

2013

Validez discriminativa de la escala por interrogatorio de las actividades de la vida diaria y su correlación con escalas de severidad de deterioro cognitivo

Gismondi, Mariana

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/833>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

TO
Inv. 4364

Universidad Nacional de Mar del Plata
Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social
Carrera Licenciatura en Terapia Ocupacional



“Validez discriminativa de la Escala por Interrogatorio
de las Actividades de la Vida Diaria y su correlación con
escalas de severidad de deterioro cognitivo”.

Alumnas: Gismondi, Mariana.

Gómez, Andrea M.

Tesis de grado para optar al título profesional de Licenciatura en Terapia
Ocupacional.

Año 2013



Mco. Sousa, Leandro.

Director y asesor metodológico.

Biblioteca C.E.C.S. y S.S.



Esp. Roumec, Betina, Susana.

Co-directora.

Taller de trabajo final.

Asesoría metodológica.

AUTORAS:



Gismondi, Mariana.

D.N.I: 30.891.162

Biblioteca C.E.C.S. y S.S.	
Libro	Estado
4364	
Vol.	Imp.
Universidad Nacional de Mar del Plata	



Gomez, Andrea Maribel.

D.N.I: 30.827.175

INDICE

AGRADECIMIENTOS.....	1
CONSIDERACIONES PRELIMINARES	
Introducción	4
Estado actual de la cuestión	8
Bibliografía utilizada en introducción y estado actual de la cuestión	20
TEMA Y OBJETIVOS	
Tema	23
Objetivo general	23
Objetivos específicos	23
Fundamentación	
Fundamentación	25
Bibliografía utilizada en la fundamentación	27
ASPECTOS FUNDAMENTALES DEL MARCO TEORICO	
Capítulo I: Demencia tipo Alzheimer	
Cuadro clínico	28
Diagnóstico	30
Estadíos	39
Capítulo II: modelos relacionados con el cuidado y tratamiento de personas ancianas	

Evolución en la perspectiva y filosofía en el abordaje de la ancianidad	44
Modelo de las habilidades adaptativas de Mosey	45
Conducta ocupacional: Perspectiva de Reilly	47
Modelo de la Ocupación Humana de Kielhofner	48
Modelo rehabilitador	50
Modelo de discapacidad cognitiva de Allen	51
Paradigma actual en el abordaje de la ancianidad	52

Capítulo III: Valoración Geriátrica Global

Concepciones generales	60
Valoración funcional en EA	63
Valoración funcional en T.O para pacientes con EA	64

Capítulo IV: Validación de instrumentos de evaluación

Criterios para seleccionar y validar instrumentos de evaluación	70
Características de los instrumentos de evaluación	71
Diseño de un estudio diagnóstico	74
Selección de los sujetos de estudio	76
Características operativas	77
Curva Roc	82
Estudios de Correlación	83
Planificación de las Mediciones	86

Capítulo V: Escala por Interrogatorio de las Actividades de la Vida Diaria

Descripción del Instrumento de Evaluación..... 88

Bibliografía utilizada en aspectos fundamentales del marco teórico 93

ASPECTOS METODOLOGICOS

Tipo de investigación 95

Población 95

Muestra 96

Unidad de análisis 96

Método de selección de la muestra 96

Criterios de inclusión 97

Criterios de exclusión 97

Procedimiento de selección de la muestra 99

Procedimientos para la recolección de datos 101

Resultados..... 104

Discusión 112

Conclusión 116

LISTA DE REFERENCIAS 119

ANEXOS

Anexo I	128
Anexo II	136
Anexo III	142

AGRADECIMIENTOS

Es nuestro deseo agradecer al Hospital Privado de la Comunidad de la Ciudad de Mar del Plata, al Consejo Institucional de Revisión de Estudios de Investigación (CIREI) representado por su coordinador, el Dr. Sergio Eduardo Gonorazky, quien autorizó a realizar nuestra tesis de grado en el Servicio de Medicina Preventiva (SATE); a su directora la Dra. Diana Mirta Scharovsky junto con todo el personal de dicha institución por abrirnos tan amablemente sus puertas y acompañarnos en nuestro proceso de investigación. A sus pacientes quienes participaron de manera desinteresada.

A nuestro director de tesis, Mco. Leandro Sousa y co-directora Esp. Bettina Susana Roumec, por su dedicación, acompañamiento y compromiso con nuestro trabajo final, ya que sin su colaboración esto no hubiese sido posible.

No podemos dejar de mencionar a la Lic. María Angeles Andrada por su contribución y por ser quien nos motivó a la elección de la temática de nuestra tesis.

A la Universidad Nacional de Mar del Plata por ser el medio para lograr nuestro anhelado objetivo: ser Licenciadas en Terapia Ocupacional.

Andrea:

A mis padres, Estela y Ricardo, por su sacrificio y por darme la oportunidad de estudiar esta carrera, todo esto es gracias a ustedes. Por su incondicional apoyo, por creer en mí, dándome fuerzas y amor. Por sus consejos, por la motivación constante. Por haberme dado la fortaleza para seguir adelante en momentos difíciles. Gracias por dejarme cumplir esta meta tan anhelada.

A mi hermana Natalia, por darme el ejemplo de hermana mayor y de la cual aprendí, por apoyarme y ayudarme en todo momento, por motivarme a seguir adelante, por brindarme su confianza y por estar siempre a mi lado.

A Mariana, por ser una parte importante de mi vida, por el apoyo recibido desde el día que la conocí, por ser mi gran amiga. Por la paciencia, por recorrer este camino conmigo y por hacer de esta etapa un trayecto de vivencias que nunca olvidaré. Por el apoyo y motivación constante en la realización de esta tesis. Por los consejos y por ser un gran sostén en situaciones difíciles de la vida.

A todas las amigas que conocí en este largo camino. Por los momentos compartidos durante toda la carrera, por haberme dado la oportunidad de conocerlas. Son muy importantes para mí y lo serán siempre.

Mariana:

A mis papas, no me alcanzan las palabras para agradecer todo lo que han hecho por mí, ya que con gran sacrificio me dieron la oportunidad de estudiar esta hermosa carrera; por su paciencia, amor incondicional, por apoyarme siempre en mis elecciones, logros, frustraciones y por acompañarme desde principio a fin en este camino.

A mi hermano Rafael, por darme un lugarcito en su hogar en Olavarría y aceptarme pese a mi desorden. A mi hermana Lucia, por su locura linda, por la compañía, por los buenos momentos que pasamos juntas y por incluirme en sus futuros proyectos. A los dos gracias por todo el amor que siempre me dan y porque sé que están presentes aún en la distancia.

A Matías mi pareja, por entenderme, apoyarme, aconsejarme, por todos estos años compartidos, y por enseñarme a crecer juntos.

A mi compañera de tesis, pues mi paso por la universidad no solo me permitió ser T.O sino también encontrar una gran amiga; gracias por acompañarme en la alegría y en la tristeza, por transitar juntas este camino. ¡Te voy a extrañar Gómez!

CONSIDERACIONES
PRELIMINARES

INTRODUCCION

La población mundial está envejeciendo. Las mejoras en la atención de la salud en el siglo pasado han contribuido a que la gente viva vidas más largas y saludables. Las tendencias demográficas de finales del siglo XX y principios del siglo XXI muestran un envejecimiento paulatino de la población, con el consecuente incremento de sujetos potencialmente capaces de desarrollar enfermedades neurodegenerativas, por lo que la demencia se ha convertido en una enfermedad de alta prevalencia. Las dos causas más frecuentes de demencia (Enfermedad de Alzheimer y demencia vascular) tienen un incremento exponencial a partir de los 65 años.

La Sociedad Argentina de Neurología (SNA) (2010) sostiene que los trastornos cognitivos y las demencias han incrementado su prevalencia como resultado del envejecimiento progresivo de la población. Este envejecimiento afecta a todas las regiones del planeta, con excepción de África Subsahariana. Actualmente este proceso es más acelerado en los países en desarrollo. En las próximas décadas la región que más envejecerá será América del Sur.¹

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y Alzheimer's Disease International (ADI) (2012), en su publicación Demencia: una prioridad de salud pública, sostuvo que las proyecciones de prevalencia e incidencia indican que el

¹ Allegri, R. F.; Arizaga, R. L.; Bavec, C.; Colli, L.; Demey, I.; Fernández, M. C.; Frontera, S.; Garau, M. L.; Giménez, J. J.; Golimstok, A.; Kremer, J.; Labos, E.; Mangone, C. A.; Ollari, J. A.; Rojas, G.; Salmi, O.; Ure, J. A.; Zuin, D. (2010). "Guía práctica clínica. Enfermedad de Alzheimer". Sociedad Neurológica Argentina. Filial de la Federación Mundial de Neurología

número de personas con demencia seguirá creciendo, sobre todo entre los más ancianos, siendo los países en transición demográfica quienes experimenten el mayor crecimiento. El número total de personas con demencia en todo el mundo en el año 2010 se estimó en 35,6 millones y se prevé que casi se duplique cada 20 años, a 65,7 millones en 2030 y 115,4 millones en 2050. El número total de nuevos casos de demencia cada año en todo el mundo es de casi 7,7 millones, lo que implica un nuevo caso cada cuatro segundos.² En nuestro país, la prevalencia de demencia está estimada en 12,18% en sujetos mayores de 65 años, el 23% de los sujetos mayores de 60 años tienen deterioro cognitivo. Según estas cifras, podemos inferir que hay en el país aproximadamente 1.000.000 de sujetos con deterioro cognitivo y 480.000 sujetos con demencia.³

La demencia está ocupando un espacio relevante en los ámbitos sanitario y social, y se ha convertido en un campo importante de investigación. Existe un interés creciente en poder realizar un diagnóstico precoz de la enfermedad para poder aplicar tratamientos o intervenciones que puedan ser más eficaces y propongan un manejo adecuado de la sintomatología.

La SNA considera que los criterios diagnósticos de demencia que gozan de mayor reconocimiento en el ámbito clínico y científico se basan en la definición aportada por la cuarta edición del Manual Diagnóstico Estadístico (DSM IV), y por el National Institute of Neurologic Communicative Disorders Association (NINCDS

² Organización Mundial de la Salud & Alzheimer's Disease International. (2012). "Dementia: a public health priority".

³ Allegri, R. F; Bartoloni, L. (2012). Simposio sobre Alzheimer Prodrómico: Rol de los biomarcadores en su detección precoz. Revista anual de Asociación Lucha contra el Mal de Alzheimer y alteraciones semejantes de la Republica Argentina (ALMA), (3), 4-5.

ADRDA) Work Group, se observa en los mismos que el aspecto funcional ocupa un lugar destacado; sin embargo tanto a nivel nacional como internacional no se ha consensuado aún sobre que método diagnóstico es más eficaz para evaluar las Actividades de la Vida Diaria (AVD) en personas con demencia, teniendo en cuenta que el deterioro funcional es un criterio diagnóstico de dicha enfermedad.

En la actualidad, tanto a nivel nacional como internacional no se cuenta con un consenso sobre que método diagnóstico es más eficaz para evaluar las AVD en personas con demencia, teniendo en cuenta que el deterioro funcional es un criterio diagnóstico de dicha enfermedad.

Ante esta necesidad, en el año 2000 se creó en el Hospital Privado de la Comunidad (HPC) de la Ciudad de Mar del Plata la Escala por Interrogatorio de las AVD (EIAD) como un aporte desde el área funcional para presentar en el Consortium Argentino para el Estudio de la Demencia.

El EIAD es una escala por interrogatorio que solo evalúa AVD y sus ítems ahondan en el aspecto cognoscitivo de la actividad y propone siete categorías del nivel de independencia de la persona.

Dicho instrumento fue desarrollado por Loo, A; Roumec, B.; Scharovsky, D. Luego, en el año 2007, Andrada, M.A y Roumec, B., en su tesis de grado para obtener el título de Licenciado en Terapia Ocupacional, tuvieron como objetivo determinar la confiabilidad y validez del EIAD, en pacientes con diagnóstico de deterioro cognoscitivo y Demencia tipo Alzheimer que concurrieron a la evaluación interdisciplinaria del Servicio de Medicina Preventiva del HPC de la Ciudad de Mar del Plata durante el periodo agosto- noviembre del año 2006.

Consideramos que es importante contar con un instrumento adecuado que permita valorar la capacidad de realizar las AVD en pacientes con EA, ya que puede optimizar las intervenciones tanto en el diseño de los abordajes y su posterior seguimiento como brindar asesoramiento a los cuidadores. Por lo cual creímos necesario avanzar en el proceso de validación de dicho instrumento para que pueda ser implementando en nuestro país como un método diagnóstico de la demencia.

Por consiguiente este trabajo tuvo la finalidad de continuar con el proceso de validación de dicha escala. Para esto nuestro objetivo fue determinar la validez discriminativa del EIAD y su correlación con escalas de severidad de deterioro cognitivo en pacientes que concurren al Servicio de Medicina Preventiva del HPC de Mar del Plata durante el periodo enero-abril del año 2013.

ESTADO ACTUAL DE LA CUESTION

Año 2004.

- **Jonson, N.; Barion, A. y otros**, en "El Cuestionario de Actividades de la Vida Diaria. Un estudio de validación en pacientes con demencia" Northwestern Alzheimer's Disease Center. Chicago. U.S.A.

Crearon un Cuestionario de Actividades de la Vida Diaria (ADLQ), Test por interrogatorio al cuidador. Es una evaluación basada en dos tipos principales de habilidades funcionales, las AVD y las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) en pacientes con probable Alzheimer y otras formas de demencia. Las AVD y AIVD fueron medidas en seis áreas: autocuidado, cuidado del hogar, ocupación y recreación, compras, dinero, transporte y comunicación.

El cuestionario fue administrado a 140 cuidadores seguidos longitudinalmente. El total de puntuación del cuestionario y cada una de las subescalas fueron diseñadas para ser altamente reproducibles ($r= 0.86$), la validez concurrente ($N= 29$) fue establecida por comparación con el Récord de Vida Independiente (RIL), la confiabilidad interobservador no obtuvo buena correlación ($r= 0.16$; $p= 0.40$); también fue comparado con otras medidas, no encontrándose correlación con el Examen Mínimo de Estado Mental (MMSE) y siendo significativa con la Escala de Clasificación Clínica de Demencia (CDR). El cuestionario tiene elevada confiabilidad intraevaluador y validez de constructo, es consistente con

otras mediciones de empeoramiento temporal en pacientes con probable Alzheimer y otras formas de demencia. ⁴

- **Flores Morales, P.; Muñoz Neira, C.; Riveros Mirando, R.; SlachevskiChonchol, A.** en "Activities of Daily Living Cuestionnaire, ADLQ-Versión chilena: Propiedades psicométricas y utilidad diagnóstica incluyendo una sub-escala de tecnología". Chile.

