

Formulario de Evaluación Clínica de la Demencia

Esta es una entrevista semi-estructurada. Por favor, formule todas las preguntas que se encuentran a continuación. Formule cualquier otra pregunta adicional necesaria para determinar la evaluación clínica de demencia (CDR) del paciente. Por favor, registre la información de las preguntas adicionales.

Preguntas para el Informante sobre la Memoria:

1. ¿Presenta él/ella algún problema con su memoria o su pensamiento? Sí No
- 1a. En caso afirmativo, ¿es éste un problema constante (a diferencia de ocasional)? Sí No
2. ¿Puede él/ella recordar eventos recientes? Generalmente A veces Raramente
3. ¿Puede él/ella recordar una lista breve de cosas (compras)? Generalmente A veces Raramente
4. ¿Ha habido un deterioro en su memoria durante el último año? Sí No
5. ¿Se encuentra su memoria dañada a tal punto que hubiera interferido con la realización de sus actividades cotidianas habituales de años atrás (o actividades previas a la jubilación)? (en la opinión de fuentes colaterales) Sí No
6. ¿Se olvida él/ella completamente de un evento importante (ej., viaje, fiesta, matrimonio familiar) a pocas semanas del evento? Generalmente A veces Raramente
7. ¿Se olvida él/ella de detalles relevantes del evento importante? Generalmente A veces Raramente
8. ¿Se olvida él/ella completamente de información importante del pasado lejano (ej. fecha de cumpleaños, fecha de matrimonio, lugar de trabajo)? Generalmente A veces Raramente
9. Cuénteme sobre algún evento reciente en la vida de él/ella que él/ella debería recordar. (Para una comparación posterior con las respuestas del paciente, obtenga detalles tales como el lugar del evento, la hora del día, los participantes, duración del evento, cuándo terminó y cómo llegó hasta ahí el/la paciente o los demás participantes).

En el curso de una semana: _____

En el curso de un mes: _____

10. ¿Cuándo nació él/ella? _____
11. ¿Dónde nació él/ella? _____
12. ¿Cuál fue el último colegio al que él/ella asistió? _____
 Nombre _____
 Lugar _____
 Año de estudios _____
13. ¿Cuál era la principal ocupación (trabajo) del/de la paciente (o la de su cónyuge si el/la paciente no trabajaba)? _____
14. ¿Cuál fue el último trabajo importante del/de la paciente (o el de su cónyuge si el/la paciente no trabajaba)? _____
15. ¿Cuándo se jubiló él/ella (o cónyuge) y por qué? _____

Formulario de Evaluación Clínica de la Demencia

Preguntas para el Informante sobre Orientación:

¿Con qué frecuencia sabe él/ella exactamente:

1. El día del mes?

Generalmente A veces Raramente No sé

2. El mes?

Generalmente A veces Raramente No sé

3. El año?

Generalmente A veces Raramente No sé

4. El día de la semana?

Generalmente A veces Raramente No sé

5. ¿Presenta él/ella dificultad para relacionar acontecimientos en el tiempo (cuando los eventos ocurren relacionados entre sí)?

Generalmente A veces Raramente No sé

6. ¿Puede él/ella orientarse en calles que le son conocidas?

Generalmente A veces Raramente No sé

7. ¿Con qué frecuencia sabe él/ella cómo llegar de un lugar a otro cuando se encuentra fuera de su barrio?

Generalmente A veces Raramente No sé

8. ¿Con qué frecuencia puede él/ella orientarse dentro de una casa conocida?

