

11241
2ej35



Universidad Nacional Autónoma de México

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MEDICA,
PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL DE LA
FACULTAD DE MEDICINA

**Aplicación de una nueva escala para la
valoración de grado de severidad de
Síndromes Demenciales**

T E S I S A

**Que para obtener el Título de
Especialista en Psiquiatría
P r e s e n t a**

Dra. Elsa Ruvinskis Pérez

FALLA DE ORIGEN

México, D. F.

1985



Universidad Nacional
Autónoma de México



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 está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

I N D I C E

	Pag.
Introducción	1
Antecedentes y Justificación	13
Hipótesis	33
Objetivos	34
Material y Método	35
Resultados	50
Conclusiones	67
Bibliografía	71

I N T R O D U C C I O N

La demencia es un desorden psiquiátrico mayor que aparece en edad avanzada, el miedo de padecer esta enfermedad se ha difundido en forma importante, es muy común escuchar en la gente mayor, que les gustaría vivir muchos años, siempre y cuando tuvieran la capacidad de retener sus facultades mentales.

El funcionamiento mental de las personas ancianas, puede en gran parte determinar cuando él o ella, podrán permanecer dentro de la comunidad, o bien tengan que ser atendidos estos años en un hospital o asilo.

Dado que esta enfermedad es frecuente en gran parte de la población, motiva tanto a los médicos generales como a los psiquiatras, a investigar más acerca de la demencia senil.

El interés que ha surgido entre los médicos especialistas, se debe básicamente a que hoy en día, es cada vez mayor el número de personas - que llegan a una edad avanzada y además, los neuropatólogos y otros estudiosos del sistema nervioso en ancianos, han ido evolucionando gradualmente a una reinterpretación de la evolución patológica de la demencia senil.

ASPECTOS HISTORICOS

En algún tiempo se pensó que la demencia era el resultado de un espíritu diabólico indeseado, es hasta el Siglo XIX cuando se la reconoce

como una enfermedad.

En 1938 Esquirol psiquiatra francés, fué el primero que uso el termino "demencia senil"; en 1980 Kraepelin reconoció que dentro del grupo de insanos "insanidad", en los ancianos era uno de los pocos síndromes psiquiátricos que se acompañaba de cambios generales importantes, la mitad del grupo que estudió, presentó infarto cerebral lo cual atribuía a arterioescleros, mientras que la otra mitad, presentó atrofia cortical pero no tenía una arterioesclerosis significativa.

En 1899 Alzheimer postulo que la demencia no infártica, era debido a una enfermedad vascular que involucraba las arteriolas, sin embargo, algunos años más tarde él reportó la presencia de placas seniles en casos de demencia senil.

En 1907 Alzheimer describió un tipo de demencia presenil que se acompañaba de síntomas similares, pero ocurría en personas por abajo de 65 años. Encontró en autopsias de algunos cerebros las placas seniles y otras lesiones patológicas que él denominó: neurofibrillas, mas adelante a este tipo de demencia senil se le llamó: "Enfermedad de Alzheimer" por lo que las placas seniles y las neurofibrillas, quedaron como características de los cambios que se presentan en este tipo de enfermedad.

Junto con la enfermedad de Pick, que es una forma poco común de demencia que fué descrita por Arnold Pick en 1902 y que afecta los lóbulos frontales se estableció esta nueva categoría nosológica de demencia presenil.

En los siguientes 50 años el punto de vista que predominó fué ,

que la arterioesclerosis era la causante de la demencia senil, la evidencia para esta creencia era ampliamente circunstancial, primero los cambios arterioescleróticos ocurrían en las paredes y en el diámetro de los vasos sanguíneos; segundo estos cambios ocurren con más frecuencia a medida que la gente va envejeciendo y tercero la arterioesclerosis causa disminución de la luz de las arterias coronarias, por lo que se le asociaba en forma importante con infartos del miocardio y se asumía que algo similar sucedía con los vasos sanguíneos cerebrales, causando gradualmente una disminución del riesgo sanguíneo cerebral.

Este punto de vista dominó hasta mediados de los 60 en que los patólogos ingleses: Corsellis y Evans, estudiaron el cerebro de personas - ancianas demenciadas y no demenciadas, encontrando casi los mismos cambios arterioescleróticos en los dos grupos.

Posteriormente Tomlinson y asociados confirmaron los hallazgos de Corsellis Evans, estableciendo el cuadro patológico actual de demencia senil como se le conoce hoy en día.

Sus estudios fueron realizados en cerebros de pacientes denciad^os y ancianos no demenciados, encontrando que aproximadamente la mitad de los pacientes demenciados mostraban las características histológicas de la enfermedad de Alzheimer, sin evidencia significativa de lesiones isquémicas.

En 1974 Hachinski y asociados declararon que "el uso del término arterioesclerosis cerebral para describir un deterioro mental en ancianos era probablemente el error de diagnóstico médico más frecuente". Por lo

que sugirieron un nuevo término "demencia multi infártica", para aquellos casos de demencia en los cuales un reblandecimiento cerebral se presenta por múltiples infartos en el tejido cerebral.

Por otra parte, no se han podido establecer diferencias significativas entre la enfermedad de Alzheimer que pueda aparecer en la edad pre senil y la senil, por lo que estas dos variantes en la edad de inicio, se consideran actualmente como una misma entidad.

ETIOLOGIAS

Hay varias hipótesis que tratan de explicar el origen de la enfermedad de Alzheimer, una de las principales se centra en la etiología viral, esta evidencia se basa en varios factores.

Es muy conocido que ciertas infecciones virales afectan el cerebro y causan alteraciones tanto intelectuales, como del comportamiento. - Varias encefalitis cursan con secuelas neurológicas y psiquiátricas muchos años después del ataque de la infección aguda por ejemplo:

La Panencefalitis subaguda esclerosante es una enfermedad neurológica progresiva que se ha pensado sea una secuela del virus del sarampión cuyo inicio ocurrió muchos años antes de que aparecieran los síntomas neurológicos.

La demencia también se ha asociado con una post-encefalitis de enfermedad de Parkinson, pensándose que sea una secuela tardía de la influenza.

Otra segunda hipótesis etiológica, se ha encontrado en algún --

agente tóxico, específicamente el aluminio.

Esta asociación entre aluminio y enfermedad de Alzheimer apareció en un trabajo de Klatzo y asociados.

Un defecto en el sistema inmunológico en pacientes con enfermedad de Alzheimer, se ha mencionado también dentro de la posible etiología de esta enfermedad.

Se ha pensado en la posibilidad de la relación entre cromosoma o genotipo específico que está relacionado con la enfermedad de Alzheimer.

Una observación importante es la de que pacientes con síndrome de Down que llegan a sobrevivir hasta la edad adulta, inicialmente desarrollan lesiones en el cerebro de tipo Alzheimer.

En el síndrome de Down (trisomía 21), tiene un cromosoma extra el 21, y se piensa que es la causa del desorden, dado que todos estos pacientes si llegan a vivir suficiente tiempo, desarrollan cambios tipo Alzheimer; podemos especular acerca de que la información contenida en este cromosoma, pueda estar relacionada con la causa de la enfermedad de Alzheimer.

Se han realizado muchos estudios de investigación sin que hasta la fecha, se haya llegado a una conclusión clara.

La enfermedad de Alzheimer se ha visto que es más frecuente en mujeres, en términos estadísticos se ha encontrado que son las mujeres las que más presentan esta enfermedad, aunque este dato no es muy confiable puesto que la información procede de hospitales y se sabe que hay

más tendencia a que se hospitalicen más mujeres que hombres.

La demencia multiinfártica, es más frecuente en individuos entre los 40 y 60 años y aparece más en el sexo masculino.

La depresión enmascarada (pseudodemencia), se encuentra más frecuente dentro de los pacientes ancianos.

De acuerdo al actual DSM-III las demencias se clasifican de la siguiente manera:

- a) Pérdida lo bastante intensa de la capacidad intelectual como para interferir el funcionamiento social y laboral.
- b) Deterioro de la memoria.
- c) Al menos uno de los siguiente síntomas:
 - 1) deterioro del pensamiento abstracto manifestado por el concretismo en la interpretación de proverbios, incapacidad para encontrar semejanzas y diferencias entre palabras y dificultad en la definición de palabras y conceptos, así como en otras tareas similares.
 - 2) Deterioro del juicio.
 - 3) Otros trastornos de las funciones corticales superiores, como afasia (trastorno del lenguaje debido a una disfunción cerebral), apraxia (incapacidad para llevar a cabo actividades motoras a pesar de que la comprensión y la función motora están intactas), agnosia (fallo en el reconocimiento o identificación de objetos a pesar de que la función sensorial se halla intacta), "dificultad en la construcción" (por ejemplo incapacidad para copiar -

figuras tridimensionales, ensamblaje de bloques o poner palillos en orden de acuerdo con modelos específicos)

4) modificaciones en la personalidad (alteración o acentuación de los rasgos premórbidos).

d) Estado de conciencia no obnubilado (no se cumplen los criterios para el delirium o la intoxicación, aunque éstos puedan sobreañadirse).

e) Además 1) o 2):

1) Evidencia a través de la historia, el examen físico, o las pruebas de laboratorio, de un factor orgánico específico que se supone etiológicamente relacionado con el -- trastorno.