El objetivo de este trabajo fue analizar las propiedades psicométricas del ADLQ (Versión Chilena) y su utilidad diagnóstica para detectar casos de demencia incluyendo una sub-escala de Tecnología en una muestra de ancianos chilenos.

El ADLQ fue adaptado a la población chilena y luego administrado a 31 cuidadores de pacientes con demencia y a 29 testigos de sujetos controles. Se creó una nueva sub-escala (tecnología) y se comprobó su comportamiento para testear la posibilidad de incluirla en la versión final del instrumento. Tanto los pacientes con demencia como los sujetos controles fueron evaluados.

La Versión Chilena del ADLQ exhibió correlaciones significativas ($p < 0,001$) con otras valoraciones de capacidad funcional medidas de severidad de la demencia y test de eficiencia cognitiva global. Además mostró una alta consistencia interna incluyendo una nueva sub-escala de Tecnología. Su sensibilidad se estimó en 86% y su especificidad en 80% considerando un punto de corte mayor que 29% de deterioro funcional en intervalos de confianza del 95%.

⁴ Barion, A.; Jonson, N. (2004). "El Cuestionario de Actividades de la Vida Diaria. Un estudio de validación en pacientes con demencia". Alzheimer Dis Assoc Disord. 18 (4): 223- 230.

La Versión Chilena de ADLQ mostró propiedades psicométricas aceptables, convirtiéndose en un instrumento válido y confiable para evaluar la capacidad funcional de pacientes con demencia en las AVD. La sub-escala de Tecnología creada para el ADLQ entrega una excelente consistencia interna.⁵

Año 2005

- **Bermejo, F.; Mouronte, P.; Olazarán, J.** en "Validez de dos escalas de actividades instrumentales en la enfermedad de Alzheimer". Madrid. España.

Las AVD constituyen uno de los ejes principales en la valoración clínica de los pacientes con Enfermedad de Alzheimer (EA). Se han llevado a cabo escasos estudios de validación de escalas de AVD en España.

Los pacientes luego de una consulta neurológica fueron clasificados según la Escala de Deterioro Global (GDS). Posteriormente, una evaluadora independiente administro dos escalas de AIVD: la escala de AIVD de Lawton y Brody (EAIVD) y el cuestionario de actividades funcionales de Pfeffer (CAF). La EAIVD fue puntuada según el modo original (dicotómico) (EAIVDd) y de una forma alternativa (ordinal) (EAIVDo).

Se reclutaron 98 pacientes. La consistencia interna, la fiabilidad y el rendimiento diagnóstico de las 3 escalas fueron buenos o excelentes. La EAIVDo

⁵ Flores Morales, P.; Muñoz Neira, C.; Riveros Mirando, R.; Slachevski Chonchol, A. (2004). "Activities of Daily Living Cuestionnaire, ADLQ-Versión chilena: Propiedades psicométricas y utilidad diagnóstica incluyendo una sub-escala de tecnología". *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*. 33:361-371.

presento mejores propiedades diagnósticas y escalares que la EAIVDd, pero el CAF supero a ambas en todos los índices analizados. Ninguna escala consiguió discriminar adecuadamente a los pacientes con quejas subjetivas (GDS 2) respecto de los pacientes sin quejas (GDS 1). El sexo y la edad influyeron en la EAIVD, pero no en el CAF, que alcanzo una sensibilidad del 95% y una especificidad del 88% en el cribado de la demencia.

LA EAIVD y el CAF son herramientas útiles, válidas y fiables en la valoración clínica de la EA. La puntuación ordinal es más ventajosa que la puntuación dicotómica en la EAIVD. Con todo el CAF es preferible.⁶

- **Aguilar Barbeá, M.; Blesa Gonzales, R.; Böhm, P.; Hernandez, G.; Monllau, A.; Peña-Casanova, J.; Sol, J.M. y Grupo NORMACODEN**, en "Correlación cognitivo-funcional en la Demencia tipo Alzheimer: propósito del Test Barcelona Abreviado". Barcelona. España.

El objetivo de este trabajo fue establecer el grado de las posibles correlaciones de las puntuaciones globales del Test Barcelona Abreviado (TB-A) con escalas funcionales de la Vida diaria.

Se estudiaron 107 sujetos, de los cuales 42 controles sanos, 19 casos con deterioro cognitivo leve (DCL) y 46 sujetos con diagnóstico de EA. Se obtuvieron

⁶ Bermejo, F.; Mouronte, P.; Olazarán, J. (2005). "Validez de dos escalas de actividades instrumentales en la enfermedad de Alzheimer". Neurología, 20 (8); 395- 401.

las puntuaciones del TB-A y de las escalas funcionales siguientes: Rapid Disability Rating Scale-2 (RDRS-2), Rating Scale (BDRS) e Interview for Deterioration of Daily Living in Dementia (IDDD).

Todas las correlaciones obtenidas fueron altamente significativas ($p < 0,0001$), con una variación desde 0,72 a 0,80. Las puntuaciones estandarizadas del TB-A tienen un rango menor de correlación en relación con las puntuaciones brutas en el caso de la RDRS-2 y la BDRS y superior en caso de la IDDD.

Este trabajo estableció la existencia de una buena correlación entre las puntuaciones globales del TB-A y las AVD, en el DCL y la EA en todos sus estadios. El TB-A permite predecir el estado funcional de los sujetos.⁷

Año 2006

- **Martin-Lesende, I.; Montalvillo-Delgado, E.; Ortiz-Lebaniegos, I.; Pérez-Abad, M.; Rodríguez-Andres, C.; Sánchez-Junquera, P.** en "Identificación de ítems para la creación de un cuestionario de valoración de actividades instrumentales de la vida diaria en personas mayores". Cantabria. España.

⁷ Aguilar Barbeá, M.; Blesa González, R.; Böhm, P.; Hemández, G.; Monllau, A.; Peña-Casanova, J.; Sol, J.M & Grupo NORMACODEN (2004). "Correlación cognitivo-funcional en la Demencia tipo Alzheimer: a propósito del Test Barcelona Abreviado". Neurología, 20 (1): 4- 8.

El objetivo de este trabajo fue seleccionar ítems para diseñar un cuestionario de valoración de las AIVD en personas mayores residentes en la comunidad.

Fue llevado a cabo por un total de 57 expertos multidisciplinarios (médicos de familia, geriatras, fisioterapeutas, trabajadores sociales, enfermeros) pertenecientes a la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFYC) y a la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG).

Se realizaron tres envíos consecutivos por correo electrónico o fax. En el primer envío se interrogaba acerca de que ítems incluirían en un cuestionario para valorar las AIVD en personas mayores; en el segundo se pedía que seleccionaran, de los ítems agrupados, los 10 que consideraran más relevantes, y un tercero se solicitaba que, de los 14 ítems más seleccionados, puntuaran de uno a diez los más trascendentes. Así pues, se obtuvieron ordenados por puntuación los diez ítems que debían ser incluidos.

A los tres correos contestaron treinta expertos. Las 53 propuestas iniciales se agruparon en veinticuatro ítems y finalmente se seleccionaron (de mayor a menor puntuación) los siguientes: utilización de los fármacos, uso del teléfono, tareas domésticas, utilización del dinero, deambulacion fuera del domicilio, medidas de seguridad y evitación de riesgos, realización de compras, uso de puertas y llaves, uso del transporte y medios de relación social.

Solo dos ítems podrían estar influidos por el sexo (en contraposición con otros cuestionarios disponibles), aunque "la realización de compras" no se limita a las domesticas y en "tareas domésticas se incluyen actividades también realizadas

por los varones. Los ítems más relevantes son “utilización de los fármacos” (importancia por prevalencia/repercusión clínica) y “empleo del teléfono” (ítem de subsistencia).⁸

- **Gil Gregorio, P.; Martín Sánchez, F. J.;** en “Valoración funcional en la demencia grave”. Madrid. España.

En este trabajo, los autores realizaron una recopilación de escalas para valorar funcionalmente la demencia grave. Su intención fue demostrar la importancia de contar con una escala de evaluación de las AVD en pacientes con un tipo específico de demencia y en un estadio determinado de dicha enfermedad.

Señalan que la mayoría de las escalas utilizadas hasta el momento no han sido diseñadas para tal fin, concretamente.

Sostienen que en los pacientes con demencia grave, es necesario evaluar las AVD, ya que las AIVD ya han sido perdidas en esta etapa.

Resaltan la importancia de contar con escalas específicas que valoren de forma descriptiva y completa las AVD, permitiendo así describir los distintos grados de dependencia. Sostienen que las mismas deben ser simples, fiables, adaptadas al ámbito cultural, sensible a los cambios y tener alta capacidad de discriminación, para así establecer un correcto pronóstico, plan de cuidados, y

⁸ Martin-Lesende, I.; Montalvilio-Delgado, E.; Ortiz-Lebaniegos, I.; Pérez-Abad, M.; Rodríguez-Andrés, C.; Sánchez-Junquera, P. (2006). “Identificación de ítems para la creación de un cuestionario de valoración de actividades instrumentales de la vida diaria en personas mayores”. *Atención Primaria*. (37), 313-318.

además que pueda ser consensuada entre los diferentes grupos de trabajo y lograr una homogenización de los resultados.⁹

Año 2007

- **Andrada, M.A.; Roumec, B.S.;** en "Escala por Interrogatorio de las Actividades de la Vida Diaria." Mar del Plata. Argentina.

El trabajo fue presentado en la Universidad Nacional de Mar del Plata en la Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social, para obtener el título de Licenciado en Terapia Ocupacional.

En el HPC de la Ciudad de Mar del Plata. Buenos Aires, se creó el EIAD, una escala por interrogatorio de las AVD para personas con diagnóstico de deterioro mnésico- cognoscitivo y demencia.

El objetivo de este trabajo fue determinar la confiabilidad y aportar evidencia a favor de la validez del EIAD. La muestra estuvo formada por 95 adultos y adultos mayores a partir de 56 años de edad, de ambos sexos, con diagnóstico de trastornos mnésico- cognoscitivos y demencia tipo Alzheimer, cuyos puntajes en GDS fueron comprendidos entre los niveles 3 a 6 que concurren a la evaluación interdisciplinaria en SATE del HPC, de la Ciudad de Mar del Plata, durante el periodo Agosto- Noviembre del año 2006.

Se administraron los Índices de Barthel y de Katz, y luego el EIAD.

⁹ Gil Gregorio, P.; Martín Sánchez F.J. (2006). "Valoración funcional en la Demencia grave". *Revista Española Geriatría Gerontología*, 41 (Suplemento 1): 43-9.

El EIAD aparenta poseer una elevada confiabilidad interevaluador ($n=93$, $ICC= 0,93$, IC del 95%= 0,89-0,95). Además impresiona tener alta confiabilidad intraevaluador (evaluador 1 $n=49$, $ICC= 0,85$, IC del 95%= 0,74- 0,91; evaluador 2 $n=48$, $ICC= 0,95$, IC del 95%= 0,91-0,97). También presenta una consistencia interna aceptable ($n= 94$, $\alpha= 0,71$). El EIAD posee adecuada validez de contenido.¹⁰

Año 2009

- **De Sola, S.; Manero, R.M.; Peña-Casanova, J.; Quintana, M.; Quiñones-Úbeda, S.; Sanchez-Benavides, G.** en “Versión en español de la Escala Bayer de las Actividades de la Vida Diaria en deterioro cognitivo leve y enfermedad de Alzheimer leve: discriminante y la validez concurrente”. Barcelona. España.

Este trabajo tuvo como objetivo probar la validez concurrente (mediante la determinación de su relación con otras medidas funcionales) y discriminativa (mediante el establecimiento de la sensibilidad y especificidad de los puntos de corte entre DCL y Alzheimer leve) de la versión española de la Escala de Actividades de la Vida Diaria de Bayer (AVD-B) en DCL y en pacientes con EA leve.

¹⁰ Andrada, M.A.; Loo, A.; Roumec, B.S. (2007). “Escala por Interrogatorio de las Actividades de la Vida Diaria”. (Tesis de grado), Universidad Nacional de Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina.

Se administraron a 277 pacientes españoles de edad avanzada la Escala B-ADL, el Blessed Dementia Rating Scale (BDRS), y la entrevista para el deterioro de la vida diaria en pacientes con demencia (IDDD).

Los participantes fueron reclutados durante un período de 3 años en la Sección de Neurología del Comportamiento del Hospital del Mar de Barcelona. Todos los sujetos mayores de 60 años que habían asistido a las consultas dentro de este período y se sospechó que tenían demencia fueron considerados para el estudio.

La muestra global se compone de 78 pacientes que cumplieron los criterios de DCL, y 199 pacientes que cumplían los criterios de probable EA siguiendo criterios NINCDS-ADRDA.

Se llegó a la conclusión que el B-ADL es un instrumento válido y sensible que se puede utilizar para discriminar EA leve de DCL.¹¹

- **Camino, J.; Gleichgerrcht, E.; Manes, F.; Roca, M.; Torralva, T. Instituto de Neurología Cognitiva (INECO) en "Evaluación de deterioro funcional en la demencia con la Versión en español del Cuestionario de las Actividades de la Vida Diaria". Buenos Aires. Argentina.**

¹¹ De Sola, S.; Manero, R, M.; Peña-Casanova, J.; Quintana, M.; Quiñones-Úbeda, S.; Sanchez-Benavides, G. (2009). "Spanish Version of the Bayer Activities of Daily Living Scale in Mild Cognitive Impairment and Mild Alzheimer Disease: Discriminant and Concurrent Validity". *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*. 27:572-578.

El presente estudio trató de determinar la utilidad de la versión española de la ADLQ (ADLQ-SV) para evaluar el deterioro funcional en diferentes tipos de Demencia. Para ello, la escala original fue traducida al español.

El ADLQ-SV, CDR y el Cuestionario de las Actividades Funcionales (FAQ) se administraron a los cuidadores de 40 pacientes ambulatorios de INECO con diferentes tipos de demencia (EA, demencia Frontotemporal variante conductual y otras formas de demencia, incluyendo demencia por Cuerpos de Lewy, demencias vasculares, así como atrofia cortical posterior).