Generalmente A veces Raramente No sé

Formulario de Evaluación Clínica de la Demencia

Preguntas para el Informante sobre el Juicio y la Solución de Problemas:

1. En general, si Ud. tuviera que evaluar la capacidad de él/ella para resolver problemas en este momento, Ud. la consideraría:

- Tan buena como ha sido siempre
- Buena, pero no tan buena como lo era antes
- Regular
- Pobre
- No tiene ninguna capacidad

2. Evalúe la capacidad de él/ella para manejar pequeñas sumas de dinero (ej. dar vuelto, dejar una pequeña propina):

- Sin pérdida
- Algo de pérdida
- Pérdida severa

3. Evalúe la capacidad de él/ella para manejar complejas transacciones financieras o de negocios (ej. balancear una chequera, pagar cuentas):

- Sin pérdida
- Algo de pérdida
- Pérdida severa

4. ¿Puede él/ella manejar una emergencia doméstica (ej. gotera en las cañerías, pequeño incendio)?

- Tan bien como antes
- Peor que antes debido a problemas en el pensamiento
- Peor que antes, por alguna otra razón (¿por qué?) _____
- _____
- _____

5. ¿Puede él/ella comprender situaciones o explicaciones?

- Generalmente A veces Raramente No sé

6. ¿Se comporta* apropiadamente [es decir, en su manera (premórbida) usual] en situaciones sociales e interacciones con otra gente?

- Generalmente A veces Raramente No sé

* Este ítem evalúa el comportamiento, no la apariencia.

Formulario de Evaluación Clínica de la Demencia

Preguntas para el Informante sobre las Actividades Comunitarias:

Ocupacional

1. ¿El/la paciente sigue trabajando? Sí No No Aplica
Si no es aplicable, pasar al ítem 4.
Si la respuesta es afirmativa, pasar al ítem 3.
Si la respuesta es negativa, pasar al ítem 2.
2. ¿Contribuyeron los problemas con la memoria o el pensamiento del paciente a su decisión de jubilarse? (Seguir con la pregunta 4) Sí No No sé
3. ¿Presenta el/la paciente dificultades significativas en el trabajo debido a problemas con su memoria o su pensamiento?
 Rara vez o nunca A veces Generalmente No sé

Social

4. ¿Manejó él/ella alguna vez un automóvil? Sí No
¿Actualmente, el/la paciente maneja un automóvil? Sí No
Si la respuesta es negativa, ¿se debe esto a problemas con su memoria o su pensamiento? Sí No
5. Si él/ella todavía maneja, ¿existen problemas o riesgos debido a un pensamiento pobre? Sí No
- *6. ¿Es él/ella todavía capaz de salir a comprar lo que necesita en forma independiente?
 Rara vez o nunca (Siempre necesita ser acompañado/a) A veces (Compra una cantidad limitada de cosas, duplica la compra de cosas o se olvida las cosas que se necesitan) Generalmente No sé
7. ¿Es él/ella capaz de llevar a cabo actividades fuera del hogar en forma independiente?
 Rara vez o nunca (Generalmente incapaz de llevar a cabo actividades sin ayuda) A veces (Limitadas y/o rutinarias, ej. participación superficial en la iglesia o reuniones; ir a la peluquería) Generalmente (Participación significativa en actividades, ej. votar) No sé
8. ¿Asiste él/ella a actividades sociales fuera del hogar familiar? Sí No
En caso negativo, ¿por qué no? _____
9. ¿Alguien que no conoce al paciente y observara su comportamiento pensaría que éste se encuentra enfermo? Sí No
10. ¿Si el/la paciente se encuentra en una casa de reposo/asilo de ancianos, ¿participa activamente en actividades sociales (con participación intelectual)? Sí No

IMPORTANTE:

¿Existe suficiente información disponible para evaluar el grado de deterioro del paciente en las actividades comunitarias? **En caso negativo, por favor indagar más a fondo.**

Actividades Comunitarias: Tales como asistir a la iglesia, reunirse con amigos o familiares, actividades políticas, organizaciones profesionales tales como una asociación de abogados, otros grupos profesionales, clubes sociales, organizaciones de servicios, programas educativos.

* Por favor, agregar notas si fuera necesario para clarificar el nivel de funcionamiento del paciente en esta área.