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

De acuerdo a la ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD, se clasifican de la siguiente manera:

- 1) PSICOSIS SENILES ATROFICAS
 - a) Síndrome Psicoorgánico (leve)
 - b) Demencia Senil Moderada
 - c) Demencia Senil Grave

- 2) PSICOSIS ARTERIOESCLEROTICAS Y OTRAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES.
 - a) Síndrome Psicoorgánico Leve
 - b) Síndrome Psicoorgánico Moderado
 - c) Síndrome Psicoorgánico Grave

- 3) ESTADOS CONFUSIONALES AGUDOS

- 4) DEMENCIAS PRESENILES
 - a) Síndrome de Alzheimer
 - b) Enfermedad de Pick

- 5) PSICOSIS AFECTIVAS
 - a) Depresión Tardía
 - b) Manías Tardías

6) ESQUIZOFRENIA

a) Esquizofrenia Tardía

7) SINDROME PARANOIDE (PARAFRENIA)

8) NEUROSIS

Reacción Psicógena Aguda, Depresión Reactiva

9) CAMBIOS DE PERSONALIDAD QUE APARECEN EN LA VEJEZ

De acuerdo a AJURIAGUERRA, se clasifican como sigue:

1) DEMENCIA DEGENERATIVA

- a) Senil Simple
- b) Senil en proceso de Alzheimerización
- c) Senil Alzheimerizada

2) DEMENCIA VASCULAR

- a) Difusa
- b) Focalizada

3) DEMENCIA MIXTA

- a) A predominio Degenerativo
- b) A predominio Vascular

ANTECEDENTES Y JUSTIFICACION

Es importante para los especialistas que trabajan con personas de edad avanzada, tener elementos de diagnóstico que ayuden a detectar oportunamente un síndrome demencial.

Para este fin se han diseñado y utilizado diferentes escalas, entre las cuales es interesante mencionar las siguientes:

THE SANDOZ CLINICAL ASSESSMENT-GERIATRIC (SCAG) SCALE,

Department of Clinical Research, Sandoz Pharmaceuticals, East Hanover, N.J. USA.

Los autores revisaron la literatura que existía hasta 1968 y llegaron a la conclusión de que había un acuerdo general acerca de las manifestaciones clínicas de la demencia senil, considerándolas dentro de tres categorías:

- 1) Deterioro del funcionamiento cognitivo
- 2) Estados de humor disfóricos y
- 3) Deterioro en el comportamiento, aunque por otro lado, no hubo consenso general de que los síntomas individuales se incluyeran en cada una de estas categorías.

Por tal motivo se llegó a la conclusión de que se trataba de un síndrome de demencia senil.

Con el fin de determinar cuáles de los muchos síntomas se presentan con suficiente frecuencia y consistencia en el anciano mentalmente deteriorado y que pudiera constituir un síndrome de demencia senil, se diseñó una escala piloto de medición que incluyera todos los síntomas reportados con más frecuencia en publicaciones importantes.

Se llegaron a sumar 38 diferentes síntomas, este era un número exagerado para incluirlos dentro de la idea de hacer una escala de valoración clínica.

Sólo 18 de los 38 síntomas originales llenaron tal criterio.

Esta escala que ahora se conoce (SCAG), incluye los 18 síntomas que se consideran constituyen el perfil de la demencia senil y son los siguientes:

- 1) Confusión
- 2) Estado de atención
- 3) Fallas en la memoria reciente
- 4) Desorientación
- 5) Depresión o estado del ánimo
- 6) Labilidad emocional
- 7) Cuidados de sí mismo
- 8) Ansiedad
- 9) Motivación e iniciativa
- 10) Irritabilidad
- 11) Hostilidad

- 12) Aburrimiento
- 13) Indiferencia al medio ambiente
- 14) Falta de sociabilidad
- 15) Falta de cooperación
- 16) Fatiga
- 17) Apetito "anorexia"
- 18) Mareos

Esta escala incluye items de las tres categorías, pero la evaluación de la cognición es ilimitada y varias de las funciones cognitivas se evalúan como puntos únicos.

Una de las limitaciones de esta escala incluye falta de justificación para la selección de puntos y además no se puede hacer una reevaluación en el tiempo, pues da conclusiones muy concretas pero no grado de severidad de deterioro.

THE BRIEF COGNITIVE SCALE (BCRS): se aplica en la demencia degenerativa primaria. (PDD).
 Barry, Reisberg M.D., Michael K. Schneck, M.D., Steven H. Ferris, Ph.D. --
 Gerri E. Schwartz, Ph.D., Mony J. de Leon, Ed. D., Eric London, M., Jeffrey Borenstein, B.A. and Lawrence Scheier, B.A.

Esta escala se elaboró con el fin de tener un instrumento que ayude a obtener una valoración rápida y clínicamente estructurada sin tomar en cuenta la etiología.

Aquí evalúan la magnitud del deterioro cognitivo en 5 ejes clínicos usando un criterio específico.

Estos ejes comprenden:

- 1) Concentración
- 2) Memoria reciente
- 3) Memoria pasada
- 4) Orientación y
- 5) Funcionamiento y cuidados de sí mismo

Es importante que durante la entrevista esté presente algún familiar o persona responsable del paciente, con objeto de poder valorar mejor las alteraciones de la memoria.

Se utiliza una calificación de uno a siete, que corresponde a 7 estados bien definidos del área cognitiva dentro de cada eje.

La escala tiene un valor potencial no sólo para sensibilidad, ob-

jetividad y confiabilidad de declinación cognitiva, aino que también puede utilizarse como un instrumento de investigación para comparar patrones clínicos de declinación cognitiva en diferentes desordenes por ejemplo:

Pacientes con un deterioro de memoria por la edad, o con una demencia degenerativa primaria muestran una falla de una magnitud uniforme de la habilidad del funcionamiento cognitivo en cada uno de los ejes.

En contraste, pacientes con una depresión senil, pueden presentar principalmente fallas en los ejes de concentración con sólo déficits subjetivos en algunas otras áreas.

Los pacientes maniaco, hipomaniacos y algunos con una ansiedad aguda, también pueden presentar déficits principalmente en los ejes de concentración.

Lo que se espero de esta investigación fué obtener información de utilidad diagnóstica para los médicos.

En resumen, esta escala fué diseñada con objeto de demostrar una falla uniforme de declinación en varios ejes con progresión de proceso de la enfermedad. Esta progresión se puede valorar probablemente con la clasificación correspondiente de la GLOBAL DETERIORATION SCALE (GDS) - la cual apareció en el año de 1982.

En el transcurso del año de 1983, los autores hicieron algunas modificaciones a la escala mencionada, en relación a los ejes, agregando tres más y son los siguientes:

- 6) Valora discurso y lenguaje
- 7) Funcionamiento motriz y
- 8) humor y comportamiento.

Esta escala tiene una importancia para valorar grado de declinación cognitiva, tanto en pacientes con la demencia degenerativa primaria, como en ancianos que presentan fallas en la memoria por deterioro normal por la edad.

Asimismo, sirve para valorar depresión senil, estados de ansiedad y fallas de la concentración en pacientes maníacos, hipomaníacos o con ansiedad generalizada, pero consideramos que es poco práctica, ya que los resultados que se obtienen son en forma muy generalizada, pues no está diseñada con preguntas estandarizadas.

THE COMPREHENSIVE PSYCHOPATHOLOGICAL RATING SCALE

En pacientes con demencia tipo Alzheimer y multi-infárctica.

G. Bucht and R. Adolfsson (Prof. B. Winblad, Dr. W. Rapp).

Esta escala se puede aplicar en pacientes con enfermedad de Alzheimer y Multiinfárctica, y sirve para medir síntomas y signos que se ven mas comunmente en pacientes con demencia.

El síndrome clínico de demencia tiene muchas causas, las formas más comunes son, el tipo Alzheimer y Multiinfárctica.

Hay casos típicos que presentan síntomas que son fáciles de separar de otro cuadro clínico sin necesidad de hacer investigaciones muy extensas, sin embargo, algunos casos en su inicio u otros casos mixtos, y en especial aquellos con síntomas depresivos, sí presentan problema diagnóstico.

Aunque no existen signos patognomónicos psicopatológicos, en ninguno de los dos tipos de demencia "Labilidad emocional" y la "relativa preservación de la personalidad", a menudo indican mas bien una demencia multiinfárctica.

La escala consiste en un amplio rango de items que describen síntomas psiquiátricos, algunos síntomas (reportados por el paciente) y signos observados por el entrevistador.

