

**Guía de orientación  
en la práctica profesional  
de la valoración reglamentaria de la situación  
de dependencia en personas  
con enfermedad de alzheimer y otras  
demencias**



## Autores

Personal prestando servicio en el Centro de Referencia Estatal de Alzheimer y otras Demencias, del Imsero. Salamanca.

Francisco Javier Gay Puente  
Médico Neurólogo

Víctor Manuel González Rodríguez  
Médico de Familia y Comunitaria

Carmen Pablos Hernández  
Médico Geriatra

Pilar Vicente Andrés  
Médico de Familia y Comunitaria

Elena María Cabrero Montes  
Neuropsicóloga

Rebeca Cáceres Alfonso  
Psicóloga

Ana María Mateos González  
Trabajadora Social

Mireia Tofiño García  
Terapeuta Ocupacional

Rocío Molás Robles  
Terapeuta Ocupacional

Ana Silvia Puente González  
Fisioterapeuta

Patricia Elisa Blázquez Corral  
Enfermera

Cristina Guevara Gómez  
Enfermera

Patrícia Martín Maíllo  
Enfermera

Davinia Cascón Prieto  
Enfermera

Almudena Haro Ruiz  
Educatora Social  
Fernando García Mateos  
Educatore Social

Mónica Ávila Garrido  
Educatora Social

María Llorente Cano  
Logopeda

## Supervisores

Carmen Pablos Hernández  
Médico Geriatra

Ana María Mateos González  
Trabajadora Social

Rafael Sánchez Vázquez  
Director Médico Coordinador

## Coordinación

Rafael Sánchez Vázquez  
Director Médico Coordinador

## Revisión

- Confederación Española de Asociaciones de Familiares de Personas con Alzheimer y otras Demencias (CEAFA).
- Comisión Técnica de coordinación y seguimiento de la aplicación del baremo de Valoración de la situación de Dependencia (CTVD)
- Área de Valoración de la Dependencia del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Imsero).
- Fundación Instituto Catalán del Envejecimiento (FICE) de la Universidad Autónoma de Barcelona

## Con la participación del



**CRE ALZHEIMER SALAMANCA**

## 0. Objeto de la guía

La presente guía tiene el objetivo de ser un instrumento útil en la práctica profesional de la valoración oficial de la situación de dependencia en personas con **enfermedad de Alzheimer y otras demencias**, y servir de apoyo a la formación de los profesionales de los órganos de valoración.

Con esta finalidad se ha realizado una revisión de las condiciones de salud de este colectivo que pueden dar lugar a situación de dependencia, en aplicación del Baremo de Valoración de la Dependencia (BVD), aprobado por Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero.

Trata de transmitir conocimientos útiles para la comprensión de dicha condición de salud en el proceso de evaluación de la situación de dependencia y desarrolla orientaciones para facilitar la aplicación de dicho baremo de forma homogénea y eficiente en todas las Comunidades Autónomas conforme a lo acordado por el Consejo Territorial del SAAD el 1 de junio de 2010, en Acuerdo sobre la modificación del baremo establecido en el Real Decreto 504/2007, de 20 de abril.

Los enunciados de la guía están supeditados al valor jurídico de lo establecido por la normativa vigente, orientan y ayudan en la aplicación de los criterios de valoración reglamentarios.

Instituto de Mayores y Servicios Sociales  
(Imsero)

# Índice

<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	1
<b>2. CONDICIÓN DE SALUD</b>	2
<b>2.1.-Diagnósticos clínicos, etiología y codificación en cie 10</b>	2
<b>2.2.-Deficiencias más frecuentes que concurren en las demencias</b>	5
2.2.1 Área cognitiva	5
2.2.2 Área motora	7
2.2.3 Área conductual y psicológica	8
2.2.4 Otras	10
<b>2.3 Limitaciones asociadas a las demencias</b>	10
2.3.1 Marcha/ deambulacion	11
2.3.2 Posturales	11
2.3.3 Habla y voz	11
2.3.4 Otras	12
<b>2.4.-Evolución habitual de la enfermedad de alzheimer y otras demencias: fases, cronicidad, brotes</b>	12
2.4.1 Enfermedad de Alzheimer	12
2.4.2 Otras demencias	15
<b>2.5.-Soportes terapéuticos específicos y repercusión para la persona</b>	19
2.5.1 Tratamiento farmacológico	20
2.5.2 Tratamiento no-farmacológico	20
<b>3. ABORDAJE DE LA VALORACIÓN</b>	21
<b>3.1.-Interpretación del informe de salud</b>	21
<b>3.2.-Mejora del desarrollo de la entrevista: pautas y recursos</b>	22
<b>3.3.-Evaluación del impacto del entorno físico y humano</b>	23
<b>4. REPERCUSIÓN DE LA DEMENCIA EN EL DESEMPEÑO DE LAS TAREAS DEL BVD</b>	26
<b>A. COMER Y BEBER</b>	26
<b>B. HIGIENE PERSONAL RELACIONADA CON LA MICCIÓN Y DEFECACIÓN</b>	27
<b>C. LAVARSE</b>	28
<b>D. REALIZAR OTROS CUIDADOS PERSONALES</b>	29
<b>E. VESTIRSE</b>	30
<b>F. MANTENIMIENTO DE LA SALUD</b>	31
<b>G. CAMBIAR Y MANTENER LA POSICIÓN DEL CUERPO</b>	33
<b>H. DESPLAZARSE DENTRO DEL HOGAR</b>	33

I. DESPLAZARSE FUERA DEL HOGAR -----	33
J. REALIZAR TAREAS DOMÉSTICAS -----	34
K. TOMA DE DECISIONES -----	35
5. CUIDADOS ESPECÍFICOS -----	38
5.1 <i>Resumen de un caso a modo de ejemplo</i> -----	38
6. OTROS CONTENIDOS DE INTERÉS -----	40
6.1 <i>Glosario</i> -----	40
6.2 <i>Anexos: escalas e índices</i> -----	44
6.3 <i>Bibliografía</i> -----	46

## 1. Introducción

Gertrude Stein fue una millonaria norteamericana que encargó un retrato en 1906 a Pablo Picasso. Éste, por aquel entonces, se encontraba al final de su período rosa, y tras hacer posar a la modelo durante innumerables horas, no acababa de estar satisfecho con los resultados.

Aquel verano, Picasso, durante sus vacaciones en Gósol (Lleida), retocó el rostro del retrato sin presencia de la modelo, haciéndolo más asimétrico y con facciones más duras y angulosas, y esbozando así la transición hacia un aún balbuceante cubismo. Cuando Gertrude Stein vio el retrato acabado, mostró su disgusto por el escaso parecido, pero Picasso respondió: “No se preocupe, al final logrará parecerse exactamente a él”.

Esta anécdota quiere ilustrar lo que a continuación se expondrá como un hecho diferenciador de las demencias a la hora de su valoración en el marco de la Ley de Dependencia: su incontrovertible e inexorable evolución.

Los autores de la presente Guía han debatido en profundidad desde una óptica multidisciplinar, la mejor forma de discriminar la valoración de los patrones de desempeño en la frontera entre los diferentes Grados de dependencia.

Cada caso es diferente, la misma patología en diferentes individuos puede dar lugar a diferentes grados de dependencia según el grado de afectación, y una misma patología con el mismo grado de afectación, también puede tener manifestaciones clínicas diferentes, que dependiendo del individuo y del contexto den lugar a grados diferentes de dependencia.

A lo largo de los siguientes capítulos se abordarán características, necesidades y apoyos de este colectivo de personas, así como orientaciones para el momento de la valoración.

## 2. Condición de salud

### 2.1 Diagnósticos clínicos, etiología y codificación en CIE 10

#### ✓ CONCEPTO DE DEMENCIA

La demencia, según la definición de la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª Revisión (CIE-10), es un síndrome debido a una enfermedad o lesión cerebral u otra afección causante de disfunción cerebral. Generalmente de naturaleza crónica o progresiva, en la que existen déficits de múltiples funciones corticales superiores, entre ellas la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio con repercusión en la actividad cotidiana de la persona y con el nivel de conciencia conservado.

La disfunción cerebral puede ser **primaria**, como en el caso de enfermedades, lesiones o daños que afectan al cerebro de un modo directo y selectivo, o **secundaria**, como en el caso de enfermedades sistémicas y de los trastornos que afectan a diversos órganos o sistemas, entre ellos el cerebro.

El déficit cognitivo se acompaña, y en ocasiones es precedido, por un deterioro del control emocional, el comportamiento social o de la motivación.

#### ✓ CRITERIOS GENERALES PARA EL DIAGNÓSTICO DE DEMENCIA (CIE-10):

- Deterioro de memoria que afecta a la capacidad para registrar, almacenar y recuperar nueva información, aunque en estadios más avanzados puede estar afectada la evocación de información previamente adquirida. Afecta tanto a material verbal como no verbal.
- Déficit de otras habilidades cognoscitivas, consistente en deterioro en el juicio y en el pensamiento tales como la planificación y la organización y en el procesamiento general de la información. Debe verificarse la relación del deterioro con un nivel normal previo de funcionamiento.
- Interferencia en la actividad cotidiana.

Los déficits cognitivos (amnesia, afasia, apraxia, agnosia):

- Deben ser *objetivables* y no basarse solamente en quejas subjetivas. Para ello, debe *obtenerse información de terceras personas* y recurrir a test neuropsicológicos.
- Debe existir *conciencia del entorno* (ausencia de obnubilación de conciencia) durante un periodo de tiempo suficientemente largo para permitir la inequívoca demostración de los déficits.
- Para que el diagnóstico sea seguro, los síntomas deben *haberse presentado al menos durante seis meses*. Si el periodo transcurrido desde el inicio de la enfermedad es más corto, el diagnóstico solo puede ser provisional.

#### ✓ CLASIFICACIÓN Y ETIOLOGÍA DE ALGUNOS TIPOS DE DEMENCIA. CODIFICACIÓN EN CIE-10

##### **F00 Demencia en la Enfermedad de Alzheimer:**

La enfermedad de Alzheimer es una enfermedad degenerativa cerebral primaria de etiología desconocida que presenta rasgos neuropatológicos y neuroquímicos



característicos, que se inicia generalmente de forma insidiosa y evoluciona de forma progresiva durante años. Puede comenzar antes de los 65 años (enfermedad de Alzheimer de inicio presenil) pero es más común el inicio después de esa edad (enfermedad de Alzheimer de inicio senil).

En los casos de inicio presenil son más frecuentes los antecedentes familiares de una demencia similar, el curso es más rápido y predominan los síntomas de lesión en los lóbulos temporales y parietales, entre ellos las afasias y las apraxias. En los casos de inicio más tardío, la evolución tiende a ser más lenta y caracterizarse por un deterioro más global de las funciones corticales superiores.

#### •SUBTIPOS

##### **F00.0 Demencia en la Enfermedad de Alzheimer de inicio precoz.**

Sinónimos: Enfermedad de Alzheimer tipo II  
Demencia presenil tipo Alzheimer  
Demencia degenerativa primaria tipo Alzheimer, presenil

##### **F00.1 Demencia en la Enfermedad de Alzheimer de inicio tardío.**

Sinónimos: Enfermedad de Alzheimer tipo I  
Demencia senil tipo Alzheimer  
Demencia degenerativa tipo Alzheimer, senil.

##### **F00.2 Demencia en la enfermedad de Alzheimer atípica o mixta.**

Demencias cuyas características no se ajustan a las descripciones y pautas para el diagnóstico de F00.0 y F00.1 y demencias mixtas, vascular y de Alzheimer.

#### **F01 Demencia Vascular:**

La demencia vascular es el resultado de infartos del tejido cerebral debido a una enfermedad vascular, incluida la enfermedad vascular hipertensiva. Por lo general, los infartos son pequeños pero sus efectos son acumulativos, más raramente se debe a un ataque apoplético mayor.

El inicio de la enfermedad suele ser en edades avanzadas. Lo más característico es que haya antecedentes de ictus transitorios con breves trastornos de conciencia y parestias motoras o pérdidas de visión fugaces. Puede ser brusco, como consecuencia de un episodio isquémico aislado o puede manifestarse de una manera más gradual.

La demencia vascular puede coexistir con la de Alzheimer. En este caso se debe utilizar el código F00.2, como en los casos en los que un accidente vascular surge sobre un cuadro clínico y unos antecedentes que sugieren existencia de una enfermedad de Alzheimer.

#### •SUBTIPOS

##### **-. F01.0 Demencia vascular de inicio agudo.**

Se desarrolla generalmente de forma rápida tras una serie de ictus debidos a trombosis vasculares, embolias o hemorragias. En casos raros puede ser debida a un infarto único de gran tamaño.

### **- F01.1 Demencia multi-infarto.**

Tiene un inicio más gradual que la forma aguda, normalmente precedido de varios episodios isquémicos menores que producen un número creciente de infartos del parénquima cerebral.

### **- F01.2 Demencia vascular subcortical.**

Generalmente la corteza cerebral está indemne, lo cual contrasta con el cuadro clínico, que puede parecerse mucho al de una demencia de la enfermedad de Alzheimer. Cuando se observa una desmielinización difusa de la sustancia blanca puede utilizarse el término de encefalopatía de Binswanger. Pueden existir antecedentes de hipertensión arterial y de focos de destrucción isquémica en las zonas profundas de la sustancia blanca de los hemisferios cerebrales.

### **- F01.3 Demencia vascular mixta, cortical y subcortical.**

Con componentes mixtos, cortical y subcortical.

## **F02 Demencia en enfermedades clasificadas en otro lugar.**

Se clasifican aquí los casos de demencia debidos, o presuntamente debidos, a una etiología distinta de la enfermedad de Alzheimer o de la enfermedad vascular. Pueden comenzar en cualquier periodo de la vida, aunque raramente en la edad avanzada.

### **•SUBTIPOS**

#### **- F02.0 Demencia en la enfermedad de Pick.**

Demencia progresiva de inicio en la edad media de la vida, (por lo general entre los 50 y los 60 años de edad) caracterizada por cambios precoces y lentamente progresivos de carácter y por alteraciones del comportamiento que evolucionan hacia un deterioro de la inteligencia, de la memoria y del lenguaje, con apatía, euforia y, ocasionalmente, fenómenos extrapiramidales. El cuadro neuropatológico corresponde a una atrofia selectiva de los lóbulos frontales y temporales. Los casos de comienzo más precoz tienden a presentar una evolución peor.

#### **- F02.1 Demencia en la Enfermedad de Creutzfeldt-Jacob**

Es una demencia progresiva presumiblemente debida a un agente transmisible (prión) que origina una encefalopatía esponjiforme subaguda que produce multitud de síntomas y signos neurológicos. Se desarrolla hacia la mitad o el final de la vida (generalmente en torno a los 50 años), pero puede presentarse en cualquier momento de la edad adulta. El curso es subagudo y lleva a la muerte en uno o dos años.

#### **- F02.2 Demencia en la enfermedad de Huntington**

La enfermedad de Huntington es transmitida por un único gen autosómico dominante y la incidencia en ambos sexos es la misma. Los síntomas surgen generalmente hacia la tercera década de la vida, En algunos casos los primeros síntomas pueden ser depresión, ansiedad o síntomas paranoides acompañados de cambios de la personalidad. La evolución es lentamente progresiva y lleva a la muerte al cabo de 10 a 15 años.

### **- F02.3 Demencia en la enfermedad de Parkinson.**

Demencia que aparece en el contexto de una enfermedad de Parkinson definida y que afecta a más de un dominio cognitivo, fundamentalmente a la atención, función ejecutiva y/o visuoespacial. Se puede asociar a rasgos conductuales como apatía, cambios de humor, delirios y/o alucinaciones, somnolencia diurna excesiva y alteraciones del sueño REM.