Formulario de Evaluación Clínica de la Demencia

Preguntas para el Informante sobre actividades domésticas y pasatiempos:

- 1a. ¿Qué cambios han ocurrido en las habilidades de él/ella para realizar quehaceres domésticos? _____

- 1b. ¿Qué cosas puede él/ella todavía realizar bien? _____

- 2a. ¿Qué cambios han ocurrido en las habilidades de él/ella para realizar pasatiempos? _____

- 2b. ¿Qué cosas puede él/ella todavía realizar bien? _____

3. Si el/la paciente se encuentra en una casa de reposo/asilo de ancianos, ¿qué cosas ya no puede realizar bien (actividades domésticas y pasatiempos)?

Actividades Cotidianas (Dementia Scale of Blessed):

- | | | | |
|--|-------------|-----|----------------|
| | Sin pérdida | | Pérdida severa |
| 4. Habilidad para realizar quehaceres domésticos | 0 | 0.5 | 1 |

Por favor describa: _____

5. ¿En qué nivel es él/ella capaz de realizar quehaceres domésticos?
(Escoja uno. No es necesario preguntarle directamente al informante.)

- Desempeño muy limitado.
(Realiza actividades simples, tales como hacer la cama, solamente bajo estrecha supervisión)
- Se desempeña sólo en actividades limitadas.
(Bajo cierta supervisión, lava la vajilla con una limpieza aceptable; pone la mesa)
- Se desempeña independientemente en algunas actividades.
(Opera electrodomésticos, tales como una aspiradora, prepara comidas simples)
- Se desempeña en actividades habituales, pero no con el nivel usual.
- Se desempeña normalmente en actividades habituales.

IMPORTANTE:

¿Existe suficiente información disponible para evaluar el nivel de deterioro del paciente en cuanto a LAS ACTIVIDADES DOMÉSTICAS Y LOS PASATIEMPOS? **En caso negativo, por favor indagar más a fondo.**

Quehaceres Domésticos: Tales como cocinar, lavar la ropa, realizar la limpieza, comprar alimentos, sacar la basura, trabajar en el jardín, llevar a cabo mantenimientos simples, y reparaciones básicas del hogar.

Pasatiempos: Costura, pintura, manualidades, lectura, entretenimientos, fotografía, jardinería, asistir al teatro o a un concierto, trabajar con madera, participar en deportes.

Formulario de Evaluación Clínica de la Demencia

Preguntas para el Informante sobre el Cuidado Personal:

*¿Cuál es su estimación de la capacidad mental de él/ella en las siguientes áreas?

	Sin ayuda	Ocasionalmente botones mal abrochados, etc.	Secuencia equivocada. Cosas frecuentemente olvidadas	Incapaz de vestirse solo/a
A. Vestirse (Dementia Scale of Blessed)	0	1	2	3
	Sin ayuda	Necesita recordatorios	A veces necesita ayuda	Siempre o casi siempre necesita ayuda
B. Asearse, arreglo personal	0	1	2	3
	Limpio/a; utiliza los utensilios correctos	Desordenado/a; cuchara	Sólidos simples	Se le debe dar de comer en todo momento
C. Hábitos de alimentación	0	1	2	3
	Control completo	Ocasionalmente moja la cama	Frecuentemente moja la cama	Incontinencia doble
D. Control de esfínteres (Dementia Scale of Blessed)	0	1	2	3

* Se puede considerar un puntaje de 1 si el cuidado personal del paciente se encuentra peor que antes, aunque no necesite recordatorios.

Formulario de Evaluación Clínica de la Demencia

Preguntas para el Paciente sobre la Memoria:

1. ¿Tiene Ud. problemas con su memoria o pensamiento? Sí No
2. Hace unos momentos su (cónyuge, etc.) me contó acerca de algunas de sus experiencias recientes.
¿Me podría Ud. contar algo acerca de esas experiencias? (Incitar al paciente para que dé detalles, si fueren necesarios, tales como lugar del evento, hora del día, participantes, cuánto duró el evento, cuándo terminó y cómo llegaron hasta ahí el/la paciente o los otros participantes).