Una subescala que consiste en items que miden los síntomas más comunes y signos en pacientes con demencia, también fué estructurada, --

quedando de la siguiente manera:

SINTOMAS REPORTADOS

- 1) tristeza
- 2) elación
- 3) sentimientos de hostilidad
- 4) inhabilidad para sentir
- 5) pensamientos pesimistas
- 6) pensamientos suicidas
- 7) lacidud
- 8) fatigabilidad
- 9) dificultades en la concentración
- 10) fallas de memoria
- 11) disminución del sueño
- 12) aumento del sueño
- 13) dolores
- 14) pérdida de la sensación o del movimiento
- 15) ideas de persecución
- 16) alucinaciones auditivas y otras alucinaciones

SIGNOS OBSERVADOS

- 1) aparente tristeza
- 2) elación del humor
- 3) hostilidad
- 4) labilidad emocional
- 5) adormecimiento
- 6) distractibilidad
- 7) perplejidad
- 8) desorientación
- 9) dificultades específicas en el discurso
- 10) perseverancia
- 11) hiperactividad
- 12) disminución de movimientos
- 13) movimientos involuntarios
- 14) agitación
- 15) manerismos y posturas
- 16) comportamiento alucinatorio
- 17) evaluación global de la enfermedad
- 18) memoria reciente
- 19) memoria a largo plazo

Todos los pacientes deben ser entrevistados por el mismo psicólogo o psiquiatra y se hace con una calificación que va de 0 a 3 usando una calificación intermedia, es decir: 0, 0.5, 1.0, 1.5, 2.0, 2.5 y 3, utilizándose una gráfica con barras.

Se concluye que esta es una escala demasiado larga, global y difusa que también sirve como coadyuvante de diagnóstico, pero por sí misma no nos da una idea completa, ni da un grado de severidad de deterioro.

Nos sirve para hacer una diferenciación en los estados iniciales, entre demencia multi infárctica y demencia de Alzheimer, pero como ellos señalan en sus conclusiones, tanto la una como la otra, presentan síntomas de demencia que en un momento dado, si no se acompañan de otros métodos de diagnóstico, no nos da una idea clara por sí misma, así como tampoco nos da un grado de severidad.

THE CRICHTON VISUAL ANALOGUE SCALE

D.P. Morrison. - Royal Victoria Hospital, Einburgh, Scotland.

La finalidad del presente estudio fué elaborar una escala sencilla, comprensible que pudiera ser aplicada por cualquier persona incluyendo un familiar que estuviera involucrado emocionalmente con el paciente.

Dentro de los pacientes demenciados ambulatorios, los familiares o (cuidadores) son quienes pueden darnos información acerca del comportamiento diario de los síntomas, pues son las únicas personas con la experiencia de estar con el paciente y observar su comportamiento durante largos períodos.

En cambio los médicos que visitan al paciente en su domicilio, sólo tienen un corto contacto con ellos, durante el cual su comportamiento puede no ser el característico.

La mencionada escala (que es una sub-escala) de la CRICHTON GERIATRIC RATING SCALE, consta de 10 ítems, que son los siguientes:

- 1) labilidad
- 2) orientación
- 3) comunicación
- 4) cooperación
- 5) inquietud

- 6) vestirse
- 7) alimentarse
- 8) continencia
- 9) sueño
- 10) humor (en forma generalizada)

La escala original consta de 11 puntos, donde el punto 10 y 11 califica estado de humor tanto objetivo como subjetivo, siendo necesario que sea calificado por especialista.

Tanto la escala, como sub-escala se evalúan por medio de una calificación que va de 0 a 5. Una calificación alta, indica un aumento en el deterioro y así sucesivamente.

Estas dos escalas son de gran utilidad, dan una evaluación rápida, pero no consta de preguntas standar por lo que los resultados pueden variar de un evaluador a otro.

LA WECHSLER MEMORY SCALE.

Otro instrumento ampliamente conocido es la Wechsler Memory - Scale, que ayuda al diagnóstico en personas con síndromes demenciales o gentes que tengan un deterioro normal por la edad.

Esta escala evalúa únicamente alteraciones en la memoria, por lo que es una escala práctica para evaluar sólo esta area, y no como -- un instrumento de evaluación global.

GLOBAL DETERIORATION SCALE (GDS).

Reisberg, B., Ferris, S.H., de Leon, M.J., and Crook, T.,

Con esta escala se pueden apreciar diferentes estados cognitivos en el anciano yendo desde normal hasta demencia tardía.

GLOBAL DETERIORATION SCALE (GDS)

GDS Estado	Fase Clínica	CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	Diagnóstico
Grado 1) no hay de- clinación cognitiva	Normal	No hay quejas subjetivas de déficit de memoria, tampoco hay evidencia de déficit de memoria en la entrevista clínica.	Normal
Muy leve declinación cognitiva	Olvidosa	Queja subjetiva de déficit de memoria. Mas frecuentemente en las siguientes áreas: a) olvidan el lugar en donde dejaron algunos objetos; b) olvido de nombres que le son bien conocidos. No hay una evidencia objetiva de déficit de memoria en la entrevista clínica. No hay déficit objetivo en el manejo de algunas situaciones sociales.	Normal por la edad
Leve de- clinación cognitiva	Confusión temprana	Hay unos déficits claros de memoria. Manifestaciones en más de una vez en las siguientes áreas: a) el paciente se puede haber perdido en algún lugar que le sea poco familiar; b) fallas de memoria con palabras, se hace evidente dentro de las gentes mas cercanas; c) el paciente puede leer un pasaje de un libro y retener relativamente muy poco material; d) se observa en el paciente una disminución en la facilidad para recordar nombres, sobre todo gente nueva e) puede olvidar donde lo dejó, o perder algún objeto de valor; f) un déficit de memoria puede ser bien evidente en pruebas clínicas. Se obtendrá una evidencia objetiva de pérdida de memoria sólo con una entrevista intensiva, llevada a cabo por un gerontopsiquiatra. Se comienza a observar una disminución en la ejecución de su trabajo y comportamientos sociales. La negación comienza a ser manifiesta en el paciente, una ansiedad que va de leve a moderada acompaña a los síntomas.	Compatible con incipiente enfermedad de Alzheimer.
Moderada declinación	Confusión tardía	Hay un claro déficit en la entrevista clínica minuciosa: a) una disminución de eventos frecuentes y recientes; b) puede manifestar algún déficit de memoria al referir alguna historia personal; c) déficit de concentración; d) disminución de habilidades para viajar, manejar finanzas etc. Frecuentemente no hay déficit en las siguientes áreas: a) orientación en tiempo y	Leve enfermedad de Alzheimer.

persona; b) reconocimiento de personas que le son familiares; c) habilidad para viajar dentro de un área que le sea familiar. Inhabilidad para llevar a cabo tareas complejas. La negación es el mecanismo de defensa que predomina. Un aplastamiento del afecto o supresión del mismo, puede ocurrir en situaciones que el paciente perciba como retardadora.

Moderada-mente severa declinación	Demencia temprana	El paciente necesita asistencia constantemente. El paciente presenta fallas en recordar algunos aspectos relevantes de su vida como por ejemplo: su dirección o su teléfono de años, los nombres de hermanos o familiares muy cercanos, el nombre de alguna de las escuelas, a la que él asistió. - Frecuentemente cierta desorientación en el tiempo. Por lo general todavía no necesita ayuda para ir al baño o para ir a comer, pero ya puede tener dificultad para escoger la ropa que debe usar.	Moderada enfermedad de Alzheimer.
Severa declinación cognitiva.	Demencia intermedia	Ocasionalmente olvida el nombre de su pareja, esposo o esposa. Olvidos de eventos recientes y experiencia de su vida. Recuerda muy pocas situaciones de su vida pasada. Generalmente no recuerda los alrededores, el año, etc. Puede tener dificultad de contar de 10 en 10. Puede necesitar asistencia para actividades de la vida cotidiana. El ritmo circadiano frecuentemente se altera. Casi siempre recuerda su nombre. Continúa siendo capaz de distinguir dentro de su medio ambiente quienes le son más familiares. - Ocurren cambios emocionales y de personalidad, por ejemplo: el paciente puede acusar a su esposa de ser una impostora, puede hablar con figuras imaginarias en su medio ambiente, o bien con el propio reflejo en el espejo; sin tomar obsesivos como por ejemplo, puede continuar repitiendo actividades sencillas de limpieza; ansiedad, agitación; tener un comportamiento violento, etc.	Moderadamente severa enfermedad de Alzheimer.
Muy severa declinación cognitiva.	Demencia tardía	Todas las habilidades verbales están perdidas. Frecuentemente no hay discurso en lo absoluto, solamente como susurros. Incontinencia urinaria. Necesita asistencia para ir al baño y para comer. Pérdida de la habilidad psicomotriz, ejemplo: no camina. Signos neurológicos generalizados y -- corticales están frecuentemente presentes.	Severa enfermedad de Alzheimer.

También es una escala muy completa que divide la enfermedad de Alzheimer en diferentes estadios pero no tiene preguntas estandarizadas, por lo que puede prestarse a ser evaluada con diferentes criterios -- (según cada evaluador).

UNA NUEVA ESCALA DE EVALUACION PARA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Wilma G. Rosen, Ph.D., Richard C Mohs, Ph.D., and Kenneth I. Davis, M.D. del Servicio de Psiquiatría y Farmacología de la Escuela de Medicina de Monte Sinaí, de N.Y., y publicada en la American JOURNAL de Psiquiatría, de Nov. de 1984. Vol. 141, Pags. de la 1356 a la 1364.

Se trata de un nuevo instrumento que ha sido diseñado específicamente para evaluar la severidad de disfunción del comportamiento cognitivo y no cognitivo característico de personas con enfermedad de Alzheimer.