Se observó una consistencia interna fuerte y validez concurrente adecuada (correlación significativa con CDR y FAQ, tanto $p < 0,001$). La fiabilidad test-retest para la puntuación total en ADLQ-SV fue excelente ($r = 0,95$, $p > 0,001$).

Se confirmó que el ADLQ-SV tiene buenas propiedades psicométricas para la evaluación del deterioro funcional en pacientes con diferentes tipos de demencia y se puede utilizar en cuidadores de habla española.¹²

- **Fernández-Mayoralas, G.; Frades-Payo, B.; Forjaz, M.J.; Martínez-Martín, P.; Pedro-Cuesta, J.; Petidier, R.; Prieto-Flores, M.E.; Rodríguez-Rodríguez, V.; Rojo-Pérez, F.** en "Validación de la Escala de Independencia Funcional". Madrid. España.

¹² Camino, J.; Gleichgerrcht, E.; Manes, F.; Roca, M.; Torralva, T. (2009). "Evaluación de deterioro funcional en la demencia con la Versión en español del Cuestionario de las Actividades de la Vida Diaria". *Dementia Geriatric Cognitive Disorders*, 28:380-388.

El objetivo de este trabajo fue evaluar la calidad psicométrica de un instrumento diseñado para medir la independencia funcional denominado Escala de Independencia Funcional (EIF) en varios dominios de AVD.

Para este trabajo se aplicaron la EIF, el test de Pfeffer, la Escala de Ansiedad y Depresión de Zigmond (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS), un indicador de comorbilidad, el Índice de Barthel y Euro Qol (el EQ-5D), a población residente en medio comunitario (n=500) y a pacientes ambulatorios en medio hospitalario (n=100) de edad >65 años. Se analizaron los siguientes atributos psicométricos de la EIF: aceptabilidad, asunciones escalares, consistencia interna, validez de constructo y precisión.

La escala mostró asunciones escalares satisfactorias y elevada consistencia interna (correlaciones ítem-total:0,57–0,91; α deCronbach:0,94), así como una estructura multidimensional (tres actores; 74,3%delavarianza). Los índices de validez convergente, interna y para grupos conocidos, al igual que la precisión (error estándar de la medida: 2,49; IC del 95%: 4,88) resultaron satisfactorios.

La EIF es una escala de uso sencillo con atributos métricos apropiados, y su aplicación por parte de personal no sanitario resulta útil para muestras amplias de individuos mayores no institucionalizados.¹³

¹³ Fernández-Mayoralas, G.; Frades-Payo, B.; Forjaz, M.J.; Martínez-Martín, P.; Pedro-Cuesta, J.; Petidier, R.; Prieto-Flores, M.E.; Rodríguez-Rodríguez, V.; Rojo-Pérez, F.; (2009). "Validación de la Escala de Independencia Funcional". Gaceta Sanitaria, 23 (1): 49- 54.

BIBLIOGRAFÍA UTILIZADA EN LA INTRODUCCIÓN Y EL ESTADO ACTUAL

Allegrí, R. F.; Arizaga, R. L.; Bavec, C.; Colli, L.; Demey, I.; Fernández, M. C.; Frontera, S.; Garau, M. L.; Giménez, J. J.; Golimstok, A.; Kremer, J.; Labos, E.; Mangone, C. A.; Ollari, J. A.; Rojas, G.; Salmíni, O.; Ure, J. A.; Zuín, D. (2010). "Guía práctica clínica. Enfermedad de Alzheimer". Sociedad Neurológica Argentina. Filial de la Federación Mundial de Neurología.

Allegrí, R. F.; Bartoloni, L. (2012). Simposio sobre Alzheimer Prodrómico: Rol de los biomarcadores en su detección precoz. Revista anual de Asociación Lucha contra el Mal de Alzheimer y alteraciones semejantes de la República Argentina (ALMA), (3), 4-5.

Andrada, M.A.; Loo, A.; Roumec, B.S. (2007). "Escala por Interrogatorio de las Actividades de la Vida Diaria". (Tesis de grado), Universidad Nacional de Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina.

Aguilar Barbeá, M.; Blesa González, R.; Böhm, P.; Hernández, G.; Monllau, A.; Peña-Casanova, J.; Sol, J.M & Grupo NORMACODEN (2004). "Correlación cognitivo-funcional en la Demencia tipo Alzheimer: a propósito del Test Barcelona Abreviado". Neurología, 20 (1): 4- 8.

Barion, A.; Jonson, N. (2004). "El Cuestionario de Actividades de la Vida Diaria. Un estudio de validación en pacientes con demencia". Alzheimer Dis Assoc Disord. 18 (4): 223- 230.

Bermejo, F.; Mouronte, P.; Olazarán, J. (2005). "Validez de dos escalas de actividades instrumentales en la enfermedad de Alzheimer". Neurología, 20 (8); 395- 401.

Camino, J.; Gleichgerrcht, E.; Manes, F.; Roca, M.; Torralva, T. (2009). "Evaluación de deterioro funcional en la demencia con la Versión en español del Cuestionario de las Actividades de la Vida Diaria". Dementia Geriatric Cognitive Disorders, 28:380-388

De Sola, S.; Manero, R. M.; Peña-Casanova, J.; Quintana, M.; Quiñones-Úbeda, S.; Sanchez-Benavides, G. (2009). "Spanish Version of the Bayer Activities of Daily Living Scale in Mild Cognitive Impairment and Mild Alzheimer Disease: Discriminant and Concurrent Validity". Dementia and Geriatric Cognitive Disorders. 27:572–578.

Fernández-Mayoralas, G.; Frades-Payo, B.; Forjaz, M.J.; Martínez-Martín, P.; Pedro-Cuesta, J.; Petidier, R.; Prieto-Flores, M.E.; Rodríguez-Rodríguez, V.; Rojo-Pérez, F.; (2009). "Validación de la Escala de Independencia Funcional". Gaceta Sanitaria, 23 (1): 49- 54.

Flores Morales, P.; Muñoz Neira, C.; Riveros Mirando, R.; Slachevski Chonchol, A. (2004). "Activities of Daily Living Cuestionnaire, ADLQ-Versión chilena: Propiedades

psicométricas y utilidad diagnóstica incluyendo una sub-escala de tecnología".

Dementia and Geriatric Cognitive Disorders. 33:361-371.

Gil Gregorio, P.; Martín Sánchez F.J. (2006). "Valoración funcional en la Demencia grave".

Revista Española Geriátrica Gerontología, 41 (Suplemento 1): 43-9.

Martín-Lesende, I.; Montalvillo-Delgado, E.; Ortiz-Lebaniegos, I.; Pérez-Abad, M.;

Rodríguez-Andrés, C.; Sánchez-Junquera, P. (2006). "Identificación de ítems para

la creación de un cuestionario de valoración de actividades instrumentales de la

vida diaria en personas mayores". *Atención Primaria*. (37), 313-318

Organización Mundial de la Salud & Alzheimer's Disease International. (2012). "Dementia:

a public health priority".

TEMA Y OBJETIVOS

TEMA

"Validez discriminativa de la Escala por Interrogatorio de las Actividades de la Vida Diaria y su correlación con escalas de severidad de deterioro cognitivo en pacientes que concurren al Servicio de Medicina Preventiva del Hospital Privado de la Comunidad de Mar del Plata".

OBJETIVO GENERAL

"Determinar la validez discriminativa de la Escala por Interrogatorio de las Actividades de la Vida Diaria en pacientes que concurren al Servicio de Medicina Preventiva del Hospital privado de la Comunidad de Mar del Plata durante el periodo comprendido entre el 28 de enero y el 8 de abril de 2013, y su correlación con escalas de severidad de deterioro cognitivo".

OJETIVOS ESPECIFICOS

- Caracterizar la muestra según sexo, edad, nivel de escolaridad, estado civil y severidad del deterioro cognitivo.
- Caracterizar la población de cuidadores según sexo, edad, vínculo con el paciente, tiempo que dedica al cuidado del mismo y modalidad de convivencia.
- Determinar la sensibilidad y especificidad del EIAD para cada una de las puntuaciones posibles de la escala.

- Construir la curva de Características Operativas para el receptor o Curva Roc y definir el punto de corte óptimo del EIAD.

- Medir los valores predictivos para el punto de corte seleccionado como óptimo.

- Correlacionar el EIAD con la Escala Global de Deterioro (GDS) y Examen Mínimo de Estado mental (MMSE).

- Realizar un análisis de regresión lineal entre el EIAD, y el GDS y MMSE.

FUNDAMENTACION

FUNDAMENTACION

La SNA (2010) considera a la EA como una demencia con cambios citológicos, histológicos e inmunohistoquímicos característicos con una distribución topográfica que los diferencia de los patrones de envejecimiento normal. La EA es una enfermedad que se presenta con mayor prevalencia en adultos mayores de 65 años, pero en las formas hereditarias (mutaciones en los cromosomas 1, 14 y 21, correspondiendo a los genes de las presenilinas 2 y 1 y de la proteína precursora de amiloide, respectivamente) puede aparecer a los 40 años de edad o antes.¹⁴

Establecer un diagnóstico de demencia requiere no solo del deterioro en el desempeño cognoscitivo sino que, además, ese déficit interfiera significativamente en el trabajo de la persona afectada, actividades sociales habituales o vínculos con otros.

El deterioro funcional es uno de los pilares principales sobre los que asienta el diagnóstico de demencia. Al ser un hallazgo definitorio, es de suma importancia contar con una herramienta que permita valorar la capacidad de realizar las AVD.

Luego de la revisión bibliográfica se encontró un gran número de investigaciones que presentan el desarrollo de instrumentos para evaluar el desempeño funcional. A nivel local INECO desarrolló el ADLQ-VS el cual mide conjuntamente AVD y las AIVD.

¹⁴ Allegri, R. F.; Arizaga, R. L.; Bavec, C.; Colli, L.; Demey, I.; Fernández, M. C.; Frontera, S.; Garau, M. L.; Giménez, J. J.; Golimstok, A.; Kremer, J.; Labos, E.; Mangone, C. A.; Ollari, J. A.; Rojas, G.; Salmi, O.; Ure, J. A.; Zuin, D. "Op. Cit" p. 2.

En la actualidad no se cuenta con un consenso sobre que método diagnóstico es más eficaz para evaluar las AVD en personas con demencia, ya que ninguno de ellos se adaptó por completo a las necesidades del contexto.

Frente a esta necesidad, se creó en el HPC de la ciudad de Mar del Plata el EIAD. La misma permite evaluar solo AVD, profundizando en el aspecto cognoscitivo de la actividad y propone siete categorías del nivel de independencia de la persona.

Se ha demostrado que el EIAD posee buena confiabilidad interevaluador e intraevaluador. Aunque la consistencia interna no alcanzó los resultados esperados, los mismos fueron aceptables. Además se evidenció adecuada validez de contenido, y se aportó evidencia a la validez de constructo.

Dicha escala se encuentra en una etapa inicial de la validación, para aportar mayor evidencia a favor de dicha validación, mediante este trabajo aspiramos a determinar la validez discriminativa del EIAD y su correlación con escalas de severidad de deterioro cognitivo.

BIBLIOGRAFIA UTILIZADA EN LA FUNDAMENTACION

Allegri, R. F.; Arizaga, R. L.; Bavec, C.; Colli, L.; Demey, I.; Fernández, M. C.; Frontera, S.; Garau, M. L.; Giménez, J. J.; Golimstok, A.; Kremer, J.; Labos, E.; Mangone, C. A.; Ollari, J. A.; Rojas, G.; Salmi, O.; Ure, J. A.; Zuin, D. (2010). "Guía práctica clínica. Enfermedad de Alzheimer". Sociedad Neurológica Argentina. Filial de la Federación Mundial de Neurología, 2-3.

ASPECTOS FUNDAMENTALES
DEL MARCO TEORICO

Capítulo I

Demencia tipo Alzheimer

DEMENCIA TIPO ALZHEIMER

I. 1. Cuadro Clínico

La SNA (2010) caracteriza al cuadro clínico de la EA como: empeoramiento progresivo, aunque puede presentar ocasionales períodos de relativa estabilidad clínica. Se caracteriza por presencia de compromiso funcional afectando las AVD; puede acompañarse de síntomas conductuales característicos concomitantes, como depresión o ideación delirante, trastornos neurovegetativos (p. ej., alimentarios) y antecedentes familiares.

El síndrome demencial en la EA está determinado por la afección de dos o más funciones cognitivas con compromiso predominantemente temprano de la memoria (sin excluir formas de comienzo con compromiso de otro dominio cognitivo) y síndrome afaso-apracto-agnósico ulterior en ausencia de síndrome confusional o enfermedades sistémicas que pudieran ser causa del cambio del estado mental. El compromiso cognitivo se integra por déficits relativamente selectivos que siguen un curso evolutivo relativamente predecible. Con frecuencia se lo divide en estadios arbitrariamente definidos (leve, moderado, severo).

- El síntoma inicial más frecuente es la queja de trastornos mnésicos, afectando particularmente la memoria episódica reciente con dificultad para retener nueva información. La memoria semántica también se compromete en forma relativamente temprana.
- El compromiso del lenguaje se caracteriza por la presencia de dificultades en el hallazgo de vocablos, y más adelante en la denominación

y la comprensión. Se debe tener presente que en algunas formas atípicas de la EA, las alteraciones del lenguaje pueden ser el síntoma inicial (p. ej., algunas variantes de demencia semántica, afasia logopénica y afasia progresiva primaria no fluente).

- Las alteraciones en la función ejecutiva están virtualmente presentes desde los estadios iniciales de la enfermedad pero no son manifiestas en las actividades de la vida diaria, por lo que su detección temprana depende de la oportunidad de realizar una evaluación neuropsicológica. En la variante frontal o disejecutiva de la EA, pueden ser el síntoma de presentación más precoz.

- Los trastornos atencionales suelen aparecer en forma relativamente temprana, particularmente la atención selectiva. Con la progresión se afectan también la atención dividida y la atención sostenida.

- Las habilidades visoespaciales y las agnosias (sobre todo visuales) tienden a presentarse tardíamente. En la atrofia cortical posterior, sin embargo, pueden ser los síntomas iniciales.

- La ansiedad, la apatía y/o la depresión pueden aparecer precozmente.

