-------

#### ATENCIÓN Y CÁLCULO

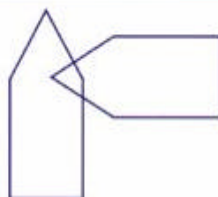
/5	Restar 100 - 7 en forma sucesiva. Pare a la quinta respuesta. Registre un punto por cada respuesta correcta. (93, 86, 79, 72, 65)	(5) ✓
	Decir los meses del año al revés (Diciembre, Noviembre, Octubre, Septiembre, Agosto). Realizar uno u otro: (números o meses).	

#### EVOCACIÓN

/3	De las palabras antes presentadas, registre el número de palabras que recuerde.	(3) ✓
----	---	-------

#### LENGUAJE

/2	Denominar dos objetos ( <u>reloj, lápiz</u> )	(2) ✓
/1	Repetir: <u>En un trigal había cinco perros.</u>	(1) ✓
/3	Comprensión: Obedecer una orden en tres etapas: "Tome la <u>hoja</u> con su mano derecha, <u>dóblela</u> y <u>póngala</u> en el suelo"	(3) ✓
/1	Lea y obedezca las siguientes ordenes: "Cierre los ojos"	(1) ✓
/1	Escriba una frase	(1) ✓
/1	Copie el diseño	(1) ✓



PUNTAJE: 30 /30

## ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA (Yesavage)

( Ejecutada por sujeto control )

1.	¿Está usted básicamente satisfecho con su vida?	<del>SI</del>	NO
2.	¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?	SI	<del>NO</del>
3.	¿Siente que su vida está vacía?	SI	<del>NO</del>
4.	¿Se siente aburrido frecuentemente?	SI	<del>NO</del>
5.	¿Está usted de buen animo frecuentemente?	NO	<del>SI</del>
6.	¿Está preocupado o teme que algo malo le va a pasar?	no	<del>SI</del>
7.	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	NO	<del>SI</del>
8.	¿Se siente con frecuencia desamparado, que no vale nada o desvalido?	<del>SI</del>	no
9.	¿Prefiere usted quedarse en casa en vez de salir a hacer cosas nuevas?	SI	<del>NO</del>
10.	¿Tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?	SI	<del>NO</del>
11.	¿Cree usted que es maravilloso estar vivo?	NO	<del>SI</del>
12.	¿Se siente inútil o despreciable como está usted actualmente?	SI	<del>NO</del>
13.	¿Se siente lleno de energía?	<del>SI</del>	NO
14.	¿Se encuentra sin esperanza ante su situación actual?	SI	<del>NO</del>
15.	¿Cree usted que las otras personas están, en general, mejor que usted?	SI	<del>NO</del>
<b>PUNTAJE TOTAL:</b>		<b>01</b>	<b>01</b>

INTERPRETACION: Sume todas las respuestas con mayúsculas y negrilla (SI o NO)

- 02   00 a 05 Normal  
       06 a 10 Depresión Moderada  
       11 a 15 Depresión Severa

## ESCALA DE TRASTORNOS DE MEMORIA

NOMBRE DEL PACIENTE:           **A. S. T.**                FECHA:           **03 04 03**          

NOMBRE DEL FAMILIAR: \_\_\_\_\_ RELACIÓN: \_\_\_\_\_

REALIZADA:                      AL PACIENTE:                       AL FAMILIAR:

¿TIENE DIFILCULTADES DE MEMORIA?