Los autores, mencionan que las pocas escalas designadas específicamente para investigación con ancianos demenciados tienen dos fallas principales, primero insensibilidad al rango del resultado de deterioro en escalas realizadas únicamente para muy demenciados o levemente demenciados, segunda la mayoría de las escalas evalúan problemas únicamente en una o dos categorías: alteraciones del comportamiento; estados de humor o funciones cognitivas.

En contraste a las escalas disponibles que no son muy específicas la escala que aquí se presenta, está diseñada específicamente para la evaluación de severidad de las disfunciones principales en el comportamiento cognitivo y no cognitivo característico de personas con enfermedad de Alzheimer.

Debido al incremento de investigación de esta enfermedad en los últimos años, la necesidad de un instrumento de evaluación específico es

necesario.

Aquí se presenta esta nueva Escala diseñada con este propósito.

Los autores proponen la escala como un indicador válido del aumento de severidad de la disfunción que ocurre a través del tiempo en la enfermedad de Alzheimer.

E S C A L A

COMPORTAMIENTO COGNITIVO

1. HABILIDAD PARA EL LENGUAJE HABLADO
2. COMPRENSION DEL LENGUAJE HABLADO
3. RECONOCIMIENTO DE DIBUJOS
4. DIFICULTAD PARA HALLAR LAS PALABRAS EN EL DISCURSO ESPONTANEO
5. SEGUIMIENTO DE ORDENES
6. NOMBRAR OBJETOS Y DEDOS
7. PRAXIAS CONSTRUCTIVAS
8. PRAXIAS IDEATORIAS
9. ORIENTACION
10. RECUERDO DE PALABRAS
11. RECONOCIMIENTO DE PALABRAS

COMPORTAMIENTO NO COGNITIVO

12. LLANTO
13. DEPRESION
14. CONCENTRACION
15. FALTA DE COOPERACION A LA ENTREVISTA
16. ILUSIONES
17. ALUCINACIONES
18. CAMINAR
19. AUMENTO DE LA ACTIVIDAD MOTORA
20. TEMBLOR
21. AUMENTO O DISMINUCION DEL APETITO

CALIFICACION

N	ML	L	M	MS	S
0	1	2	3	4	5

N: NORMAL

ML: MUY LEVE

L: LEVE

M: MODERADO

MS: MODERADAMENTE SEVERO

S: SEVERO

H I P O T E S I S

La escala "UNA NUEVA ESCALA DE EVALUACION PARA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER, es un instrumento que sirve para valorar en pacientes ancianos, grado de severidad de disfunción cognitiva y no cognitiva.

Ademas se utiliza para un seguimiento en el tiempo. Se puede - diferenciar de acuerdo a la calificación que se obtenga un grado de deterioro fino, ya sea por causa de un síndrome demencial, deterioro normal por la edad o bien, por un cuadro depresivo que esté dando manifestaciones clínicas compatibles con cuadro de demencia.

O B J E T I V O S

Siendo el Hospital Español una institución que se caracteriza por el alto porcentaje de pacientes ancianos que asisten tanto a la consulta externa como los que en él residen en calidad de asilados, se propone la aplicación de la Escala "Una nueva escala de evaluación para enfermedad de Alzheimer", con los siguientes objetivos:

- 1) Tener un valor objetivo
- 2) Una comparación en el tiempo (seguimiento)
- 3) Comparación entre individuos
- 4) Evaluación de tratamiento y pronóstico
- 5) Determinación de perfiles y áreas de deterioro

MATERIAL Y METODO

La "nueva escala de evaluación para enfermedad de Alzheimer" - consta de 21 puntos de los cuales, 11 califican un comportamiento cognitivo y 10, un comportamiento no cognitivo.

A este instrumento se le hicieron cambios con base a la experiencia clínica. Se modificaron los puntos: 2, 3, 4, 6, 10 y 11.

Cada pregunta se califica de 0 a 5.

- 0 N.
- 1 M.L.
- 2 L.
- 3 M.
- 4 M.S.
- 5 S.

N. = Normal

M.L. = Muy leve

L. = Leve

M. = Moderado

M.S. = Moderadamente severo

S. = Severo

El protocolo de aplicación y puntaje queda de la siguiente manera:

La pregunta No. 1 y 2, evalúa la habilidad para el lenguaje hablado y comprensión del mismo, sin incluir respuesta a órdenes, haciendo el evaluador siempre las mismas preguntas con el fin de estandarizar las respuestas, así:

- 1) ¿Cuál es su nombre?
- 2) Por qué está aquí o por qué viene a verme ?
- 3) Quiénes componen su familia?
- 4) Cómo se siente aquí, o en su casa?

En la escala original no se ven preguntas concretas, sólo se trataba de sostener una conversación con el paciente durante 10'

CALIFICACION PREGUNTA No. 1

- 0= Todo correcto
- 1= Un error en el lenguaje
- 2= Una cuarta parte del tiempo dificultad en el lenguaje.
- 3= 20 al 50% del tiempo dificultad en el lenguaje
- 4= 75% del tiempo dificultad en el lenguaje
- 5= Solo pronuncia una o dos palabras

CALIFICACION PREGUNTA No. 2 (comprensión del lenguaje)

- 0= Ninguna falta de comprensión
- 1= 1 falta de comprensión
- 2= 2 faltas de comprensión
- 3= 3 faltas de comprensión
- 4= 4 faltas de comprensión
- 5= Raramente responde a preguntas apropiadas y no es debido a pobreza en el discurso.

PREGUNTA No. 3 Evalúa reconocimiento de dibujos, utilizándose 5 que sean claros y a colores.

En la escala original esta pregunta consiste en el recuerdo de las instrucciones de la prueba.

CALIFICACION PREGUNTA No. 3

- 0= Reconoce todos los dibujos
- 1= No reconoció un dibujo
- 2= No reconoció dos dibujos
- 3= No reconoció 3 dibujos
- 4= No reconoció 4 dibujos
- 5= No reconoció ningún dibujo

PREGUNTA No. 4 Evalúa la dificultad en hallar las palabras en el discurso espontáneo (no se incluye nominación de dedos ni de objetos). Aquí también se elaboraron preguntas standar para la aplicación de la prueba, y son las siguientes:

- 1) En qué trabajaba su padre
- 2) Qué época del año le gusta mas
- 3) Qué le gusta o le gustaba hacer en su tiempo libre.

En la escala original no hay preguntas concretas.

CALIFICACION PREGUNTA No. 4

- 0= Contesta bien
- 1= Respuesta correcta pero pobre en vocabulario
- 2= Varios circunloquios o substitución de sinónimos
- 3= Pérdida de palabras sin compensación en ocasiones.
- 4= Frecuente pérdida de palabras sin compensación
- 5= Pérdida casi total de la línea del pensamiento en el lenguaje hablado; pronunciación solamente de una o dos palabras.

PREGUNTA No. 5 Esta pregunta es seguimiento de órdenes:

- a) Escribir su nombre (no se califica la calidad de la escritura).
- b) Señalar el techo y luego el piso
- c) Poner sobre una mesa en frente del paciente un lápiz, un reloj y una tarjeta. Se le pide al paciente que ponga el lápiz sobre la tarjeta y luego que lo regrese donde estaba, luego que ponga el reloj sobre la goma del lápiz y le de vuelta a la tarjeta.

d) Tocar cada hembra con dos dedos dos veces, con los ojos cerrados.

- 0= 5 órdenes correctas
- 1= 4 órdenes correctas
- 2= 3 órdenes correctas
- 3= 2 órdenes correctas
- 4= 1 orden correcta
- 5= No pudo ejecutar ninguna orden

PREGUNTA No. 6 Nombrar objetos y dedos.

Aquí se estandarizaron los estímulos. Si no conoce el nombre de los dedos se le dice que van en orden del 1 al 5, del meñique al pulgar.

Aquí se cambiaron únicamente los objetos.

MUY COMUN	COMUN	POCO COMUN
anillo	tijeras	perfume (frasco)
botón	goma	clip
pluma	vela	dado
moneda	cerillos	sacapuntas

CALIFICACION No. 6

- 0= Todas correctas, o 1 dedo, o 1 objeto incorrecto.
- 1= Error de 2 a 3 dedos y 2 objetos correctos
- 2= Error con todos los dedos y 3 a 5 objetos incorrectos.
- 3= Error con todos los dedos y 6 a 7 objetos incorrectos.
- 4= Error con todos los dedos y 8 a 9 objetos incorrectos.
- 5= Error con todos los dedos y 10 a 12 objetos incorrectos.

PREGUNTA No. 7 Praxias constructivas, con modelo copiar:

- a) un círculo
- b) un rombo
- c) rectángulos sobrepuesto
- d) un cubo

CALIFICACION PREGUNTA No. 7

- 0= Todas correctas
- 1= Están las líneas en el lugar correcto, pero desarticuladas.
- 2= Líneas en el espacio correcto
- 3= Falta de interrelación en el dibujo sobrepuesto.
- 4= Falta de profundidad
- 5= No dibuja ninguna figura, o garabatos

PREGUNTA No. 8 Se refiere a las praxias ideatorias; se le da al paciente una hoja y un sobre, y se le pide que doble el papel y lo meta en el sobre, luego lo pegue, escriba su nombre y dirección como si se la fuera a enviar a él mismo y luego le coloque el timbre. Si el paciente olvida parte de la tarea se le vuelven a dar las instrucciones. La falla en este punto refleja una - disfunción en ejecutar y seguir tareas únicamente, y no dificultad para recordar.