En estadios tardíos pueden aparecer signos neurológicos y psiquiátricos:

- Extrapiramidalismo (usualmente leve).
- Mioclonías.
- Convulsiones.

- Signos motores “arcaicos”, como los reflejos de prensión o de succión.
- Agitación, en ocasiones con ideas delirantes y alucinaciones.
- Trastornos de identificación e interpretación.
- Psicosis y/o depresión.

I. 2. Diagnóstico de Demencia

El diagnóstico de demencia cobra gran importancia, ya que permite tratar las causas reversibles desde las etapas iniciales y tempranas de la enfermedad. Teniendo en cuenta esto, la SNA (2010), considera que los criterios diagnósticos de demencia que gozan de mayor reconocimiento en el ámbito clínico y científico se basan en la definición aportada por DSM IV, y por NINCDS ADRDA Work Group.

I. 2. 1. Criterios Diagnósticos para EA en la Práctica Clínica.

I. 2. 1. 1. Criterios Diagnósticos DSM-IV de Demencia Tipo Alzheimer.

- Desarrollo de múltiples déficit cognitivos que se manifiesta por ambos:
 - Deterioro de la memoria (deterioro de la capacidad para aprender nueva información o recordar información aprendida previamente).
 - Una (o más) de las siguientes alteraciones cognitivas:

- Afasia (alteración del lenguaje).
 - Apraxia (deterioro de la capacidad para llevar a cabo actividades motoras, a pesar de que la función motora está intacta).
 - Agnosia (fallo en el reconocimiento o identificación de objetos, a pesar de que la función sensorial está intacta).
 - Alteración de la ejecución (p. ej., planificación, organización, secuenciación y abstracción).
- Los déficit cognoscitivos en cada uno de los criterios 1 y 2 provocan:
 - Un deterioro significativo de la actividad laboral o social y
 - Representan una merma importante del nivel previo de actividad.
 - El curso se caracteriza por un inicio gradual y un deterioro cognitivo continuo.
 - Los déficits cognitivos de los Criterios 1 y 2 no se deben a ninguno de los siguientes factores:
 - Otras enfermedades del sistema nervioso central que provocan déficit de memoria y cognitivos (ej., enfermedad cerebrovascular, enfermedad de Parkinson, corea de Huntington, hematoma subdural, hidrocefalia crónica del adulto, tumor cerebral).
 - Enfermedades sistémicas que pueden provocar demencia (p. ej., hipotiroidismo, deficiencia de ácido fólico, vitamina B12 y niacina, hipercalcemia, neurosífilis, infección por VIH).
 - Enfermedades inducidas por abuso de sustancias.

- Los déficits no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium.
- La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno (trastorno depresivo mayor, esquizofrenia).

I. 2. 1. 2. Criterios Diagnósticos NINCDS-ADRDA de Enfermedad de Alzheimer

A. Criterios para el diagnóstico de Enfermedad de Alzheimer PROBABLE

- Demencia establecida por examen clínico y documentada por el MMSE, la Escala de Demencia de Blessed o alguna prueba similar y confirmada por test neuropsicológicos.
- Déficit en dos o más áreas de la cognición.
- Empeoramiento progresivo de la memoria y de otras funciones cognitivas.
- Ausencia de alteraciones de la conciencia.
- Inicio entre los 40 y 90 años, más frecuentemente después de los 65 años de edad.
- Ausencia de alteraciones sistémicas u otras enfermedades cerebrales que por ellas mismas pudieran dar cuenta de los trastornos progresivos en la memoria y la cognición.

B. El diagnóstico de Enfermedad de Alzheimer Probable está apoyado por:

- Deterioro progresivo de funciones cognitivas específicas como el lenguaje (afasia), las habilidades motoras (apraxia) y la percepción (agnosia).
- Alteración de las AVD y patrones de conducta alterados.
- Historia familiar de trastornos similares, particularmente cuando están confirmados neuropatológicamente.
- Exploraciones de laboratorio que muestran:
 - Punción lumbar normal evaluada mediante técnicas estándar
 - Patrón normal o cambios inespecíficos en el electroencefalograma (EEG) tales como incremento de actividad lenta.
 - Evidencia de atrofia cerebral en la tomografía axial computada (TAC) y progresión documentada mediante observaciones seriadas.

C. Otros rasgos clínicos consistentes con el diagnóstico de Enfermedad de Alzheimer Probable tras la exclusión de otras causas de demencia distintas de la enfermedad de Alzheimer:

- Mesetas en el curso de progresión de la enfermedad.
- Síntomas asociados de depresión, insomnio, incontinencia, delirios, ilusiones, alucinaciones, reacciones catastróficas verbales, emocionales o físicas, alteraciones sexuales y pérdida de peso.
- Otras alteraciones neurológicas en ciertos pacientes, especialmente en las fases más avanzadas de la enfermedad, incluyendo signos

motores como un incremento del tono muscular, mioclonías o trastornos de la marcha.

- Convulsiones en estadios avanzados de la enfermedad.
- TAC normal para la edad.

D. Rasgos que hacen incierto el diagnóstico de Enfermedad de Alzheimer

Probable

- Inicio brusco, apoplético.
- Hallazgos neurológicos focales como hemiparesia, trastornos sensoriales, defectos de campos visuales e incoordinación en fases tempranas del curso de la enfermedad.
- Crisis epilépticas o trastornos de la marcha en el inicio o muy al principio del curso de la enfermedad.

E. Diagnóstico de Enfermedad de Alzheimer POSIBLE

- Se puede realizar sobre la base del síndrome de demencia, en ausencia de otras alteraciones neurológicas, psiquiátricas o sistémicas suficientes para causar demencia, y en la presencia de variaciones en el inicio, la presentación y el curso clínico.
- Se puede realizar en presencia de una segunda enfermedad sistémica o enfermedad cerebral suficiente para producir demencia, que no se considera ser la causa de la demencia.

- Debería usarse en estudios de investigación cuando se identifica un único trastorno cognitivo grave en ausencia de otra causa identificable.

I. 2. 2. Criterios Diagnósticos de Investigación para la EA

El International Working Group for New Research Criteria for the Diagnosis of AD (2007) propuso nuevos criterios diagnósticos de investigación, basados a la vez en la evidencia clínica y biológica (confirmación patológica in-vivo). Esto último, impensado hasta hace pocos años, se ha convertido en una posibilidad eventual con el empleo de biomarcadores específicos adecuadamente validados.

Este mismo grupo ha ampliado la propuesta recientemente (2010), incluyendo una nueva nomenclatura que sirva como punto de referencia común para la investigación y, oportunamente, para la aplicación clínica.¹⁵

Según Martín Carrasco, M. (2009), se conoce como biomarcador a una característica somática específica o un cambio biológico medible relacionado con un estado de salud o enfermedad, con una enfermedad o con un conjunto de ellas. En realidad, si empleamos la clásica distinción médica entre signos y síntomas, podríamos decir que un biomarcador es un signo susceptible de ser medido y cuantificado. Por lo tanto, un biomarcador puede emplearse para diagnosticar una

¹⁵ Allegri, R. F.; Arizaga, R. L.; Bavec, C.; Colli, L.; Demey, I.; Fernández, M. C.; Frontera, S.; Garau, M. L.; Giménez, J. J.; Golimstok, A.; Kremer, J.; Labos, E.; Mangone, C. A.; Ollari, J. A.; Rojas, G.; Salmi, O.; Ure, J. A.; Zuin, D. "Op. Cit" p. 2.

enfermedad, para establecer su gravedad, su estadio, para seguir su progresión o para monitorizar la respuesta a las medidas terapéuticas.¹⁶

I. 2. 2. 1. Tipos de biomarcadores

En los últimos 5 ó 10 años han aparecido en la literatura científica una lista de técnicas propuestas como potenciales biomarcadores en la EA, entre ellos se encuentran los biomarcadores genéticos, de neuroimagen, bioquímicos (líquido cefalorraquídeo, plasma, orina).

I. 2. 2. 2. Biomarcadores en la enfermedad de Alzheimer

Históricamente, la EA se ha conceptualizado como una "entidad dual clínico-patológica", para esto debe comprobarse lo siguiente: (1) un fenotipo clínico general, centrado en la presencia de una demencia progresiva que incluye el deterioro de la memoria episódica como rasgo definitorio y la participación de otros dominios cognitivos o habilidades, y (2) cambios neuropatológicos específicos que generalmente incluyen lesiones del parénquima intraneuronales y extracelulares (placas seniles), que a menudo se acompaña de pérdida sináptica y los depósitos amiloides vasculares. Debido a que investigaciones neuropatológicas no se pueden hacer durante la vida, salvo en casos muy limitados, EA se ha convertido en una entidad predominantemente clínica con un diagnóstico probabilístico ("EA probable").

¹⁶ Carrasco, Martín. M. (2009). Biomarcadores en la enfermedad de Alzheimer: Definición, significación diagnóstica y utilidad clínica. Recuperado de <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/boletin/2009/numero-78/art-09-09-01.pdf>

De acuerdo con estos nuevos criterios de investigación, el diagnóstico de esta enfermedad se hace cuando hay tanto evidencia clínica del fenotipo de la enfermedad como en las pruebas biológicas in-vivo de la patología de Alzheimer. Al basarse en las características específicas clínicas y biológicas de la enfermedad, el nuevo algoritmo propuesto permite el diagnóstico de la EA con un alto nivel de precisión, incluso en la etapa de las primeras manifestaciones clínicas (fase prodrómica).

En las últimas décadas se ha realizado un gran esfuerzo en la búsqueda de un biomarcador de la EA que pudiese ser considerado un criterio indirecto de valoración clínica (CIVAC), de manera que se han propuesto como tales un buen número de determinaciones bioquímicas en líquido cefalorraquídeo (LCR), plasma y orina. También se han propuesto exploraciones realizadas con técnicas de neuroimagen o marcadores genéticos. Sin embargo, los resultados obtenidos hasta ahora, aunque prometedores, no han conseguido alcanzar un reconocimiento generalizado entre la comunidad científica. En realidad, no resulta fácil encontrar un biomarcador que funcione bien como un CIVAC en la EA, tanto desde el punto de vista práctico como estadístico.

El National Institute of Health (NIH) estadounidense realizó dos conferencias de consenso y elaboró los siguientes requisitos que debería cumplir un biomarcador ideal para la EA:

- Estar relacionado con un rasgo fundamental de la fisiopatología.

- Estar validado en casos confirmados por el estudio neuropatológico.
- Tener una sensibilidad superior al 85% para detectar EA y una especificidad de más del 75% para distinguir la EA de otras causas de demencia, establecidas preferentemente mediante dos estudios independientes con muestras adecuadas.
 - Ser preciso, fiable y barato.
 - De utilización cómoda y no lesiva para el paciente.
 - Ser capaz de apreciar la progresión de la enfermedad y la eficacia de las intervenciones terapéuticas.

Por lo tanto, la utilidad de los biomarcadores en la EA puede establecerse a varios niveles. Los biomarcadores de riesgo (rasgo) permitirían identificar a las poblaciones de riesgo, así ayudarán a la puesta en práctica de medidas preventivas de tipo primario o secundario. Los biomarcadores de diagnóstico (estado), tanto para el diagnóstico diferencial como el diagnóstico precoz serían de gran utilidad a la hora de confirmar la presencia de la enfermedad y de seleccionar mejor a los sujetos susceptibles de algún tipo de intervención terapéutica. También lo serían los biomarcadores de progresión, que permitieran predecir qué sujetos van a pasar de una fase de DCL a otra o que van a evolucionar de una forma más agresiva. Finalmente, los biomarcadores más necesarios en el momento actual son aquellos que permiten monitorizar los resultados de las intervenciones terapéuticas y distinguir entre intervenciones sintomáticas y modificadoras del curso de la enfermedad.

I. 3. Estadios de la Demencia tipo Alzheimer

I. 3. 1. Estadios preclínicos de la enfermedad de Alzheimer

Incluye los conceptos de estadio asintomático de paciente en riesgo y estadio presintomático. Se extiende entre el momento de aparición de los primeros eventos patogénicos o las primeras lesiones de la EA y la aparición de los primeros cambios cognitivos específicos.

- **Estadio asintomático con riesgo de padecer EA ("at-risks state for AD"):** Se puede sospechar por evidencia de amiloidosis cerebral (neuroimágenes con trazadores específicos de amiloide) o de cambios sugestivos en líquido cefalorraquídeo (LCR) en las concentraciones de amiloide β 42, tau y fosfo-tau. Es de notar aquí que no existe evidencia suficiente que permita conocer el valor predictivo de estos hallazgos.

- **EA presintomática:** Esta definición se aplica a aquellos individuos que desarrollarán la enfermedad, lo cual sólo es predecible en familias afectadas por las formas monogénicas autosómicas dominantes (mutaciones conocidas).

I. 3. 2. Enfermedad de Alzheimer

Categoría diagnóstica aplicable a partir del momento de aparición de los primeros síntomas específicos de la enfermedad. Incluye las etapas de predemencia y de demencia. Requiere la evidencia de trastornos mnésicos

específicos (presentación típica) o no (presentaciones atípicas), en ambos casos confirmada por marcadores biológicos (amiloide β 42 en LCR, tau total y fosfo-tau en LCR), marcadores de amiloide en tomografía por emisión de protones (PET), atrofia temporal mesial en imágenes por resonancia magnética (MRI) y/o hipometabolismo temporoparietal en PET con fluorodesoxiglucosa.

Esta categoría puede ser subdividida en dos estadios: prodrómico y de demencia.

- EA prodrómica (EA “predemencia”): Etapa sintomática temprana caracterizada por la aparición de signos clínicos incluyendo el compromiso de memoria episódica con perfil hipocámpico (déficit en recuerdo libre que no mejora con facilitación) que no afectan las actividades instrumentales de la vida diaria y son insuficientes para el diagnóstico de demencia y en la cual se detecta la presencia de marcadores biológicos en LCR o neuroimágenes que apoyan la sospecha de cambios patológicos compatibles con EA.

- Demencia de Alzheimer: Etapa durante la cual los síntomas cognitivos (memoria episódica y por lo menos otro dominio cognitivo) son lo suficientemente severos como para interferir con el funcionamiento social y las actividades instrumentales de la vida diaria.

Se pueden reconocer aquí formas típicas y atípicas.

