MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SEDENA
SECRETARÍA DE LA DEFENSA NACIONAL

SEMAR
SECRETARÍA DE MARINA

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA GPC

Actualización
2017

Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad de Alzheimer

Guía de Referencia Rápida

Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-393-10

CSG Consejo de Salubridad General
IMSS
ISSSTE Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
DIF Nacional
PEMEX

Avenida Paseo de la Reforma No. 450, piso 13,
Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc,
C. P. 06600, México, Ciudad de México.
www.cenetec.salud.gob.mx

Publicado por CENETEC
© Copyright **Instituto Méxicano del Seguro Social**, "Derechos Reservados". Ley Federal de Derecho de Autor

Editor General
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

La guía de referencia rápida tiene como objetivo proporcionar al usuario las **recomendaciones clave** de la guía **Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad de Alzheimer**, seleccionadas con base a su impacto en salud por el grupo desarrollador, las cuales pueden variar en función de la intervención de que se trate, así como del contexto regional o local en el ámbito de su aplicación.

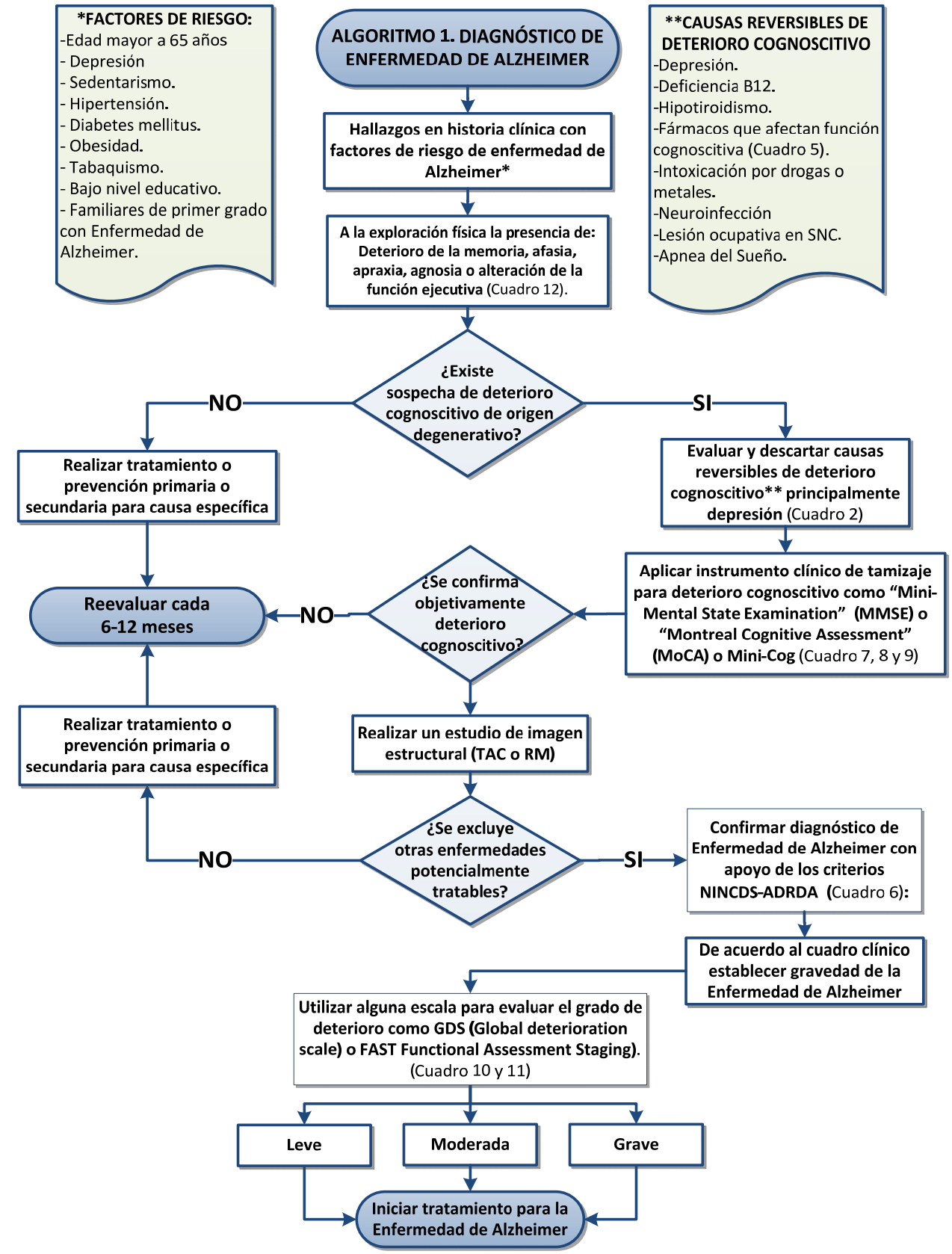
Para mayor información, se sugiere consultar la guía en su versión extensa de **"Evidencias y Recomendaciones"** en el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, la cual puede ser descargada de Internet en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html

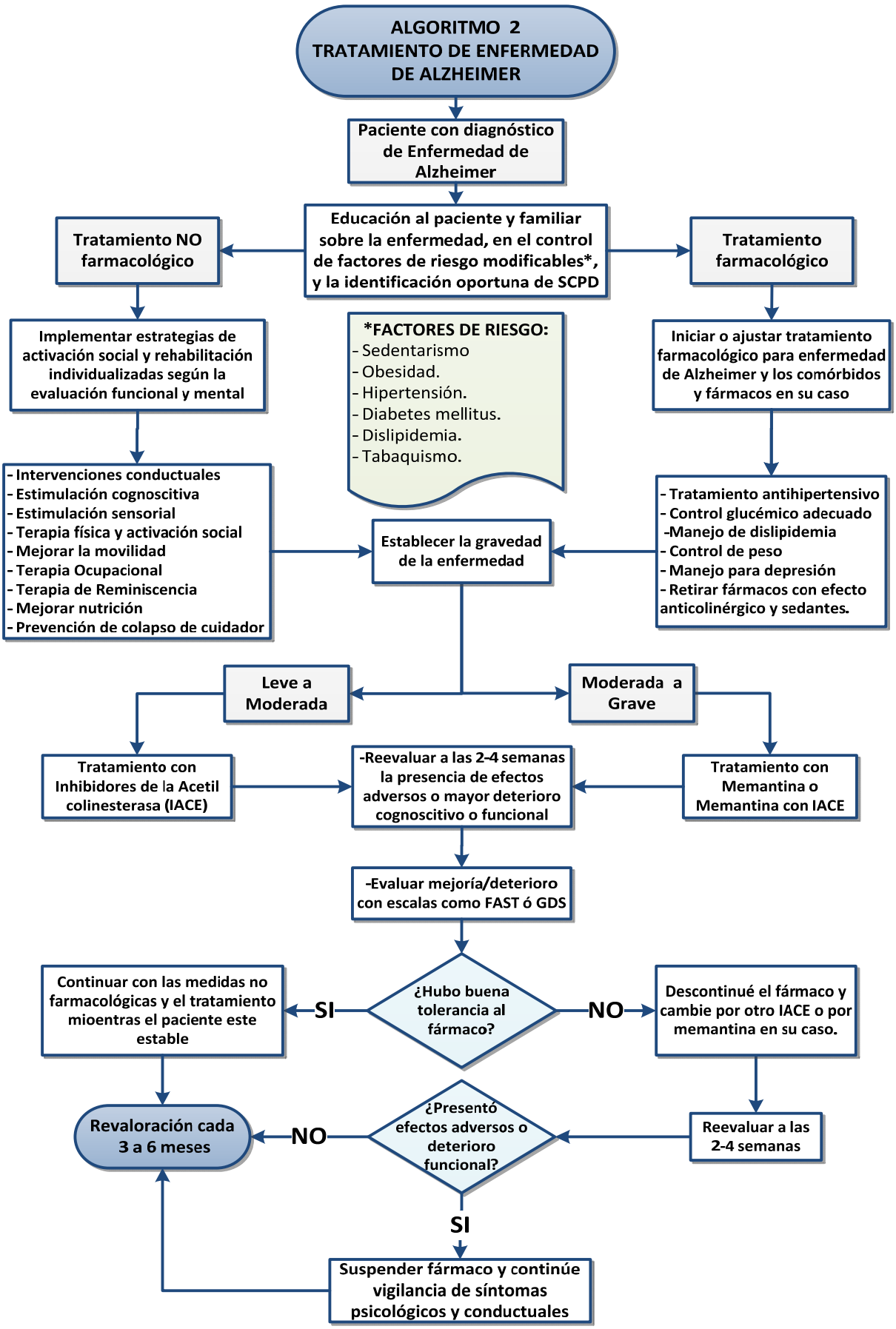
Debe ser citado como: **Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad de Alzheimer.** Guía de Rerencia Rápida: Guía de Práctica Clínica. México, CENETEC; 2017.

Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html

ISBN en trámite

1. Diagramas de Flujo




ALGORITMO 2
TRATAMIENTO DE ENFERMEDAD DE ALZHEIMER
Paciente con diagnóstico de Enfermedad de Alzheimer
Educación al paciente y familiar sobre la enfermedad, en el control de factores de riesgo modificables*, y la identificación oportuna de SCPD
Tratamiento NO farmacológico
Tratamiento farmacológico
Implementar estrategias de activación social y rehabilitación individualizadas según la evaluación funcional y mental
*FACTORES DE RIESGO:
- Sedentarismo
- Obesidad.
- Hipertensión.
- Diabetes mellitus.
- Dislipidemia.
- Tabaquismo.
Iniciar o ajustar tratamiento farmacológico para enfermedad de Alzheimer y los comórbidos y fármacos en su caso
- Intervenciones conductuales
- Estimulación cognoscitiva
- Estimulación sensorial
- Terapia física y activación social
- Mejorar la movilidad
- Terapia Ocupacional
- Terapia de Reminiscencia
- Mejorar nutrición
- Prevención de colapso de cuidador
Establecer la gravedad de la enfermedad
- Tratamiento antihipertensivo
- Control glucémico adecuado
-Manejo de dislipidemia
- Control de peso
- Manejo para depresión
- Retirar fármacos con efecto anticolinérgico y sedantes.
Leve a Moderada
Moderada a Grave
Tratamiento con Inhibidores de la Acetil colinesterasa (IACE)
-Reevaluar a las 2-4 semanas la presencia de efectos adversos o mayor deterioro cognoscitivo o funcional
Tratamiento con Memantina o Memantina con IACE
-Evaluar mejoría/deterioro con escalas como FAST ó GDS
¿Hubo buena tolerancia al fármaco?
SI
NO
Continuar con las medidas no farmacológicas y el tratamiento mioentras el paciente este estable
Descontinué el fármaco y cambie por otro IACE o por memantina en su caso.
Revaloración cada 3 a 6 meses
NO
¿Presentó efectos adversos o deterioro funcional?
Reevaluar a las 2-4 semanas
SI
Suspender fármaco y continúe vigilancia de síntomas psicológicos y conductuales

2. Diagnóstico y Tratamiento

DIAGNÓSTICO

Recomendación Clave	GR*
No existe una prueba simple para diagnosticar la enfermedad de Alzheimer, es por ello que se recomienda realizar diversas acciones para mejorar la precisión del diagnóstico como las siguientes: • Obtener una historia médica y familiar del individuo, incluyendo antecedentes neuro-psiquiátricos e historia de cambios en la cognición y conducta. • Revisión de medicamentos empleados que pudieran afectar la cognición (*Cuadro 1*). • Preguntar de manera individual a los miembros de la familia y otras personas cercanas cambios en el pensamiento o conducta. • Pruebas cognitivas, examen neurológico y pruebas físicas. • Realizar pruebas serológicas y de neuroimagen (principalmente para descartar otras causas).	**C NICE**
El diagnóstico de demencia debe incluir una evaluación cognoscitiva objetiva formal mediante instrumentos validados.	**A SIGN**
Se recomienda utilizar los criterios del NINCDS-ADRDA para el diagnóstico clínico de Enfermedad de Alzheimer (*Cuadro 2*).	**D NICE**
De manera inicial o de no ser posible realizar una valoración neuropsicológica y ante la sospecha de demencia, se pueden emplear las pruebas de tamizaje de global en busca de deterioro cognoscitivo como el *Mini-Mental State Evaluation* (MMSE), *Montreal Cognitive Assessment* (MOCA) o el *Mini-Cog* (*Cuadro 3, 4 y 5* respectivamente).	**C NICE**
El *Mini-Mental State Evaluation* (MMSE), es la prueba utilizada con mayor frecuencia como tamizaje para deterioro cognoscitiva y no debe de usarse de manera aislada para confirmar o excluir demencia, debiendo de interpretarse de manera individual en el contexto de cada paciente, incluyendo la personalidad, comportamiento y su desempeño en el domicilio y en la vida diaria.	**A NICE**
Para evaluar la progresión o mejoría con el tratamiento farmacológico de la demencia leve a moderada se recomienda utilizar la escala de deterioro global (GDS). En caso de demencia moderada a grave se recomienda la escala FAST o estadicación de la evaluación funcional (*Functional Assessment Staging*). (*Cuadro 6 y 7*).	**D NICE**

En la evaluación de pacientes con diagnóstico de demencia se debe realizar estudios estructurales de imagen (TAC o RM), principalmente para descarta causas secundarias.	**A EFNS**
Se debe de considerar a la depresión en el diagnóstico diferencial en la Enfermedad de Alzheimer, ya que las manifestaciones de depresión se sobreponen a las de la demencia. En los pacientes que presentan síntomas depresivos, se deberá realizar una evaluación del estado cognoscitivo y del estado de ánimo con escalas para tal efecto (*Geriatric Depression Scale*). (*Cuadro 8*).	**D NICE**

TRATAMIENTO

Recomendación Clave	GR*
La efectividad de la terapia con inhibidores de la Acetilcolinesterasa (ACE) como donepezilo, rivastigmina y galantamina para los síntomas propios de la EA está demostrada, debe ser iniciada desde una etapa leve a moderada.	**1/A SNLG**
No se recomienda la prescripción de los siguientes suplementos con la intención de prevenir, mejorar o tratar el deterioro cognoscitivo y/o demencia: • Ginkgo biloba. • Vitaminas B1-B6-B12. • Ácido fólico. • Omega-3. • Ácidos grasos Tampoco se recomienda utilizar los siguientes fármacos con la finalidad de tratar el estado cognoscitivo en la demencia: • Piracetam. • Nicergolina. • Pentoxifilina. • Citicolina. • Homeopatía. • Analgésicos antinflamatorios no esteroideos	**B NICE**
Los inhibidores de ACE deben utilizarse con precaución en pacientes con los siguientes antecedentes: • Epilepsia. • Asma o enfermedad pulmonar obstructiva. • Arritmias (Excepto fibrilación auricular). • Bradicardia, bloqueo AV de 3er grado • QT prolongado. • Síndrome de seno enfermo. • Síncope. • Hipotensión. • Úlcera péptica activa. • Retención urinaria. • Insuficiencia renal o hepática.	**D SIGN**