### **- F02.4 Demencia en la infección por VIH**

Trastorno que satisface los criterios para el diagnóstico de demencia en presencia de infección por el virus VIH y en ausencia de otra enfermedad concomitante o situación que pudiera explicar el cuadro clínico.

### **- F02.8 Demencia en enfermedades especificadas en otro lugar**

Déficit de vitamina B12, hipotiroidismo, enfermedades metabólicas, etc.

### **Demencia con cuerpos de Lewy difusos.**

La demencia con cuerpos de Lewy (DCL) es una entidad clínico-patológica descrita recientemente. Sus principales características clínicas son el deterioro mental, parkinsonismo de intensidad variable, rasgos psicóticos como las alucinaciones visuales (AV), y fluctuaciones del estado cognitivo que afectan especialmente a la atención y concentración.

Los síntomas de la enfermedad incluyen la presencia de deterioro cognitivo, similar a lo que podemos observar en la demencia tipo Alzheimer, además de la aparición de síntomas de parkinsonismo (lentitud de movimientos, rigidez articular y a veces temblor), alucinaciones, delirios o respuestas anormales a diversos fármacos. Las fluctuaciones es otro de los síntomas cardinales de la enfermedad.

## ***2.2 Deficiencias más frecuentes que concurren en las demencias.***

En este apartado se abordan los déficits y alteraciones que se producen en el transcurso de una demencia, pudiendo clasificarlas en:

### **2.2.1. ÁREA COGNITIVA.**

Los déficits que se van produciendo son progresivos. La memoria, el lenguaje y la orientación son las funciones cognitivas que se alteran más precozmente. Sucesivamente se van alterando otras funciones, tales como el déficit la atención, las funciones ejecutivas, dificultades en la esfera visuo-espacial, hasta alcanzar un deterioro global.

De manera global, se explican a continuación las principales funciones cognitivas que pueden verse afectadas en las demencias. El grado de alteración de cada una de ellas dependerá de cada tipo de demencia y de su estado de evolución.

## **A.- Memoria**

Las personas con demencia sufren una pérdida progresiva de la memoria, que a grandes rasgos se caracteriza por la presencia de deterioro de la capacidad de aprender información nueva (memoria a corto plazo) y olvido de la información aprendida (memoria a largo plazo). En resumen, la persona ni aprende, ni recuerda, debido a la falta de almacenamiento o consolidación de la nueva información.

Es característica también la rapidez del olvido. Así, la amnesia de evocación para hechos recientes hace que la persona pregunte continuamente lo mismo, sea incapaz de aprender y retener, olvide datos recientes necesarios para desarrollar su actividad cotidiana, incumpla citas o pierda objetos, no pueda evocar el nombre de una persona y no recuerde donde deja las cosas, más aun si en el intervalo realizó otra actividad.

En las demencias se produce una pérdida de la información previamente aprendida que afecta no sólo a los recuerdos más recientes, sino también a la información plenamente consolidada como es el lenguaje, el uso de los objetos, la capacidad de reconocer objetos comunes y personas familiares; es decir, el conjunto de toda la información plenamente consolidada

En las personas con enfermedad de Alzheimer (EA) destaca principalmente la grave afectación de la memoria semántica, además de la episódica y la autobiográfica. Son ejemplos de memoria semántica los nombres de ciudades o personas y de memoria episódica los hechos ocurridos alrededor del nacimiento de un hijo o de las últimas vacaciones.

## **B.- Lenguaje**

El trastorno del lenguaje es muy heterogéneo en las demencias y su sintomatología clínica va a depender del tipo y estadio de la demencia y de las características culturales y personales de cada individuo.

A grandes rasgos y como norma general, inicialmente se produce una afasia anómica fluente, que implica que a la persona le cuesta encontrar la palabra apropiada, no recuerda el nombre de los objetos de uso común y pierde fácilmente el hilo de la conversación.

A medida que avanza la enfermedad se comienza a tener problemas para la comprensión auditiva del lenguaje oral, del significado de las cosas y afectándose la comprensión escrita en fases mucho más avanzadas.

Por otro lado, la sintaxis persiste intacta inicialmente, aunque el lenguaje sea pobre. La persona lee y escribe sin dificultad al principio, aunque no comprende bien las lecturas algo complejas. La fluencia verbal disminuye considerablemente en esta enfermedad.

## **C.- Orientación**

La desorientación puede darse en dos esferas: tiempo y espacio. La temporal es un déficit llamativo en personas con demencia, y sobre todo en las personas que padecen enfermedad de Alzheimer; olvidan el día, mes, estación, etc. en que viven, lo que afecta bastante a sus actividades cotidianas. Por el contrario, la espacial, que se debe en parte a la afectación visuoespacial, suele ser más tardía le impide aprender nuevas rutas, le hace desorientarse en lugares poco conocidos y le impide viajar sola.

## **D.- Praxias**

Capacidad de ejecución de las actividades motoras, actos motores, y utilización de objetos conocidos. En las demencias a pesar de que las capacidades motoras, la función sensorial estén intactas, la comprensión puede verse alterada, a esto se le denomina **apraxia**.

Existen diferentes **tipos de apraxia**: ideomotora (incapacidad para organizar la secuencia de los actos tendientes a un fin, como vestirse) es más precoz, frecuente e intensa que la ideatoria (dificultad para ejecutar un gesto). También es habitual encontrar apraxia constructiva (incapacidad para construir figuras con un orden espacial).

## **E.- Gnosias**

Capacidad de reconocimiento y de identificación de objetos o personas. En las demencias a pesar de que la función sensorial esté intacta, esta capacidad está alterada y recibe el nombre de **agnosia**.

Las alteraciones visuoespaciales son las primeras en aparecer. Inicialmente, la persona se pierde en espacios poco frecuentes, en vacaciones, de noche, etc. Más adelante, no podrá orientarse en su propia casa, ni reconocer el baño o su propia habitación.

Durante la evolución, pueden aparecer trastornos del reconocimiento de caras u objetos (agnosia visual). Más adelante pueden llegar a no reconocer a sus familiares o incluso su propia imagen en el espejo (prosopagnosia).

Es frecuente que en determinados tipos de demencia puedan presentar anosognosia (no conciencia de la propia enfermedad).

## **F.- Función ejecutiva**

La alteración de la función ejecutiva es una manifestación habitual al inicio de la demencia. Esta capacidad permite el desarrollo de un pensamiento abstracto, así como planificar, iniciar, secuenciar, monitorizar y tener un comportamiento complejo. Cuando la afectación es intensa, desorganiza las actividades cotidianas, altera los hábitos de trabajo y dificulta la capacidad funcional de la persona desde los primeros momentos de la enfermedad.

## **G.- Razonamiento / Cálculo**

Presentan una constante alteración en la capacidad para resolver problemas aritméticos, que es una manera de poder evaluar dicha función cognitiva.

El cálculo se pierde en todas sus modalidades y llama especialmente la atención el desconocimiento del valor del dinero. Estas personas no son capaces de estimar el precio relativo de los objetos. Los números pierden su valor simbólico; pueden afirmar, por ejemplo, que tiene 20 años y su hijo 50, o que estamos en el año 1835 y que nació en 1940.

### **2.2.2 ÁREA MOTORA**

La alteración funcional tiene un origen múltiple y parece relacionada, en parte, con las alteraciones cognitivas y en parte con las alteraciones conductuales, perceptivas y

motoras, que sin duda influyen en la capacidad de la persona para desarrollar las actividades diarias: instrumentales y no instrumentales.

Para describir las deficiencias funcionales motoras más frecuentes asociadas a las demencias, diferenciamos tres estadios/fases evolutivas:

- Fase autónoma: es la fase inicial de la enfermedad. Son totalmente independientes funcionalmente y tienen preservadas la capacidad de equilibrio y marcha.
- Fase de dependencia parcial: fase de inmovilidad progresiva. Aumento de la discapacidad física y dependencia funcional.
- Fase de total dependencia: fase de encamamiento (vida cama-sillón). Existen ya graves problemas de movilidad.

### 2.2.3 ÁREA CONDUCTUAL Y PSICOLÓGICA.

Las personas con demencia, además de deterioro cognitivo, pueden presentar **síntomas conductuales y psicológicos asociados a demencia** (SCPD) presentar otras alteraciones de la personalidad, conducta, humor y sueño, que conllevan una mayor incapacidad para cumplir con sus actividades habituales. En algunos tipos de demencia, estas alteraciones predominan sobre el trastorno cognitivo, y son las responsables de la mayor sobrecarga de los/as cuidadores/as.

#### Clasificación de los SCPD:

T. CONDUCTUALES	T. PSICOLÓGICOS	
<b>AGRESIVIDAD</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• VERBAL</li> <li>• FÍSICA</li> </ul>	<b>APATÍA</b> (**)	<b>DEPRESIÓN</b> (**)
<b>CONDUCTAS MOTORAS ABERRANTES</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• AGITACIÓN</li> <li>• HIPERACTIVIDAD</li> <li>• VAGABUNDEO</li> </ul>	<b>ALUCINACIONES</b> (*)	<b>DELIRIOS</b> (*)
<b>COMPORTAMIENTO SOCIAL INAPROPIADO</b>	<b>ANSIEDAD (**) </b>	
<b>TRASTORNO APETITO</b>	<b>LABILIDAD EMOCIONAL (**) </b>	
<b>TRASTORNO SUEÑO</b>	<b>DESINHIBICIÓN</b>	
<b>CONDUCTA SEXUAL INAPROPIADA</b>	<b>SINDROME IDENTIFICACIÓN ERRÓNEA</b> (*)	

(\*): Trastornos psicóticos. (\*\*): Trastornos afectivos

Entre los síntomas conductuales y psicológicos asociados a la demencia (SCPD) cabe destacar:

1. **Alteraciones del estado de ánimo:** Los síntomas depresivos con tristeza, angustia, llanto, idea de ruina, muerte y suicidio.

La depresión es un trastorno del estado de ánimo caracterizado por la tristeza o por una incapacidad de experimentar placer (anhedonia). Los síntomas depresivos ocurren comúnmente en las demencias, especialmente en fases iniciales, y van asociados al fracaso en tareas cotidianas. Aspectos subjetivos como las manifestaciones de tristeza y expresiones de desesperanza, desvalía e inutilidad podrían ser los mejores indicadores para señalar la existencia de un síndrome depresivo en personas con afectación cognitiva.

2. **Aplanamiento afectivo**, principalmente con aparición de apatía. La **apatía** consiste en una falta de motivación, emoción y entusiasmo, sin responder a ningún tipo de aspecto vinculado a la vida social o emocional que se presente.
3. **Síntomas conductuales:** Generalmente son más frecuentes en fases avanzadas de la demencia, presentando irritabilidad, agitación (excesiva actividad motora asociada a un sentimiento de estrés interior), inquietud, agresividad. Formas de agitación leve incluyen por ejemplo, andar de un lado para otro, no parar de moverse, retorcerse las manos, tirarse de la ropa, no poder estarse quieto sentado. Y otras, como la agresividad física, agresividad verbal con gritos e injurias, y resistencia activa a los cuidados, pueden dificultar el vestirle, bañarle, alimentarle, asistirle en el baño o prestarle cualquier otro tipo de atención.
4. **Síntomas psicóticos y otros síntomas psiquiátricos:** Obsesiones con ideas paranoides, fabulaciones, amenazas, alucinaciones visuales, delirios, etc.

Las alucinaciones pueden aparecer cuando la demencia es moderada; suelen ser visuales, rara vez auditivas u olfativas. Son especialmente comunes en personas con demencia con cuerpos de Lewy y en personas con enfermedad de Parkinson.

Las ideas delirantes, típicamente las de robo, también son precoces, y suelen ser poco elaboradas. Conforme la demencia avanza se presentan falsas percepciones e identificaciones; confunden una luz con fuego o piensan que los locutores de la TV están en la habitación y se dirigen a ellos.

#### 5. **Trastornos de la función neurovegetativa:**

- a. Trastornos del ritmo vigilia- sueño. Se puede observar una fragmentación del sueño nocturno, confusión, agitación, hipersomnia, etc.
- b. Trastornos de la conducta alimentaria. Las personas con demencia pueden sufrir un aumento o disminución del apetito, y podrían presentar trastornos del comportamiento al comer (comer con las manos, limpiarse con el mantel, introducir comida en el vaso, etc.).
- c. Cambios en la conducta sexual, de forma que pueden presentar un incremento o disminución del impulso sexual, o un incremento moderado o marcado de la actividad sexual.

## CLASIFICACIÓN SEGÚN LA FRECUENCIA DE APARICIÓN Y ESTRÉS OCASIONADO

GRUPO I Frecuencia leve y manejables	GRUPO II Frecuencia moderada y disruptivos	GRUPO III Frecuencia severa y más disruptivos
<b>SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS</b>		
APATÍA	IDENTIFICACIONES ERRÓNEAS	ILUSIONES ALUCINACIONES DEPRESIÓN ANSIEDAD. INSOMNIO
<b>SÍNTOMAS CONDUCTUALES</b>		
PREGUNTAS REPETITIVAS SEGUIMIENTO CUIDADOR LLOROS INSULTOS	AGITACIÓN. CRITERIO DESINHIBICIÓN MAL COMPORTAMIENTO SOCIAL	AGRESIVIDAD FÍSICA VAGABUNDEO INQUIETUD

### 2.2.4. OTRAS

#### - Disfagia

La demencia condiciona la nutrición desde su inicio, produciendo anorexia, pérdida de peso, apraxias para la ingesta y disfagia. Cada fase evolutiva exige estrategias diferentes que deben comenzar por la sensibilización, el conocimiento del problema y su detección temprana. En la demencia, la disfagia se presenta habitualmente en fases avanzadas.

La asociación de neumonía aspirativa y síntomas digestivos es frecuente en paciente geriátrico y habitualmente se atribuye a afecciones acompañantes, como enfermedad cerebrovascular o demencia, como causas más frecuentes.

## 2.3 Limitaciones asociadas a la demencia.

A continuación se enumeran y definen las *limitaciones funcionales más frecuentes asociadas a las demencias*:



### 2.3.1. Marcha/deambulaci3n.

Las alteraciones de la marcha dependen de la fase de la enfermedad y del tipo de demencia, existiendo patrones de marcha característicos de determinadas demencias, lo que ayuda al diagn3stico diferencial.

Un exponente de ello, puede ser lo que ocurre en el caso de la demencia por enfermedad de Parkinson, en la que la marcha pueden sufrir congelaci3n o freezing (quedarse «pegados» al suelo). Sus pasos suelen ser cortos, r3pidos o no bien definidos (festinaci3n). Adem3s no balancean los brazos y tiene perdidas de equilibrio significativas, son frecuentes las caídas hacia delante (propulsi3n) y tambi3n hacia detr3s (retropulsi3n) Las caídas pueden tener una grave repercusi3n no s3lo por una posible fractura sino tambi3n por efectos psicol3gicos como el miedo a moverse.

Otros factores de comorbilidad independientes, como las medicaciones concomitantes, cataratas, vagabundeo, artritis y el ingreso en una instituci3n (residencia, centro de d3a,...) influyen directamente sobre estas alteraciones y por lo tanto sobre su estado.

El deterioro de la marcha va a ser progresivo alter3ndose el centro de gravedad, la coordinaci3n, los reflejos, el equilibrio, la fuerza muscular, la flexibilidad, ocasionando un aumento de la morbilidad y alto riesgo de caídas.