- EA Típica

Fenotipo clínico más común de la EA, caracterizado por el déficit progresivo temprano de la memoria episódica que se mantiene dominando el cuadro hasta

estadios tardíos de la enfermedad, seguido por o asociado con otros trastornos cognitivos (disfunción ejecutiva, trastornos del lenguaje, praxias y procesamiento visual complejo) y trastornos neuropsiquiátricos. El diagnóstico es reforzado por la presencia de uno o más marcadores biológicos de EA in-vivo.

- EA Atípica

Este término se reserva para las formas menos comunes y bien caracterizadas de presentación de la enfermedad incluyendo la afasia progresiva primaria no fluente, la afasia logopénica, la variante frontal de la EA y la atrofia cortical posterior.

Cuando se diagnostica uno de estos cuadros, el diagnóstico de EA requiere de evidencia in-vivo de amiloidosis cerebral o en LCR.

- EA Mixta

Este término se reserva para aquellos pacientes que cumplen plenamente con los criterios diagnósticos de EA pero presentan evidencia clínica y/o biológica/neuroimagenológica adicional de trastornos comórbidos tales como enfermedad cerebrovascular o enfermedad con Cuerpos de Lewy.

I. 3. 3. Deterioro Cognitivo Leve (DCL) o Mild Cognitive Impairment (MCI)

Aplicable a individuos que reúnen criterios clínicos mensurables para DCL en ausencia de compromiso evidente de las AIVD. Este diagnóstico sólo es permitido en ausencia de toda otra patología a la cual pueda ser atribuido.

Debe ser considerado como término de exclusión en aquellos individuos sospechados de padecer EA pero que no reúnen los nuevos criterios diagnósticos

propuestos para EA prodrómica por presentar síntomas mnésicos incharacterísticos o por negatividad en la búsqueda de biomarcadores.¹⁷

En la evaluación y seguimiento de un paciente con demencia es útil poder establecer el estadio evolutivo de la enfermedad. Para ello existen diversas escalas que otorgan un valor estandarizado de acuerdo al grado de afectación funcional. En general se intenta objetivar la valoración a fin de poder clasificar la Demencia según los criterios clínicos clásicos: Demencia leve, moderada y severa.

El GDS es un instrumento utilizado mundialmente, el cual permite graduar la intensidad de la EA en 7 estadios clínicos: GDS-1 (30- 35 puntos), ausencia de alteración cognitiva, GDS-2 (25- 30 puntos), disminución cognitiva muy leve, GDS-3 (20- 27 puntos), DCL, GDS-4 (16- 23 puntos), deterioro cognitivo moderado, GDS-5 (10- 19 puntos), deterioro cognitivo moderado-grave, GDS-6 (0- 12 puntos), deterioro cognitivo grave, GDS-7 (0 puntos), deterioro cognitivo muy grave, y define cada uno de ellos en términos operacionales y en base a un deterioro supuestamente homogéneo. Los valores más altos significan mayor grado de deterioro.

El MMSE permite evaluar las funciones mentales superiores. Consta de 11 ítems: orientación temporal, orientación espacial, recuerdo inmediato, atención, recuerdo, nominación, repetición, comprensión, lectura, escritura, dibujo.

¹⁷ Allegri, R. F.; Arizaga, R. L.; Bavec, C.; Colli, L.; Demey, I.; Fernández, M. C.; Frontera, S.; Garau, M. L.; Giménez, J. J.; Golimstok, A.; Kremer, J.; Labos, E.; Mangone, C. A.; Ollari, J. A.; Rojas, G.; Salmi, O.; Ure, J. A.; Zuin, D. "Op. Cit" p. 2.

Un score menor de 24 sugiere deterioro, entre 23-21 un deterioro leve, entre 20-11 un deterioro moderado y menor de 10 un deterioro severo.

Capítulo II

Modelos relacionados con el cuidado y tratamiento de personas ancianas

MODELOS RELACIONADOS CON EL CUIDADO, TRATAMIENTO E INTERVENCIONES EN PERSONAS ANCIANAS

II. 1. Evolución en la perspectiva y filosofía en el abordaje de la ancianidad

Desde sus comienzos, a nivel mundial, la T.O ha ido modificando y actualizando su perspectiva y filosofía en la forma de abordar la ancianidad. Inicialmente poseía una visión holística y humanística de los seres humanos y de la ocupación. Desde esta perspectiva, los holistas sostenían que los individuos debían ser considerados como un todo y no centrarse únicamente en un punto concreto del sujeto, el cual está en continua interacción con su entorno e influido por la interacción de numerosos factores de tipo biológico, psíquicos, físicos, sociales. En cuanto a los humanistas, consideran que los sujetos crecen, se desarrollan y crean de manera totalmente autorresponsable. Todas estas ideas llevaron a los t.o de aquel entonces a tratar problemas de salud mediante programas de ocupación amplios y equilibrados.

Luego, entre los años 50 y 60, la T.O cambia rotundamente su filosofía hacia una visión más reduccionista, centrándose en el uso de técnicas más que en la persona. El interés se trasladó de la salud a la enfermedad.

Finalmente, a comienzos de los 70 se busca volver a los principios filosóficos y valores tradicionales de la T.O, sin dejar de lado los avances teóricos y prácticos logrados hasta el momento.

En la actualidad, se han desarrollado diversos modelos teóricos para la práctica de la T.O en geriatría. En el libro Terapia ocupacional en geriatría: principios y practica, Duarte, Molina P, presenta algunos modelos relacionados con el cuidado y tratamiento de personas ancianas:

II. 2. Modelo de las habilidades adaptativas de Mosey

Mosey desarrolló un modelo biopsicosocial en el cual el foco de atención está colocado sobre la mente, el cuerpo y el entorno del usuario. Establece una serie de premisas filosóficas básicas acerca del individuo y su relación con el entorno humano, las cuales también son importantes para el propósito de la T.O hacia el paciente. Dichas premisas sostienen que:

- Cada persona tiene derecho a una existencia significativa, que incluye productividad, placer y diversión, amor y un entorno seguro y sustentador.
- Todo ser está influido por el estadio específico de maduración de las especies.
- Cada individuo tiene una necesidad inherente de juego, trabajo y descanso que se mantiene de forma equilibrada.
- Cada persona tiene el derecho de elegir personalmente dentro del contexto de la sociedad.
- Solo es posible entender a cada ser en el contexto de su comunidad, familia y grupo cultural.
- Toda persona puede alcanzar su potencial únicamente a través de la interacción intencionada con el entorno humano y no humano.

- La T.O se centra en la promoción de la independencia a través de estrategias dirigidas a mejorar la participación de los pacientes en más papeles sociales (ejecuciones ocupacionales) y desarrollar los componentes de esta ejecución (destrezas físicas, cognitivas, psicológicas y sociales).¹⁸

Este modelo está relacionado con el conocimiento, las tareas, las habilidades y los valores que un individuo necesita aprender con el fin de funcionar productivamente. Su dogma básico descansa sobre la recapitulación de la ontogénesis, centrada en el desarrollo de las tareas o destrezas adaptativas necesarias para una participación satisfactoria en la ejecución ocupacional.

Mosey señala cuatro componentes para la ejecución (integración sensorial, función cognitiva, función psicológica e interacción social), las cuales se utilizan en cinco áreas de la ejecución ocupacional: interacciones familiares, actividades de autocuidado, escuela/trabajo, ocio, juego y recreación, y adaptación temporal.

Afirma que hay seis destrezas adaptativas (destreza perceptivomotora, destreza cognitiva, capacidad de interactuar en pareja, capacidad de interactuar en grupo, autoidentidad, identidad sexual), cada una con sus propias subdestrezas, y éstas a su vez, conformadas por diversos componentes.

Como se observa, el modelo de Mosey está principalmente dirigido a los problemas de la función psicosocial, dando escasa relevancia a los aspectos motores, lo que limita su aplicabilidad en el tratamiento físico.

¹⁸ Durante Molina, P.; Pedro Tarrés, P. (1998). *Terapia ocupacional: principios y práctica*. Masson S.A. (3):15-24.

II. 3. Conducta ocupacional: Perspectiva de Reilly

El aspecto central de los conceptos teóricos de Reilly es la afirmación de que el dominio de la T.O se sitúa en la promoción de la satisfacción vital a través de papeles recreativos y ocupacionales (trabajo). En el paradigma de Reilly se encuentran cuatro puntos fundamentales:

- Los seres humanos necesitan alcanzar y mantener la competencia.
- Los individuos se desarrollan a través de varios aspectos del juego y del trabajo.
- La naturaleza del papel ocupacional.
- La salud y la adaptación humana tienen una relación esencial.¹⁹

Reilly ve la salud del individuo en términos de su grado o nivel de adaptación a su entorno, señalando la disfunción del papel ocupacional como el campo de interés de la T.O. Según esto, el objetivo de la T.O es valorar el nivel de desarrollo de los papeles ocupacionales de los pacientes para favorecer el crecimiento apropiado. El tratamiento se centra en el apoyo ambiental para lograr un equilibrio apropiado entre la actividad y la realización diaria. El espacio de la T.O se convierte entonces en un lugar donde los pacientes tienen la oportunidad de practicar un equilibrio saludable entre descanso, trabajo y juego/ocio.

El continuo trabajo/ocio es una parte fundamental de ésta teoría, la cual sostiene que el juego es un instrumento por el cual los pacientes disfuncionales pueden aprender a adaptarse saludablemente a su entorno y conseguir experiencia.

¹⁹ Durante Molina, P.; Pedro Tarrés, P. "Op. Cit" p. 44.

Este modelo al igual que el anterior, no contempla holísticamente al individuo sino que tiene como eje central obtener una adaptación satisfactoria del individuo a su entorno mediante la ejecución de papeles recreativos y ocupacionales.

II. 4. Modelo de la Ocupación Humana de Kielhofner

La teoría del modelo de la ocupación humana (MOH) se basa en la premisa de que la ocupación es un aspecto central de la experiencia humana, siendo la interacción del individuo con el entorno lo que entendemos como conducta ocupacional.

Según Kielhofner y Burke, el “sistema humano abierto” está construido sobre tres subsistemas, que jerárquicamente son:

- El volitivo (SSV) que está motivado por el impulso innato del ser humano hacia el dominio y la exploración. Podemos distinguir en su conformación tres subsecciones diferentes: las causas personales, los valores y los intereses.
- El habituacional (SSH) que ordena las conductas en patrones y papeles. Funciona organizando los patrones de acción que se convertirán en las respuestas del sistema. Con el fin de llevar a cabo las distintas ocupaciones, las destrezas deben ensamblarse en procesos y éstos, a su vez, organizarse en rutinas. La ocupación humana implica la adopción de una variedad de papeles en la vida y el individuo tiene que reconocer éstos y adoptar su conducta de acuerdo con ello. Este subsistema consiste en:

los papeles (expectativas interiorizadas de la forma en que uno se comporta con relación a situaciones o personas) y los hábitos (actividades automáticas o rutinarias que realizamos de manera más o menos cotidiana).

- El ejecutivo (SSE) que capacita al individuo para ser competente en la realización de las tareas, de los procesos y de las interacciones. Esta capacitación se produce a través de las distintas destrezas (perceptivomotrices, procesales y comunicativas) que posee el individuo, cada una de las cuales tiene, además, un componente neurológico, simbólico y musculoesquelético.²⁰

Según éste modelo, los individuos son ocupacionalmente funcionales cuando satisfacen sus propias necesidades de exploración y dominio y cumplen con las necesidades sociales de participación productiva y de ocio. La disfunción ocupacional ocurre donde o cuando alguna de estas necesidades no se satisface. Los ciclos adaptativos representan un estado de función ocupacional mientras que los ciclos mal adaptativos corresponden a un estado de disfunción ocupacional, es decir al enfrentamiento del individuo con el entorno, en el sentido de una disminución, cesación, impropiedad, ineficacia o desequilibrio de la respuesta. Por ello, los factores ambientales son capitales y es necesario tenerlos en cuenta al evaluar la disfunción ocupacional.

²⁰ Durante Molina, P.; Pedro Tarrés, P. "Op. Cit" p. 44.

Para ayudar a un individuo a romper un ciclo mal adaptativo, el T.O debe proporcionar experiencias que refuercen el control, la competencia, el disfrute y el éxito.

Como puede observarse, el modelo de Kielhofner tampoco aborda al sujeto de manera integral, sino que pone énfasis en la importancia de la ocupación, el ocio y la interacción del individuo con el entorno.

II. 5. Modelo rehabilitador

La OMS definió la rehabilitación como “el uso combinado de medidas médicas, sociales, educativas y vocacionales para el entrenamiento o reentrenamiento del individuo a los niveles más altos posibles de capacidad funcional”, distinguiendo tres apartados fundamentales: rehabilitación médica, rehabilitación social y rehabilitación vocacional.

Las metas de la rehabilitación son:

- Posibilitar al individuo el alcanzar la independencia en las áreas de autocuidado, trabajo y ocio.
- Restaurar la capacidad funcional del individuo al nivel previo al traumatismo o lo más que sea posible.
- Maximizar y mantener el potencial de las destrezas indemnes o conservadas.
- Compensar la incapacidad residual mediante ayudas técnicas, ortesis o adaptaciones ambientales.

Las metas del tratamiento deben girar en torno a las necesidades del individuo. El principal foco de atención para la intervención a través de éste modelo ha sido tradicionalmente la restauración de la función sensitivomotora, la independencia en las AVD y en las destrezas de trabajo y sociales.²¹

De los modelos vistos hasta el momento, éste considera de una manera más global al individuo, ya que toma en cuenta las AVD, la capacidad funcional del sujeto, destrezas y la función sensitivomotora para su correcta adaptación al ambiente, pero no contempla aspectos cognitivos y emocionales. Sin embargo cuando se analiza el término “rehabilitación” el prefijo *re* parece indicar que se trata de una función que ya se había desarrollado adecuadamente pero que, en un momento determinado, ésta se pierde por lo que el trabajo se orienta a recuperar lo perdido, por lo tanto excluye otras posibilidades, tales como potenciar las existentes como es el caso de los procesos degenerativos

II. 6. Modelo de discapacidad cognitiva de Allen

Este modelo está basado en la teoría de la discapacidad cognitiva, que refleja la incapacidad de un individuo para procesar la información necesaria para llevar a cabo las actividades cotidianas de manera segura.

Hay seis niveles cognitivos que bosquejan el grado de discapacidad:

- 0: Coma.
- 1: Acciones automáticas.
- 2: Acciones posturales.