Se sugiere que los inhibidores de la ACE se suspendan cuando: • El paciente y/o su cuidador deciden suspender después de haber sido informados de los riesgos y beneficios de la continuidad y la interrupción. • El paciente no tiene adherencia al tratamiento prescrito y no es posible establecer un sistema para la administración de la medicación. • Cuando el deterioro cognoscitivo, funcional o de comportamiento es mayor con el tratamiento que antes de ser tratado. • Aparecen efectos secundarios intolerables que son relacionadas con el inhibidor de la ACE. • La comorbilidad del paciente hacen que el tratamiento sea un riesgo inaceptable o fútil (ej. enfermedad terminal). • La demencia progresa a una **etapa grave** (por ejemplo, etapa 7 de la Escala de Deterioro Global), donde no habría ningún beneficio con la terapia.	**2B Grade**
Se recomienda para la evaluación de la respuesta al tratamiento global de los **síntomas conductuales y psicológicos de demencia** (SCPD) la utilización del Inventario Neuropsiquíatrico de Cummings (NPI) debido a que es más amplio, flexible, equilibrado y su puntuación ofrece mayor sensibilidad al cambio. (*Cuadro 9*).	**B NICE**
Existe una gama de intervenciones específicas en diferentes áreas que pueden ser útiles para la EA: • *Actividades estructuradas:* la inclusión de actividad física, paseos y actividades recreativas disminuyen la aparición de conductas de agitación. • *Terapia conductual:* mediante técnicas de reforzamiento de las conductas relajadas y control de estímulos. • *Modificaciones medioambientales:* consistentes en reducir la estimulación innecesaria, manteniendo seguridad, autonomía e independencia. Un entorno natural y terapia de la luz pueden disminuir la frecuencia de aparición de las conductas agitadas. • *Contacto social:* consiste en crear estrategias para mejorar la frecuencia y calidad de las interacciones sociales entre las personas con demencia. • *Estimulación sensorial y relajación:* masaje manual, contacto terapéutico y actividades de estimulación sensorial aisladas o bien combinadas, pueden inducir relajación y disminuir la prevalencia de síntomas conductuales y agitación.	**D SIGN**
Es fundamental la participación activa del cuidador para la eficacia de los programas de intervención no farmacológica en pacientes con demencia. Es por ello que es necesario que los cuidadores reciban información y formación que les capacite para prevenir la aparición de los SCPD y actuar como coterapeutas cuando ya están presentes.	**C SIGN**
Para un manejo farmacológico adecuado de los SCPD es fundamental identificar bien el síntoma que hay que tratar, evaluar sus posibles causas, identificar los posibles factores precipitantes, los que los alivian o suprimen y las consecuencias que el síntoma conlleva para el paciente y su entorno.	**D SIGN**
En caso de *agitación psicomotriz* de aparición reciente, en primer lugar deben identificarse posibles causas desencadenantes como dolor, infección de orina, deshidratación, constipación, delírium, depresión y efectos adversos de fármacos.	**D SIGN**

En pacientes con demencia y depresión pueden usarse antidepresivos, preferiblemente sertralina y citalopram. A pesar de que su eficacia es similar, no se recomiendan los tricíclicos por sus efectos adversos.	**B SIGN**
En el paciente con diagnostico establecido de Enfermedad de Alzheimer, se recomienda evaluar la progresión del deterioro cognoscitivo por lo menos cada 3 meses, dado que se presenta una amplia gama de manifestaciones psicológicas y conductuales en cada paciente. Por lo anterior, se recomienda reconocer con prontitud las necesidades del paciente y familiar para derivar al personal de la salud correspondiente (geriatra, neurólogo, psiquiatra, neuropsicólogo, nutriólogo, terapeuta ocupacional y físico) a segundo y tercer nivel de atención oportunamente.	**PBP**

*Grado de Recomendación

3. CUADROS O FIGURAS

CUADRO 1. FÁRMACOS QUE PUEDEN AFECTAR LA COGNICIÓN Y PROVOCAR DETERIORO COGNOSCITIVO REVERSIBLE

CLASIFICACIÓN	EJEMPLO	EFECTOS
Benzodiacepinas	Diazepam, alprazolam, clonazepam	Sedación, somnolencia diurna, bradipsiquia, bradilalia, amnesia, confusión
Neurolépticos	Haloperidol, clozapina, risperidona levomepromacina	Sedación, somnolencia, pseudoparkinsonismo, bradipsiquia, bradilalia.
Antidepresivos tricíclicos	Amitriptilina, doxepina, imipramina	Desorientación, insomnio, alucinaciones, mareo, somnolencia diurna, confusión
Antihistamínicos	Clorfenamina, hidroxicina, difenhidramina	Somnolencia, confusión.
Antiparkinsonianos	Levodopa, amantadina, selegilina	Desorientación, confusión, alucinaciones, depresión
Antiespasmódicos	Metoclopramida, oxibutinina, butilhioscina, loperamida	Confusión, excitación mental, somnolencia (Efectos anticolinérgicos).
Antiarrítmicos	Amiodarona, β-bloqueadores, digoxina, fenitoína	Mareo, temblor, bajo gasto cardiaco y somnolencia secundaria.

Modificado de: Freund B, Gravenstein S. Recognizing and evaluating potential dementia in office settings. Clin Geriatr Med, 2004;20:1-14.

Cuadro 2. Criterios NINCDS-ADRDA para el diagnóstico de enfermedad de Alzheimer

1. Criterios para el diagnóstico clínico de enfermedad de Alzheimer probable:

- Demencia, diagnosticada mediante examen clínico y documentada con el miniexamen mental de Folstein, la escala de demencia de Blessed, u otras similares, y confirmada con tests neuropsicológicos.
- Deficiencias en dos o más áreas cognitivas.
- Empeoramiento progresivo de la memoria y de otras funciones cognitivas.
- No alteración del nivel de conciencia.
- Comienzo entre los 40 y los 90 años, con mayor frecuencia después de los 65.
- Ausencia de alteraciones sistémicas u otras enfermedades cerebrales que pudieran producir el deterioro progresivo observado de la memoria y de las otras funciones cognitivas.

2. Apoyan el diagnóstico de "enfermedad de Alzheimer probable":

- Deterioro progresivo de alguna función cognitiva específica (afasia, apraxia, agnosia).
- Alteraciones conductuales y en la realización de las actividades diarias habituales.
- Antecedentes familiares de trastorno similar, especialmente si obtuvo confirmación anatomopatológica.
- Pruebas complementarias:
    - Líquido cefalorraquídeo normal, en las determinaciones estándar.
    - EEG normal, o con alteraciones inespecíficas como incremento de la actividad de ondas lentas, y
    - Atrofia cerebral en TAC, objetivándose progresión de la misma en observación seriada.

3. Aspectos clínicos compatibles con el diagnóstico de "enfermedad de Alzheimer probable", tras excluir otras causas de demencia:

- Mesetas en la progresión de la enfermedad.
- Síntomas asociados de depresión, insomnio, incontinencia, ideas delirantes, ilusiones, alucinaciones, accesos emocionales, físicos o verbales, alteraciones de la conducta sexual, pérdida de peso.
- Otras alteraciones neurológicas en algunos pacientes, especialmente en los que se hallan en fase avanzada, como hipertonía, mioclonías o alteración de la marcha.
- Convulsiones, en fase avanzada de la enfermedad.
- TAC cerebral normal para la edad del paciente.

4. Aspectos que convierten el diagnóstico de "enfermedad de Alzheimer probable" en incierto o improbable:

- Instauración brusca o muy rápida.
- Manifestaciones neurológicas focales como hemiparesia, alteración de la sensibilidad o de los campos visuales, o incoordinación en fases tempranas de la evolución.
- Convulsiones o alteraciones de la marcha al inicio o en fases muy iniciales de la enfermedad.

5.- Diagnóstico clínico de enfermedad de Alzheimer posible:

- Demencia, con ausencia de otras alteraciones sistémicas, psiquiátricas y neurológicas que puedan causar esa demencia, pero con una instauración, manifestaciones o patrón evolutivo que difieren de lo expuesto para el diagnóstico de "enfermedad de Alzheimer probable".
- Presencia de una segunda alteración, cerebral o sistémica, que podría producir demencia pero que no es considerada por el clínico como la causa de esta demencia.
- En investigación, cuando se produce deterioro gradual e intenso de una única función cognitiva, en ausencia de otra causa identificable.