### 2.3.2. Posturales.

Las alteraciones de la coordinaci3n, el equilibrio y *propiocepci3n* se traducen en alteraciones en la postura con predominio del patr3n flexor, dentro de las cuales las m3s frecuentes son:

- Ante-flexi3n de tronco (lo que hace que se desplace el centro de gravedad hacia delante).
- Cabeza en proyecci3n anterior.
- Caderas, rodillas y codos en flexi3n.
- Extremidades superiores en aducci3n.

En la enfermedad de Parkinson la postura es en ligera flexi3n que se ir3 acentuando conforme avance la enfermedad.

### 2.3.3. Habla y voz.

Las alteraciones motoras del habla no suelen ser condiciones t3picas de la demencia tipo Alzheimer en estadios iniciales. Aunque s3 en otras demencias (tipo Parkinson, corea de Huntington), en las que se observa entre las manifestaciones semiol3gicas m3s frecuentes: hipofon3a, voz mon3tona, apagada, afon3a, incremento de las pausas entre frases y palabras, articulaci3n imprecisa, aceleraci3n de la tasa del habla (taquifemia), repetic3n compulsiva de palabras o frases (palilalia), alteraci3n de la prosodia expresiva (aprosodia o p3rdida de inflexi3n del lenguaje) y disartria que provoca debilidad, lentitud, p3rdida de coordinaci3n o alteraci3n del tono de los m3sculos de la voz y el habla.

#### 2.3.4. Otras.

Crisis epilépticas, mioclonias, sincinesias, trastornos en el control de esfínteres, alteraciones de la sensibilidad, alteraciones en la función respiratoria (fatiga, disnea, dificultad para la eliminación de secreciones,...), dolor y restricción en el movimiento por alteraciones músculo esqueléticas (musculares y articulares).

Algunos síntomas físicos, como la disnea nocturna y el trastorno del sueño, pueden desencadenar problemas de comportamiento; la disuria puede provocar una exhibición de los genitales, o el estreñimiento puede causar una defecación inapropiada. Una fuente de dolor físico puede tener como resultado agitación o producción de ruidos, agresiones o trastornos del sueño. La incomodidad física del estreñimiento, el hambre o haber dormido mal también pueden provocar alteración del sueño. ***En la persona con demencia, las afecciones físicas pueden pasar inadvertidas al no quejarse de los síntomas típicos. Es posible que el rasgo más evidente sea el cambio de comportamiento.***

## 2.4. Evolución habitual de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias: fases, cronicidad, brotes.

El síndrome de demencia afecta a las personas que lo sufren de una manera muy heterogénea, dependiendo de la etiología que ocasionó el mismo, y de las peculiaridades del individuo enfermo (presencia de otras patologías asociadas, nivel cultural premórbido, etc.).

Los síntomas se manifiestan en tres dimensiones fundamentales:

- Síntomas cognitivos: alteraciones de memoria, lenguaje, capacidades visuo-espaciales, función ejecutiva y orientación.
- Síntomas conductuales y psicológicos (SCPD):
  - Relacionados con el área afectiva: cambios de humor, apatía, tristeza, labilidad emocional, irritabilidad, culpa, baja autoestima, ansiedad.
  - Relacionados con el área motora: hiperactividad, agitación, agresividad verbal, vagabundeo, movimientos repetitivos, conducta motora aberrante, etc.
- Síntomas funcionales: alteración progresiva de la capacidad funcional (avanzada, instrumental y básica) que la persona tenía previamente.

### 2.4.1 ENFERMEDAD DE ALZHEIMER.

Principal causa de demencia en el momento actual, se caracteriza por un inicio gradual y un deterioro cognitivo continuo, siendo éste uno de sus criterios diagnósticos. Los SCPD son variables a lo largo de la evolución de la enfermedad y su gravedad está condicionada con la intensidad del deterioro cognitivo, aunque existen elementos que pueden condicionarlos como algunos factores ambientales, la actitud del cuidador, la comorbilidad, los fármacos, etc.

Tomando como referencia la descripción que la Fundación Alzheimer España hace de cada una de las fases de la evolución del curso típico de la **demencia de Alzheimer**,

se describen **tres fases** que sirven para definir el estado de la persona y que resumen los **déficits o dificultades** más significativos en cada una de ellas:

### **=FASE 1=**

#### **– Memoria:**

Olvida sus citas, las llamadas telefónicas, el nombre de las personas (relaciones o amigos), los objetos familiares. Tiene dificultades para seguir una conversación, se equivoca en sus cuentas, no paga las facturas.

#### **– Comportamiento:**

Está sujeto a bruscos cambios de humor. Monta en cólera cuando se percata de que ha perdido el control sobre los elementos que le rodean. Tiene tendencia a aislarse en un entorno familiar que conoce bien: sale menos y no quiere ver a sus amigos.

#### **– Lenguaje y comprensión:**

Aunque continúe razonando y comunicándose bien con los otros, tiene, sin embargo, problemas para encontrar las palabras precisas; sus frases son más cortas; mezcla ideas que no tienen relación directa entre sí.

#### **– Coordinación de gestos espontáneos y movimientos corporales:**

En esta fase todavía está bien. No se pierde y aún puede conducir, se viste solo y come bien.

#### **– Actividades de la vida diaria:**

Es capaz de realizarlas sin demasiados problemas, incluso sus actividades profesionales. De hecho, todavía no está afectado más que por pérdida de memoria.

### **=FASE 2=**

#### **– Memoria:**

La memoria se altera progresivamente. Olvida los sucesos recientes. No se acuerda de lo que acaba de comer; acusa a sus amigos de abandonarlo porque no vienen a visitarlo. No puede asimilar o comprender los hechos nuevos: un matrimonio o el fallecimiento de un pariente. Sin embargo, el recuerdo de hechos lejanos persiste aunque los sitúe mal en el tiempo en que transcurrieron: la persona pide noticias de su madre fallecida recientemente o menciona a personas a las que no ha visto desde hace años.

#### **– Comportamiento:**

Este es el momento de las reacciones agresivas, desproporcionadas respecto al motivo que las ha desencadenado. Puede acusar a alguien de robarle si no encuentra su monedero; grita e incluso se vuelve agresivo si se le insiste para que se bañe. Cuanto más depende de otros más se irrita. Su fatiga aumenta y no hace nada sin que se le estimule. Experimenta miedos injustificados; un ruido, una cortina que se mueve o una luz pueden desencadenarlos. Camina durante horas de un lado a otro. Se levanta durante la noche y prepara su maleta para volver a casa

**– Lenguaje y comprensión:**

El conjunto de la comunicación con los demás se hace más difícil: habla menos, su vocabulario se empobrece, repite siempre las mismas palabras o las mismas frases durante horas. Cuando responde a las preguntas lo hace lentamente, buscando las palabras, no acaba las frases.

**– Coordinación de gestos:**

Sus gestos son imprecisos: se abrocha mal los botones, sostiene mal su tenedor o su cuchillo. Pierde el equilibrio. Se golpea con facilidad y las caídas son frecuentes. Se mueve lentamente y necesita que lo ayuden para ir a su habitación o al baño. Pueden aparecer movimientos anormales como temblores, contracturas musculares o convulsiones.

**– Actividades de la vida diaria:**

Su creciente confusión hace que le resulte cada vez más difícil enfrentarse a la vida diaria. No es capaz de elegir entre: su ropa, platos de comida, frases, etc.

Por otro lado, pierde su autonomía ya que no puede conducir, ni viajar en metro o en autobús sin compañía. Se pierde incluso en un trayecto que le es familiar.

Puede dedicarse a actividades peligrosas para sí mismo y para los demás como abrir la llave del gas sin encenderlo, u olvidar su cigarrillo y prender fuego por accidente.

**=FASE 3=**

**– Memoria:**

Olvida los hechos recientes y pasados. No reconoce a su cónyuge o a sus hijos. Sin embargo, conserva la memoria emocional. Se da cuenta de la persona que le cuida, le ayuda y le quiere. Este hecho debe estar siempre presente en la mente de quien se ocupa de él.

**– Comportamiento:**

Su humor es imprevisible: grita, llora, se agita. No reacciona coherentemente ante una situación, ni comprende una explicación.

**– Lenguaje y comprensión:**

Balbucea, repite palabras sin pies ni cabeza, y solo utiliza correctamente algunas muy concretas. No comprende lo que se le dice.

**– Coordinación de los gestos:**

No controla sus gestos. No sabe levantarse, sentarse o andar. Le cuesta trabajo tragar. No controla los esfínteres y aparece incontinencia.

**–Actividades de la vida diaria:**

Han desaparecido totalmente. Con gran frecuencia permanece en la cama, lo que conduce a la aparición de úlceras en los puntos de presión e infecciones respiratorias.

La muerte sobreviene generalmente debido a una enfermedad asociada (cáncer, accidente cardíaco o vascular cerebral), a veces como consecuencia de permanecer encamado (infecciones de úlceras, infecciones respiratorias y/o urinarias...).

#### 2.4.2. OTRAS DEMENCIAS.

Otras causas frecuentes de demencia, como las demencias vasculares, o por enfermedad con Cuerpos de Lewy no tienen un curso tan “*previsible*” como la demencia por enfermedad de Alzheimer.

En la **enfermedad con Cuerpos de Lewy** son características las fluctuaciones de la función cognitiva con variaciones pronunciadas en atención y alerta, así como la presencia de SCPD (fundamentalmente alucinaciones visuales recurrentes).

En las **demencias Vasculares**, fundamentalmente aquellas producidas por múltiples infartos cerebrales, es habitual un inicio agudo y una evolución en escalones relacionada con nuevos eventos vasculares, y períodos de mejoría o estabilización.

Aún teniendo en cuenta esa variabilidad la presentación del síndrome de demencia, que vendría determinada fundamentalmente por la etiología que lo provocó, puede resultar útil emplear la Escala de Deterioro Global de Reisberg (GDS), complementada con una escala auxiliar que aporta información de los estadios según la valoración funcional, la Funcional Assessment Staging (FAST), para realizar una aproximación al diagnóstico evolutivo (ver Tabla 1)

- La escala GDS está compuesta por las descripciones clínicas detalladas de siete estadios que van desde la cognición normal a la demencia muy grave.
- La escala FAST considera las actividades de la vida diaria examinando la pérdida funcional en personas que padecen demencia, y es especialmente útil en estadios avanzados de la enfermedad.

Se reproducen a continuación, de forma conjunta, y con la puntuación que suelen obtener los pacientes en cada estadio en el Mini Examen Cognoscitivo de Lobo (MEC), de manera que sirvan de apoyo en la valoración evolutiva de la dependencia que padecen las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias:

Tabla1. Evolución habitual de las demencias: comparativa indicadores de pruebas

Estadio GDS	Fase clínica	Descripción GDS	Características FAST
GDS 1	Adulto normal. Ausencia de alteración cognitiva MEC: 30 – 35	Ausencia de quejas subjetivas Ausencia de trastornos evidentes de memoria en la entrevista clínica	Ausencia de dificultades funcionales objetivas o subjetivas
GDS 2	Adulto normal de edad. Disminución cognitiva muy leve MEC: 25 – 30	<b>Quejas subjetivas de defectos de memoria</b> sobre todo en:  Olvidos de dónde ha dejado objetos familiares Olvido de nombres previamente bien conocidos  No hay evidencia objetiva de defectos de memoria en la entrevista clínica.  No hay evidencia de defectos objetivos en el trabajo o en situaciones sociales. Preocupación apropiada respecto a la sintomatología	<b>Dificultades subjetivas en el trabajo</b>
GDS 3	Deterioro cognitivo leve MEC: 20 – 27	<b>Primeros defectos claros</b> en más de una de las siguientes áreas:  El paciente puede haberse perdido yendo a un lugar no familiar  Los/as compañeros/as de trabajo son conscientes de su poco rendimiento laboral  El defecto para evocar palabras y nombres se hace evidente a las personas íntimas  El paciente puede leer un pasaje de un libro y recordar relativamente poco material  El paciente puede mostrar una capacidad disminuida en el recuerdo del nombre de personas nuevas conocidas recientemente  El paciente puede haber perdido o colocado un objeto de valor en un lugar equivocado  En la exploración clínica puede hacerse evidente un defecto de concentración  Se observa <b>evidencia objetiva de defectos de memoria únicamente en una entrevista intensiva</b>  Rendimientos disminuidos en actividades laborales y sociales exigentes. La negación o el desconocimiento de los defectos pasan a ser manifestados por el paciente. Los síntomas se acompañan de ansiedad discreta a moderada	Disminución de la capacidad laboral evidente según los compañeros  Dificultad en viajar a lugares nuevos  <b>Disminución de la capacidad organizativa</b>

Estadio GDS	Fase clínica	Descripción GDS	Características FAST
GDS 4	<p><b>Defecto cognitivo moderado. Enfermedad de Alzheimer leve</b></p> <p><b>MEC: 16 – 23</b></p>	<p><b>Defectos claramente definidos en una entrevista clínica cuidadosa</b></p> <p>Déficit manifiestos en las áreas siguientes:</p> <p>Conocimiento disminuido de los acontecimientos actuales y recientes</p> <p>El paciente puede presentar cierto déficit en el recuerdo de su historia personal</p> <p>Defecto de concentración puesto de manifiesto en la sustracción seriada</p> <p>Capacidad disminuida para viajar, control de su economía, etc.</p> <p>Normalmente no hay defecto de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientación en tiempo y persona</li> <li>• Reconocimiento de personas y caras familiares</li> <li>• Capacidad para viajar a lugares familiares</li> </ul> <p><b>Incapacidad para realizar tareas complejas</b></p> <p>La negación es el mecanismo de defensa dominante. Disminución del afecto y abandono en las situaciones más exigentes</p>	<p><b>Disminución de la capacidad de realizar tareas complejas</b> (por ejemplo planificar una cena para invitados, manejar las propias finanzas, olvidar de pagar las facturas, dificultad en las compras, etc.</p>
GDS 5	<p><b>Defecto cognitivo moderado – grave. Enfermedad de Alzheimer moderada</b></p> <p><b>MEC: 10 – 19</b></p>	<p><b>El paciente no puede sobrevivir mucho tiempo sin alguna asistencia</b></p> <p>Durante la entrevista es incapaz de recordar aspectos importantes y relevantes de su vida actual:</p> <p>Dirección o número de teléfono de muchos años</p> <p>Nombres de familiares próximos (como los nietos)</p> <p>Nombre de la escuela o instituto en el que estudió</p> <p>A menudo presenta cierta desorientación en tiempo (fecha, día de la semana, estación del año, etc.) o en lugar</p> <p>Una persona con educación formal puede tener dificultad para contar hacia atrás desde 40 de 4 en 4 o desde 20 de 2 en 2.</p> <p>Las personas en este estadio mantienen el conocimiento de muchos de los hechos de más interés que les afectan a ellos mismos y a otros. Invariablemente conocen su nombre y, en general, saben el nombre de su cónyuge e hijos</p> <p>No requieren asistencia ni en el aseo ni al comer, pero pueden tener alguna dificultad en la elección del vestido adecuado</p>	<p><b>Requiere asistencia en escoger la ropa</b> adecuada para el día, estación o la ocasión</p>