CALIFICACION PREGUNTA No. 8

- 0= Todas correctas
- 1= Falla en ejecutar un componente
- 2= Falla en ejecutar dos componentes
- 3= Falla en ejecutar tres componentes
- 4= Falla en ejecutar cuatro componentes
- 5= Falla en ejecutar todos los componentes

PREGUNTA No. 9 Orientación y los componentes son: fecha, día, mes, año, estación, hora del día, lugar y persona.

CALIFICACION PREGUNTA No. 9

- 0= Todo bien
- 1= 1 a 2 errores
- 2= 2 a 3 errores
- 3= 4 errores
- 4= 5 a 6 errores
- 5= 6 a mas errores

PREGUNTA No. 10 Recuerdo de palabras; se le dicen al paciente 5 palabras de 3 sílabas: cepillo, estuche, revista, librero, maseta, pidiéndole luego al paciente que repita las palabras que recuerde con oportunidad de volvérselas a decir una ocasión antes de calificar.

En la escala original se le pide al paciente que lea 10 palabras en voz alta, con oportunidad de tres ensayos y posteriormente sin verlas, las recuerde.

CALIFICACION PREGUNTA No. 10

- 0= Recordó todas
- 1= Recuerda 4
- 2= Recuerda 3
- 3= Recuerda 2
- 4= Recuerda 1
- 5= No recuerda ninguna

PREGUNTA No. 11 Reconocimiento de palabras; se le pide al paciente que lea en voz alta 6 palabras escritas cada una en una tarjeta que le vamos dando, luego estas tarjetas son revueltas con otras 6 que no haya visto antes, se le van mostrando y el paciente debe decir si ya la había visto o no.

En la escala original se le pide al paciente que lea en voz alta 12 palabras y estas se mezclan con otras 12 que el paciente no ha visto, pidiéndole que mencione cuáles había visto y cuáles no.

- 0= Ningún error
- 1= 1 error
- 2= 2 a 3 errores
- 3= 4 a 5 errores
- 4= 7 a 9 errores
- 5= 10 a 12 errores

A partir de aquí se evalúa el comportamiento no cognitivo. Debe Preguntarse al paciente, cuidadora, familiar, personal médico y de enfermería sobre los siguientes puntos en las 2 últimas semanas:

PREGUNTA No. 12 Valora llanto, frecuencia de aparición del mismo.

CALIFICACION PREGUNTA No. 12

- 0= No hay reporte de llanto
- 1= Promedio de una vez a la semana, o durante la entrevista.
- 2= 2 a 3 veces por semana
- 3= Casi diario
- 4= Diario
- 5= Varias veces al día

PREGUNTA No. 13 Evalúa depresión; al paciente o al informante se le pregunta si ha estado triste, deprimido, si la respuesta es positiva entonces se hace un interrogatorio más amplio acerca de la severidad del estado de ánimo, pérdida del interés o del placer en las actividades. El entrevistador debe -

observar al paciente en cuanto su expresión facial depresiva y su habilidad para responder a estímulos y chistes.

CALIFICACION PREGUNTA No. 13

- 0= Etable
- 1= Ligeramente disfórico
- 2= Observación y reporte de ánimo ligeramente disfórico.
- 3= Disfórico a menudo
- 4= Disfórico casi todo el tiempo
- 5= Severo y difuso grado de disforia, falta total de reacción, difusa pérdida de interés por el placer.

PREGUNTA No. 14 Evalúa concentración y atención. Este punto se observa a través de la entrevista, qué tanto el paciente se distrae por estímulos irrelevantes, y debe ser reorientado para que continúe la tarea, ya sea debido a la pérdida o a la falta de entrenamiento a pensar, o a la frecuencia con la cual el paciente parece ser sorprendido en sus pensamientos.

CALIFICACION PREGUNTA No. 14

- 0= Atiende a la entrevista
- 1= 1 vez se distrae o no se concentra
- 2= 2 a 3 veces se distrae o no se concentra
- 3= 3 a 5 veces se distrae o no se concentra
- 4= Trata de persuadir con halagos
- 5= Se rehuza a continuar la entrevista porque no entiende.

PREGUNTA No. 15 Evalúa si hay ilusiones. Este punto marca el grado y convicción de creencias del paciente en ideas que son seguramente no ciertas.

CALIFICACION PREGUNTA No. 15

- 0= Ninguna
- 1= 1 idea transitoria
- 2= 1 ilusión presente definitivamente con las preguntas sujetas a su creencia.
- 3= El paciente está convencido de la ilusión pero ésta no afecta su conducta.
- 4= La ilusión ha afectado su comportamiento
- 5= Acción o conducta significativa basada en las ilusiones.

PREGUNTA No. 16 Falta de cooperación a la entrevista y a la prueba.

Aquí se valora en qué grado el paciente pone objeciones a algunos aspectos de la entrevista.

CALIFICACION PREGUNTA No. 16

- 0= Ninguna objeción
- 1= 1 vez se rehuza pero continúa
- 2= 2 veces se rehuza pero continúa
- 3= 3 veces se rehuza pero continúa
- 4= 4 veces se rehuza pero continúa
- 5= Se cansa muy pronto y no acepta continuar respondiendo.

PREGUNTA No. 17 Evalúa si hay alucinaciones de cualquier tipo, se marca la frecuencia y grado de lo disruptivo de la misma.

CALIFICACION PREGUNTA No. 17

- 0= No hay
- 1= Oye una voz que le dice una palabra o una alucinación visual.
- 2= Pocas veces
- 3= Varias veces durante el día e interfiere con su conducta.
- 4= Muchas veces durante el día e interfiere con su conducta.
- 5= Casi constantemente con una conducta disruptiva total.

PREGUNTA No. 18 Evalúa el caminar. Aquí debe distinguirse entre actividad física normal y un exceso en caminar de un lado a otro.

CALIFICACION PREGUNTA No. 18

- 0= Normal
- 1= Ligero aumento
- 2= 2 a 3 veces al día
- 3= Frecuentemente
- 4= Pasa casi todo el tiempo caminando
- 5= No puede quedarse sentado

PREGUNTA No. 19 Evalúa aumento de la actividad motora. Este punto se marca tomando en cuenta el nivel de actividad normal o cómo era previamente.

CALIFICACION PREGUNTA No. 19.

- 0= Normal
- 1= Ligero aumento en movimientos
- 2= Frecuente
- 3= Aumento significativo de los movimientos
- 4= Severo aumento
- 5= Se mueve constantemente

PREGUNTA No. 20 Evalúa si hay temblor. Se le pide al paciente que extienda sus manos en frente de su cuerpo y abra los dedos manteniendo esta posición unos 10 segundos.

CALIFICACION PREGUNTA No. 20

- 0= No hay
- 1= Ligero temblor, casi no se nota
- 2= Ligero temblor y se nota
- 3= Molesto
- 4= Severo
- 5= Movimientos fuertes y rápidos

PREGUNTA No. 21 Evalúa aumento o disminución del apetito. Este punto se incluye porque los cambios en el apetito pueden estar asociados con depresión, y porque observaciones clínica de pacientes con enfermedad de --

Alzheimer han revelado tanto aumento como disminución del paciente.

CALIFICACION PREGUNTA No. 21

- 0= Normal come bien
- 1= Un pequeño cambio que puede ser clínicamente significativo.
- 2= Cambio notable ya sea que aumente o disminuya
- 3= Pide más comida o necesita que se le motive - para comer.
- 4= En ocasiones hay que forzarle a comer o sensación de hambre frecuentemente.
- 5= Hay que forzarlo a comer, o pide más comida incluso acabando de comer.

Esta escala se aplicó a 24 ancianos del asilo del Hospital Español - por 3 evaluadores diferentes residentes de psiquiatría.

La selección de los pacientes que entraron al estudio se hizo a través de uno de los médicos adscritos al servicio de geriatría, por lo que se desconocía diagnóstico del expediente y tratamiento.

Se aplicó además a cada sujeto el examen del paciente con probable daño orgánico (el cual se utiliza de rutina en el mencionado hospital), por evaluador diferente al que aplicó la escala.

En esta escala se utilizaron Barras para graficarla y fué necesaria la calificación individual.

Esta escala es aplicable, tanto a pacientes hospitalizados como - ambulatorios.

Esta escala debe ser aplicada únicamente por especialistas. El tiempo de duración para aplicarla es de 45' aproximadamente. Para obtener mayor información sobre el área cognitiva, es necesario la colaboración de los familiares o cuidadores del paciente.

R E S U L T A D O S

La presente escala fué aplicada a 24 pacientes, de éstos se excluyeron 5 por invalidez física; el resto fueron 15 mujeres y 4 hombres en una edad que fluctúa entre los 65 y 90 años.

Todos los pacientes estudiados están asilados en el Hospital --
Español.

A continuación se presentan cuatro de los casos estudiados y que fueron los más significativos.