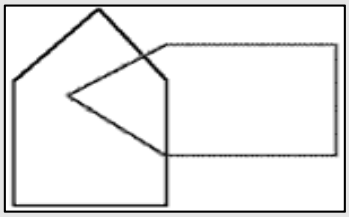
6.- Criterios para el diagnóstico de enfermedad de Alzheimer definitiva:

- Criterios clínicos de "enfermedad de Alzheimer probable", y
- Comprobación histopatológica, obtenida a través de biopsia o autopsia.

Adaptado de: McKhann G et al. Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: Report of the NINCDS-ADRDA Work Group under the auspices of Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's Disease. Neurology 1984; 34: 939-944.

Cuadro 3a. Evaluación del estado mental mínimo de Folstein (MMSE).

(No sabe leer ni escribir_____ Años de escolarización:_____	**PUNTOS**
ORIENTACIÓN EN EL TIEMPO Y ESPACIO	
¿Qué día de la semana es hoy? ¿Cuál es el año? ¿Cuál es el mes? ¿Cuál es el día? ¿Cuál es la estación del año? (Máximo 5 puntos)	**0 - 5**
"¿En dónde estamos ahora? ¿En qué piso estamos? ¿En qué ciudad estamos? ¿En qué Estado vivimos? ¿En qué país estamos? (Máximo 5 puntos)	**0 - 5**
FIJACIÓN	
" Le voy a decir 3 palabras, cuando yo los termine quiero que por favor Usted los repita" (Anote un punto cada vez que la palabra sea correcta). (Máximo 3 puntos)	**0 - 3**
CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO	
"Le voy a pedir que reste de 7 en 7 a partir del 100." (Anote un punto cada vez que la diferencia sea correcta aunque la anterior fuera incorrecta. (Máximo 5 puntos)	**0 - 5**
MEMORIA	
"¿Recuerda usted las tres palabras que le dije antes? Dígalas" (Máximo 3 puntos)	**0 – 3**
LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN	
"¿Qué es esto?" (Mostrar un reloj). "¿y esto?" (Mostrar un bolígrafo). (Máximo 2 puntos)	**0 – 2**
"Repita la siguiente frase después de mí: - "ni si, ni no, ni pero". (1 punto)	**0 – 1**
Le voy a dar algunas instrucciones. Por favor sígalas en el orden en que se las voy a decir. 1. "Tome el papel con la mano izquierda", 2. "dóblelo por la mitad" y 3. "póngalo en el suelo" (Anote un punto por cada orden bien ejecutada). (Máximo 3 puntos)	**0 – 3**
"Lea esto y haga lo que dice:" "Cierre los ojos" (1 punto)	**0 – 1**
"Quiero que por favor escriba una frase que diga un mensaje" (1 punto)	**0 - 1**
"Copie este dibujo" (1 punto)	**0 - 1**



Deberá utilizar anteojos si los necesita habitualmente. (cada pentágono debe tener 5 lados y 5 vértices y la intersección forma un diamante)

Nota: tanto la frase "Cierre los ojos" como los pentágonos conviene tenerlos en tamaño suficiente para poder ser leídos con facilidad. El paciente.

Punto de corte: 24-30 puntos = normal. **Grado de deterioro cognoscitivo**: 19-23 = LEVE; 14 – 18 = MODERADO; Menor a 14 = GRAVE	**Total:**

Modificado de: Folstein MF, Folstein SE, MaHugh PR. Mini-Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. Journal of Psychiatric Research, 1975;19:189-98.

Cuadro 3B. Instructivo de llenado de la Evaluación del estado mental mínimo de FOLSTEIN

PREGUNTA ¿Qué día de la semana es?
Para esto se utilizan como referencia los días de la semana, es decir: lunes, martes, viernes, etc., Aquí se dá el valor de 1 cuando el día que se dice, coincide con el día de la semana en el cual se está evaluando al paciente.
PREGUNTA ¿Qué fecha es hoy (año, mes, día y estación del año?
La pregunta se hace como tal como está, sin embargo, la respuesta se califica en base a los componentes de la fecha, es decir, de acuerdo al día, mes y año. Aquí se califica dándole el valor de 1 al día, al mes, al año y a la estación del año cuando estos corresponden a la fecha en la cual se está entrevistando al paciente. Se permite una diferencia de 1 día cuando hay cambio de mes o de año, se permite la diferencia de un mes cuando hay cambio de mes, pero solo cuando la entrevista se hace durante el primer día del mes siguiente y se permite una diferencia de 1 año en los primeros 7 días de ocurrido el cambio de año.

PREGUNTA ¿En dónde estamos ahora?
Se califica con 1 cuando el individuo identifica correctamente el lugar en dónde se le está realizando la entrevista, por ejemplo estamos en mi casa, estamos en la clínica, estamos en el hospital, etc.
PREGUNTA ¿En qué piso o departamento estamos?
Se califica con 1 cuando el individuo identifica correctamente el nivel del edificio en dónde se está realizando la entrevista o bien identifica el número de casa o de departamento.
PREGUNTA ¿En qué ciudad estamos?
Se califica con 1 cuando el individuo identifica la ciudad en dónde se está llevando a cabo la entrevista. en ocasiones, los individuos son entrevistados fuera de su domicilio y se les puede pedir identificar la ciudad en dónde se está llevando a cabo la entrevista.
PREGUNTA ¿En qué Estado vivimos?
Se califica con 1 cuando el individuo identifica correctamente el estado en dónde se está realizando la entrevista.
PREGUNTA ¿En qué país estamos?
Se califica con 1 cuando el individuo identifica el país en dónde se está llevando a cabo la entrevista.

PREGUNTA -Le voy a decir 3 palabras, cuando yo los termine quiero que por favor Usted los repita:
Esta pregunta trata de valorar la capacidad que tienen las personas de retener las palabras mencionadas, por lo tanto, es muy importante que no existan otros estímulos que puedan distraer al paciente. Se califica el primer intento, sin embargo, se le deberán repetir hasta que el paciente logre pronunciar todas las palabras, con un máximo de tres repeticiones. Si después de tres intentos no logra repetir los tres objetos, deberá de continuarse con la prueba.

PREGUNTA -Le voy a pedir que reste de 7 en 7 a partir del 100.
Esta pregunta pretende evaluar la capacidad de atención que tienen las personas así como su capacidad de cálculo, por lo tanto, es muy importante que no existan otros estímulos que puedan distraer al paciente. En aquellas personas con escolaridad menor de 3 años, la pregunta no deberá de aplicarse. La instrucción se dará solo un vez, ya que precisamente es la capacidad de atención la que se está evaluando. Si la persona contesta en forma incorrecta se calificará con 0, y se le dará la respuesta correcta para posteriormente pedirle que continúe, pero de ninguna manera se tendrá que repetir la instrucción. Por ejemplo, si el entrevistado se equivoca y en vez de decir 93 dice 94 o 92 esta se calificará con 0, pero deberá corregirlo y decirle que el número correcto es 93, y que pedirle *"por favor continúe"*, pero NUNCA decirle que debe continuar restando de 7 en 7. Si los dos números siguientes los dice bien, es decir dice 86 y 79, se calificarán como correctos. Si al cuarto número nuevamente se equivoca y dice 73 o 71 en vez de 72, la respuesta se calificará con 0, nuevamente se le corregirá diciendo que el número correcto es 72 y nuevamente se le pedirá *"por favor continúe"* sin decirle nuevamente que reste de 7 en 7. De esta forma se continuará sucesivamente.

PREGUNTA "¿Recuerda usted las tres palabras que le dije antes? Dígalas" .
Esta pregunta tiene por objeto, valorar la capacidad de evocación de información aprendida en corto tiempo. La instrucción se dará tal cual. No deben de utilizarse facilitadores, como "una de las palabras empieza con P" o "es un objeto en donde escribimos". Se considerarán como respuestas correctas única y exclusivamente las palabras que se mencionaron, independientemente del orden en que puedan ser respondidas; si en vez de responder papel, responde papeles, la respuesta es incorrecta si en vez de responder papel responde hoja la respuesta también se considera como incorrecta.