stadio GDS	Fase clínica	Descripción GDS	Características FAST
GDS 6	<p><b>Defecto cognitivo grave</b></p> <p><b>Enfermedad de Alzheimer moderada – grave</b></p> <p><b>MEC: 0 – 12</b></p>	<p>Ocasionalmente puede olvidar el nombre del cónyuge de quien, por otra parte, depende totalmente para sobrevivir</p> <p><b>Desconoce, en gran parte, los acontecimientos y experiencias recientes de su vida</b></p> <p>Mantiene cierto conocimiento de su vida pasada pero muy fragmentariamente</p> <p>Generalmente desconoce su entorno, el año, la estación, etc.</p> <p>Generalmente puede ser incapaz de contar hasta diez hacia atrás y a veces hacia delante</p> <p>Requiere cierta asistencia en las actividades cotidianas:</p> <p>Puede presentar incontinencia</p> <p>Puede requerir asistencia para viajar, pero, ocasionalmente, será capaz de viajar a lugares familiares</p> <p>El ritmo diurno está frecuentemente alterado</p> <p>Casi siempre recuerda su nombre</p> <p>Con frecuencia sigue siendo capaz de distinguir entre las personas familiares y no familiares de su entorno</p> <p>Acontecen cambios emocionales y de personalidad que son bastante variables e incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conducta delirante, por ejemplo acusar a su cónyuge de ser un impostor, hablar con personas imaginarias o con su imagen reflejada en el espejo</li> <li>• Síntomas obsesivos, por ejemplo puede repetir continuamente actividades de limpieza</li> <li>• Síntomas de ansiedad, agitación e, incluso, puede aparecer una conducta violenta previamente inexistente</li> <li>• Abulia cognitiva, por ejemplo, pérdida de deseos por falta del desarrollo suficiente de un pensamiento para determinar una acción propositiva</li> </ul>	<p><b>GDS 6</b></p> <p>Decremento en la habilidad para vestirse, bañarse y lavarse</p> <p><b>Se especifican cinco estadios:</b></p>
		<p><b>GDS 6a</b></p> <p><b>Se viste incorrectamente sin asistencia o indicaciones</b>, por ejemplo se puede poner ropa de calle sobre el pijama, zapatos en el pie equivocado o dificultades en abotonarse. Esto se repite cada vez con más frecuencia</p>	
		<p><b>GDS 6b</b></p> <p><b>Incapaz de bañarse correctamente</b> (por ejemplo, dificultad en ajustar la temperatura del agua), de vez en cuando o más frecuentemente en las últimas semanas</p>	
		<p><b>GDS 6c</b></p> <p><b>Incapacidad en el manejo de la mecánica del WC</b> (por ejemplo, olvida tirar de la cadena, no se limpia correctamente o no deposita adecuadamente el papel higiénico), de vez en cuando o más frecuentemente las últimas semanas</p>	
		<p><b>GDS 6d</b></p> <p><b>Incontinencia urinaria</b> (de vez en cuando o más frecuentemente las últimas semanas)</p>	
			<p><b>GDS 6e</b></p> <p><b>Incontinencia fecal</b> (de vez en cuando o más frecuentemente las últimas semanas)</p>



Estadio GDS	Fase clínica	Descripción GDS	Características FAST
GDS 7	Defecto cognitivo muy grave Enfermedad de Alzheimer grave MEC: 0	<p>Se pierden todas las capacidades verbales a lo largo de esta fase:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>En las fases tempranas de este estadio se pueden producir palabras y frases, pero el lenguaje es muy circunscrito</li> <li>En las últimas fases de este periodo no hay lenguaje, sólo gruñidos</li> </ul> <p>Incontinencia urinaria. Requiere asistencia en el aseo y la alimentación.</p> <p>Las habilidades psicomotoras básicas (por ejemplo, andar) se pierden a medida que avanza esta fase</p> <p>El cerebro parece incapaz de decir al cuerpo lo que tiene que hacer. A menudo, hay signos y síntomas neurológicos generalizados y corticales</p>	<p><b>GDS 7</b></p> <p>Pérdida del habla y de la capacidad motora</p> <p><b>Se especifican seis subestadios:</b></p>
			<p><b>GDS 7a</b></p> <p>Capacidad de hablar limitada a <b>media docena de palabras diferentes o menos</b>, en el curso de un día promedio o en el curso de una entrevista detenida</p>
			<p><b>GDS 7b</b></p> <p>Capacidad de hablar limitada a <b>una sola palabra inteligible</b>, en un día promedio o en el curso de una entrevista detenida (la persona puede repetir la palabra continuamente)</p>
			<p><b>GDS 7c</b></p> <p>Pérdida de la habilidad para caminar (<b>no puede andar sin ayuda personal</b>)</p>
			<p><b>GDS 7d</b></p> <p>Pérdida de la habilidad para estar sentado sin ayuda (por ejemplo, el individuo <b>caerá si no hay apoyos [brazos] en la silla</b>)</p>
			<p><b>GDS 7e</b></p> <p>Pérdida de la capacidad de <b>sonreír</b></p>
			<p><b>GDS 7f</b></p> <p>Pérdida de la capacidad para mantener la <b>cabeza erecta</b> independientemente</p>

## 2.5 Soportes terapéuticos específicos y repercusión para la persona.

En el momento actual no se puede hablar de tratamiento curativo de las demencias degenerativas en ninguna de sus fases. Los medicamentos disponibles en la actualidad modifican los síntomas, pero no curan la enfermedad ni evitan su progresión. Por ello debemos atender a una visión biopsicosocial en la cual distinguimos entre tratamientos farmacológicos y no farmacológicos:

### 2.5.1 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:

Atendiendo al factor farmacológico se distingue entre tratamiento específico de la demencia y tratamiento de los síntomas conductuales asociados a la demencia.

**A. Tratamiento específico.** En la actualidad se utilizan algunos fármacos que pueden atenuar algunas alteraciones de la esfera psicológica y conductual:

- INHIBIDORES DE LA ACETIL COLINESTERASA. Indicados en la fase inicial de la EA.
- MEMANTINA. Indicada en el tratamiento de las personas con EA moderada y avanzada.

**B. Tratamiento de los síntomas conductuales asociados a la demencia (SCPD):** Se utilizan los fármacos más habituales para la depresión, ansiedad, insomnio, agitación y psicosis.

### 2.5.2 TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO:

En la actualidad tiene especial relevancia la intervención psicosocial tanto en los síntomas de demencia, como en los síntomas conductuales asociados a la demencia, y constituye el primer eslabón terapéutico.

### 3. Abordaje de la valoración.

En este capítulo se ofrecen orientaciones para el proceso de valoración descrito en tres procedimientos: el informe de salud, la entrevista y la evaluación del entorno físico y humano.

#### 3.1 Interpretación del informe de salud

Aunque los Informes de Salud para solicitud de Prestaciones Sociales son distintos en cada Comunidad Autónoma, a estos efectos deben constar de los siguientes apartados:

- Datos de filiación de la persona (nombre, edad, CIP, dirección, teléfono), el nombre de los profesionales de referencia, del Centro de Salud y el teléfono de contacto.
- Problemas de salud y antecedentes de interés. Anotar todas las enfermedades que sufre actualmente la persona o que ha presentado en el pasado y deben subrayarse aquellas que generan la situación de dependencia. Señalar la concurrencia de enfermedad mental, retraso mental, trastornos graves del comportamiento, limitaciones sensoriales, enfermedades infecciosas activas o afectación de la capacidad perceptivo-cognitiva.
- Tratamientos medicamentosos y otras medidas terapéuticas que reciba
- Descripción de los cuidados que recibe incluyendo la necesidad de ayudas técnicas, oxigenoterapia y dieta. Grado de capacidad del usuario para el mantenimiento de su salud (capacidad para aplicarse medidas terapéuticas, evitar riesgos, pedir ayuda...).
- Resultados de los test de cribado cognitivo y funcional aplicados, como test cognitivo se utiliza el MEC y Pfeiffer y como test funcional el índice de Barthel.

Con respecto a lo que antecede, se debe tener presente que la demencia puede estar registrada de forma muy diversa: demencia a secas, demencia degenerativa, demencia tipo Alzheimer, Alzheimer, demencia senil, etc. Por lo que es necesario que se especifique el tipo de demencia y su grado: en la práctica esto no ocurre en la mayoría de los informes, y en ese caso se puede recurrir a observar la puntuación del MEC y del índice de Barthel (en el caso de que estén registrados, que no siempre es así).

Dichos instrumentos deben ser considerados con cautela y en el marco de la finalidad con la que han sido construidos.;

-. El MEC es un instrumento de cribaje de demencias. Se considera que un valor de MEC por debajo de 24 puntos sugiere la posible existencia de demencia en una persona mayor de 65 años. En los menores de esa edad el valor que se vincula con demencia es el inferior a 28 puntos. Además se debe tener en cuenta que las situaciones de analfabetismo pueden reducir la puntuación obtenida en la aplicación de este instrumento. En la práctica clínica se suele interpretar que una puntuación en personas mayores entre 30-35 es normal, una puntuación entre 25-30 indica un déficit cognitivo leve, una

puntuación entre 16-24 sugiere una demencia leve, entre 10-19 una demencia moderada, y, por debajo de 10 puntos, una demencia grave.

- El índice de Barthel es un instrumento de valoración de la situación de dependencia funcional. Una puntuación de 100 indica una situación de independencia funcional y 0 puntos de total dependencia funcional. En la práctica clínica se ha extendido como método de clasificación de pacientes a través de este instrumento lo siguiente: Un valor igual o mayor de 60, dependencia leve; entre 40 y 55, dependencia moderada; entre 20 y 35, dependencia severa, y por debajo de 20, dependencia total.

Por ello, hay que prestar atención a las afirmaciones de la persona y al grado de estas: a sus frecuentes omisiones y a sus contradicciones ya que todos estos aspectos son significativos.

Se deben identificar los otros problemas de salud que pueda tener la persona. Así por ejemplo, las limitaciones sensoriales son fundamentales a la hora de comunicarnos con ella y repercuten en el estado cognitivo y funcional. Los problemas artrósicos originan con frecuencia dolor crónico, limitaciones en las transferencias y dependencia. Los trastornos de conducta, tan frecuentes en las demencias, son una importante causa de dependencia y de estrés para la familia y la propia persona. Las enfermedades crónicas como HTA, cardiopatías, diabetes mellitus, dislipemia son factores de riesgo para la aparición de demencia y por lo tanto es común que coexistan con ella. Como consecuencia de ello, en el apartado de tratamientos medicamentosos es conveniente anotar el número de fármacos que recibe la persona.

Hay que tener muy en cuenta los diversos tipos de apoyo que se incluyan (ayudas técnicas, oxígeno, curas etc.). Es aconsejable leer el informe de salud con atención ya que la información en él registrada contrastarla con la que se obtiene en la entrevista.

### **3.2. Mejora del desarrollo de la entrevista: pautas y recursos**

El objetivo de la entrevista es la obtención exhaustiva y pormenorizada de todos los datos que son objeto del formulario del BVD, empleando para ello un tiempo razonable. Para conseguir este propósito es obligatorio que en la entrevista esté presente, además del/la interesado/a, la persona que mejor conozca sus antecedentes médicos y vitales, sus intereses y su carácter.

Se debe tener presente que las respuestas de una persona con demencia pueden parecer coherentes y sin embargo estar respondiendo en sentido diametralmente opuesto a la realidad. En los casos de demencia avanzada, la entrevista debe apoyarse más en la persona de referencia que en la propia persona que se valora.

Es importante comprobar antes de iniciar la entrevista la identidad de la persona que acompaña al usuario y su grado de conocimiento de estas cuestiones para que la entrevista cumpla sus objetivos. En la entrevista no es necesario ni conveniente que esté presente ninguna otra persona.

Es fundamental presentarse, como en otros casos, acreditarse e informar de cual es el objeto de la entrevista. Se debe realizar una presentación formal. Debemos dar información acerca de quiénes somos (nombre y apellidos), dónde trabajamos (Sistema de Salud, Servicios Sociales, etc.), y algún otro aspecto que nos parezca

relevante. Ello, es de utilidad para establecer un clima de cercanía y profesionalidad durante la entrevista.

Es aconsejable, antes de comenzar con el cuestionario “romper el hielo” haciendo algunas preguntas que den confianza al usuario y a su acompañante, interesándose por su edad, su lugar de nacimiento o sus aficiones.

La realización de la entrevista tanto al usuario como a su cuidador nos debe permitir contrastar directamente la información proporcionada por ambos y hacernos una idea precisa del estado cognitivo, funcional y emocional del usuario y de su relación con su entorno familiar.

Durante su transcurso se debe observar permanentemente la actitud mutua del interesado/a y su cuidador. Es decir, su intercomunicación verbal (tono en el que se hablan, cuestiones que evitan, grado de empatía entre ellos) como no verbal (gestos, actitudes corporales) así como su reacción ante las cuestiones planteadas. En todo momento se debe observar si expresan cambios de actitud, reacciones adversas, contradicciones, etc., que nos puedan ayudar a valorar mejor la información aportada, y a discriminar, en caso de duda, la fiabilidad o no de la misma.

A este respecto, será de utilidad observar las actitudes que tiene el/la entrevistado/a (informante/ cuidador): protector hacia la persona que valoramos, autoritario, que corrige continuamente, que no le deja hablar o expresarse libremente, recriminatorio, etc. Si existe discrepancia respecto a algún aspecto, es conveniente anotarla para aplicar alguna verificación si se considera necesario.

Durante la entrevista se pueden utilizar algunas técnicas o recursos que pueden ser útiles para obtener la mayor cantidad de información de manera fiable:

- Facilitación: Son estímulos verbales y no verbales que ayudan al entrevistado a seguir hablando, tales como asentir con la cabeza, decir “*ajá*” o “*muy bien, continúe*”, etc.
- Sumario: De vez en cuando conviene hacer una pausa y resumir la información que se ha obtenido para asegurarse de que se está registrando la información de forma correcta.
- Refuerzo positivo: Es un recurso que consiste en animar a los entrevistados a mantener el nivel de concentración con expresiones del tipo de “*lo está haciendo muy bien, ¿continuamos?*”.

No debemos descuidar en ningún momento el estado físico y psicológico de la persona que está delante; es conveniente interesarnos por si está cansado, si necesita un descanso, ir al WC, beber agua, etc. Esto nos permitirá establecer un mejor vínculo entre el entrevistador y el informante, aportando comodidad y humanidad a la formalidad de la valoración.

### **3.3 Evaluación del impacto del entorno físico y humano.**

Se evaluará si el entorno sociofamiliar cuenta con determinados apoyos, que puedan considerarse facilitadores así como del mismo modo se valorarán aquellos otros aspectos que puedan considerarse limitaciones y barreras a la hora de afrontar la situación de cuidado de una persona con demencia. Aunque se deberá prestar

especial atención a la diferenciación entre desempeño negativo por dependencia y el desempeño negativo por sobreprotección.

**Como riesgos más frecuentes a considerar cabe señalar:**

### **A.-FÍSICOS Y MENTALES.**

- Caídas, por inmovilidad o por no poseer ayudas.
- Quemaduras, por alteraciones de la sensibilidad o accidentes (fugas, mala señalización,...).
- Intoxicaciones por consumo de alimentos en mal estado, por mala colocación de los productos limpieza o aseo, así como de los medicamentos.
- Desorientación, por alteraciones cognitivas, visuales, perceptivas,...
- Pérdida de objetos, por no mantener rutina en la colocación temporal y espacial de los mismos.
- No localización de personas, en caso de emergencia por no disponer de dispositivos adecuados.