En el curso de 1 semana

1.0 – Mayormente correcto _____
 0.5 _____
 0.0 – Mayormente incorrecto _____

En el curso de 1 mes

1.0 – Mayormente correcto _____
 0.5 _____
 0.0 – Mayormente incorrecto _____

3. Le voy a dar un nombre y una dirección para que Ud. recuerde por unos minutos. Repita este nombre y dirección después de mí: (Repetir hasta que la frase sea correctamente repetida o hasta un máximo de 3 ensayos).

Elementos	1	2	3	4	5
	Juan	Pérez	Avenida Arequipa	420	Lima
	Juan	Pérez	Avenida Arequipa	420	Lima
	Juan	Pérez	Avenida Arequipa	420	Lima

(Subrayar los elementos que fueron repetidos correctamente en cada ensayo)

4. ¿Cuándo nació? _____
5. ¿Dónde nació? _____
6. ¿Cuál fue el último colegio al que asistió?
 Nombre _____
 Lugar _____ Año de estudios _____
7. ¿Cuál era su principal ocupación (trabajo) o la de su cónyuge, si Ud. no trabajaba? _____
8. ¿Cuál fue su último trabajo importante (o el de su cónyuge, si Ud. no trabajaba)? _____
9. ¿Cuándo se jubiló (o cónyuge) y por qué? _____

10. Repita el nombre y la dirección que le pedí que recuerde:

Elementos	1	2	3	4	5
	Juan	Pérez	Avenida Arequipa	420	Lima

(Subrayar los elementos repetidos correctamente).

Formulario de Evaluación Clínica de la Demencia

Preguntas para el Paciente sobre la Orientación:

Registre la respuesta del paciente textualmente para cada pregunta

1. ¿Qué fecha es hoy?

Correcto Incorrecto

2. ¿Qué día de la semana es hoy?

Correcto Incorrecto

3. ¿En qué mes estamos?

Correcto Incorrecto

4. ¿En qué año estamos?

Correcto Incorrecto

5. ¿Cómo se llama este lugar?

Correcto Incorrecto

6. ¿En qué pueblo o ciudad estamos?

Correcto Incorrecto

7. ¿Qué hora es?

Correcto Incorrecto

8. ¿Sabe el paciente quién es el informante (según el criterio del entrevistador)? Correcto Incorrecto

Formulario de Evaluación Clínica de la Demencia

Preguntas para el Paciente sobre el Juicio y la Solución de Problemas:

Instrucciones: Si la respuesta inicial del paciente no merece un puntaje de 0, siga indagando para identificar la mejor comprensión del problema por parte del paciente. Marque con un círculo la respuesta que más se acerca a la respuesta del paciente.

Semejanzas:

Ejemplo: “¿En qué se parecen un lápiz y un lapicero?”(Instrumentos para escribir)

“¿En qué se parecen estas cosas?” Respuesta del Paciente

1. cebolla coliflor _____
(0 = verduras)
(1 = alimentos comestibles, cosas que viven, se pueden cocinar, etc.)
(2 = respuestas no pertinentes; diferencias; que se compran)
2. escritorio estantería _____
(0 = muebles, muebles de oficina, ambos sostienen libros)
(1 = madera, patas)
(2 = no pertinente, diferencias)

Diferencias:

Ejemplo: “¿Cuál es la diferencia entre el azúcar y el vinagre?”(dulce vs. ácido).

“¿Cuál es la diferencia entre estas cosas?”