PREGUNTA -Muestre el reloj y muestre el lápiz y diga ¿Qué es esto?
Es necesario mostrar estos dos objetos, un reloj y un lápiz de madera con punta de grafito (no mostrar plumas, no mostrar lapiceros, plumones, colores, crayones u otros) por lo menos a una distancia de 30 centímetros. La pregunta se considera correcta cuando se responde reloj y/o cuando se responde lápiz, esta última pregunta se considera contestada en forma incorrecta cuando la respuesta es lapicero, lapicera, pluma, bolígrafo, etc.

PREGUNTA –Repita la siguiente frase después de mí.
Solo se puede decir una sola vez. La respuesta se considera correcta, solo cuando repite la frase completa y conservando el orden en el cual la frase fue dicha.

PREGUNTA -Le voy a dar algunas instrucciones. Por favor sígalas en el orden en que se las voy a decir.
Al igual que las demás preguntas, la instrucción se puede dar solamente una vez. Se califica como incorrecta cuando el papel se toma con la mano izquierda, se dobla más de una sola vez o se dobla por otra parte que no sea la mitad, así como cuando la hoja se deja en alguna otra parte que no sea el piso. Para llevar a cabo esta acción, se recomienda tener papel de desecho de tamaño medio carta. En caso de que el paciente tenga alteraciones de la movilidad del miembro torácico derecho, se podrá dar la instrucción de hacerlo con la mano izquierda.

PREGUNTA -Por favor haga lo que dice aquí. "cierre los ojos"

*(Esta pregunta se omitirá para pacientes con menos de 3 años de educación).*Es importante tener un cartelón tamaño carta que se les muestre a los individuos la frase, el fondo de este cartelón debe ser blanco y las letras colocadas en color negro. Este debe de colocarse a una distancia no mayor de 30 centímetros y es indispensable indicar al paciente que si usa lentes debe de colocárselos y la habitación en dónde se muestre dicho cartelón debe de estar bien iluminada. La respuesta esperada es que las personas cierren los ojos.

PREGUNTA -Quiero que por favor escriba una frase que diga un mensaje.
(Esta pregunta se omitirá para pacientes con menos de 3 años de educación). Se recomienda proporcionar una hoja tamaña medio carta. La pregunta se considera positiva cuando la frese contiene verbo, sujeto y sustantivo; la presencia de estos tres elementos es indispensable para calificar como correcta a la pregunta.

PREGUNTA -Copie el dibujo tal cual está. *Esta pregunta se omitirá para pacientes con menos de 3 años de educación* Se recomienda tener a la mano, un cartelón de tamaño carta para mostrar la figura de dos pentágonos. Se recomienda que el fondo del cartelón sea blanco y las líneas que formen los pentágonos sean de color negro. Este debe de colocarse a una distancia no mayor de 30 centímetros y es indispensable indicar al paciente que si usa lentes debe de colocárselos y la habitación en dónde se muestre dicho cartelón debe de estar bien iluminada. La respuesta se considera como correcta cuando la figura está conformada por dos pentágonos y que dos de sus ángulos sean interceptados.

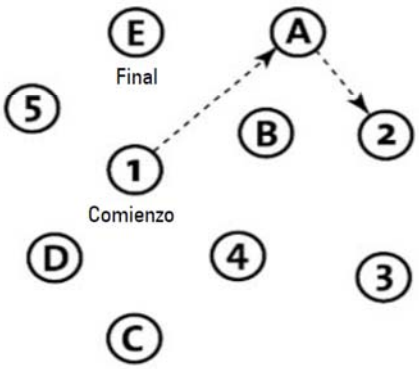
Cuadro 4. Evaluación Cognoscitiva de Montrel (MoCA)

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)
(EVALUACIÓN COGNITIVA MONTREAL)

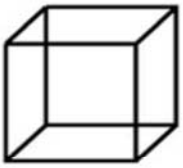
NOMBRE:
Nivel de estudios:
Sexo:

Fecha de nacimiento:
FECHA:

VISUOESPACIAL / EJECUTIVA — Puntos



[ ]



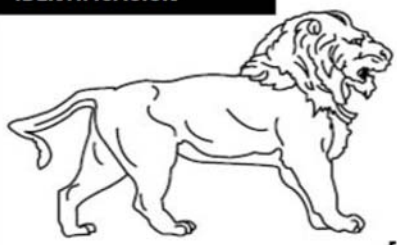
Copiar el cubo [ ]

Dibujar un reloj (Once y diez)
(3 puntos)

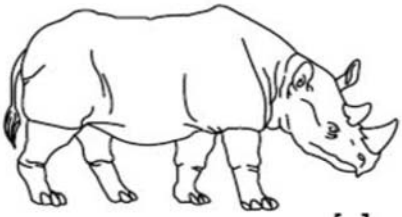
[ ] Contorno [ ] Números [ ] Agujas

___/5

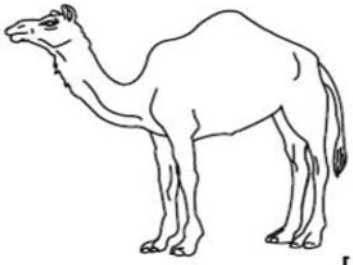
IDENTIFICACIÓN



[ ]



[ ]



[ ]

___/3

MEMORIA

Lea la lista de palabras, el paciente debe repetirlas. Haga dos intentos. Recuérdeselas 5 minutos más tarde.

	ROSTRO	SEDA	IGLESIA	CLAVEL	ROJO
1er intento					
2º intento					

Sin puntos

ATENCIÓN

Lea la serie de números (1 número/seg.)
El paciente debe repetirla. [ ] 2 1 8 5 4
El paciente debe repetirla a la inversa. [ ] 7 4 2

___/2

Lea la serie de letras. El paciente debe dar un golpecito con la mano cada vez que se diga la letra A. No se asignan puntos si ≥ 2 errores.
[ ] F B A C M N A A J K L B A F A K D E A A A J A M O F A A B

___/1

Restar de 7 en 7 empezando desde 100. [ ] 93 [ ] 86 [ ] 79 [ ] 72 [ ] 65
4 o 5 sustracciones correctas: **3 puntos**, 2 o 3 correctas: **2 puntos**, 1 correcta: **1 punto**, 0 correctas: **0 puntos.**

___/3

LENGUAJE

Repetir: El gato se esconde bajo el sofá cuando los perros entran en la sala. [ ] Espero que él le entregue el mensaje una vez que ella se lo pida. [ ]

___/2

Fluidez del lenguaje. Decir el mayor número posible de palabras que comiencen por la letra "P" en 1 min. [ ]_____ (N ≥ 11 palabras)

___/1

ABSTRACCIÓN

Similitud entre p. ej. manzana-naranja = fruta [ ] tren-bicicleta [ ] reloj-regla

___/2

RECUERDO DIFERIDO

	ROSTRO	SEDA	IGLESIA	CLAVEL	ROJO
Debe acordarse de las palabras SIN PISTAS	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Optativo — **Pista de categoría**					
Optativo — **Pista elección múltiple**					

Puntos por recuerdos SIN PISTAS únicamente

___/5

ORIENTACIÓN

[ ] Día del mes (fecha) [ ] Mes [ ] Año [ ] Día de la semana [ ] Lugar [ ] Localidad

___/6

© **Z. Nasreddine MD** Versión 07 noviembre 2004
www.mocatest.org

Normal ≥ 26 / 30

TOTAL ___/30
Añadir 1 punto si tiene ≤ 12 años de estudios

CUADRO 5. MINI-COG

FECHA_____ **EDAD**____ **SEXO M F** **Localidad** _____ **Administrado por**_____

MINI-COG ™ -Spanish

1) OBTENGA LA ATENCIÓN DEL PARTICIPANTE, Y DIGA:
"Le voy a decir tres palabras que quiero que usted recuerde ahora y más tarde. Las palabras son

	Manzana	**Amanecer**	**Silla**
Por favor, dígamelas ahora."			
Intento 1	_____	_____	_____
Intento 2	_____	_____	_____

(administre sólo si las 3 palabras no fueron repetidas en el Intento 1. Diga **"Las palabras son Manzana, Amanecer, Silla. Por favor, dígamelas ahora"**)

Intento 3	_____	_____	_____

(administre sólo si las 3 palabras no fueron repetidas en el Intento 2. Diga **"Las palabras son Manzana, Amanecer, Silla. Por favor, dígamelas ahora"**)

(Indique con una marca de verificación [√] cada palabra que es repetida correctamente. Dele 3 intentos para repetir las palabras alparticipante. Si es incapaz de repetir las palabras después de 3 intentos, continúe con el siguiente ítem.)