### **B.-SOCIALES Y AMBIENTALES**

- Conspiración de silencio, por lo general, en el curso de la enfermedad hay familias que dejan cuestiones sin aclarar o de las que no se habla por miedo, vergüenza, protección al resto de los miembros, etc. Eso, en una demencia que se prolonga durante años, podría llegar a ocasionar la ruptura de relaciones familiares.
- Familias multiproblemáticas, este tipo de familias presentan un mal funcionamiento en la esfera individual de cada uno de sus miembros (problemas de salud mental, adicciones...), familiar (confusión de roles, ausencia de reglas...) y social (mala organización de recursos, marginadas, aislamiento social, desempleo, falta de vivienda...). Ante esta situación estas familias se hacen fuertemente dependientes de los Servicios Sociales para dar respuesta a las demandas propias de cada uno de sus miembros y de la propia familia. Si a todo ello, se suma la demencia de uno de sus miembros, el impacto familiar puede ser realmente abrupto y la situación podría llegar a ser de riesgo tanto para persona como para la propia familia.
- Aislamiento social, puede ser que la gran cantidad de demandas que llevan consigo la demencia lleven al cuidador principal a prestar una gran dedicación al cuidado que se traduzca a veces en una estrecha y sobreprotectora relación con la persona cuidada, dejando al margen a otros miembros de la familia. Además, el carácter absorbente de la demencia a medida que avanza suele dejar poco tiempo para el contacto de los familiares con el mundo exterior. Esta tendencia al aislamiento social es especialmente desafortunada teniendo en cuenta que es en esta situación de enfermedad cuando más apoyos instrumentales y emocionales se requieren. Este aislamiento puede acentuarse en enfermedades como la demencia que poseen un cierto estigma social.
- Coexistencia de la demencia con otras situaciones estresantes, la demencia de uno de los miembros de la familia puede aparecer o coexistir en su desarrollo con otras situaciones estresantes por las que pueda estar atravesando una familia, algo que se consideraría una barrera en la atención al proceso de la demencia. Ejemplo: muerte o enfermedad grave de otro miembro de la familia o del propio cuidador; separación conyugal; crisis económica; situación de desempleo; accidente; violencia de género; violencia doméstica.

- Coexistencia de la demencia con otros períodos críticos del ciclo vital, se considera a la enfermedad crónica y en este caso la demencia como un período de crisis en el ciclo vital de una familia. Además, la demencia puede coexistir con otros períodos críticos del ciclo vital que podrían empañar la respuesta de una familia ante la demencia:
  - Crisis matrimoniales (ruptura familiar y efecto en los hijos; familias reconstituidas...).
  - Crisis del desarrollo (adolescencia; emancipación (nido vacío); envejecimiento...).
  - Enfermedad crónica.
  - Parejas del mismo sexo.
  - Hijos adoptados.
  
- Cuidador principal y único, la demencia es una enfermedad que puede prolongarse durante años. El avance de la enfermedad requiere cuidados que desgastan física y emocionalmente a la persona que cuida. Esta persona suele sacrificar sus proyectos de vida o al menos darles de lado mientras dura la situación de cuidado; de ahí, que en muchas ocasiones el cuidador principal presente ansiedad o depresión entre otras patologías de salud psicológica.

En algunos casos se pueden encontrar situaciones de excesivo proteccionismo de la persona valorada a causa de la ansiedad generada por la enfermedad tanto en el/la interesado/a como en la persona que lo atiende, o por sentimientos de culpabilidad en el entorno familiar

Otros posibles riesgos, son la falta de estrategias de afrontamiento, la ausencia de apoyo social, el control percibido y otras variables contextuales, tales como género, edad, parentesco con la persona cuidada y salud del cuidador.

## 4. Repercusión de la demencia en el desempeño de las tareas del BVD

El deterioro cognitivo que implica la demencia se expresa generalmente en una reducción de las habilidades requeridas para la realización de un correcto desempeño de las actividades de la vida diaria. El número de actividades, su tipología y el grado de afectación de las mismas varía en función de la severidad del deterioro cognitivo, las condiciones personales y del entorno de la persona valorada.

A continuación se analizan las principales repercusiones que pueden tener su origen en las limitaciones cognitivas, motoras, psicológicas y conductuales en la ejecución de cada una de las actividades que se valoran por parte de este colectivo. De ello no se desprende que estas situaciones deban encontrarse siempre en las personas con demencia, lo cual no sería cierto. Las indicaciones que se realizan a continuación deben entenderse como situaciones para comprender y a determinar su existencia y repercusión en la vida diaria en el momento en que el equipo realiza la valoración de la situación de dependencia.

### **A. COMER Y BEBER:**

Durante todo el acto podemos encontrar fallos en las funciones ejecutivas. La persona no identifica los elementos que necesita (alimentos, cubiertos, servilletas...) durante las comidas, desconoce la secuencia de pasos que debe seguir.

Se requiere mantener la atención para poder finalizar el acto con éxito evitando la dispersión; y mantener la orientación que facilite a la persona identificar los alimentos servidos del resto.

Si la actividad está por encima de sus posibilidades y la persona tiene alteraciones conductuales, puede responder de una manera violenta, negarse a comer y mostrar irritabilidad. Los trastornos psicofisiológicos en la conducta alimentaria pueden dificultar en gran medida la actividad, al igual que si padece disfagia o trastorno de la deglución, corriendo el riesgo de sufrir atragantamientos.

La persona valorada puede requerir apoyos, como supervisión mínima, apoyo verbal para recordar los pasos a seguir. Ayuda física parcial o total para el acto de comer, para recordar los platos.

En estadios avanzados puede presentar conductas de alimentación inadecuadas, si son disfuncionales y alteran la vida diaria requiriendo supervisión constante, debidas a alteraciones del comportamiento o por ejemplo que la persona no es capaz de reconocer el alimento comestible – estando éste ya servido - del no comestible (servilletas, otros objetos en la mesa, etc.).

**Reconocer y/o alcanzar los alimentos servidos:** Puede no reconocer los alimentos por la alteración en las agnosias, o por alteración en la memoria, porque no los recuerden. Si la función visuoespacial está alterada, puede ser que la persona no reconozca la distancia existente entre su propio cuerpo y los alimentos. El sujeto puede ser incapaz de realizar el movimiento para alcanzar el objeto o alimento, aunque lo perciba e identifique y carezca de trastornos motores (apraxia). Si presenta



signos extrapiramidales como rigidez o temblor, la precisión del movimiento puede ser insuficiente y encontrar dificultad para realizar y mantener la prensión de los objetos y alimentos.

**Cortar o partir la comida en trozos:** las alteraciones en la memoria pueden provocar que la persona no recuerde el uso de los cubiertos, la agnosia que no reconozca los cubiertos y la apraxia que le impida realizar el movimiento de cortar o partir, la alteración en la función visuoespacial, que no diferencie los cubiertos de la superficie de la mesa, o la distancia para agarrarlos. Los signos extrapiramidales interfieren en la prensión de los cubiertos y limitan los movimientos y precisión de los mismos.

**Usar cubiertos para llevar la comida a la boca:** la persona puede no recordar que tiene que hacer con la comida una vez que se encuentra en la cuchara o tenedor (alteraciones de la memoria). No reconocer los cubiertos ni comida (agnosia) o no poder realizar el movimiento de llevárselo a la boca aunque carezca de trastornos motores que se lo impidan y comprenda la orden (apraxia). La alteración en la función visuoespacial hace que no diferencie la comida en el plato ni calcule la distancia para pinchar o coger los alimentos. Los signos extrapiramidales interfieren en la prensión de los cubiertos y limitan los movimientos y precisión de los mismos.

**Acercarse el recipiente de la comida a la boca:** la persona puede no recordar que tiene que hacer con el recipiente (alteración de la memoria). No reconocer el recipiente (agnosia) o no poder realizar el movimiento de llevárselo a la boca aunque carezca de trastornos motores que se lo impidan y comprenda la orden (apraxia). La alteración en la función visuoespacial hace que no diferencie el recipiente del fondo de la mesa, o la comida o bebida que se encuentre dentro del recipiente. Los signos extrapiramidales interfieren en el agarre del recipiente y en el movimiento que ha de realizar, pudiendo verter el contenido.

## **B. HIGIENE PERSONAL RELACIONADA CON LA MICCIÓN Y DEFECACIÓN:**

Dependiendo del estadio de la demencia suele estar afectada la capacidad para ir al baño de forma independiente; la persona necesitaría supervisión, ayuda física o sustitución máxima para realizar esta tarea. Ayuda para encontrar y usar el cuarto de baño. Puede haber casos en que la persona no manifieste su deseo de utilizar el inodoro para realizar sus necesidades sino se le recuerda.

**Acudir a un lugar adecuado:** la persona puede encontrar dificultad en encontrar el lugar adecuado para realizar la micción y defecación, puede ser por desorientación espacial o porque no recuerde dónde tiene que acudir. También puede tener problemas de movilidad debidos a la alteración de la marcha.

**Manipular la ropa:** si se encuentra afectada la memoria, puede que no recuerde qué ropa tiene que quitarse y cómo ha de hacerlo. La agnosia impide que reconozca la ropa que ha de manipular y la apraxia que no pueda manipularla o no lo haga del modo adecuado. Los signos extrapiramidales y las alteraciones posturales interfieren en los movimientos necesarios para la manipulación de la ropa, dificultando el agarre, la pinza, y el recorrido articular. La desinhibición puede provocar que se vuelva a desvestirse una vez vestido

**Adoptar o abandonar la postura adecuada:** la persona puede encontrar dificultad en percibir la distancia existente entre el retrete y su cuerpo (alteración de la función visuoespacial), carecer de tono postural o resistencia para realizar y mantener la postura (alteraciones motoras) o no saber cuál es la posición que ha de adoptar (alteración de la memoria)

**Limpiarse:** puede no recordar qué tiene que limpiarse o cómo hacerlo (alteración de la memoria), no reconocer el papel higiénico o la parte de su cuerpo que tiene que limpiar (agnosia), incapacidad para realizar los movimientos adecuados sin existir trastornos motores (apraxia). Una postura inadecuada dificulta el acto, así como los signos extrapiramidales que limiten el recorrido articular y prensión del papel.

Durante todo el acto podemos encontrar fallos en las funciones ejecutivas. La persona no planifica la actividad, no prepara los elementos que necesita. No sabe cuál es la secuencia de pasos que ha de seguir ni el orden en que ha de realizarlos.

Si siente que se invade su intimidad personal, puede tener una reacción inadecuada respondiendo con enfado, irritabilidad, agresividad o llanto (síntomas conductuales). Los síntomas psicóticos pueden provocar que la persona rechace la ayuda de terceras personas por miedo, o generar ideas falsas como que le quieren quitar la ropa. Puede desvestirse en cualquier lugar si le apetece en caso de presentar desinhibición.

### **C. LAVARSE:**

Puede presentar déficit para reconocer los elementos necesarios y en el esquema corporal por lo que no identifica adecuadamente las partes del cuerpo y necesita supervisión o ayuda física dependiendo del avance de la enfermedad. Y limitaciones perceptivas/sensoriales que le impiden adecuar la temperatura del agua, correr riesgo de quemaduras y necesitar ayuda, a pesar de utilizar productos de apoyo, para secuenciar los pasos del lavado, para alcanzar determinadas partes del cuerpo, para salir y entrar en la ducha.

**Abrir y cerrar grifos:** puede encontrar dificultad para diferenciar el grifo de agua caliente del de la fría, bien porque no los identifique (agnosia) o porque no los recuerde (alteración de la memoria), no poder realizar la acción de abrir los grifos aunque carezca de trastornos motores y entienda el procedimiento (apraxia). Dejar el grifo abierto, porque no lo recuerde (alteración de la memoria) o por falta de atención. Si posee signos extrapiramidales le dificultará a la hora de agarrar y girar el grifo para abrirlo. Es necesario valorar también la capacidad de acceder a los mismos (silla de ruedas sin adaptación de lavabo, o por alteración visuoespacial) y la capacidad de regular la temperatura del agua.

**Lavarse las manos:** las alteraciones en la función visuoespacial originan que la persona no diferencie con exactitud la distancia a la que se encuentra el agua, dificultando que coloque sus manos debajo del grifo. Puede no recordar que ha de hacer (alteración de la memoria) o no poder ejecutar el movimiento si posee apraxia. No reconocer los elementos requeridos para realizar el acto o incluso su propio cuerpo (asomatognosia). Si las funciones ejecutivas están afectadas, encontrará dificultad a la hora de secuenciar los pasos (echarse jabón, enjabonarse, aclararse, secarse las manos...), así como para planificar aquellos elementos necesarios o iniciar la actividad. La existencia de signos extrapiramidales pueden afectar a la movilidad y recorrido articular, no pudiendo lavarse ni secarse correctamente entre los dedos o acceder a la toalla.

**Acceder a la bañera, ducha o similar:** las alteraciones en la función visuoespacial provocan que la persona no reconozca la profundidad de la bañera o no perciba la altura. Si posee apraxia, aunque reconozca el espacio y sus elementos, entienda las órdenes y carezca de trastornos motores, no podrá realizar la acción. Las alteraciones motoras dificultarán o imposibilitarán el acto, el riesgo de caídas aumenta si posee signos extrapiramidales.

**Lavarse la parte inferior del cuerpo:** las alteraciones en la función visuoespacial dificultan que la persona localice los elementos necesarios para llevar a cabo el acto. Puede no recordar que ha de hacer (alteración de la memoria) o no ejecutar los movimientos si posee apraxia, aunque comprenda las órdenes y no posea alteraciones motoras. No reconocer los elementos requeridos para realizar el acto o incluso su propio cuerpo (asomatognosia). Si posee alteraciones en el lenguaje expresivo o habla, no va a poder solicitar aquellos elementos que necesite. Si las funciones ejecutivas están afectadas, encontrará dificultad a la hora de secuenciar los pasos (coger la esponja, coger el jabón, echarse jabón, dejar el jabón, enjabonarse, dejar la esponja, aclararse...), así como para planificar aquellos elementos necesarios o iniciar la actividad. La existencia de signos extrapiramidales y alteración en la postura, afectan a la movilidad y recorrido articular, no pudiendo acceder a todas las partes de su cuerpo, coger correctamente la esponja y jabón, y aumentando el riesgo de caídas.

**Lavarse la parte superior del cuerpo:** encontramos limitaciones similares a las del apartado anterior. Se requiere mantener la atención para poder finalizar el acto con éxito evitando la dispersión. Si siente que se invade su intimidad personal, puede tener una reacción inadecuada respondiendo con enfado, irritabilidad, agresividad o llanto (síntomas conductuales). Si presenta síntomas psicóticos, puede reaccionar con rechazo ante terceras personas que intenten ayudarla en la actividad al pensar que las intenciones son otras, que la quieren hacer daño, creando ansiedad ante la actividad. La desinhibición puede provocar que se desvistan si saben que se tienen que duchar sin tener en cuenta el sitio dónde se encuentra.

#### **D. REALIZAR OTROS CUIDADOS PERSONALES:**

Se suele alterar la capacidad de identificar los objetos y la iniciativa, y puede necesitar supervisión verbal y secuenciación de los pasos de la tarea.

Por alteración conductual puede rechazar esta actividad, por lo que, también, puede necesitar supervisión y en algunos casos la ayuda especial, para comprobar si lo realiza de forma adecuada e incluso hacérsela.

Aún siendo capaz de realizar físicamente las tareas de la actividades puede necesitar apoyo, aunque este sea verbal, por pérdida de iniciativa para llevar a cabo su arreglo personal, ya que aún manteniendo la capacidad motriz, el deterioro cognitivo limita a la persona para mantener estos hábitos cotidianos.

**Peinarse:** puede no reconocer los elementos que intervienen en el acto (peine, cepillo, horquillas, coleteros...) o su propio cuerpo (asomatognosia). El recorrido articular y prensión del cepillo puede verse dificultado por la existencia de signos extrapiramidales; o de no existir alteraciones motoras, puede no realizar los movimientos requeridos de forma correcta por la presencia de apraxia, por no recordar cómo ha de hacerlos (alteración de la memoria) o porque no reconozca el peine (agnosia). Las alteraciones en las funciones ejecutivas pueden originar que la persona no inicie o finalice la actividad.