0= NUNCA                      1= RARA VEZ                      2= A VECES                      3= CASI SIEMPRE

1.	¿Tiene dificultad para recordar eventos de la actualidad reciente?	<del>0</del>	1	2	3
2.	¿Tiene dificultad para seguir una película, emisión de TV o libro?	0	1	<del>2</del>	3
3.	¿Le ha sucedido por ejemplo que entre a una pieza y olvide lo que venía a buscar?	0	<del>1</del>	2	3
4.	¿Olvida hacer cosas importantes que había previsto o debía hacer? (p.e. pagar una factura, cumplir una cita o una invitación, etc.)	<del>0</del>	1	2	3
5.	¿Tiene dificultad para recordar números de teléfonos conocidos?	0	1	<del>2</del>	3
6.	¿Olvida con frecuencia el nombre o apellido de personas conocidas?	0	<del>1</del>	2	3
7.	¿Se ha perdido en lugares familiares?	<del>0</del>	1	2	3
8.	¿Tiene dificultad para encontrar objetos colocados en los lugares habituales?	<del>0</del>	1	2	3
9.	¿Le ha sucedido que olvide cosas como apagar la estufa, cerrar con llave, etc?	0	<del>1</del>	2	3
10.	¿Repite varias veces lo mismo, porque olvida haberlo dicho?	<del>0</del>	1	2	3
11.	¿Tiene dificultad para encontrar nombres de personas o lugares?	0	<del>1</del>	2	3
12.	¿Tiene dificultad para aprender cosas nuevas?	<del>0</del>	1	2	3
13.	¿Necesita anotar todo?	<del>0</del>	1	2	3
14.	¿Se le pierden las cosas?	<del>0</del>	1	2	3
15.	¿Olvida inmediatamente lo que le acaban de decir?	<del>0</del>	1	2	3

TOTAL:           **08**



## ESCALA DE LAWTON MODIFICADA

**( Ejecutada por el sujeto control )**

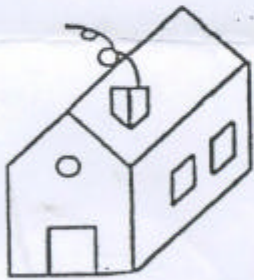
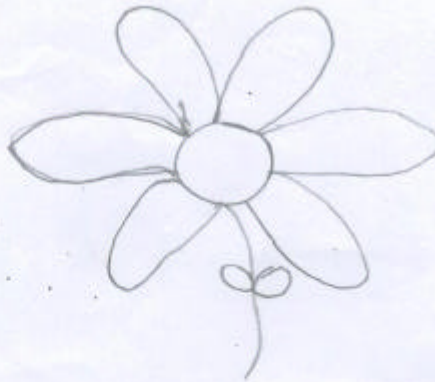
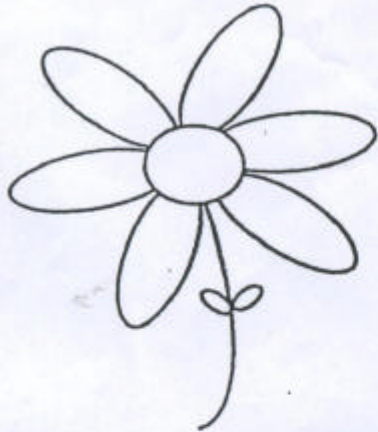
¿REALIZA ACTIVIDAD?		SI						NO	
		Sin dificultad		Con dificultad pero sin ayuda		Solamente con ayuda		Previo	Actual
		Previo	Actual	Previo	Actual	Previo	Actual		
1.	Salir de la casa.		X						
2.	Caminar por las habitaciones.		X						
3.	Usar teléfono.		X						
4.	Ir de compras.		X						
5.	Tomar su propio medicamento.		X						
6.	Abrir y cerrar ventanas.		X						
7.	Manejar su propio dinero.		X						
8.	Encender y apagar radio y TV.		X						
9.	Manipular interruptores.		X						
10.	Hacer su propia comida.		X						
11.	Manipular llaves.		X						
12.	Cortarse las uñas.		X						
13.	Hacer trabajo liviano en la casa, lavar platos, etc.		X						
14.	Hacer trabajo pesado en la casa, lavar ventanas, pisos, en general limpiar la casa.		X						
<b>TOTAL</b>			<b>14</b>		<b>0</b>		<b>0</b>		<b>0</b>

PREVIO: \_\_\_\_\_

ACTUAL:   14        0        0        0

DIBUJO POR COPIA

NOMBRE AST EDAD 77 FECHA 03-04-0



Colombia Necesita lograr  
la ambiciosa paz.