EXAMEN DEL PACIENTE CON PROBABLE DAÑO ORGANICO

SEXO: Femenino
 NOMBRE: R . P.
 EDAD: 92

NIVEL DE VIGILIA	Bien
COMPRESION	Alterada
REPETICION	No puede repetir palabras
DENOMINACION	No puede denominar
ESCRITURA	Perseverancia
LECTURA	Dificultad (no ve bien)
MEMORIA	Alterada
PRAXIAS IDEOMOTORAS	No saludo militar
IDEATORIAS	No plancha, ni clavar clavo
BUCOFACIALES	Puede hacerlas
CONSTRUCTIVAS	No dibuja cubo, cuadro, triángulo
DEL VESTIR	Regular
GNOSIAS VISUALES	Reconoce objetos
AUDITIVAS	Reconoce sonidos
TACTILES	No reconoce al tacto objetos
SOMATOGNOSIAS	Puede hacerlo bien
AUTOPOGNOSIA	Bien
DIGITALES	No recuerda bien los dedos
FIGURA HUMANA	No puede
UTILIZACION DE NUMEROS	Va del 1 al 0
DESORIENTACION TOPOGRAFICA	Bien
DESORIENTACION DERECHA-IZQUIERDA	Bien
JUICIO CRITICO	Bien
HIPERTONIA DE OPOSICION	No
REFLEJO ORAL VISUAL	Si
PRESION FORZADA	No
REFLEJO PALMO-MENTONIANO	Si

CALIFICACION ESCALA

SEXO: Femenino

NOMBRE: R.P.

EDAD: 92

PREGUNTAS.COMPORTAMIENTO COGNITIVO.

	0	1	2	3	4	5
1. Habilidad para el lenguaje hablado	X					
2. Comprensión del lenguaje hablado		X				
3. Reconocimiento de dibujos	X					
4. Dificultad para hallar las palabras en el discurso espontáneo.	X					
5. Seguimiento de órdenes					X	
6. Nombrar objetos y dedos						X
7. Praxias constructivas						X
8. Praxias ideatorias						X
9. Orientación						X
10. Recuerdo de palabras (5)						X
11. Reconocimiento de palabras						X

COMPORTAMIENTO NO COGNITIVO.

12. Llanto		X				
13. Depresión					X	
14. Concentración						X
15. Falta de cooperación a la entrevista.	X					
16. Ilusiones	X					
17. Alucinaciones		X				
18. Pasear	X					
19. Aumento de la actividad motora	X					
20. Temblor		X				
21. Aumento o disminución del apetito				X		

N. Normal
M.L. Muy leve
L. Leve

M. Moderado
M.S. Moderadamente severo
S. Severo

COMPORTAMIENTO COGNITIVO

N. M.L. L. M. M.S. S
0 1 2 3 4 5

COMPORTAMIENTO NO COGNITIVO

N. M.L. L. M. M.S. S
0 1 2 3 4 5

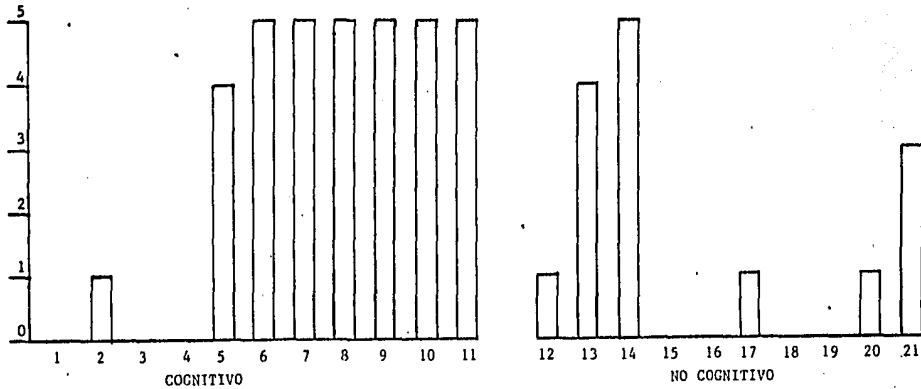
ESCALA PARA VALORAR GRADO DE SEVERIDAD DE SINDROMES DEMENCIALES

NOMBRE: R.P.

EDAD: 93

SALA: _____

CAMA: _____



SEXO: Femenino
NOMBRE: R. P.
EDAD: 92

En esta paciente se observa que hay una leve alteración para la habilidad y comprensión del lenguaje hablado.

Las palabras en el discurso espontáneo se conserva, pero lo relacionado con praxias constructivas, praxias ideatorias, orientación y memoria está severamente alterado.

En cuanto al comportamiento no cognitivo, la concentración está severamente alterada y hay dato de depresión moderadamente severa.

En resumen, este caso sería compatible con un síndrome demencial, por lo que es necesario realizar otra serie de estudios para llegar a confirmar el diagnóstico.

EXAMEN DEL PACIENTE CON PROBABLE DAÑO ORGANICO

SEXO: Femenino
 NOMBRE: M.C.
 EDAD: 83

NIVEL DE VIGILIA	Bien
COMPRESION	Dificultad
REPETICION	Dificultad
DENOMINACION	Se le dificulta
ESCRITURA	Se le dificulta
LECTURA	Adecuada
MEMORIA	Memoria anterógrada y fijación alteradas
PRAXIAS IDEOMOTORAS	Muy alteradas
IDEATORIAS	Muy alteradas
BUCOFACIALES	No puede hacer chasquido
CONSTRUCTIVAS	Muy alteradas
DEL VESTIR	No puede hacerlo sola
GNOSIAS VISUALES	Reconoce objetos
AUDITIVAS	Se le dificulta
TACTILES	No palpa moneda, lápiz, llaves.
SOMATOGNOSIAS	Señala cinco partes del cuerpo
AUTOPOGNOSIA	
DIGITALES	No los recuerda a pesar de repetírselos.
FIGURA HUMANA	Bien
UTILIZACION DE NUMEROS	Del 1 al 0
DESORIENTACION TOPOGRAFICA	No sabe ubicación de Hosp., sala y cuarto
DESORIENTACION DERECHA-IZQUIERDA	No sabe cual es su derecha e izquierda
JUICIO CRITICO	Alterado
HIPERTONIA DE OPOSICION	No
REFLEJO ORAL VISUAL	Sí
REFLEJO FORZADA	Sí
REFLEJO PALMO-MENTONIANO	Sí

CALIFICACION ESCALA

SEXO: Femenino NOMBRE: M.C. EDAD: 83

PREGUNTAS.COMPORTAMIENTO COGNITIVO.

	0	1	2	3	4	5
1. Habilidad para el lenguaje hablado					X	
2. Comprensión del lenguaje hablado		X				
3. Reconocimiento de dibujos						X
4. Dificultad para hallar las palabras en el discurso espontáneo.		X				
5. Seguimiento de órdenes			X			
6. Nombrar objetos y dedos						X
7. Praxias constructivas						X
8. Praxias ideatorias						X
9. Orientación						X
10. Recuerdo de palabras (5)						X
11. Reconocimiento de palabras						X

COMPORTAMIENTO NO COGNITIVO.

12. Llanto	X					
13. Depresión	X					
14. Concentración						X
15. Falta de cooperación a la entrevista.				X		
16. Ilusiones	X					
17. Alucinaciones	X					
18. Pasear	X					
19. Aumento de la actividad motora	X					
20. Temblor	X					
21. Aumento o disminución del apetito	X					

N. Normal
M.L. Muy leve
L. Leve

M. Moderado
M.S. Moderadamente severo
S. Severo

COMPORTAMIENTO COGNITIVO

N. M.L. L. M. M.S. S
0 1 2 3 4 5

COMPORTAMIENTO NO COGNITIVO

N. M.L. L. M. M.S. S
0 1 2 3 4 5

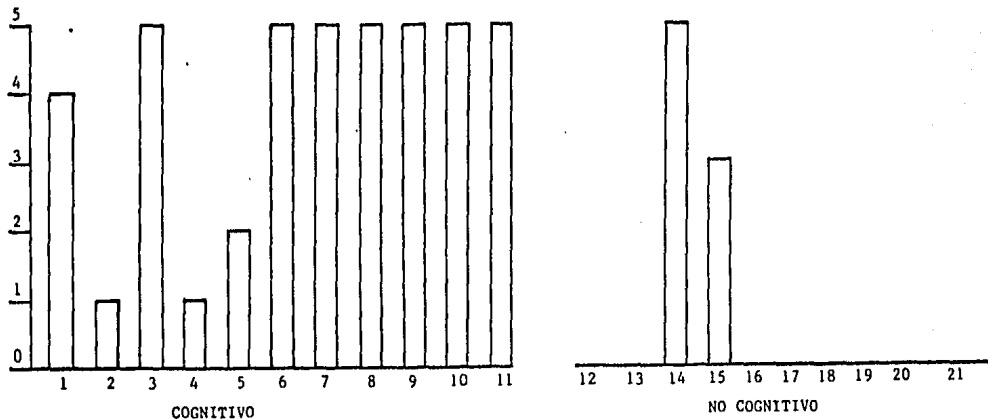
ESCALA PARA VALORAR GRADO DE SEVERIDAD DE SINDROMES DEMENCIALES

NOMBRE: M.C. _____

EDAD: 83 _____

SALA: _____

CAMA: _____



SEXO: Femenino
NOMBRE: M.C
EDAD: 83

En esta paciente vemos que la comprensión y lenguaje para hallar las palabras en el discurso espontáneo, están muy levemente alteradas y en el seguimiento de órdenes hay una alteración leve; pero el resto de las funciones cognitivas de la escala están severamente alteradas.