²¹ Durante Molina, P.; Pedro Tarrés, P. "Op. Cit" p. 44.

- 3: Acciones manuales.
- 4: Acciones dirigidas a un objeto.
- 5: Acciones exploratorias.
- 6: Acciones planeadas.

Según Allen, la discapacidad está causada por una situación médica que restringe la manera de operar del cerebro. Cuando el aprendizaje está bloqueado o restringido por un proceso patológico, la capacidad del individuo para realizar actividades de manera segura está también reducida. Esta teoría intenta describir tales dificultades o restricciones aunque su objetivo principal es identificar las capacidades conservadas, las cuales son las habilidades que el terapeuta intentará explotar en la práctica para ayudar a las personas con dificultades a adaptarse a su discapacidad.

Los niveles cognitivos miden la capacidad para aprender a adaptarse a una discapacidad. Un individuo se adapta a una discapacidad durante el proceso de hacer una actividad.²²

II. 7. Paradigma actual en el abordaje de la ancianidad

Debido al paulatino incremento de la población anciana producido en los últimos años a nivel mundial, nuevos paradigmas y formas de considerar a la vejez se están implementando en las diferentes profesiones que abordan este tipo de población. Tanto a nivel internacional como nacional se está realizando una

²² Durante Molina, P.; Pedro Tarrés, P. "Op. Cit" p. 44.

búsqueda para obtener una nueva conceptualización del envejecimiento; la cual ha ido evolucionando y cambiando con el correr de los últimos años.

Esto puede verse reflejado en la resolución 46 del año 1991 que realizó las Naciones Unidas, la cual promueve la incorporación de los derechos de los mayores como un eje clave en la agenda de gobiernos y sociedades. En la misma se consideran 5 principios de gran importancia a favor de la vejez: independencia, participación, dignidad, cuidados y autorrealización.

Luego en el año 2002 El Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento y la Declaración Política que fueron aprobados por la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento marcan un punto de inflexión en la percepción mundial del desafío decisivo que supone la construcción de una sociedad para todas las edades.

El objetivo del Plan de Acción Internacional consiste en garantizar que en todas partes la población envejezca con seguridad y dignidad y que las personas de edad puedan continuar participando en sus respectivas sociedades como ciudadanos con plenos derechos. Sin dejar de reconocer que los cimientos de una ancianidad sana y enriquecedora se ponen en una etapa temprana de la vida.

Pero este interés creciente en abordar la vejez, no solo es a nivel de países desarrollados sino también subdesarrollados; en el marco de la Estrategia Regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (2002) se proponen las siguientes metas generales: a) Las personas de edad y el desarrollo: protección de los derechos humanos de las personas mayores y creación de las condiciones de

seguridad económica, de participación social y educación que promuevan la satisfacción de las necesidades básicas de las personas mayores y su plena inclusión en la sociedad y el desarrollo; b) el fomento de la salud y el bienestar en la vejez: las personas mayores deberán tener acceso a servicios de salud integrales y adecuados a sus necesidades, que garanticen una mejor calidad de vida en la vejez y la preservación de su funcionalidad y autonomía; y c) creación de un entorno propicio y favorable: las personas mayores gozarán de entornos físicos, sociales y culturales que potencien su desarrollo y favorezcan el ejercicio de derechos y deberes en la vejez.

Posteriormente, en el año 2007 la Comisión Económica para América Latina y El Caribe (CEPAL) conjuntamente con el Gobierno de Brasil, llevaron a adelante la Segunda Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento en América Latina y el Caribe se crea la “Declaración de Brasilia” la cual reafirmaba el compromiso de no escatimar esfuerzos para promover y proteger los derechos humanos y las libertades fundamentales de todas las personas de edad.

Con la Declaración de Brasilia se instala la idea de la importancia de tener una **Convención de Derechos Humanos para las Personas Mayores**, en donde tres países, Argentina, Brasil y Chile, acompañados por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE), CEPAL y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), lideran y proponen a las Naciones Unidas su conformación.

En mayo del 2012 se realizó la evolución del Plan de Madrid después de 10 años de su implementación y se adoptó la *Carta de San José de Costa Rica*,

basada en la perspectiva de derechos, donde se vuelve a insistir en la importancia de una Convención. En el ámbito interamericano contamos con el Protocolo de San Salvador, el cual solo tiene un artículo que refiere a la protección de las personas mayores.

Cuando hablamos de la importancia de contar con una Convención, se debe a que la misma protegería a las personas mayores de la marginación, la exclusión, la pobreza, la discriminación, la falta de acceso a la salud, a los servicios sociales, evitaría los estereotipos negativos, el abuso y el maltrato, la falta de atención a la dependencia y la carencia de recursos para favorecer su autonomía e influiría, además, en los países para generar nuevas políticas públicas y multiplicar las existentes enmarcadas en el paradigma de los Derechos Humanos.

En América Latina, en los últimos 50 años, la esperanza de vida ha aumentado casi 20 años. La demografía nos muestra que nuestro país ha envejecido y que esta tendencia se profundizará en los próximos años. La República Argentina se encuentra entre los países más envejecidos de América Latina y presenta una importante feminización de la población mayor.²³

Entendemos que la feminización de la población de personas mayores es un problema mundial. Como lo afirma la bibliografía, en casi todos los países las mujeres viven más que los hombres. Entonces, podemos afirmar que en el interior de la población adulta mayor se producen dos fenómenos: el incremento de la

²³ Fassio, A.; Roqué, M. (2009). Módulo 2: Gerontología Comunitaria e Institucional. Recuperado el 11 de Agosto de 2012 de <http://www.cursosciapat.com.ar/pdf/biblio-obligatoria/clase1/Gerontologia%20Comunitaria%20e%20Instucional.pdf>

proporción de personas de edad muy avanzada y de mujeres, cuya proporción va aumentando conforme avanza la edad.

En lo que respecta a los cuidadores de los adultos mayores y teniendo en cuenta los datos aportados por el Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda de 2001 la composición de los hogares se ha modificado, produciéndose un aumento de los hogares unipersonales: el 17,3% de los mayores de 60 años que vive en hogares familiares lo hace solo, el 26,8% en hogar nuclear completo de pareja sola (aquel hogar en el que viven solo los conyugues); el 14,6% en hogar nuclear completo de pareja e hijos (hogar conformado por conyugues e hijos); el 6,3% en hogar nuclear incompleto (hogar en el que no vive ni su conyugue ni sus hijos); el 34,2% en hogar extendido (aquel hogar familiar al que se agregan otros familiares o no familiares) y el 0,8% en hogar no familiar.²⁴

La demencia debería ser una prioridad crítica de la salud pública. En el 27º Congreso Internacional de Alzheimer Disease International celebrado en Marzo del año 2012 en Londres, reportó que sólo 8 de los 194 países miembros, la Argentina es uno, tienen un Plan Nacional de Demencia, y muy pocos lo están desarrollando. Esta enfermedad produce un fuerte impacto sobre los individuos, la familia y la sociedad, por lo que la demencia se transforma en una amenaza creciente a la salud pública.

²⁴ Fassio, A.; Roqué, M. *Op. Cit* p. 53.

Marc Wortmann, director ejecutivo de Alzheimer Disease International, comparó la demencia como una gran pesadilla de la salud pública, de los sistemas de salud social y fiscal internacional.²⁵

Se necesita un convencido deseo político acompañado de fondos para la detección precoz, tratamientos efectivos, diagnóstico y prevención.

En nuestro país tradicionalmente la vejez ha sido concebida como una etapa de carencias económicas, físicas y sociales.

El cambio de paradigma implica la aplicación del enfoque de derecho a las políticas públicas. Dicho enfoque promueve el empoderamiento de las personas mayores y una sociedad integrada desde el punto de vista de las edades, lo que implica que las personas mayores son sujetos de derecho y no, solamente objetos de protección, por lo tanto, disfrutan de garantías; pero también tienen responsabilidades respecto de sí mismos, su familia y su sociedad. Esto implica que todo ser humano tiene el derecho de saber qué es lo que tiene como enfermedad, sus consecuencias y su evolución y así poder planear su futuro y colaborar en su tratamiento. Si aceptamos los valores que poseen las personas con demencia les permitimos a éstas mantener su autonomía estando a cargo de sus pensamientos, consideraciones y actitudes.

El enfoque de derecho traspasa la esfera individual e incluye los derechos sociales (derecho al trabajo, a la asistencia, al estudio, a la salud, entre otros) que requieren de la acción positiva del Estado y de la sociedad.

²⁵ Mangone, C. A. (2012). Demencia un problema de salud pública y atención de derechos. Revista anual de Asociación Lucha contra el Mal de Alzheimer y alteraciones semejantes de la República Argentina. (3). 58-59.

Actualmente en nuestro país el modelo que se intenta instaurar para el abordaje de la vejez es el modelo de atención sociosanitario. Este modelo se basa en la concepción de que a los usuarios del sistema se le debe dar algo más que cuidados técnicos, para ello se debe realizar el abordaje desde la globalidad, tanto en el acercamiento al problema del usuario como a su resolución.

Este modelo es:

- Integral, puesto que es capaz de dar respuesta a todas las necesidades del usuario (físicas, emocionales, sociales y espirituales).
- Global, puesto que desarrolla medidas en cada uno de los ámbitos de atención y establece sistemas de optimización institucionales y no institucionales.
- Inserto en la comunidad.
- Interdisciplinario, sobre la base de la comunicación y el respeto de los distintos profesionales y profesiones.
- Armónico, basado en el desarrollo de recursos en cada ámbito y en el territorio, adecuándose a las necesidades definidas con criterios objetivos y gradual en su despliegue.²⁶

Este enfoque propone: la participación activa del usuario y su familia en su propio proceso de atención; medidas de rehabilitación y confort, ya que su objetivo está orientado a obtener o mantener el máximo grado posible de autonomía por

²⁶ Fassio, A.; Roqué, M. (2009). Módulo 2: Gerontología Comunitaria e Institucional. Recuperado el 11 de Agosto de 2012 de <http://www.cursosciapat.com.ar/pdf/biblio-obligatoria/clase1/Gerontologia%20Comunitaria%20e%20Instucional.pdf>

parte del usuario; el trabajo con la familia y el entorno, a fin de ayudar a la familia en el proceso de adaptación a nuevas situaciones y la importancia de la relación que afecta tanto a los actores involucrados directamente en la terapéutica como a los elementos exteriores y a la sociedad toda.

Capítulo III

Valoración Geriátrica Global

VALORACIÓN GERIÁTRICA GLOBAL

III. 1. Concepciones generales

Desde esta perspectiva, se sostiene que el paciente anciano está expuesto a múltiples problemáticas que asociadas con el envejecimiento van a condicionar en gran manera su independencia o autovalimiento. Estos problemas no van a centrarse únicamente en aspectos biomédicos sino que también se presentaran cambios en aspectos cognitivos, emocionales, funcionales y sociales que deberán ser identificados y evaluados de forma conjunta para conseguir una visión integral de toda su problemática.

La valoración geriátrica global (VGG), también llamada valoración geriátrica integral, se ha consolidado como la herramienta clave en la evaluación de las personas mayores, constituye un proceso diagnóstico estructurado (contenido y metódica definidos), dinámico (continuado en el tiempo y adaptable a la situación de las personas), multidimensional (distintas áreas evaluadas), y multidisciplinar (varios profesionales implicados) que permite identificar déficits, problemas y necesidades de los ancianos, para después intervenir sobre ellas y monitorizar los cambios. Aunque constituye un instrumento fundamentalmente de prevención terciaria, integra también actividades de promoción y prevención primaria y secundaria recomendadas en este sector de población.

Está orientada básicamente al mantenimiento de la funcionalidad y/o retraso o enlentecimiento en su pérdida.

Objetivos de la VGG:

- Mejorar la exactitud diagnóstica y la identificación de los problemas.
- Establecer objetivos y desarrollar un plan de cuidados racional.
- Conocer la situación del paciente que nos permita predecir su evolución y observar cambios en el transcurso del tiempo.
- Asegurar una utilización apropiada de los servicios socio-sanitarios.
- Determinar un emplazamiento óptimo de las personas según su situación.
- Identificar la población anciana de riesgo.
- Favorecer la autonomía.
- Implementar medidas preventivas.

Áreas que componen la VGG:

- Valoración clínico-física: además de las actividades de promoción y prevención recomendadas, incluye una recopilación de los problemas de salud relevantes.

Las actividades de promoción y prevención de la salud a incluir son: hábitos tóxicos (tabaco y alcohol), HTA, hipercolesterolemia, ejercicio físico, cribado de determinados cánceres, inmunizaciones y las específicas de los síndromes geriátricos.

- Valoración mental: cognitiva y afectiva.
- Valoración social: recoge principalmente interacción y recursos sociales (cuidador, convivencia, asistencia domiciliaria, relaciones y actividad social) y entorno medioambiental (barreras arquitectónicas, seguridad en el domicilio). Conviene conocer las responsabilidades familiares o sociales del individuo.

- Valoración funcional: adquiere una dimensión muy especial en la evaluación de los sujetos mayores. Su alteración puede ser la expresión de otras áreas. Constituye una medida global de funcionamiento que conjunta toda la valoración. Tiene un poder predictivo de mayor deterioro y de sufrir eventos adversos de salud. También constituye una medida de utilidad para monitorizar los resultados terapéuticos

El proceso de valoración consiste en una observación documentada y organizada que determina la línea terapéutica sobre la cual se forman los objetivos que servirán de fundamento para el programa de tratamiento. El termino valoración funcional hace referencia a la medición no solo de las capacidades físicas sino también de la habilidad funcional del sujeto para vivir de forma independiente en su entorno y realizar las actividades habituales. Al hablar de actividades habituales, hacemos referencia al termino AVD.²⁷

²⁷ Fernandez Arin, E.; Garcia-Arilla Calvo, E.; Mesa Lamprè, M. P.; Sanjoaquin Romero, A. C. (2006). Capitulo 4: Valoración Geriátrica Integral. Tratado de Geriatria para Residentes. Sociedad Española de geriatría y gerontología.

Como puede observarse, este enfoque ofrece una visión holística del sujeto anciano, considerando todas las esferas que lo componen, y de esta manera llevar a cabo un tratamiento integral.

III. 2. Valoración funcional en EA

Las AVD se ven comprometidas en personas con demencia, y por lo tanto forman parte esencial del diagnóstico en los criterios del DSM-IV y es considerado de apoyo en los criterios de NINCDS-ADRDA.