**Cortarse las uñas:** las alteraciones en la función visuoespacial pueden dificultar que la persona diferencie la uña del resto del dedo, corriendo el riesgo de cortarse. Puede no recordar el manejo de las tijeras (alteración de la memoria), no poder utilizarlas por la presencia de apraxia, no identificar el objeto (agnosia) o incluso sus propias manos (asomatognosia). Las alteraciones en la función ejecutiva hace que la persona no

planifique ni inicie la actividad, y los signos extrapiramidales, que no pueda agarrar las tijeras de un modo adecuado o que exista un alto riesgo de cortarse.

**Lavarse el pelo:** las alteraciones en la función visuoespacial dificultan que la persona localice los elementos necesarios como el champú o el grifo, para llevar a cabo el acto. Puede no recordar qué ha de hacer o cómo ha de hacerlo (alteración de la memoria) o no ejecutar los movimientos si posee apraxia, aunque comprenda las órdenes y no posea alteraciones motoras. No reconocer los elementos requeridos para realizar el acto (agnosia) o incluso su propio cuerpo (asomatognosia). Si padece alteraciones en el lenguaje expresivo o habla, no va a poder manifestar si le ha entrado jabón en los ojos.

Si las funciones ejecutivas están afectadas, encontrará dificultad a la hora de secuenciar los pasos (mojarse el pelo, coger el champú, echarse champú en las manos, frotarse la cabeza, aclararse...), así como para planificar aquellos elementos necesarios o iniciar y finalizar la actividad. La existencia de signos extrapiramidales y alteración en la postura, afectan a la movilidad y recorrido articular, no pudiendo acceder a los elementos necesarios, frotarse la cabeza, coger correctamente la esponja y el jabón.

**Lavarse los dientes:** las alteraciones en la función visuoespacial originan que la persona no diferencie con exactitud la distancia a la que se encuentra el agua, dificultando que coloque el cepillo debajo del grifo o que no diferencie el vaso o cepillo del lavabo. Puede no recordar qué ha de hacer (alteración de la memoria), no poder ejecutar el movimiento si posee apraxia aunque comprenda las órdenes y carezca de alteraciones motoras, o no reconocer los elementos requeridos para realizar el acto o incluso su propio cuerpo (asomatognosia).

Si posee alteraciones en las funciones ejecutivas, encontrará dificultad a la hora de secuenciar los pasos (coger la pasta y el cepillo, abrir la pasta, echarse la pasta en el cepillo, lavarse los dientes, aclararse...), así como para planificar aquellos elementos necesario, iniciar y finalizar con éxito la actividad. La existencia de signos extrapiramidales pueden afectar a la movilidad y recorrido articular, no pudiendo meter o mantener el cepillo dentro de la boca, agarrar el cepillo de dientes o abrir la pasta por falta de precisión de la pinza.

Puede reaccionar con miedo y ansiedad ante la ayuda de terceras personas, creyendo que la van a hacer daño con el cortauñas, los peines o secador (síntomas psicóticos).

## **E. VESTIRSE:**

Suele tener alterada la capacidad para las tareas que comprende vestirse y calzarse como secuenciar la actividad, distinguir el derecho del revés, por lo que puede necesitar ayuda y supervisión de otra persona para vestirse. Si además, la persona sufre limitaciones físicas, necesitará ayuda física parcial o sustitución máxima, dependiendo de la movilidad que mantiene conservada.

El estado de rigidez (posición fetal) al que se puede llegar en las fases avanzadas va a suponer la necesidad de un apoyo especial, tanto en este ítem como en “vestirse prendas de parte superior del cuerpo”, así como, en la actividad lavarse “lavar parte inferior y superior del cuerpo”.

**Reconocer y alcanzar la ropa y el calzado:** Puede no reconocer la ropa por la alteración en las gnosias, o por alteración en la memoria, porque no recuerden las

prendas. Si la función visuoespacial está alterada, puede ser que la persona no diferencie la ropa en el armario, ni las características de ésta. No poder ejecutar el movimiento si posee apraxia aunque comprenda las órdenes y carezca de alteraciones motoras. Puede no seleccionar la ropa adecuada, elegir ropa que no sea acorde con la estación en la que se encuentra o el tiempo que hace si presenta desorientación visuoespacial. La presencia de signos extrapiramidales como rigidez o temblor, provocan dificultad para realizar y mantener el agarre de la ropa.

**Calzarse:** puede no saber qué tiene que hacer con los zapatos, ni donde ponérselos (alteración de la memoria), no diferenciar las partes que componen los zapatos, como cordones o cremalleras (alteración de la función visuoespacial), o no poder atarse los zapatos aunque a nivel motor no existan limitaciones (apraxia). La existencia de signos extrapiramidales dificulta poder hacer la lazada y coger adecuadamente los cordones, así como acceder hasta la parte inferior del cuerpo si existe limitación en el recorrido articular.

**Abrochase botones y similar:** Puede no distinguir los ojales o botones en las prendas si hay afectación en la función visuoespacial. No saber cómo tiene que realizar la acción (alteración de la memoria) o no identificar los elementos (agnosia). El sujeto puede ser incapaz de realizar los movimientos requeridos para abotonarse, subirse la cremallera o hacer lazadas aunque carezca de trastornos motores (apraxia del vestido). Si tiene signos extrapiramidales, la pinza para coger los botones y demás elementos estará muy limitada, al igual que para introducir el botón por el ojal.

**Vestirse las prendas de la parte inferior del cuerpo:** puede encontrar dificultad en localizar las partes de las que se componen las prendas, y por ello mostrar dificultad en la colocación (alteración de la función visuoespacial). Puede no recordar qué ha de hacer (alteración de la memoria) o no ejecutar la acción aunque comprenda las órdenes y no padezca alteraciones motoras (apraxia del vestido). No reconocer las prendas requeridas para vestirse o incluso su propio cuerpo (asomatognosia). Si las funciones ejecutivas están afectadas, encontrará dificultad a la hora de ponerse la ropa en el orden adecuado. La existencia de signos extrapiramidales y alteración en la postura, afectan a la movilidad y recorrido articular, no pudiendo colocar todas las prendas adecuadamente en el cuerpo o sujetar la ropa.

**Vestirse las prendas de la parte superior del cuerpo:** encontramos limitaciones similares a las del apartado anterior. Durante todo el acto si presenta alteraciones en la atención, se mostrará disperso y no podrá realizar la actividad con éxito.

Puede mostrar agitación, conductas agresivas o irritabilidad, si la actividad no se ajusta a sus posibilidades o siente que se invade su intimidad (síntomas conductuales), o bien con miedo rechazo y ansiedad si piensa que terceras personas que no identifica intentan ayudarla, al creer que sus intenciones son hacerla daño (síntomas psicóticos). La desinhibición puede originar que se desvista continuamente consecuencia de acciones perseverantes y automáticas.

## **F. MANTENIMIENTO DE LA SALUD:**

No suele reconocer su propia enfermedad o déficits, pudiendo ponerse en peligro. Por la falta de conciencia de enfermedad puede determinar el uso incorrecto de la medicación, llegando incluso a rechazarla, por lo que puede llegar a necesitar supervisión constante para esta tarea. Como ejemplo, si la persona está desorientada y no posee conciencia de enfermedad, puede salir al exterior y perderse, poniendo en riesgo su integridad física.

**Solicitar asistencia terapéutica:** la persona requiere encontrarse orientada en el espacio para poder acudir al lugar adecuado, no solo en la comunidad, sino también en su propia casa para dirigirse a la habitación donde tenga el teléfono. Puede no ser capaz de identificar el teléfono o los números (agnosia), de marcar los números necesarios para solicitar asistencia (apraxia), no recordar dónde acudir, qué número marcar o incluso sus datos personales (alteración de la memoria). No poder expresar lo que le ocurre o pedir una cita porque su discurso no sea entendible, o que no comprenda el mensaje (alteración del lenguaje). Las alteraciones de las funciones ejecutivas ocasionan que la persona no organice y planifique la secuencia de pasos que tiene que realizar, como dirigirse a pedir cita, llamar por teléfono o anotar los datos que le proporcionen. La alteración en la marcha impide que se desplace al lugar necesario para solicitar la ayuda, y la alteración en el habla, que se pueda comunicar con nitidez.

**Aplicarse las medidas terapéuticas adecuadas:** puede no comprender las instrucciones que se le dan (alteración del lenguaje), olvidar las medidas que se le han indicado (alteración de la memoria), cuántas pastillas tiene que tomar o dónde ha puesto las cajas de los medicamentos. Si existe alteración en la función ejecutiva, puede no administrar las medidas en el orden que se le ha solicitado. Si existen síntomas psicóticos puede rechazar las medidas terapéuticas al pensar que terceras personas quieren hacerle daño, por ejemplo pensar que las pastillas son veneno y no tomarlas. Si hay alteraciones motoras puede dificultarse la administración de medicación.

**Evitar situaciones de riesgo dentro del domicilio:** Las situaciones de riesgo dentro del domicilio son innumerables y muy diversas, requieren mantener en gran medida las capacidades cognitivas, reconocer los elementos que pueden resultar peligrosos, y responder ante situaciones de riesgo. Si presenta síntomas conductuales, puede mostrarse agresivo, irritable, mostrar gran agitación o llanto si la situación está por encima de sus posibilidades o no comprende lo que ocurre.

**Evitar situaciones de riesgo fuera del domicilio:** Las situaciones de riesgo fuera del domicilio son aún más numerosas y heterogéneas, por lo que requieren mantener las capacidades cognitivas prácticamente intactas. Si presenta síntomas conductuales, puede mostrarse agresivo, irritable, mostrar gran agitación o llanto si la situación está por encima de sus posibilidades o no comprende lo que ocurre.

**Pedir ayuda ante una urgencia:** la persona requiere mantener un buen nivel atencional y encontrarse orientada en el espacio para poder acudir al lugar adecuado y/o indicar dónde se encuentra la urgencia. Puede no ser capaz de identificar la urgencia o los mecanismos necesarios para solicitar la ayuda (agnosia), de marcar los números necesarios para solicitar asistencia, o de realizar los trámites necesarios (apraxia), no recordar dónde ni a quién acudir, qué número marcar o incluso sus datos personales (alteración de la memoria). No poder expresar lo que le ocurre ni solicitar ayuda porque su discurso no sea entendible, o que no comprenda el mensaje (alteración del lenguaje). Las alteraciones de las funciones ejecutivas ocasionan que la persona no organice ni secuencie los pasos que tiene que realizar para pedir ayuda. La alteración en el habla que se pueda comunicar con nitidez. Los síntomas conductuales pueden provocar que la persona reaccione con irritabilidad, agresividad o llanto si la situación le desborda; y los síntomas psicóticos que pida ayuda ante situaciones inexistentes.

## **G. CAMBIAR Y MANTENER LA POSICIÓN DEL CUERPO:**

Las limitaciones motoras impiden que la persona pueda cambiar y/o mantener parcial o completamente, su posición del cuerpo (alteración en la postura). Con la existencia de signos extrapiramidales, podemos encontrar limitaciones en el recorrido articular que no permitan realizar diferentes movimientos, que éstos sean lentos, encontrar dificultad para agarrar o sujetarse a los reposabrazos o asideros, que los movimientos no sean precisos, carecer de fuerza y resistencia para permanecer en la misma postura o realizar transferencias.

La existencia de prosopagnosia dificultará la realización de determinados movimientos al no reconocer las diferentes partes de su cuerpo. Si posee apraxia, aunque sepa qué tiene que hacer y no posea alteraciones motoras, no podrá realizar los cambios posturales. En casos muy avanzados puede no mantenerse la capacidad para realizar transferencias y necesitar ayuda física parcial o sustitución máxima para mover su cuerpo. Como ejemplo, una persona con demencia puede no planificar de manera adecuada la transferencia secuenciando los pasos; puede tener riesgo de caída si no se presta el apoyo oportuno.

## **H. DESPLAZARSE DENTRO DEL HOGAR:**

Debido a limitaciones cognitivas puede no mantener la capacidad de realizar desplazamientos dentro del hogar incluso con las adaptaciones necesarias para el desempeño óptimo de las tareas de la actividad, requiriendo cierta frecuencia algún tipo de ayuda.

Si la persona presenta desorientación espacial, puede perderse dentro de su propio hogar o no llegar a la zona que pretendía. Al igual que si presenta alteración de la memoria, puede olvidar la distribución de la casa. Las alteraciones en la función visuoespacial pueden provocar que la persona tropiece o se golpee con mayor facilidad al no percibir objetos, alfombras o columnas. La apraxia de la marcha dificulta el desplazamiento, puede perder la iniciación del movimiento, mostrar torpeza fomentando caídas, o imposibilidad de realizar cualquier movimiento de manera voluntaria aunque carezca de limitaciones motoras. Las alteraciones en la postura y la marcha dificultan o imposibilitan los desplazamientos en el interior del hogar. Si presenta signos extrapiramidales, la persona caminará torpemente, rígido y con pequeños pasos, aumentando considerablemente el riesgo de caídas.

## **I. DESPLAZARSE FUERA DEL HOGAR:**

Suele necesitar supervisión verbal o acompañamiento de otra persona por desorientación o por limitaciones físicas que impidan a la persona poder salir al exterior sin ayuda.

Podemos encontrarnos las mismas limitaciones que en el apartado anterior, aunque las consecuencias pueden ser más graves. Si presenta desorientación espacial, puede perderse incluso en su propio barrio. Las alteraciones en la memoria pueden hacer que no llegue a los lugares indicados o que no sepa volver a casa. Las alteraciones en la función visuoespacial pueden provocar que la persona tropiece o se golpee con mayor facilidad al no percibir objetos, las señales, escaleras o los bordillos, o que no perciba correctamente los números del ascensor.

La apraxia de la marcha dificulta el desplazamiento, puede perder la iniciación del movimiento, mostrar torpeza fomentando caídas, o imposibilidad de realizar cualquier movimiento de manera voluntaria aunque carezca de limitaciones motoras.

La alteración en las funciones ejecutivas impedirá la utilización de medios de transportes, al no planificar ni secuenciar la actividad correctamente. Las alteraciones en la postura y la marcha dificultan o imposibilitan los desplazamientos en el interior del hogar. Si presenta signos extrapiramidales, la persona caminará torpemente, rígido y con pequeños pasos, aumentando considerablemente el riesgo de caídas.

## **J. REALIZAR TAREAS DOMÉSTICAS.**

Suele ser una de las primeras actividades en afectarse. Puede necesitar ayuda física de otra persona por déficit en la destreza manipulativa, movilidad funcional o deterioro cognitivo, que impida planificar y organizar las tareas de la actividad: falta de iniciativa o coherencia en la realización de las mismas.

Las actividades instrumentales son más complejas que las tareas de autocuidado, de manera general se puede destacar que la persona va a necesitar ayuda para una o varias de estas actividades. A medida que avanza la enfermedad la frecuencia y el tipo de apoyo irá en aumento, llegando a la sustitución máxima.