En cuanto al comportamiento no cognitivo observamos que no existen datos de depresión, solamente la concentración está severamente alterada y que existió una moderada falta de cooperación a la entrevista.

En este caso también podemos pensar en un deterioro demencial severo, que debe ser corroborado el diagnóstico con otros estudios.

EXAMEN DEL PACIENTE CON PROBABLE DAÑO ORGANICO

SEXO: Masculino
 NOMBRE: N.B.
 EDAD: 76

NIVEL DE VIGILIA	Adecuado
COMPRESION	Muy alterada
REPETICION	No puede hacerlo
DENOMINACION	No puede hacerlo
ESCRITERA	Regularmente alterada
LECTURA	Puede hacerlo regular
MEMORIA	Muy alteradas (ambas)
PRAXIAS IDEOMOTORAS	No puede hacer saludo
IDEATORIAS	Alteradas
BUCOFACIALES	Puede hacer chasquidos
CONSTRUCTIVAS	No puede hacer dibujos
DEL VESTIR	Puede hacerlo
GNOSIAS VISUALES	Reconoce objetos
AUDITIVAS	Reconoce sonidos
TACTILES	No reconoce al tacto monedas, ni lápiz
SOMATOGNOSIAS	Señala cinco partes de su cuerpo
AUTOPOGNOSIA	Alterada
DIGITALES	No recuerda dos dedos
FIGURA HUMANA	Bien
UTILIZACION DE NUMEROS	Del 1 a 0
DESORIENTACION TOPOGRAFICA	Completa
DESORIENTACION DERECHA-IZQUIERDA	Alterada
JUICIO CRITICO	Alterado
HIPERTONIA DE OPOSICION	Sí
REFLEJO ORAL VISUAL	Sí
PRESION FORZADA	No
REFLEJO PALMO-MENTONIANO	Sí

CALIFICACION ESCALA

SEXO: Masculino NOMBRE: N.B. EDAD: 76

PREGUNTAS.COMPORTAMIENTO COGNITIVO.

	0	1	2	3	4	5
1. Habilidad para el lenguaje hablado			X			
2. Comprensión del lenguaje hablado			X			
3. Reconocimiento de dibujos				X		
4. Dificultad para hallar las palabras en el discurso espontáneo.				X		
5. Seguimiento de órdenes				X		
6. Nombrar objetos y dedos				X		
7. Praxias constructivas					X	
8. Praxias ideatorias					X	
9. Orientación					X	
10. Recuerdo de palabras (5)				X		
11. Reconocimiento de palabras					X	

COMPORTAMIENTO NO COGNITIVO.

12. Llanto	X					
13. Depresión	X					
14. Concentración					X	
15. Falta de cooperación a la entrevista.	X					
16. Ilusiones	X					
17. Alucinaciones	X					
18. Pasear	X					
19. Aumento de la actividad motora	X					
20. Temblor		X				
21. Aumento o disminución del apetito		X				

N. Normal
M.L. Muy leve
L. Leve

M. Moderado
M.S. Moderadamente severo
S. Severo

COMPORTAMIENTO COGNITIVO

N. N.L. L. M. M.S. S
0 1 2 3 4 5

COMPORTAMIENTO NO COGNITIVO

N. M.L. L. M. M.S. S.
0 1 2 3 4 5

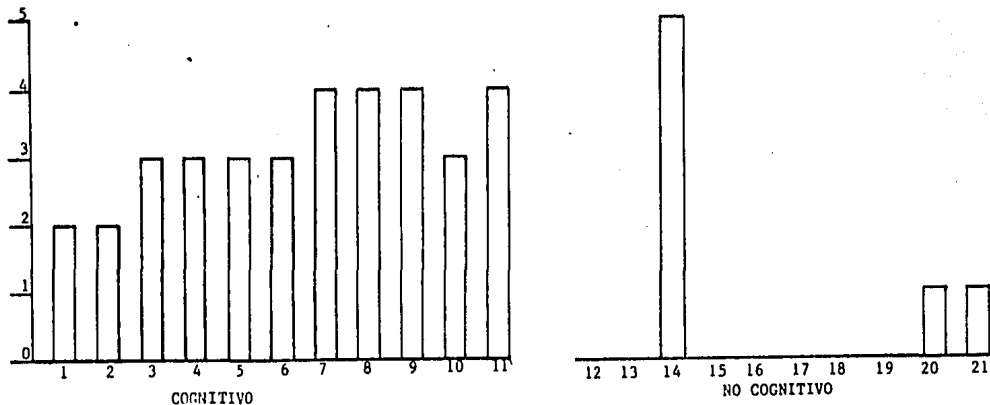
ESCALA PARA VALORAR GRADO DE SEVERIDAD DE SINDROMES DEMENCIALES

NOMBRE: N.B.

EDAD: 76

SALA: _____

CAMA: _____



SEXO: Masculino
NOMBRE: N.B.
EDAD: 76

El area cognitiva de este paciente -en términos generales está - comprendida entre el 2 y el 4; es decir encontramos un deterioro leve y moderadamente severo.

Se observan más conservadas las áreas del lenguaje.

En el area no cognitiva, la única barra que muestra deterioro severo, es la concentración y no hay datos de depresión, por lo que aquí

se puede observar que el deterioro no está en relación con un trastorno afectivo. En este caso también se deben utilizar otros métodos para corroborar el diagnóstico y se podrá hacer un seguimiento en el tiempo.

EXAMEN DEL PACIENTE CON PROBABLE DAÑO ORGANICO

SEXO: Masculino
 NOMBRE: D.G.
 EDAD: 83

NIVEL DE VIGILIA	Buena
COMPRESION	Alterada
REPETICION	Normal
DENOMINACION	Alterada
ESCRITURA	Alterada
LECTURA	Alterada
MEMORIA	Alterada
PRAXIAS IDEOMOTORAS	Alterada
IDEATORIAS	Normal
BUCOFACIALES	Alterada
CONSTRUCTIVAS	Alterada
DEL VESTIR	Alterada
GNOSIAS VISUALES	Alterada
VISUALES	
AUDITIVAS	
TACTILES	Normal
SOMATOGNOSIAS	Normal
AUTOPOGNOSIA	Alterada
DIGITALES	No los conoce
FIGURA HUMANA	No puede
UTILIZACION DE NUMEROS	Sencillo puede
DESORIENTACION TOPOGRAFICA	Normal
DESORIENTACION DERECHA-IZQUIERDA	Alterada
JUICIO CRITICO	Normal
HIPERTONIA DE OPOSICION	No
REFLEJO ORAL VISUAL	Si
PRENSION FORZADA	Si
REFLEJO PALMO-MENTONIANO	Si

CALIFICACION ESCALA

SEXO: Masculino NOMBRE: D.G. EDAD: 83

PREGUNTAS.COMPORTAMIENTO COGNITIVO.

	0	1	2	3	4	5
1. Habilidad para el lenguaje hablado			X			
2. Comprensión del lenguaje hablado		X				
3. Reconocimiento de dibujos		X				
4. Dificultad para hallar las palabras en el discurso espontáneo.		X				
5. Seguimiento de órdenes					X	
6. Nombrar objetos y dedos				X		
7. Praxias constructivas			X			
8. Praxias ideatorias			X			
9. Orientación						X
10. Recuerdo de palabras (5)					X	
11. Reconocimiento de palabras						X

COMPORTAMIENTO NO COGNITIVO.

12. Llanto				X		
13. Depresión					X	
14. Concentración					X	
15. Falta de cooperación a la entrevista.						X
16. Ilusiones	X					
17. Alucinaciones	X					
18. Pasear				X		
19. Aumento de la actividad motora			X			
20. Temblor	X					
21. Aumento o disminución del apetito	X					

N. Normal
M.L. Muy leve
L. Leve

M. Moderado
M.S. Moderadamente severo
S. Severo

COMPORTAMIENTO COGNITIVO

N. M.L. L. H. M.S. S
0 1 2 3 4 5

COMPORTAMIENTO NO COGNITIVO

N. M.L. L. H. M.S. S
0 1 2 3 4 5

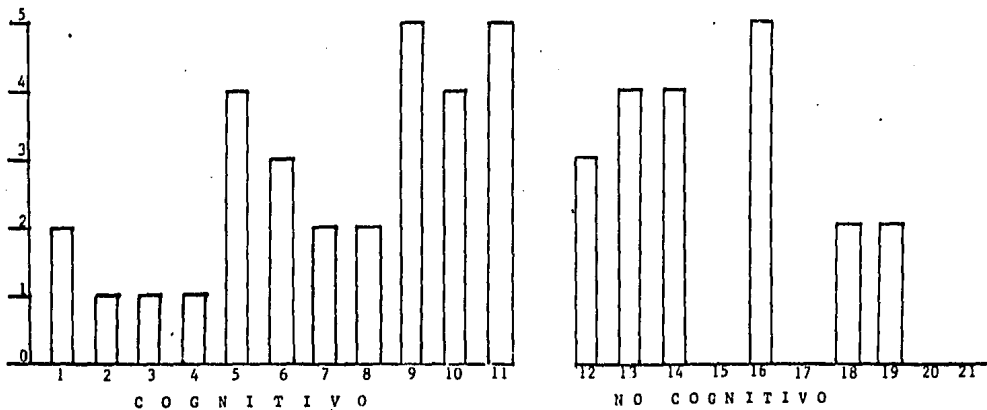
ESCALA PARA VALORAR GRADO DE SEVERIDAD DE SINDROMES DEMENCIALES-HOSPITAL ESPAÑOL

NOMBRE D.G.