Este compromiso afecta tanto la calidad de vida del sujeto con demencia, como también la de sus cuidadores. La OMS (1994), define a la calidad de vida (CDV) como la percepción individual de la propia posición en la vida dentro del contexto del sistema cultural y de valores en que se vive y en relación con sus objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones. Es un concepto de amplio espectro, que incluye de forma compleja la salud física de la persona, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, sus creencias personales y su relación con las características destacadas de su entorno. A medida que las personas envejecen, su CDV se ve determinada en gran medida por su capacidad para mantener la autonomía y la independencia.

La OMS (1985) sostiene que desde una perspectiva funcional, un adulto mayor sano es aquel capaz de enfrentar el proceso de cambio a un nivel adecuado de adaptabilidad funcional y satisfacción personal. De esta forma, el concepto de funcionalidad es clave dentro de la definición de salud para el

anciano, por ello propone como el indicador más representativo para este grupo etario el estado de independencia funcional.

Según el Ministerio de Salud de Chile (2003) la funcionalidad o independencia funcional es la capacidad de cumplir acciones requeridas en el diario vivir, para mantener el cuerpo y subsistir independientemente. Cuando el cuerpo y la mente son capaces de llevar a cabo las AVD se dice que la funcionalidad está indemne.²⁸

III. 3. Valoración funcional en T.O para pacientes con EA

El concepto de función ha sido siempre central en la T.O, actualmente otras profesiones han comenzado a reconocer su importancia, como consecuencia la valoración de la función está incrementándose, Fisher reconoce que el objetivo común de promover una función independiente es compartido por T.O, terapeutas físicos, trabajadores sociales, enfermeros, psicólogos, médicos entre otros.

En T.O, el concepto de valoración nace a partir de la necesidad de conocer antes de actuar y de comprobar en la práctica los resultados de nuestra intervención.

En gerontología, la valoración de Terapia Ocupacional (VTO) consiste en la observación sistematizada y documentada de un estado particular de función, determinando el grado y el valor (calidad y cantidad) de la discrepancia entre lo que se considera como la norma y los hallazgos individuales obtenidos durante la

²⁸ Villalobos Courtin, A. (2003). *Gestor de Casos del Adulto Mayor en Riesgo de Dependencia*. Recuperado el 22 de Abril de 2012 de <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/c2c4348a0dbb9a8be040010165012f3a.pdf>

evaluación, con objeto de apoyarse en ella para planificar la línea terapéutica indicada. Constituye una parte importante del complejo proceso de valoración integral a que se somete al individuo para conocer su estado físico, psíquico, funcional y social, con objeto de mantener al sujeto en los niveles óptimos de salud en todos sus aspectos, intentando mejorar, o al menos mantener, su calidad de vida.

Para llevar a cabo dicha valoración Polonio López (1998) propone un protocolo, el cual está constituido por cuatro momentos básicos:

- Valoración de la situación basal del paciente: se efectúa obteniendo datos acerca de la situación funcional, psíquica y social previa a la enfermedad. La información se obtiene mediante interrogatorio directo del paciente y, cuando ello no sea posible, del cuidador principal.
- Valoración en el momento del ingreso: se lleva a cabo una descripción objetiva de la situación del paciente al momento del ingreso. También se revisa la historia clínica. En este momento se plantearán los objetivos del tratamiento y un plan de cuidados adecuados para la consecución de los mismos.
- Valoración evolutiva: se repetirá la valoración completa del paciente con objeto de confirmar en la práctica su respuesta al tratamiento y la posible necesidad de modificar las pautas seguidas, de lo cual se dejará constancia escrita. Es conveniente llevarla a cabo al menos una vez entre el ingreso y el alta.

- Valoración al alta: se repetirá la valoración hecha al ingreso, especificando si se han cumplido o no los objetivos, también se realiza un resumen de su estado al alta y se facilitan una serie de recomendaciones para el futuro. Se proporcionan dos copias, una para el paciente y otra para su médico de familia.²⁹

Al hablar de VTO, generalmente se hace en términos de valoración funcional. Dentro de este concepto una de las principales funciones que realiza el T.O es la valoración de las AVD.

Realizando un recorrido en la evolución histórica sobre el origen del término AVD se puede observar que este es relativamente reciente y surge dentro del ámbito de la salud.

Las primeras definiciones formales de las AVD surgen a fines de los 70 y principios de los 80. La Asociación Americana de Terapia Ocupacional (A.O.T.A) elaboró la primera definición de actividades de la vida diaria. En ella se indica que los componentes de las AVD incluyen el cuidado personal, el trabajo y el juego o actividades lúdicas.

Más tarde Reed y Sanderson (1980), definen las AVD como las tareas que una persona debe ser capaz de realizar para cuidar de sí mismo independientemente, incluyendo el cuidado personal, la comunicación y el desplazamiento.

Ann Catherine Trombly (1983) conceptualizaría del mismo modo las AVD, enfatizando el valor que tienen las mismas para el desempeño de los roles

²⁹ Polonio Lopez, B.; Durante Molina, P.; Noya Arnaiz, B. (1998). Conceptos Fundamentales de Terapia Ocupacional. Ed. Médica Panamericana. España.

personales y profesionales. De manera muy similar, Pedretti (1981) y Mosey (1986) coinciden en considerar las AVD como las tareas de mantenimiento personal, movilidad, comunicación, el manejo del hogar, que capacitan al individuo a lograr la independencia en su entorno.

En el transcurso de la década de los años 80 se amplía el concepto, contemplando no sólo las actividades personales de independencia personal sino también aquellas que permiten tener independencia económica y autonomía en otros ámbitos cotidianos como las actividades de participación social, comunitaria y lúdica, aspecto que culminó en la década de 1990, con la escisión en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

Las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) se caracterizan por ser universales, estar ligadas a la supervivencia y condición humana, a las necesidades básicas, estar dirigidas a uno mismo, automatizándose su ejecución tempranamente (alrededor de los 6 años), con el fin de lograr la independencia personal.

Habitualmente dentro de las ABVD se incluyen la alimentación, el aseo, baño, vestido, movilidad personal, sueño y descanso.

En cambio, las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) conllevan un mayor sesgo cultural, están ligadas al entorno, son un medio para obtener o realizar otra acción, implican la interacción con el medio, tales como utilizar distintos sistemas de comunicación, escribir, hablar por teléfono, movilidad comunitaria (conducir, uso de medios de transporte), mantenimiento de la propia salud, manejo de dinero, realización de compras, establecimiento y cuidado del

hogar, cuidar de otro, uso de procedimientos de seguridad y respuesta ante emergencias

Según Williard y Spackman (2011), desde el punto de vista conceptual, el termino AVD se podría aplicar a todas las actividades que realizan los individuos de rutina.

La actual conceptualización de las AVD, según la Clasificación Internacional del funcionamiento, la discapacidad y la salud (CIF) (2001), confeccionada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), enfatiza el uso del tiempo, roles, patrones de actividad y participación por medio del desarrollo de actividades cotidianas, lúdicas y reproductivas, y se la distingue como un atributo central de la experiencia individual de la discapacidad y la enfermedad.

La SNA (2010) sostiene que la valoración funcional en la demencia es muy importante, debido a que permite establecer una descripción inicial (basal) sobre su desempeño, establecer medidas objetivas para monitorear el curso clínico de un paciente individual, y permite diseñar planes de rehabilitación 'ad-hoc'.³⁰

Una gran cantidad de escalas son utilizadas para evaluar los cambios funcionales en demencia pero muchas de ellas no han sido diseñadas específicamente para tal población.

Las escalas más utilizadas que se pueden encontrar en español, son:

- Actividades de la Vida Diaria o AVD:

³⁰ Allegri, R. F.; Arizaga, R. L.; Bavec, C.; Colli, L.; Demey, I.; Fernández, M. C.; Frontera, S.; Garau, M. L.; Giménez, J. J.; Golimstok, A.; Kremer, J.; Labos, E.; Mangone, C. A.; Ollari, J. A.; Rojas, G.; Salmi, O.; Ure, J. A.; Zuin, D. "Op. Cit" p. 2.

- Escala de Katz y colaboradores, toma en consideración elementos básicos del desempeño: capacidad de higienizarse, vestirse, concurrir al baño, caminar y comer.
- Índice de Barthel, permite examinar diez funciones: alimentación, baño, vestido, aseo personal, deposición, micción, uso del retrete, deambulaci3n, traslado sill3n- cama, subir/ bajar escalones.
- Actividades Instrumentales de la Vida Diaria o AIVD:
 - Escala de Lawton y colaboradores evalúa el rendimiento del paciente en actividades que requieren la utilizaci3n de utensilios o elementos intermediarios en niveles que le permitan una vida independiente. Evalúa el desempeño en el hogar, la capacidad en ir de compras, lavar la ropa, etc. Esta escala puede ser autoadministrada o administrada por el investigador en el contexto de una entrevista.

Para llevar a cabo una apropiada valoraci3n funcional del paciente con EA, consideramos de gran importancia contar con escalas funcionales que se adecúen a valorar las necesidades específicas en sujetos con demencia, ya que estas proporcionarán una terminología uniforme y medidas objetivas, permitirán realizar una valoraci3n continuada de manera de poder observar fácilmente la evoluci3n del paciente y el impacto del tratamiento en cada momento, planificar el tratamiento, plantear las estrategias terapéuticas adecuadas, los objetivos que se deben conseguir y de esta forma asegurar la eficiencia del tratamiento.

Capítulo IV

Validación de instrumentos de evaluación

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

IV. 1. Criterios para Seleccionar y Validar Instrumentos de Evaluación

Un instrumento adecuado de evaluación es aquel que produce mediciones relevantes, certeras, reproducibles y eficientes:

- Relevantes, es decir que permita arribar a conclusiones que determinen modificación en la conducta terapéutica.
- Certeras, es decir exactas, que sean sensibles en la detección de los problemas y específicas.
- Reproducibles entre e intraobservadores es decir, equivalentes y estables.
- Eficientes, es decir que la magnitud de la carga que imponga su realización se corresponda con la relevancia de los resultados.

Por otro lado no debe dejar de decirse que es muy difícil arribar al "ideal" cuando se trata de medir variables atravesadas por la subjetividad, tal como percepción de la salud, calidad de vida y/o nivel de independencia o satisfacción en las actividades cotidianas entre otras, en contraposición a las mediciones de naturaleza física o fisiológica, no obstante ninguna herramienta de medición es perfecta.

IV. 2. Características de los Instrumentos de Evaluación:

Los instrumentos de evaluación deben reunir determinadas características que demuestren su eficacia a saber:

- **Confiabilidad:** la confiabilidad de un instrumento es el grado de congruencia con el cual mide el atributo, se refiere a cuán reproducibles o repetibles son los resultados del mismo. Mayor es la confiabilidad de un instrumento mientras menor sea la variación que se produzca en mediciones repetidas de un atributo. La confiabilidad semeja a la estabilidad, congruencia o seriedad de una herramienta de medición. Existen diversas técnicas para evaluar la confiabilidad de los instrumentos de medición.

- **Confiabilidad intra e interevaluador:** esta medida resulta del acuerdo entre los resultados cuando son relevados por dos o más personas (interevaluador), o por la misma persona dos o más veces (intraevaluador). Según la bibliografía consultada, Polit las denomina *equivalencia y estabilidad* respectivamente, además agrega otra forma de medir la equivalencia, menos frecuente, mediante la aplicación de dos formas alternativas de un solo instrumento, al mismo tiempo a una muestra de individuos de secuencia inmediata, con alternancia al azar del orden de presentación de las mismas. Si el acuerdo es pobre entonces las diferencias de los puntajes de los tests pueden reflejar diferencias en la confiabilidad más que verdaderas diferencias del status del paciente.

Por otra parte el intervalo de tiempo entre los tests puede desviar la confiabilidad.

Por ejemplo, si el test es repetido con un intervalo demasiado corto de tiempo, el recordar la primera administración puede influir las respuestas de la segunda administración y entonces aumentar falsamente la confiabilidad interevaluador e intraevaluador. Contrariamente, cambios en el status del paciente pueden influir en las respuestas y empobrecer la confiabilidad.

El grado de acuerdo entre los evaluadores más allá del azar, a menudo es calculado por el índice Kappa. Los valores de Kappa para un test dado podrían exceder de 0.5 a 0.7 para las evaluaciones interevaluador y 0.9 para evaluaciones intraevaluador. Los coeficientes de correlación como el de Spearman o Pearson para la medición de la confiabilidad, pueden ser engañosos pues, en estos casos, pueden existir altas correlaciones con puntajes sistemáticamente diferentes entre ambas mediciones. Para ajustar cierto tipo de diferencias en los acuerdos en el marco de las correlaciones, se utiliza el coeficiente de correlación de intraclass.

- **Consistencia interna:** evalúa la medida en que todos los ítems de un cuestionario que integran un score, reflejan el mismo constructo subyacente. Polit también la denomina *congruencia o coherencia interna*, es factible decir que un instrumento tiene congruencia interna u homogeneidad en la medida en que todas sus subpartes miden la misma característica. Uno de los métodos más antiguos para ésta valoración es la técnica de división por mitades. Mediante éste procedimiento, se obtienen sus calificaciones en forma independiente y se utilizan los valores

de las dos mitades para computar un coeficiente de correlación. Los dos métodos de mayor utilización son el coeficiente alfa (o alfa de Cronbach) y la fórmula 20 de Kuder- Richardson (KR- 20).

El alfa de Cronbach mayor de 0.8 es considerado excelente, mayor de 0.7 bueno y menor de 0.4 pobre.

- **Validez:** se refiere al grado en que un instrumento mide lo que se supone debe medirse. Al igual que la confiabilidad, la validez tiene una gran cantidad de características diferentes y procedimientos de valoración. Sin embargo se diferencia de la primera porque es más difícil de establecer. No obstante la confiabilidad y la validez de un instrumento no son cualidades por completo independientes.