**Preparar comidas:** si existe alteración en la atención, pueden producirse incidentes como quemar la comida o echar azúcar en lugar de sal. Si existe alteración en la memoria, no recordar las recetas, si ha echado o no los ingredientes o incluso olvidar que estaba cocinando y dejar el fuego encendido. Puede no identificar algún objeto de la cocina o ingrediente que requiera para reparar la comida (agnosia), o no diferenciarlos dentro del armario o la nevera (alteración de la función visuoespacial). Si tiene apraxia no podrá realizar determinados movimientos de forma voluntaria aunque no tenga alteraciones motoras y comprenda los pasos. Las alteraciones en el cálculo dificultarán la utilización de las medidas indicadas en las recetas, y en la orientación, que prepare las comidas a la hora y en el momento adecuado. Si las funciones ejecutivas se encuentran alteradas, la planificación de las actividades tales como preparar ingredientes o los utensilios de cocina, secuenciar la actividad siguiendo los pasos indicados y finalizar con éxito la receta será muy complicado o inviable. Las limitaciones motoras, en la postura y signos extrapiramidales, impedirán acceder a determinados elementos o ingredientes, cortarlos con precisión, sin correr el riesgo de cortes y trasladarlos de un recipiente a otro.

**Hacer la compra:** si existen alteraciones en las funciones ejecutivas va a ser muy complicado que la persona pueda realizar la acción, pues requiere una planificación previa para la secuenciación de la actividad (hacer la lista de la compra, calcular el precio, coger el dinero necesario, ir al supermercado, coger los productos...). Puede perderse en el supermercado, en el recorrido de su hogar a la tienda o ir en un horario no adecuado si carece de orientación temporoespacial. Puede olvidar los productos que iba a comprar o dónde tiene que comprarlos (alteración de la memoria), no reconocer los productos (agnosia), no identificarlos en las estanterías llenas de otros productos (alteración de la función visuoespacial). Puede tener problemas en calcular el precio de la compra, a la hora de pagar o comprobar las vueltas si padece alteraciones en el cálculo. Las limitaciones motoras pueden dificultar o imposibilitar la actividad si no puede desplazarse hasta el establecimiento de compra (alteración de la marcha), no puede coger los productos por limitación articular, llevar las bolsas, empujar el carrito, agarrar frascos, latas y demás productos o manipular el dinero (alteración de la postura y signos extrapiramidales).

**Limpiar y cuidar de la vivienda:** Las alteraciones en las funciones ejecutivas van a dificultar que la persona planifique y secuencie los pasos y que prepare los elementos necesarios, encontrar dificultad para iniciar la actividad o que persista en la misma



actividad. Si sufre agnosia, puede no identificar los instrumentos, y la apraxia hace que no pueda utilizarlos ni realizar los movimientos requeridos para la acción aunque no padezca alteraciones motoras y comprenda las órdenes. Las alteraciones de memoria pueden causar que no recuerde qué ha de hacer, cómo lo ha de hacer o incluso los elementos que tiene que utilizar. Si presenta alteración en la función visuoespacial, puede que no limpie adecuadamente al no percibir la profundidad de los muebles. Las características de los objetos o la posición de éstos respecto a su propio cuerpo. Las alteraciones motoras en los signos extrapiramidales, la postura y la marcha, limitan a la persona a la hora de moverse por la vivienda para realizar las actividades de mantenimiento de la misma, para agarrar y manipular los elementos de limpieza o acceder a los muebles.

**Lavar y cuidar la ropa:** puede encontrar dificultades en la planificación de la actividad, en la secuenciación de pasos (separar la ropa, poner la lavadora, tenderla, doblarla...) al sufrir alteración en las funciones ejecutivas.

Si padece agnosia puede no identificar correctamente las prendas, los elementos necesarios para su cuidado o limpieza y la agnosia cromática hace que no separe correctamente la ropa de color de la blanca. La apraxia provoca que aunque carezca de trastornos motores y comprenda la secuencia de pasos, no pueda realizar los movimientos necesarios de manera correcta.

Si presenta alteración de la función visuoespacial, puede no diferenciar las manchas en la ropa, o la ropa del fondo del tambor de la lavadora.

Las alteraciones en la memoria originan que la persona no recuerde las veces que se ha puesto la ropa y por consiguiente si tiene que lavarla, que no recuerde los pasos que tiene que seguir, o qué productos ha de utilizar. Las alteraciones motoras, como los signos extrapiramidales o postura, pueden provocar que la persona no cuente con la precisión o fuerza adecuada para utilizar las pinzas o que el recorrido articular del hombro esté limitado y no pueda colgar la ropa, y las alteraciones en la marcha, que no pueda desplazarse desde el lugar donde lava la ropa hasta donde la tiende.

Puede mostrarse agitado, agresivo, irritable o mostrar labilidad emocional ante tareas domésticas que se le planteen y no sepa resolver, si presenta síntomas conductuales, o responder con rechazo y ansiedad si presenta síntomas psicóticos, al distorsionar la realidad de las situaciones u objetos.

## **K. TOMA DE DECISIONES:**

Se pierden habilidades cognitivas y por afectación del funcionamiento mental la persona con demencia suele necesitar muy frecuentemente algún tipo de ayuda para la toma de decisiones. La necesidad de ayuda requerida puede llegar a rechazarla, exponiéndose a riesgos por falta de conciencia de enfermedad, falta de coherencia e iniciativa.

La toma de decisiones sobre alimentación cotidiana, hábitos de higiene, desplazamientos y relaciones interpersonales, uso y gestión del dinero, gestión del tiempo son actividades complejas en las que la persona con demencia casi siempre va a requerir el apoyo de otra persona, por limitaciones cognitivas y ejecutivas. Como ejemplo, la persona realiza las actividades de compra y preparación de comida, pero su alimentación suele ser inadecuada y escasa, en horas incoherentes, por lo que necesita ayuda de otros para planificar una dieta y alimentos adecuados, así como supervisión del horario de las comidas.

Igualmente, una persona con demencia puede tener serias dificultades para iniciar conversaciones de manera espontánea, por lo que las relaciones interpersonales se ven deterioradas, necesitando el apoyo de otra persona para estimular las decisiones relacionadas.

**Decidir sobre la alimentación cotidiana:** Si presenta alteración en las funciones ejecutivas, encontrará dificultad para iniciar la actividad, para planificar los horarios o mantener una dieta equilibrada. Si presenta desorientación temporoespacial, puede no comprender cuando es el momento oportuno. Puede no saber qué comer debido a la agnosia (que no reconozca los alimentos) o, por alteración de la memoria, que no recuerde los diferentes grupos de alimentos ni si ha comido.

**Dirigir los hábitos de higiene personal:** si presenta agnosia o asomatognosia, puede no identificar los signos evidentes de necesidad de aseo. Las alteraciones en las funciones ejecutivas originan que no tenga iniciativa para iniciar la actividad o planificar los hábitos relacionados de forma adecuada. La alteración en la memoria, que no recuerde la última vez que se aseo, queriendo hacerlo de nuevo sin necesidad, o negándose al creer que lo hizo recientemente.

**Planificar los desplazamientos fuera del hogar:** la desorientación en el espacio impedirán que la persona pueda planificar un itinerario. La alteración en las funciones ejecutivas, que planifique los medios de transporte que debe coger y cómo ha de hacerlo. La alteración en la memoria, que no recuerde cuál es el recorrido adecuado para llegar a su destino, y las alteraciones en el cálculo, que no estime el tiempo empleado para un trayecto.

**Decidir sus relaciones interpersonales con personas conocidas:** puede no reconocer las caras de familiares y amigos (prosopagnosia). Si presenta síntomas psicóticos, puede mostrar miedo y ansiedad ante terceras personas al creer que se acercan a ella para dañarla o robarle. Los síntomas conductuales pueden provocar reacciones exageradas o inapropiadas si no comprende el ambiente o no reconoce a la gente. La desinhibición puede originar situaciones incómodas al desvestirse en cualquier lugar o utilizar un lenguaje comprometido.

**Decidir sus relaciones interpersonales con personas desconocidas:** si presenta síntomas psicóticos, puede mostrar miedo y ansiedad ante terceras personas, puede pensar que quieren hacerla daño, que le han robado algo, o que son los amantes de su pareja. Los síntomas conductuales pueden provocar reacciones exageradas o inapropiadas ante un ambiente desconocido y gente nueva. Puede perder el pudor y utilizar un lenguaje sexual grosero, o desvestirse (desinhibición) originando situaciones comprometidas y creando rechazo de terceras personas.

**Gestionar el dinero del presupuesto cotidiano:** las limitaciones en el cálculo, dificultan que la persona pueda realizar actividades monetarias, ya sean operaciones bancarias o compras. Las alteraciones en la memoria, que pueda llevar un control del presupuesto familiar, al olvidar gastos, ingresos y el valor del dinero. La agnosia puede ocasionar que no identifique las diferentes monedas, y por consiguiente su valor. Los síntomas psicóticos pueden provocar que la persona piense que el cajero del banco le está robando dinero, que se quedan con su dinero en el supermercado.

**Disponer su tiempo y sus actividades cotidianas:** si las funciones ejecutivas se encuentran alteradas, la persona no planificará su tiempo de forma adecuada, encontrará dificultad para finalizar una actividad e iniciar una nueva. Las alteraciones en la memoria provocarán que la persona olvide cómo repartir su tiempo o qué materiales necesita para las diferentes actividades.

**Resolver el uso de servicios a disposición del público:** puede mostrarse agitado, agresivo, irritable o mostrar labilidad emocional ante situaciones que se le planteen y no sepa resolver, si presenta síntomas conductuales. Además de no entender la finalidad de estos servicios en relación a sus necesidades y el modo de emplearlos.

## 5. Cuidados específicos.

La demencia como pérdida de las habilidades mentales interfiere de forma grave con la habilidad de la persona para funcionar con normalidad en las actividades cotidianas y en el entorno social.

Pueden olvidar cómo se hacen las tareas más sencillas, tales como lavarse los dientes o peinarse. Comienzan a tener dificultades para pensar con claridad y expresarse, comprender, leer o escribir. En estados avanzados de la enfermedad, las personas con demencia pueden volverse ansiosas o agresivas, o se apartan del hogar y con el tiempo, pueden necesitar cuidados de enfermería continuos e intensivos.

En la mayoría de los casos, son los cónyuges u otros familiares los que se encargan de su cuidado diario y a medida que la enfermedad empeora, necesitarán más y más cuidados.

El impacto de la demencia sobre el sistema familiar no siempre es el mismo. Hay familias que se unen más y se fortalecen ante la aparición de una enfermedad y hay otras que tienen graves conflictos e incluso acaban separadas. De todos es sabido que una problemática familiar no resuelta y de estrés crónico en la familia podría llevar a negligencias en el cuidado e incluso al abandono de la persona enferma. De ahí la importancia de valorar e intervenir adecuadamente sobre el entorno.

Todo esto se agrava, si además el/la cuidador/a principal también es el único cuidador, es decir no cuenta con ayudas de tipo “profesional” (cuidadores/as profesionales, centro de día, centro de noche...) ni de tipo “no profesional” (apoyo de familiares, vecinos, amigos...).

Las variables contextuales que ya existían previas a la situación pueden llegar a influir diferencialmente sobre el proceso general del cuidado ya que podrían actuar, como variables moderadoras de los efectos del cuidado sobre la salud psíquica y física de los/as cuidadores/as.

Los productos de apoyo facilitan la autonomía personal y la participación social de las personas en situación de dependencia, permitiendo llevar a cabo acciones que, sin su uso, serían imposibles de realizar, supondrían un gran esfuerzo y dificultad y, en muchos casos, generarían posibles riesgos.

### 5.1 Resumen de un caso a modo de ejemplo.

#### ❖ Problemas identificados en el informe de condiciones de salud que afectan el desempeño del solicitante en la actividad.

Persona de 80 años que aporta un informe de salud en el que se indica que presenta un deterioro cognitivo moderado por una enfermedad de Alzheimer y requiere ayuda en la AVD.

#### ❖ Descripción del funcionamiento observado en las distintas actividades y su relación con el informe de salud.

Evaluadas las capacidades de la persona no se observan discordancias con el informe presentado, confirmándose del estadio evolutivo de la demencia que le afecta corresponde al referido, y se comprueba que los déficits y limitaciones que presenta se derivan fundamentalmente de su deterioro cognitivo en áreas como la memoria, las agnosias, las praxias y la orientación.

Precisa supervisión diaria para el vestido, lo que impedía que alcanzara la máxima puntuación en el Índice de Barthel. Su situación física es buena, lo que le permite realizar todas las transferencias corporales con mínimas supervisiones y, sin embargo, no es capaz de tomar decisiones por sí mismo, no es capaz de realizar desplazamientos fuera del hogar, tampoco puede realizar las tareas domésticas, que por otra parte nunca desempeñó estas, requiere supervisión para desplazarse dentro del hogar, para evitar episodios de desorientación y accidentes.

Es capaz de realizar sus tareas de aseo personal, aunque requiere supervisión y estrategias de apoyo, así como aun siendo continente para la micción y la defecación, su esposa debe supervisar también esta actividad incluso dentro del domicilio.

#### **❖ Identificación del empleo de ayudas técnicas.**

Hasta el momento no han recurrido al uso de ayudas técnicas. Podría recomendarse el adiestramiento en un dispositivo de teleasistencia para casos de emergencia y para cuando la persona esté sola en el domicilio y requiriera ayuda externa, lo que podría permitir cierta libertad al cuidador/a principal, así como garantizar una atención adecuada en caso necesario.

#### **❖ Barreras o facilitadores en el entorno.**

Han aceptado las acertadas recomendaciones de su enfermera comunitaria eliminando obstáculos que pudieran ser causa de accidentes dentro del domicilio. Han sustituido la bañera por un plato de ducha y han colocado distintivos en las distintas estancias (cocina, baños, dormitorio, etc.) que le facilitan la orientación y el reconocimiento de las mismas dentro de su domicilio.

#### **❖ Situación de dependencia valorada.**

Grado 1 Nivel 2/ Escala específica del BVD

## 6. Otros contenidos de interés

### 6.1 Glosario

- **Acalculia:** incapacidad para realizar cálculos matemáticos sencillos.
- **Acinesia:** falta, pérdida o cesación de movimiento.
- **Aducción:** movimiento de acercamiento de una extremidad u otro órgano al plano medio que divide imaginariamente el cuerpo en dos partes iguales.
- **Afasia:** pérdida del habla a consecuencia de desorden cerebral.
- **Agnosia:** pérdida de la facultad de transformar las sensaciones simples en percepciones propiamente dichas, por lo que el individuo no reconoce las personas u objetos.
- **Agnosia cromática:** incapacidad de denominar y designar colores considerando que la percepción cromática visual es correcta.
  
- **Agnosia visual:** alteración del reconocimiento visual de los objetos, u otras categorías de estímulos como caras o colores.
  
- **Agrafia:** incapacidad total o parcial para expresar las ideas por escrito a causa de lesión o desorden cerebral.
  
- **Alexia:** incapacidad para leer o comprender lo que se lee por lesión cerebral.
  
- **Amimia - hipomimia:** pérdida de o disminución de la mímica facial favoreciendo la aparición de la facies en máscara.
- **Amnesia:** pérdida o debilidad notable de la memoria.
- **Anosognosia:** trastorno de la percepción que consiste en la negación o ausencia de reconocimiento de la propia patología.
- **Apraxia:** incapacidad de ejecutar movimientos coordinados complejos sin que exista lesión motora o sensorial.
- **Apraxia del vestido:** desorganización de los gestos que conciernen electivamente al acto del vestido.
  
- **Asomatognosia:** pérdida de la conciencia de una parte o de la totalidad del cuerpo.
- **Ataque apoplético:** suspensión súbita de la acción cerebral por derrame sanguíneo.
  
- **Atrofia muscular:** desgaste o pérdida del tejido muscular.