2) Dele al participante la Página 2 de este formulario y un lápiz/lapicero. DIGA LAS SIGUIENTES FRASES EN EL ORDEN CORESPONDIENTE: **"Por favor, dibuje un reloj en este espacio. Comience dibujando un círculo grande."** (Cuando esto haya sido completado, diga) **"Coloque todos los números en el círculo."** (Cuando esto haya sido completado, diga) **"Ahora coloque las manecillas del reloj para que marquen las 11 y 10."** Si el participante no ha terminado de dibujar el reloj en 3 minutos, suspenda este ítem y pídale al participante que le diga las tres palabras que le pidio que recordara antes.

3) DIGA: **"¿Cuáles fueron las tres palabras que le pedí que recordara?"**

_____ _____ _____ (Puntúe 1 por cada una) Puntaje de las Palabras ☐

Puntúe el reloj (según el formulario de Puntaje del Reloj):	Reloj Normal	2 puntos	Puntaje del Reloj ☐
	Reloj Alterado	0 puntos	

Puntaje Total = Puntaje de Palabras más Puntaje del Reloj ☐

0, 1, o 2 posible trastorno cognitivo;
3, 4, o 5 indica que no hay trastorno cognitivo

Mini-Cog™, Derecho de autor S Borson. Permitido para uso educacional en el "AFA National Memory Screening Day" en el año 2012. No se puede modificar o usar para otro propósito sin permiso del autor (soob@uw.edu). Todos los derechos estan reservados.

CUADRO 6. ESCALA DE DETERIORO GLOBAL.
[GLOBAL DETERIORATION SCALE (GDS)]

ESTADIOS	CARACTERÍSTICAS	
GDS 1	**Ausencia de alteración cognitiva**	- Ausencia de quejas subjetivas. - Ausencia de trastornos evidentes de la memoria en la entrevista clínica.
GDS 2	**Defecto cognoscitivo muy leve**	- Quejas subjetivas de defectos de memoria, sobre todo en: a) Olvido de dónde ha colocado objetos familiares. b) Olvido de nombres previamente bien conocidos. - No hay evidencia objetiva de defectos de memoria en el examen clínico. - No hay defectos objetivos en el trabajo o en situaciones sociales. - Hay pleno conocimiento y valoración de la sintomatología.
GDS 3	**Defecto cognoscitivo leve**	- Primeros defectos claros: manifestaciones en una o más de estas áreas: a) El paciente puede haberse perdido en un lugar no familiar. b) Los compañeros detectan rendimiento laboral pobre. c) Las personas más cercanas detectan defectos en la evocación de palabras y nombres. d) Al leer un párrafo de un libro retiene muy poco material. e) Puede mostrar una capacidad muy disminuida en el recuerdo de las personas nuevas que ha conocido. f) Puede haber perdido o colocado en un lugar erróneo un objeto de valor. g) En la exploración clínica puede hacerse evidente un defecto de concentración. - Un defecto objetivo de memoria únicamente se observa con una entrevista intensiva. - Aparece un decremento de los rendimientos en situaciones laborales o sociales exigentes. - La negación o desconocimiento de los defectos se hace manifiesta en el paciente. - Los síntomas se acompañan de ansiedad discreta-moderada.
GDS 4	**Defecto cognoscitivo moderado**	- Defectos claramente definidos en una entrevista clínica cuidadosa en las áreas siguientes: a) Conocimiento disminuido de los acontecimientos actuales y recientes. b) El paciente puede presentar cierto déficit en el recuerdo de su propia historia personal. c) Defecto de concentración puesto de manifiesto en la sustracción seriada de sietes. d) Capacidad disminuida para viajes, finanzas, etc. - Frecuentemente no hay defectos en las áreas siguientes: a) Orientación en tiempo y persona. b) Reconocimiento de personas y caras familiares. c) Capacidad de desplazarse a lugares familiares. Incapacidad para realizar tareas complejas. La negación es el mecanismo de defensa dominante. Disminución del afecto y abandono en las situaciones más exigentes.

GDS 5	**Defecto cognoscitivo moderadamente grave**	- El paciente no puede sobrevivir mucho tiempo sin alguna asistencia. - No recuerda datos relevantes de su vida actual: su dirección o teléfono de muchos años, los nombres de familiares próximos (como los nietos), el nombre de la escuela, etc. - Es frecuente cierta desorientación en tiempo (fecha, día de la semana, estación, etc.) o en lugar. - Una persona con educación formal puede tener dificultad contando hacia atrás desde 40 de cuatro en cuatro, o desde 20 de dos en dos. - Mantiene el conocimiento de muchos de los hechos de mayor interés concernientes a sí mismo y a otros. - Invariablemente sabe su nombre, y generalmente el de su esposa e hijos. - No requiere asistencia en el aseo ni en la comida, pero puede tener cierta dificultad en la elección de los vestidos adecuados
GDS 6	**Defecto cognoscitivo grave**	- Ocasionalmente puede olvidar el nombre de la esposa, de la que, por otra parte, depende totalmente para sobrevivir. - Desconoce los acontecimientos y experiencias recientes de su vida. - Mantiene cierto conocimiento de su vida pasada, pero muy fragmentario. - Generalmente desconoce su entorno, el año, la estación, etc. - Puede ser incapaz de contar desde 10 hacia atrás, y a veces hacia adelante. - Requiere cierta asistencia en las actividades cotidianas. - Puede tener incontinencia o requerir ayuda para desplazarse, pero puede ir a lugares familiares. - El ritmo diurno está frecuentemente alterado. - Casi siempre recuerda su nombre. - Frecuentemente sigue siendo capaz de distinguir entre las personas familiares y no familiares de su entorno. - Cambios emocionales y de personalidad bastante variables, como: a) Conducta delirante: puede acusar de impostora a su esposa, o hablar con personas inexistentes, o con su imagen en el espejo. b) Síntomas obsesivos, como actividades repetitivas de limpieza. c) Síntomas de ansiedad, agitación e incluso conducta violenta, previamente inexistente. d) Abulia cognitiva, pérdida de deseos, falta de elaboración de un pensamiento para determinar un curso de acción propositivo.
GDS 7	**Defecto cognoscitivo muy grave**	- Pérdida progresiva de las capacidades verbales. Inicialmente se pueden verbalizar palabras y frases muy circunscritas; en las últimas fases no hay lenguaje, únicamente gruñidos. - Incontinencia de orina. Requiere asistencia en el aseo y en la alimentación. - Se van perdiendo las habilidades psicomotoras básicas, como la deambulación. - El cerebro es incapaz de decir al cuerpo lo que ha de hacer. Frecuentemente aparecen signos y síntomas neurológicos generalizados y corticales.

Adaptado de: Reisberg B, Ferris SH, de León MJ, Crook T. The global deterioration scale for assessment primary degenerative dementia. Am J Psychiatry 1982:139(9):1136-9.