EDAD 83

SALA _____

CAMA _____



SEXO: Masculino
NOMBRE: D.C.
EDAD: 83

En este paciente las áreas del lenguaje y las praxias constructivas e ideatorias se encuentran levemente alteradas y el resto de las áreas cognitivas están entre moderada y severamente alteradas.

En cuanto al comportamiento no cognitivo, sí presenta síntomas compatibles con un síndrome depresivo; observándose falta de cooperación a la entrevista.

En este caso, podemos pensar en un deterioro demencial moderado, y la necesidad de una revisión más minuciosa de la sintomatología depresiva que nos ayude a aclarar, qué tanto la depresión en este paciente puede estar influyendo en las demás áreas.

También se debe corroborar el diagnóstico utilizando otros estudios.

CONCLUSIONES

La nueva escala que se propone en este estudio y que fué aplicada a los pacientes de la muestra, se comparó en cada uno de ellos con el examen del paciente con probable daño orgánico, el cual se utiliza de rutina en el Hospital Español, como coadyuvante del diagnóstico.

Este examen da una idea del grado de deterioro del paciente. En la forma inicial de demencia senil, existen trastornos de la memoria sobre todo para hechos recientes; afasia amnésica por olvido del vocabulario; - apraxia constructiva con pérdida de la representación de la perspectiva (dibujo de un cubo) y un comienzo de asomatognosia, en particular errores de la orientación derecha-izquierda y reconocimiento de los dedos de la mano.

La demencia senil siempre puede tener evolución muy lenta y con pocas modificaciones del cuadro inicial.

Otra posibilidad evolutiva es que avance el proceso atrófico degenerativo y se agraven los síntomas descritos apareciendo otros; apraxia ideomotora, que se refiere a la actividad gestual del espacio centrado - sobre el propio cuerpo, como por ejemplo: el saludo militar, persignarse; apraxia ideatoria que se refiere a la utilización de objetos en el espacio de actividad práctica, como encender una vela, clavar un clavo, etc., apraxia del vestir.

Se presenta además agnosia y afasia. En etapas más avanzadas -- aparecen signos prefrontales como son: la hipertonía de oposición, el reflejo oral visual, el reflejo de prensión y el reflejo palmomentoniano.

En ocasiones suelen observarse estereotipias motoras.

Es importante diferenciar clínicamente las apraxias, afasias, y

agnosias de la incapacidad física y de la inactividad derivada del medio ambiente.

En todas las escalas que se aplicaron se observó que el examen del paciente con probable daño orgánico, sí coincidía con los hallazgos - de la escala que se propone.

A la escala original se le hicieron cambios en algunas de las preguntas con base a la observación que se hizo clínicamente al aplicarla y viendo que existía discordancia en la forma en que calificaba un evaluador y otro, se decidió dejar preguntas estandard.

Las preguntas 11 y 12, se modificaron por haberse observado que eran demasiado extensas y provocaba ansiedad e irritabilidad en el paciente.

A todos los pacientes se les aplicó la escala y además el examen del paciente con probable daño orgánico que en el Hospital Español se utiliza de rutina, comparándolo entre sí, con la finalidad de ver, si la nueva escala puede ser un instrumento más práctico que nos de un grado de deterioro del paciente; concluyéndose que el examen del paciente con probable daño orgánico, no mide grado de severidad por lo que, no permite hacer un seguimiento en el tiempo y sólo valora comportamiento cognitivo.

Al resto de los pacientes que se les aplicó la escala y que no se mencionan en forma individual, se observó que los resultados de la escala, sí coinciden con los del examen del paciente con probable daño orgánico, - obteniéndose una valoración más fina en cuanto al grado de deterioro y al

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

igual que los presentados anteriormente, se sugiere completar con estudios adicionales como pueden ser: E.E.G., T.A.C., pruebas neuropsicológicas y demás estudios que puedan ser útiles para el diagnóstico.

Se propone realizar un seguimiento en el tiempo a 3, 6 y 12 -- meses, lo cual nos permitirá ver la validez de la escala.

De lo anterior podemos concluir las siguientes ventajas:

a) Es una escala práctica que se puede aplicar en un período corto ya que el máximo tiempo empleado fué de 45'

b) Es aplicable tanto a pacientes hospitalizados como ambulatorios.

c) Se comprueba que es un buen instrumento para valoración inicial y seguimiento en el tiempo de los pacientes.

d) En los resultados obtenidos se observaron varios casos en donde el área cognitiva salía bastante elevada, mientras que la no cognitiva salía muy baja. Esto es importante, ya que en ocasiones es difícil diferenciar clínicamente, si el paciente presenta su sintomatología por un cuadro depresivo o demencial.

e) La escala aporta una ayuda objetiva y cuantitativa para apoyar un diagnóstico más preciso.

Finalmente, la escala determina un perfil gráfico y nos muestra - las áreas específicas de deterioro del sujeto, por lo que de su valoración en este momento, se puede inferir en el pronóstico y grado de invalidez, así como las medidas necesarias para prevenir su desenvolvimiento familiar

y social.

DESVENTAJAS:

Aunque la escala es más específica en comparación con el examen del paciente con probable daño orgánico, se observó durante su aplicación que debido a que requiere mayor atención y concentración por parte del paciente, con frecuencia se cansaban e irritaban fácilmente, rehusándose en ocasiones a concluirla.

Se sugiere el uso rutinario de esta escala en los pacientes que soliciten ingresar al asilo de este hospital, ambulatorios y a cualquier paciente que sea viato en consulta externa y que reúna tanto la edad, como un diagnóstico que haga sospechar la presencia de un síndrome demencial.

B L I O G R A F I A

1. PRINCIPIOS DE NEUROLOGIA
Raymond D. Adams; Maurice Victor
Capítulo 18 Demencia y Psicosis de Korsakoff,
Pags. 299 a 310
Capítulo 25 La neurología del envejecimiento, involución y senectud,
pags. 437 a 450.
2. Alzheimer's Disease Update Psychiatric Annals,
15:5 - May. 1985
By Barry Reisberg, M.D.
3. An Overview of Current Concepts of Alzheimer's Disease,
By Michael K. Schneck.M.D.; Barry Reisberg. M.D., and
Steven H. Ferris. Ph.D.
4. DSM III MANUAL DIAGNOSTICO Y ESTADISTICO DE LOS TRASTORNOS
MENTALES.
5. CLASIFICACION ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. OMS.
6. CLASIFICACION AJURIAGUERRA.
7. The Sandoz Clinical Assessment-Geriatric (SCAG) Scale,
R. D. Venn
Department of Clinical Assessment Scale (SCAG) - SCAG manual.
8. The Brief Cognitive Rating Scale (BCRS): Findings in Primary
Degenerative Dementia (PDD),
Barry Reisberg, M.D.; Michael K. Schneck, M.D.; Steven H. Ferris, Ph. D;
Gerri E. Schwartz, Ph., and Mony J. de Leon, Ed. D.

9. The Brief Cognitive Rating Scale: Language, Motoric, and Mood Concomitants in Primary Degenerative Dementia.
Barry Reisberg, M.D.; Eric London, M.D.; Steven H. Ferris, Ph. D., Jeffrey Borenstein, B.A.; Lawrence Scheier, B.A., and J. de Leon, Ed.D.
10. The Comprehensive Psychopathological Rating Scale in patients with dementia of Alzheimer type and multiinfarct dementia.
G. Bucht and R. Adolfsson.
Uméa Dementia Research Group Depts. of Geriatric Medicine and Geriatric Psychiatry (Heads: prof. B. Winblad, Dr. W. Rapp), University Hospital, Uméa, Sweden.
11. The Crichton Visual Analogue Scale for the Assessment of behaviour in the elderly.
D.P. Morrison
Royal Victoria Hospital, Edinburgh, Scotland.
12. Russell's Revised Wechsler Memory Scale. In The Evaluation of Dementia.
Samuel D. Brinkman; John W. Larga, Jr.; Stefan Gerganoff; Nunzio -- Pomara.
13. Global Deterioration Scale (GDS).
Reisberg, B.; Ferris, S. H. de Leon. M.J., and Crook, T.
14. A New Rating Scale for Alzheimer's Disease.
Wilma G. Rosen, Ph. D.; Richard C. Mohs, Ph.D., and Kenneth I., Davis, M.D.
15. Semiología y Clínica de las Demencias en Gerontopsiquiatría.
Miguel Krassoievitch Zibach; Josefina Esquerro Castañeda.
Neurología, Neurocirugía, Psiquiatría (MEXICO).
Volumen 16, Número 1, 1985.