3. mentiraequivocación _____
(0 = uno es deliberado, el otro sin intención)
(1 = uno malo y el otro bueno; o explica sólo uno)
(2 = cualquier otra cosa; semejanzas)
4. ríocanal _____
(0 = natural-artificial)
(2 = cualquier otra cosa)

Cálculos:

5. ¿Cuántas monedas de cinco céntimos hay en un sol? Correcto Incorrecto
6. ¿Cuántas monedas de veinte céntimos hay en S/. 5.40? Correcto Incorrecto
7. Restar 3 de 20 y continuar restando 3 de cada cifra nueva de manera descendente Correcto Incorrecto

Juicio:

8. Al llegar a una ciudad extraña, ¿cómo localizaría Ud. a un amigo a quien desea ver?
(0 = intentaría con la guía de teléfonos, el directorio de la ciudad, llamar a un amigo en común)
(1 = llamar a la policía, llamar a la operadora (generalmente, no darán direcciones)
(2 = no brinda una respuesta clara)
9. Evaluación por parte del paciente con respecto a su discapacidad y su situación social y comprensión de por qué se le está aplicando actualmente el test (aunque ya haya sido evaluado, por favor dé su opinión personal aquí):

Buena percepción Percepción parcial Poca percepción

EVALUACIÓN CLÍNICA DE LA DEMENCIA (CDR)

EVALUACIÓN CLÍNICA DE DEMENCIA (CDR):	0	0.5	1	2	3
---------------------------------------	----------	------------	----------	----------	----------

	Deterioro				
	Sin deterioro 0	Deterioro cuestionable 0,5	Leve 1	Moderado 2	Severo 3
Memoria	No hay pérdida de memoria o hay un leve olvido ocasional.	Leve olvido consistente recuerdo parcial de eventos, olvido "benigno".	Pérdida moderada de la memoria; más marcada para eventos recientes; el defecto interfiere con las actividades cotidianas.	Severa pérdida de la memoria; solo retiene material muy aprendido; rápida pérdida de nuevo material.	Severa pérdida de memoria; sólo quedan fragmentos.
Orientación	Completamente orientado/a.	Completamente orientado/a salvo una leve dificultad con las relaciones temporales.	Moderada dificultad con relaciones temporales; orientado/a en cuanto al lugar al momento del test; puede sufrir desorientación geográfica en algún otro lugar.	Severa dificultad con relaciones temporales; generalmente desorientado/a en cuanto al tiempo, frecuentemente en cuanto al lugar.	Orientado/a solamente en relación a su persona.
Juicio y Solución de Problemas	Soluciona problemas cotidianos y maneja bien asuntos financieros y empresariales; buen juicio con relación a desempeños pasados.	Leve deterioro en la solución de problemas, semejanzas y diferencias.	Moderada dificultad en el manejo de problemas, semejanzas y diferencias; juicio social generalmente conservado.	Severamente deteriorado en el manejo de problemas, semejanzas y diferencias; juicio social generalmente deteriorado.	Incapaz de realizar juicios o de solucionar problemas.
Actividades Comunitarias	Funcionamiento independiente y en el nivel usual en el trabajo, compras, grupos de voluntariado y sociales.	Leve deterioro en estas actividades.	Incapaz de funcionar independientemente en estas actividades, aunque todavía puede estar involucrado/a en alguna de ellas; a simple vista, da la impresión de normal.	Sin posibilidad de funcionar independientemente fuera del hogar. Parece estar lo suficientemente bien como para tener actividad social fuera del hogar.	Parece estar demasiado enfermo/a como para tener actividad social fuera del ámbito hogareño.
Hogar y Pasatiempos	Vida hogareña, pasatiempos e intereses intelectuales bien conservados.	Vida hogareña, pasatiempos e intereses intelectuales levemente deteriorados.	Deterioro leve pero definitivo de su funcionamiento dentro del hogar; los quehaceres domésticos más difíciles son abandonados; los intereses y los pasatiempos más complicados son abandonados.	Sólo conserva los quehaceres simples; intereses muy restringidos, pobremente conservados.	No cumple función significativa dentro del hogar.
Cuidado Personal	Completamente capaz de cuidar de sí mismo.		Necesita recordatorios.	Requiere asistencia para vestirse, asearse y para el cuidado de sus efectos personales.	Requiere mucha ayuda para los cuidados personales; incontinencia frecuente.

Puntuar solamente como deterioro del nivel previo habitual debido a una pérdida cognitiva, no como deterioro debido a otros factores.