CUADRO 7. ESTADIFICACIÓN DE LA EVALUACIÓN FUNCIONAL [FUNCTIONAL ASSESSMENT STAGING (FAST)]

NIVEL	INTERPRETACIÓN
1	**Ninguna dificultad** ya sea objetiva o subjetiva
2	Olvido de ubicación de los objetos. **Dificultades en el trabajo subjetivas.**
3	Disminución de la funcionalidad en el trabajo evidentes para los compañeros. Dificultad para trasladarse a nuevos lugares. **Disminuye la capacidad de organización.** *
4	**Disminución en capacidad para realizar tareas complejas**, por ejemplo, la planificación de la cena, manejo de las finanzas personales (como olvidar pagar las facturas), comprar alimentos, etc.
5	**Requiere ayuda para escoger la ropa apropiada** para usar durante el día, según la estación u ocasión, por ejemplo, el paciente puede usar la misma ropa varias veces, sino es supervisado.
6	a. **Se pone la ropa incorrectamente sin ayuda** (por ej., se pone los zapatos en los pies equivocados, dificultad para abotonarse la ropa) de vez en cuando o con mayor frecuencia en las últimas semanas.* b. No se puede bañar de forma adecuada (por ejem. **dificultad para adaptarse a la temperatura del agua**) de vez en cuando o con mayor frecuencia durante las últimas semanas. * c. **Incapacidad para manejar la mecánica de ir al baño** (por ej. se olvida de tirar de la cadena, no se limpia adecuadamente o no desecha adecuadamente el papel higiénico) en varias ocasiones o con frecuencia durante las últimas semanas. * d. **Incontinencia urinaria** (ocasionalmente o con mayor frecuencia en las últimas semanas). * e. **Incontinencia fecal** (ocasionalmente o con mayor frecuencia en las últimas semanas). *
7	a. Incapacidad para hablar continuamente aproximadamente **seis palabras o menos de forma continua y correcta**, en el transcurso de un día normal o en el curso de una **entrevista intensa**. b. Capacidad del habla limitado, **utiliza una sola palabra entendible** en un día normal o **en el curso de una entrevista intensa** (la persona puede repetir una palabra, una y otra vez). c. Ha perdido la capacidad de trasladarse (**no puede caminar sin asistencia**). d. Incapacidad para sentarse (por ej. el individuo **cae si hay apoyo en la silla**). e. **Pérdida de la capacidad para sonreír**. f. **No sostiene la cabeza de forma independiente**.

* Información obtenida de un informador y / o cuidador.

Instrucciones de puntuación FAST:

Son las etapas de discapacidad consecutiva. Para fines clínicos, además de mostrar el grado de discapacidad, adicional, el déficit puede ser no ordinal (no consecutivas) debe tenerse en cuenta, ya que estos déficits adicionales son de clara relevancia clínica.

Para fines de ensayos terapéuticos, FAST puede ser utilizado para abarcar toda una gama de discapacidad funcional. Para estos fines, FAST debe ser obtenido como sigue:

1. Cada subetapa en FAST debe ser convertida en un estadio numérico. Específicamente, la siguiente puntuación debería aplicarse:

6a = 6,0; 6b = 6,2; 6c = 6,4; 6d = 6,6; 6e = 6,8; 7a = 7,0; 7b = 7,2; 7c = 7,4; 7d = 7,6; 7e = 7,8; 7f = 8,0.

2. El nivel consecutivo de incapacidad (FAST) está dado por un valor numérico.
3. Los déficits de FAST no consecutivos se puntúan. Un déficit no consecutivo se anota como 1,0. Un déficit en subetapa no consecutivos se califica como 0,2.
4. FAST = (subetapa FAST) + (puntaje de discapacidad).

Por ejemplo, si un paciente está en estadio 6a, entonces la puntuación del paciente será = 6,0. Por definición, este paciente no puede ser funcional en su trabajo, manejar finanzas personales, no escoge su ropa adecuadamente, no se puede poner la ropa correctamente sin ayuda. Si, además, este paciente es incontinente de la orina y no puede caminar sin ayuda, a continuación, los déficits no consecutivos son "6d" y "7c".

La puntuación FAST para este paciente es de 6,0 + 0,2 + 0,2 = 6,4.

Adapatodo: Reisberg 1988. Derechos de Autor 1984 c Barry Reisberg, M. D. Todos los derechos reservados.

Cuadro 8. Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (versión reducida)	SI	NO
1. ¿Está satisfecho/a con su vida?	0	1
2. ¿Ha renunciado a muchas actividades)	1	0
3. ¿Siente que su vida esta vacía?	1	0
4. ¿Se encuentra a menudo aburrido/a?	1	0
5. ¿Tiene a menudo buen ánimo?	0	1
6. ¿Teme que algo malo le pase?	1	0
7. ¿Se siente feliz muchas veces?	0	1
8. ¿Se siente a menudo abandonado/a?	1	0
9. ¿Prefiere quedarse en casa a salir?	1	0
10. ¿Cree tener más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	1	0
11. ¿Piensa que es maravilloso vivir?	0	1
12. ¿Le cuesta iniciar nuevos proyectos?	1	0
13.¿Se siente lleno/a de energía?	0	1
14. ¿Siente que su situación es desesperada?	1	0
15. ¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	1	0
Puntuación total:	_____	

Interpretación:
0 a 5 puntos= normal.
6 a 9 puntos = depresión leve.
> 10 puntos = depresión establecida.

Adaptado de: Sheikh JI, Yesavage JA. Geriatric depression scale (gds): recent evidence and development of a shorter version. In: Brink TL, eds. Clinical Gerontology: A Guide to Assessment and Intervention. New York: Haworth, 1986.

Cuadro 9. Inventario neuropsiquiátrico de Cummings (NPI)

DESCRIPCIÓN: El inventario neuropsiquíatrico (NPI) fue desarrollado por Cummings y cols. y adaptado al español por Vilalta-Franch J. y cols. para recabar información sobre los síntomas neuropsiquíatricos y conductuales en pacientes con Enfermedad de Alzheimer y otras demencias. La sintomatología estudiada hace referencia a manifestaciones desde el inicio de la enfermedad y que persistan en el último mes.

APLICACIÓN. Se valoran 12 aspectos y la información se debe obtener de una entrevista con el paciente y su cuidador principal. Las áreas que evalúa incluyen preguntas de exploración inicial (en negritas), Si la respuesta es afirmativa, se procede a realizar para confirmar la aseveración. Se registra la frecuencia e intensidad así como la angustia que genera en el cuidador principal. La puntuación de cada sub-escala se obtiene multiplicando el valor de la frecuencia x la intensidad (Máximo de cada sub-escala 12 puntos y total 144 puntos). Si la respuesta es negativa se pasa a la siguiente pregunta exploratoria.

UTILIDAD Y PONDERACION. La principal utilidad del NPI es la de monitorizar en un lapso de 3 semanas la respuesta a tratamiento de los SCPD:

- **Deterioro: ≥ 4 puntos.** * **Mejoría: ≤ 4 puntos,** * **Sin cambios: ± 3 puntos: Sin cambios.**

Frecuencia:
1. De vez en cuando: menos de 1 vez por semana.
2. A menudo: Alrededor de 1 vez por semana.
3. Con frecuencia: varias veces a la semana pero no todos los días.
4. Con mucha frecuencia: todos los días, una o más veces al día.

Intensidad:
1. Leve: la actividad es notable pero no interfiere en la vida diaria.
2. Moderada: la actividad es muy evidente pero puede ser redireccionada por el cuidador.
3. Severa: la actividad no responde a ninguna intervención por parte del cuidador.

Angustia:
1. Nada en absoluto.
2. Mínimamente.
3. Levemente.
4. Severamente
5. Extremadamente.