- Bradicinesia:** disminución de la velocidad en los movimientos voluntarios.
- Comorbilidad:** situación de padecer dos o más enfermedades al mismo tiempo.
- Epilepsia:** afección cerebral crónica que provoca crisis recurrentes debidas a descargas excesivas de impulsos nerviosos por las neuronas cerebrales; en muchos casos provoca unas crisis convulsivas características.
- Cuerpos de Lewy:** corpúsculos o inclusiones citoplasmáticas que aparecen en las neuronas de personas enfermas afectados de Parkinson o de demencia por Cuerpos de Lewy difusos.
- Disartria:** dificultad para la articulación de la palabra causada por la falta de coordinación de faringe, laringe, lengua; ocurre por afectación de ciertas estructuras nerviosas pero los centros corticales del lenguaje están intactos.
- Discinesia-corea:** movimientos involuntarios breves, irregulares, repetitivos, a veces similares a movimientos voluntarios. Aunque pueden ser generalizados predominan en la región distal de las extremidades superiores.
- Disfagia:** dificultad o imposibilidad de tragar.
- Disnea:** dificultad respiratoria o falta de aire.
- Distonía:** contracciones musculares involuntarias mantenidas desencadenadas o no por un movimiento (se diferencian de un tic en que se pueden suprimir).
- Disuria:** expulsión de la orina difícil, dolorosa e incompleta.
- Estereotipia:** consiste en la repetición continua de los mismos gestos (estereotipia motriz o ecopraxia), de los mismos tics, de las mismas palabras (estereotipia verbal o ecolalia).
- Fabulaciones:** delirio de la memoria; acción de tomar por recuerdos vividos hechos que no han sucedido, inventar recuerdos que se toman como reales.
- Festinación:** tendencia que experimentan ciertas personas a acelerar su marcha para evitar la caída hacia delante.
- Hipertonía:** aumento anormal del tono del músculo y una capacidad reducida de un músculo a estiramiento.
- Hipersomnia:** patología caracterizada por un exceso de sueño diurno y nocturno, que llega a invadir la actividad de la vigilia.
- Hipocinesia:** restricción en la amplitud de los movimientos voluntarios.
- Hipofonía-afonía:** disminución o desaparición de la intensidad de la voz.
- Hipotensión ortoestática:** caída de la presión arterial sanguínea que viene como resultado después de que una persona haya estado de pie durante un tiempo prolongado, o cuando se pone de pie después de haber estado sentada o acostada.

- Hipotonía:** disminución del tono muscular.
- Ictus:** ataque súbito y violento; especialmente se aplica al accidente cerebro vascular, ACV, que es el resultado de la interrupción repentina del riego sanguíneo en el cerebro, por un coágulo o por una hemorragia.
- Ideación paranoide:** ideas psicóticas caracterizada por delirio, sobre todo autorreferencial (sentirse observado o vigilado por los demás) o de persecución.
- Marcha en tándem:** caminar con un pie delante del otro de forma sucesiva.
- Mioclona - mioclonus:** movimientos involuntarios, breves, bruscos y similares a sacudidas que provocan una contracción muscular brusca.
- Motilidad:** se refiere a movimientos espontáneos e independientes.
- Movilidad:** se refiere a movimientos voluntarios.
- Movimiento automático:** resulta de la transformación, por repetición, de una actividad primitivamente voluntaria, en una actividad cada vez mejor coordinada, no necesitando durante su desarrollo, en forma imprescindible, la intervención de la conciencia y de la atención.
- Movimiento propositivo:** movimiento voluntario, aprendido.
- Musculatura estriada:** tipo de músculo que tiene como unidad fundamental el sarcómero. Es el encargado del movimiento de los esqueletos axial y apendicular y del mantenimiento de la postura o posición corporal. El músculo cardíaco también es estriado.
- Orofaringe:** región anatómica que nace en la porción más posterior de la boca, desde el paladar blando hasta el hueso hioides e incluye el tercio posterior de la lengua. Es también el lugar por donde transitan los alimentos, líquidos y saliva al ser tragados, desde la boca hacia el esófago.
- Órtesis:** apoyo u otro dispositivo externo aplicado al cuerpo para modificar los aspectos funcionales o estructurales del sistema neuromusculoesquelético.
- Palilalia:** trastorno del lenguaje hablado que consiste en la repetición espontánea e involuntaria de sílabas o de palabras.
- Paraparesia:** pérdida de fuerza, sin llegar a la parálisis, que se localiza en ambos miembros inferiores.
- Paratonía:** imposibilidad o gran dificultad de relajación muscular activa, incluso con contracción exaltada, pudiendo incluso llegar a la catalepsia; dificulta notablemente la adquisición de una motricidad armoniosa.
- Paso congelado:** bloqueo del paso.
- Piramidalismo:** afectación de la vía piramidal en cualquier punto de su trayecto, incluido el haz piramidal, y no a lesión del sistema motor piramidal, que es un



concepto funcional, no anatómico. El signo de Babinski es característico de lesión del haz piramidal en cualquier punto.

- **Propiocepción** (interocepción): la propiocepción es el sentido que informa al organismo de la posición de los músculos, es la capacidad de sentir la posición relativa de partes corporales contiguas.
- **Prosopagnosia**: dificultad de reconocer a familiares y amigos por el rostro. Incluso puede no llegar a reconocerse el mismo en un espejo.
- **Reflejo osteotendinoso o miotático**: es un reflejo medular.
- **Rigidez en rueda dentada**: aumento del tono muscular, con las características que le da nombre.
- **Signo de Romberg**: vacilación del cuerpo estando con los pies juntos y los ojos cerrados; signo de ataxia locomotriz.
- **Sincinesia**: realización de movimientos simultáneos e involuntarios en la extremidad contralateral a la que se pide que se mueva.
- **Síndrome Hipercinético**: trastorno caracterizado por una excesiva actividad muscular (hiperactividad) tal como intranquilidad, agresividad y actividad destructiva.
- **Síndrome Hipocinético**: trastorno caracterizado por un déficit actividad muscular.
- **Sindrónico**: perteneciente o relativo a síndrome.
- **Taquifemia**: aumento patológico de la velocidad del habla.
- **Temblor**: se define como un movimiento rítmico, involuntario y oscilatorio de una o varias partes del cuerpo. Se produce por la contracción alternante de los músculos agonistas y antagonistas y es el trastorno del movimiento más frecuente.
- **Tono muscular o tensión residual muscular**: es la contracción parcial, pasiva y continua de los músculos.

## 6.2 Anexo 1: Escalas e índices que se citan en el texto

### Índice de Barthel

#### Comida

- 10. Independiente. Capaz de comer por si solo en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona
- 5. Necesita ayuda para cortar la carne, extender la mantequilla, etc., pero es capaz de comer solo
- 0. Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona

#### Aseo

- 5. Independiente. Capaz de lavarse entero, de entrar y salir del baño sin ayuda y de hacerlo sin necesidad de que otra persona supervise
- 0. Dependiente. Necesita algún tipo de ayuda o supervisión

#### Vestido

- 10. Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda
- 5. Necesita ayuda. Realiza sin ayuda más de la mitad de estas tareas en un tiempo razonable
- 0. Dependiente. Necesita ayuda para las mismas

#### Arreglo

- 5. Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ayuda alguna. Los complementos pueden ser provistos por otra persona
- 0. Dependiente. Necesita alguna ayuda

#### Deposición

- 10. Continente. No presenta episodios de incontinencia
- 5. Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para colocar enemas o supositorios
- 0. Incontinente. Más de un episodio semanal. Incluye administración de enemas o supositorios por otra persona

#### Micción

- 10. Continente. No presenta episodios de incontinencia. Capaz de utilizar cualquier dispositivo por si solo (sonda, orinal, pañal, etc.)
- 5. Accidente ocasional. Presenta un máximo de un episodio en 24 horas o requiere ayuda para la manipulación de sondas u otros dispositivos
- 0. Incontinente. Más de un episodio en 24 horas. Incluye pacientes con sonda incapaces de manejarse

#### Ir al retrete

- 10. Independiente. Entra y sale solo y no necesita ayuda alguna por parte de otra persona
- 5. Necesita ayuda. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda: es capaz de usar el baño. Puede limpiarse solo
- 0. Dependiente. Incapaz de acceder a él o de utilizarlo sin ayuda mayor

#### Traslado cama /sillón

- 15. Independiente. No requiere ayuda para sentarse o levantarse de una silla ni para entrar o salir de la cama
- 10. Mínima ayuda. Incluye una supervisión o una pequeña ayuda física
- 5. Gran ayuda. Precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada. Capaz de estar sentado sin ayuda
- 0. Dependiente. Necesita una grúa o el alzamiento por dos personas. Es incapaz de permanecer sentado

#### Deambulación

- 15. Independiente. Puede andar 50 metros o su equivalente en una casa sin ayuda ni supervisión. Puede utilizar cualquier ayuda mecánica excepto su andador. Si utiliza una prótesis, puede ponérsela y quitársela solo
- 10. Necesita ayuda. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por parte de otra persona o utiliza andador
- 5. Independiente. En silla de ruedas, no requiere ayuda ni supervisión
- 0. Dependiente. Si utiliza silla de ruedas, precisa ser empujado por otro

#### Subir y bajar escaleras

- 10. Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión de otra persona
- 5. Necesita ayuda. Necesita ayuda o supervisión
- 0. Dependiente. Es incapaz de salvar escalones. Necesita ascensor

#### Total:

- Máxima puntuación: 100 puntos (90 si usa silla de ruedas)
- Resultado Grado de dependencia:
  - < 20 Total
  - 20-35 Grave
  - 40-55 Moderado
  - > o igual de 60 Leve
  - 100 Independiente

## Mini Examen Cognoscitivo (MEC) de Lobo

Paciente..... Edad.....  
Ocupación..... Escolaridad.....  
Examinado por..... Fecha.....

### ORIENTACIÓN

- Dígame el Día..... Fecha..... Mes..... Estación..... Año.....  
(5 puntos)
- Dígame el hospital (o lugar).....  
Planta..... Ciudad..... Provincia..... Nación..... (5 puntos)

### FIJACIÓN

- Repita estas tres palabras: peseta, caballo, manzana (hasta que se las aprenda) (3 puntos)

### CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO

- Si tiene 30 ptas. y me va dando de tres en tres ¿cuantas le van quedando? (5 puntos)
- Repita estos tres números: 5, 9, 2 (hasta que los aprenda). Ahora hacia atrás (3 puntos)

### MEMORIA

- ¿Recuerda las tres palabras de antes? (3 puntos)

### LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN

- Mostrar un bolígrafo. ¿Qué es esto?, repetirlo con un reloj (2 puntos)
- Repita esta frase: En un trigal había cinco perros (1 punto)
- Una manzana y una pera, son frutas ¿verdad? ¿qué son el rojo y el verde?(2 puntos)
- ¿Que son un perro y un gato? (1 punto)
- Coja este papel con la mano derecha, dóblelo y póngalo encima de la mesa (3 puntos)
- Lea esto y haga lo que dice: CIERRE LOS OJOS(1 punto)
- Escriba una frase (1 punto)
- Copie este dibujo (2 pentágonos entrelazados)(1 punto)

### PUNTUACION

Mayores de 65 años (población geriátrica): se considera deterioro cognitivo si es < 24 puntos

Menores de 65 años (población no geriátrica): deterioro cognitivo si es < 28 puntos

### 6.3 Bibliografía.

- Grupo de Estudio de Neurología de la Conducta y Demencias. Sociedad Española de Neurología. Guía oficial para la práctica clínica en demencias: conceptos, criterios y recomendaciones 2009. Barcelona 2009.
- Grupo de trabajo sobre demencias semFYC. Demencias desde la Atención Primaria. Barcelona: semFYC ediciones; 2005.
- Lobo A, Saz P, Marcos G, Día JL, De la Cámara C, Ventura T, et al. Revalidación y normalización del Mini-Examen Cognoscitivo (primera versión en castellano del Mini-Mental State Examination) en la población general geriátrica. Med Clin (Barc) 1999; 112:767-774.
- Reisberg B, Ferris SH, de Leon MJ, Crook T. The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. Am J Psychiatry. 1982; 139:1136-9.
- Reisberg B. Functional assessment staging (FAST). Psychopharmacol Bull. 1988; 24:653-9.
- Alberca R y López Pousa S. Enfermedad de Alzheimer y otras demencias (3ª ed) (2006). Editorial médica Panamericana, Madrid
- Cummings JL. La neuropsiquiatría de la enfermedad de Alzheimer y demencias relacionadas (2004). Atlas Medical Publishing Ltd., Cleveland.
- Junqué C y Barroso J. Manual de Neuropsicología (2009). Editorial Síntesis, Madrid
- Andrés Losada Baltar, Ignacio Montorio Cerrato, María Izal Fernández de Trocóniz, María Márquez González, (2005): *Estudio e intervención sobre el malestar psicológico de los cuidadores de personas con demencia. El papel de los pensamientos disfuncionales*. Colección Estudios. Ed. M. de Trabajo y Asuntos Sociales Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familia y Discapacidad. Imsero. (<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/imserso-estudio-01.pdf>)
- Mittelman, M. S., Epstein, C., & Pierzchala, A. (2003). *Counseling the Alzheimer's caregiver: A resource for health care professionals*. Chicago, Ill.: AMA Press. Imsero.
- Navarro, J. (2004). *Enfermedad y familia*. Barcelona: Paidós.
- Rolland, J.S. (2000). Familias, enfermedad y discapacidad. Una propuesta desde la terapia sistémica. Barcelona: Gedisa.
- Teresa Martín Rodríguez: *La intervención psicosocial en contextos rurales con familias de personas mayores en situación de dependencia*. (2009) Temas clave.

Portal enclave rural. Inmerso.

([http://www.enclaverural.es/enclaverural\\_01/temas\\_clave/tema1/index.htm](http://www.enclaverural.es/enclaverural_01/temas_clave/tema1/index.htm))

- Javier López Martínez y María Crespo López: *Guía para Cuidadores de Personas Mayores en el hogar (2008)*. Colección Manuales y Guías. Serie Dependencia Ed. Ministerio de Educación, Política Social y Deporte. Secretaría de Estado de Política Social y Atención a la Dependencia. Inmerso.  
([http://www.amma.es/pdf/guia\\_mayores\\_casa\\_imsers0.pdf](http://www.amma.es/pdf/guia_mayores_casa_imsers0.pdf))
- Sarasa Frechín, E. (2008). *Terapia Ocupacional y Enfermedad de Alzheimer*. Zaragoza. Mira Editores.
- Junta de Castilla y León, Consejería de familia e igualdad de oportunidades, Gerencia de Servicios Sociales: *Guía práctica para la intervención familiar, (2009)*.  
([http://www.jcyl.es/web/jcyl/binarios/37/350/Intervenci%C3%B3n%20Familiar,0.pdf?blobheader=application%2Fpdf%3Bcharset%3DUTF-8&blobheadname2=JCYL\\_ServiciosSociales&blobheadvalue1=attachment%3Bfilename%3DIntervenci%C3%B3nFamiliar%2C0.pdf&blobheadvalue](http://www.jcyl.es/web/jcyl/binarios/37/350/Intervenci%C3%B3n%20Familiar,0.pdf?blobheader=application%2Fpdf%3Bcharset%3DUTF-8&blobheadname2=JCYL_ServiciosSociales&blobheadvalue1=attachment%3Bfilename%3DIntervenci%C3%B3nFamiliar%2C0.pdf&blobheadvalue))
- <http://www.hipocampo.org/zarit.asp>
- <http://scielo.isciii.es>
- <http://pagina.jccm.es/social/forma/doc/part5.pdf>
- <http://www.catalogo-ceapat.org/>