TRASTORNO	No Valorable (Marcar)	Frecuencia (Marcar) 1 2 3 4	Intensidad Marcar 1 2 3	Total de frecuencia x Intensidad	Angustia en el cuidador primario. 1 2 3 4 5
<u>IDEAS DELIRANTES.</u> ¿El paciente está <u>convencido</u> de ideas que usted sabe que no son reales? Ejemplo: • *¿Insiste en que la gente intenta hacerle daño o robarle algo?* • *¿Los miembros de la familia no son quienes dicen ser?* • *¿Su cónyuge tiene una aventura amorosa?* • *¿Existen invitados inoportunos en casa?* • *¿Cree que su casa no es su casa?* • *¿Los miembros de su familia tienen la intención de abandonarle?*					
<u>ALUCINACIONES</u>. ¿Tiene el paciente alucinaciones como visiones o escucha voces imaginarias? Con ésta pregunta no nos referimos simplemente a creencias equivocadas como afirmar que aún vive alguien que ha muerto; preguntamos si el paciente experimenta sonidos o visones anormales, Ejemplo: • *¿Dice oír voces o actúa como si las oyera?* • *¿Habla con gente que no está allí?* • *¿Dice haber visto cosas que los demás no ven (personas, animales, luces, etc.)?* • *¿Manifiesta oler cosas que los demás no notan?* • *¿Dice sentir cosas que tocan su piel sin que éstas existan?* • *¿Cualquier otra experiencia sensorial insólita?*					
<u>AGITACION/AGRESIVIDAD</u>. ¿Tiene el paciente periodos en los que se niega a cooperar o no deja que la gente le ayude? ¿Es difícil de tratar en su carácter? Ejemplo: • *¿Se enfada con los que intentan cuidarle u opone resistencia al baño o cambio de ropa?* • *¿Es obstinado y tiene que hacer las cosas a su manera aunque carezcan de sentido?* • *¿Poco dispuesto a cooperar y se resiste a la ayuda de los demás?* • *¿Grita o insulta con rabia?* • *¿Da portazos, patadas o tira objetos?* • *¿Intenta herir o golpear a los demás?*					

DEPRESION/DISFORIA. ¿El paciente parece triste o deprimido? Ejemplo: • *¿Tiene episodios de llantos sollozos que parecen indicar tristeza?* • *¿Dice cosas o actúa como si estuviera desanimado?* • *¿Se desprecia o dice que es un fracaso?* • *¿Dice que es una mala persona o merece ser castigado?* • *¿Dice ser una carga para la familia o que la familia estaría mejor sin él/ella?* • *¿Expresa deseos de morir o suicidarse?*					
ANSIEDAD. ¿El paciente está muy nervioso, preocupado o tiene miedo sin motivo aparente? ¿Parece muy tenso o agitado? ¿Tiene miedo de estar lejos de usted? Ejemplo: • *¿Dice estar preocupado por acontecimientos planeados?* • *¿Tiene episodios en los que se siente inseguro, incapaz de relajarse o demasiado tenso?* • *¿Tiene periodos en los que le falta el aliento, jadea o suspira sin otro motivo aparente que el nerviosismo?* • *¿Se queja de síntomas que no se explican por enfermedad presente como palpitaciones o dolor en el estómago?* • *¿Se pone nervioso o se disgusta cuando está lejos de su cuidador primario?*					
JÚBILO/EUFORIA. ¿El paciente parece en exceso feliz o contento sin motivo aparente? No nos referimos a la alegría normal que se deriva de ver a los amigos, recibir regalos o pasar un rato con la familia; se pregunta si el paciente está de buen humor constantemente y de manera anormal o encuentra divertido lo que no es, Ejemplo: • *¿Parece sentirse demasiado bien o feliz, diferente a su personalidad habitual?* • *¿Le parecen divertidas o se ríe de cosas que otros no consideran graciosas?* • *¿Parece tener un sentido del humor infantil o se ríe cuando no es oportuno?* • *¿Cuenta chistes o hace gracias que sólo son divertidas para él/ella pero no para los demás?* • *¿Gasta bromas infantiles como "pellizcar" para reírse?* • *¿Fanfarronea o afirma poseer más aptitudes o riqueza de las que son ciertas?*					
APATÍA/INDIFERENCIA. ¿El paciente ha perdido interés por el mundo que le rodea? ¿Ha perdido interés por hacer cosas o le falta motivación para empezar actividades? ¿Tiene más dificultades para entablar conversación o hacer trabajos rutinarios? ¿Luce apático o indiferente? Ejemplo: • *¿Parece menos y menos activo de lo habitual?* • *¿Le cuesta mantener una conversación?* • *¿Menos cariñoso o carece de emociones cuando se compara con la manera de ser habitual?* • *¿Ayuda menos en tareas domésticas?* • *¿Ha perdido interés por los amigos o familia?*					
DESINHIBICIÓN. ¿El paciente parece actuar de manera impulsiva y sin reflexionar? ¿Hace o dice cosas que por lo general no se hacen ni se dicen en público? Ejemplo: • *¿Actúa de manera impulsiva, sin que parezca considerar las consecuencias?* • *¿Habla con desconocidos como si les conociera?* • *¿Dice cosas a la gente que expresan falta de sensibilidad o hieren sus sentimientos?* • *¿Dice cosas vulgares o hace comentarios sexuales fuera de contexto?* • *¿Habla abiertamente sobre sobre asuntos muy personales o privados que por lo general no se tratan en público?* • *¿Se toma libertades, toca o abraza a los demás de modo poco apropiado o que no corresponde a su carácter?*					

<u>IRRITABILIDAD O INESTABILIDAD.</u> ¿El paciente se irrita o se altera con facilidad? ¿Cambian mucho sus estados de ánimo? ¿Es más impaciente de lo normal? Nos referimos a la frustración por la pérdida de la memoria o por la incapacidad de realizar sus tareas habituales. Ejemplo: • *¿Está de mal humor y se sale de sus casillas por nimiedades?* • *¿Cambia de humor muy rápidamente y se siente bien un minuto y enojado al siguiente?* • *¿Sufre ataques de ira repentinos?* • *¿Se siente impaciente o tiene dificultades para afrontar los retrasos o esperar el inicio de actividades programadas?* • *¿Discute cualquier cosa o es difícil llevarse bien con él/ella?*					
<u>CONDUCTA MOTRIZ ANÓMALA</u>. ¿El paciente va y viene por la casa hace una y otra vez cosas tales como abrir armarios o cajones o coge las cosas repetidamente? Ejemplo: • *¿Va y viene por la casa sin un objetivo aparente?* • *¿Busca desordenadamente abriendo cajones o armarios?* • *¿Realiza actividades repetitivas o tiene costumbres que repite una y otra vez?* • *¿Se mueve demasiado parece incapaz de estar sentado sin moverse o mueve los pies o tamborilea los dedos?*					
<u>SUEÑO.</u> ¿El paciente presenta dificultades para dormir? ¿Se levanta por las noches para vestirse o pasear? Ejemplo: • *¿Tiene el paciente dificultades para quedarse dormido?* • *¿El paciente se despierta durante la noche para pasear, intentar salir a la calle o realiza actividades inapropiadas?* • *¿Permanece despierto durante toda la noche?* • *¿Se despierta durante la noche e intenta vestirse pensando que ya es de día?* • *¿Duerme el paciente excesivamente durante el día?*					
<u>APETITO Y DESÓRDENES ALIMENTICIOS</u>. Éste apartado sólo puede evaluarse si el paciente no tiene que ser alimentado directamente por el cuidador, Ejemplo: • *¿Ha perdido el apetito o peso?* • *¿Tiene más apetito o ha ganado peso?* • *¿Han cambiado sus conductas durante la alimentación como poner demasiado alimento en su boca?* • *¿Han cambiado en exceso sus gustos alimenticios como comer demasiados dulces u otros tipos específicos de comida?* • *¿Ha desarrollado conductas alimentarias como comer exactamente el mismo tipo de comida cada día o ingerir los alimentos en un orden fijo?*					
TOTAL:					

Tomado de: Vilalta-Franch J, Lozano-Gallego M, Hernández-Ferrándiz M, Llinàs-Reglà J, López-Pousa S, López OL. Neuropsychiatric Inventory. Propiedades psicométricas de su adaptación al español. Neurol, 1999; 29(1): 15-9.