Se reconocen tres tipos de validez:

- **Validez de contenido:** representa la medida en que un test, completa y apropiadamente evalúa el dominio de interés. Para Polit se relaciona con la adecuación a la muestra del contenido del área que mide, que tan representativas son las preguntas de ésta prueba del universo de todas las que podrían preguntarse sobre éste tópico. Es posible llamar a expertos en el área del contenido, con el fin de analizar las preguntas y ver si representan el contenido hipotético del universo.
- **Validez de constructo:** evalúa cuán bien el nuevo test se correlaciona con tests que miden el mismo dominio de interés, *validez convergente* y no se correlaciona con mediciones de características

similares, *validez discriminativa*. Cuando un nuevo test se correlaciona bien con otras medidas como se hipotetizó, la validez de constructo es sostenida. Una estadística Kappa o coeficiente de correlación intraclass son a menudo usadas para calcular el acuerdo entre dos tests diferentes, generalmente comparando un nuevo test con un test goldstandard.

- Validez de criterio: Se basa en una metodología pragmática y enfatiza la necesidad de establecer la relación entre el instrumento construido y algunos otros criterios. La clave es si el mismo es un predictor útil de conductas, experiencias o situaciones subsecuentes. El componente esencial de éste procedimiento es la disponibilidad de un criterio confiable y válido, con el cual las mediciones del instrumento objeto pueden compararse.

Puede ser de dos tipos: *validez predictiva*, es la capacidad de un nuevo test para predecir la performance futura de determinada variable. La *validez concurrente* es la habilidad de un instrumento para distinguir determinados atributos con respecto a un estado actual y presenta alta correlación con un Gold Standard (patrón de oro).

IV. 3. Diseño de un Estudio Diagnóstico

Las pruebas diagnósticas deben demostrar su utilidad para identificar las condiciones clínicas a las que van a aplicarse, valorando previamente su eficacia y su seguridad para realizar un diagnóstico.

En líneas generales, es preciso probar que un determinado resultado de la prueba se asocie con la presencia de la enfermedad. Para esto, se somete a un grupo de pacientes al método a testear, y luego se comparan estos datos contra el de alguna otra prueba que otorgue certeza diagnóstica.

Los estudios diagnósticos son aquellos que evalúan la utilidad de las pruebas diagnósticas, y tienen características metodológicas de diseños específicas:

- Comparativo: Para probar que el método es útil, es necesario comparar el resultado del test contra la presencia real o no de la enfermedad en cuestión. Esta comparación se efectúa entre dos conjuntos de datos de la misma muestra de individuos.
- Observacional: Lo ideal sería poder demostrar que el uso del test no sólo optimiza el diagnóstico de la enfermedad, sino que esto tiene trascendencia para el pronóstico. Sin embargo, la validación de un medio diagnóstico se hace generalmente para observar si éste distingue bien entre sanos y enfermos en condiciones de uso clínico habitual; por lo tanto, el enfoque utilizado es observacional, ya que no se aplica ninguna intervención.
- Transversal: dado que se desea establecer una correlación o concordancia entre el resultado del test y la enfermedad, es necesario

evitar que la condición pueda cambiar o evolucionar entre la realización del test y la confirmación diagnóstica. Por eso ambas mediciones deben hacerse en el mismo grupo de sujetos y sin mediar un tiempo suficiente para que haya evolución. Tanto el método estudiado como el que da la certeza diagnóstica se realizan una sola vez en cada paciente, por lo que el diseño es transversal.

- Prospectivo: Aquí vale lo mismo que para cualquier estudio en cuanto a asegurar la validez mediante un diseño prospectivo; pero, dado que se trata de un estudio donde los procedimientos de medición son el tema central, la planificación y estandarización de las mediciones se vuelve trascendental.

Una prueba diagnóstica debería dar siempre resultados correctos y confiables, ser rápida y sencilla de realizar, ocasionar una mínima incomodidad al paciente y un mínimo gasto al sistema.

A continuación se detallarán algunos aspectos de cada paso involucrado en el diseño de un estudio diagnóstico-

IV. 4. Selección de los Sujetos de Estudio.

Lo primero que debe definirse es en qué grupo de pacientes va a ser utilizado el test para hacer diagnóstico, es decir: la *población blanco*.

Usualmente, una prueba diagnóstica no se utiliza solo en sujetos enfermos, sino que el conjunto de sujetos que se someten a la misma está compuesto de

sanos y enfermos; más aún, contiene una gama de individuos que van desde los absolutamente sanos a los gravemente enfermos.

Las diferencias cualitativas entre distintos medios diagnósticos suelen evidenciarse por su capacidad de discriminar los casos intermedios, subclínicos o con enfermedad incipiente o leve. Es por este motivo que la muestra estudiada al validar un test diagnóstico debe contener un amplio espectro de pacientes que representen a toda la gama de situaciones que pueden presentarse en la práctica asistencial, ya que los resultados variaran en función de la composición de la muestra estudiada.

IV. 5. Características Operativas

Cuando se intenta validar un medio diagnóstico, lo que interesa es determinar en qué grado el método permite discriminar entre los individuos sanos y enfermos, es decir cuál es su capacidad diagnóstica para la condición. Estas propiedades del método se conocen como características operativas del test y se resumen en 4 medidas clásicas: sensibilidad, especificidad, poder predictivo positivo y negativo.

En líneas generales, la prueba evaluada puede detectar o no, y esto puede ocurrir en sanos o enfermos.

Por lo tanto, existen 4 resultados posibles que pueden simplificarse ubicándolos en una tabla con 4 casilleros.

		+	-	
Método nuevo	+	VP	FP	Positivo
	-	FN	VN	Negativo
		Enfermos	Sanos	

A los individuos que den positivos al patrón de referencia se los considera enfermos y a los que son negativos se los asume como sanos para la enfermedad en cuestión. De esta manera, cuando el test acierte, se tendrá un resultado verdadero y cuando no, un resultado falso. Esto puede ocurrir tanto para los test positivos como para los negativos, lo que da cuenta de las 4 opciones de resultados posibles:

- Verdaderos positivos (VP)
- Verdaderos negativos (VN)
- Falsos positivos (FP)
- Falsos negativos (FN)

Con distintas combinaciones de estas cuatro cifras se pueden calcular las características operativas del test:

- **Sensibilidad:**

Es la capacidad de identificar a las personas enfermas y se obtiene de calcular que proporción de los enfermos presentaron un test positivo:

$$\text{SENSIBILIDAD: } \frac{\text{VP}}{\text{Enfermos}} = \frac{\text{VP}}{\text{VP+FN}} =$$

Se deduce que un test sensible es aquel al que no se le escapan los enfermos, o sea tiene pocos falsos negativos. Este tipo de prueba es deseable cuando se intenta diagnosticar una enfermedad.

También es útil aplicar una prueba muy sensible cuando se desea descartar diagnósticos presuntivos poco probables, ya que es poco plausible que un resultado negativo sea un falso negativo. En este caso, un resultado negativo descarta la enfermedad.

- **Especificidad:**

Es la capacidad de identificar a las personas sanas y se obtiene de calcular la proporción de sanos que presentaron un test negativo:

$$\text{ESPECIFICIDAD: } \frac{\text{VN}}{\text{Sanos}} = \frac{\text{VN}}{\text{VN + FP}} =$$

Lo buena que resulte una prueba dependerá no sólo de su sensibilidad y especificidad, sino también de la prevalencia de la enfermedad en la muestra de sujetos en la que se utilizó la prueba; a esta prevalencia se la suele denominar probabilidad previa o pre-test, dado que alude a las chances de que un paciente esté enfermo antes de aplicar ningún medio diagnóstico.

Cuanto mayor es la prevalencia de la enfermedad, es menos probable que un resultado negativo sea real, y más probable que represente un falso negativo.

Análogamente, cuanto menor sea la prevalencia de la enfermedad, más probable será que un resultado positivo sea un falso positivo. Esto tiene trascendencia clínica, dado que para enfermedades raras se requerirá una prueba diagnóstica con mayor especificidad, mientras que para enfermedades comunes una prueba deberá ser muy sensible para ser útil.

Conocer los valores de sensibilidad y especificidad ayuda a decidir si solicitar o no la prueba en un determinado individuo. Pero una vez que se reciben los resultados: ¿Cómo se interpreta un valor positivo o negativo? ¿Qué valor predictivo tiene un determinado resultado?

Esto se responde por medio de las dos medidas restantes de capacidad operativa del test: los poderes predictivos positivo y negativo, que aluden a lo que se denomina probabilidad posterior o posttest (después de conocido el resultado). Ambos dependen de la sensibilidad y la especificidad del test, pero también de la prevalencia de enfermedad en la población en cuestión.

- Poder predictivo positivo:

El poder predictivo positivo es la probabilidad de que un paciente con un resultado positivo esté realmente enfermo.

$$\text{PODER PREDICTIVO [+]} = \frac{\text{VP}}{\text{Positivos}} = \frac{\text{VP}}{\text{VP+ FP}} =$$

- Poder predictivo negativo

El poder predictivo negativo mide la probabilidad de que un paciente con un resultado negativo esté verdaderamente sano.

$$\text{PODER PREDICTIVO [-]} = \frac{\text{VN}}{\text{Negativos}} = \frac{\text{VN}}{\text{VN+ FN}} =$$

Muchas pruebas con alta sensibilidad tienen también altos poderes predictivos negativos, mientras que pruebas con máxima especificidad suelen gozar de elevados poderes predictivos positivos.

Esto permite diferenciar dos tipos extremos de pruebas diagnósticas:

- Pruebas de "screening": Para detectar casos de enfermedad en la población general, sobre todo si la prevalencia de enfermedad es baja, es conveniente utilizar una prueba que tenga alta sensibilidad (para no perderse de captar a los enfermos) y alto poder predictivo negativo (para que un resultado normal garantice que el sujeto esté sano).

- Pruebas de confirmación: En cambio, cuando se desea una confirmación definitiva del diagnóstico que permita iniciar el tratamiento, es conveniente aplicar una prueba que tenga alta especificidad (para no rotular incorrectamente a un sujeto sano como enfermo) y alto poder predictivo positivo (para asegurar que el resultado anormal corresponde a un paciente con la enfermedad).

IV. 6. Curva Roc.

Se utiliza en pruebas diagnósticas cuyo resultado se expresa originalmente en valores numéricos continuos, en donde la sensibilidad y especificidad no pueden calcularse directamente, sino que debe estipularse un punto de corte para dividir los valores normales de los anormales. Esta es una decisión casi arbitraria, ya que es habitual tener valores límites o 'borderline' cercanos al punto de corte que son difíciles de clasificar como normales o patológicos.

La definición del punto de corte determinara la proporción de valores que caigan de uno u otro lado, y por ende la sensibilidad y especificidad del test.

Tanto la sensibilidad como la especificidad pueden alterarse manejando el punto de corte.

Esto no necesariamente es algo malo, ya que puede utilizarse para adaptar el uso del test a situaciones específicas en las que interesa aumentar la sensibilidad o mejorar la especificidad.

La manera de graficar la curva ROC es ubicando la sensibilidad en un eje de coordenadas y la inversa de la especificidad, en el otro eje; es decir: la tasa de verdaderos positivos contra la tasa de falsos positivos. De esta manera se puede observar cuánto se pierde en especificidad por cada movimiento del punto de corte para mejorar la sensibilidad (y viceversa).

La curva ROC permite evidenciar el punto de corte con máxima sensibilidad y especificidad (punto de la curva que más se acerque al ángulo superior izquierdo).

Este punto no es necesariamente el óptimo siempre, dado que en algunas circunstancias puede requerirse mayor sensibilidad o mayor especificidad.

- A medida que aumenta la sensibilidad disminuye la especificidad.
- Aumentar la tasa de verdaderos positivos sólo puede hacerse a expensas de una mayor tasa de falsos positivos.
- El punto de corte con máxima sensibilidad y especificidad es el más cercano al ángulo superior izquierdo.
- Una curva ROC puede utilizarse para comparar la capacidad diagnóstica de varios tests para la misma enfermedad: el mejor será aquel cuya curva se acerque más al ángulo superior izquierdo (su área bajo la curva será mayor).

VI. 7. Estudios de Correlación

Un problema de correlación es aquél que tiene como objetivo el estudio de una relación que conecta a dos variables. La atención está puesta no en cada una de las variables en forma aislada, sino en la relación que hace que ellas covaríen o varíen conjuntamente o proporcionalmente.

Su principal utilidad radica en que, corroborada la correlación, entonces una de las variables (la conocida o independiente o X) podrá utilizarse para predecir la otra (la desconocida o dependiente o Y).

La segunda utilidad de establecer una correlación es servir como primera aproximación al estudio de una probable relación de causa y efecto, ya que si las variables están relacionadas, una podría ser la causa de la otra.

IV. 7. 1. Coeficiente de correlación

Es un estimador de la fuerza de la correlación entre dos variables X e Y, o sea que mide la intensidad con la que están asociadas. Se calcula a través de fórmulas matemáticas cuyos componentes son los datos de la investigación. Existen distintos coeficientes según las escalas de medición y el tipo de distribución de las variables:

- Para variables medidas en escala nominal: coeficiente de contingencia.
- Para variables medidas en escala ordinal o numéricas sin distribución normal: coeficiente de spearman (también llamado "rho").

- Para varias variables medidas en escala ordinal: coeficiente de kendall.
- Para variables medidas en escala intervalar (idealmente con distribución normal): coeficiente de correlacion lineal de pearson (simbolizado con "r" y también llamado "productomomento").

El valor del coeficiente de correlación oscila entre -1 y +1, lo que es lo mismo que decir que oscila entre 0 y 1, siendo 0 la falta de correlación y 1 la correlación máxima; el signo (+) o (-) indica el sentido de la correlación.

Para interpretar un coeficiente de correlación "r", se analiza:

- El signo: Si el signo del r es (+), entonces ambas variables se modifican en un mismo sentido, es decir, que ambas aumentan o disminuyen conjuntamente (correlación positiva). En cambio, si el signo es (-), entonces las variables se modifican en distinto sentido, es decir que, cuando una aumenta la otra disminuye o viceversa (correlación negativa).
- El valor absoluto: A mayor fuerza de la asociación entre dos variables, mayor será el valor absoluto de r.

También se utiliza el R^2 o coeficiente de determinación, que se calcula elevando al cuadrado el valor de r (por lo tanto, se pierde el signo), y que mide la capacidad de predicción de la correlación.

IV. 7. 2. Análisis de regresión

Habíamos dicho que una de las utilidades de encontrar una correlación entre dos variables era que luego podíamos utilizar el valor de una para predecir la otra. Esto puede hacerse estableciendo una fórmula de regresión que conecte a estas dos variables, procedimiento conocido como análisis de regresión.

IV. 8. Planificación de las Mediciones

La escala utilizada debe aplicarse a todos los sujetos de estudio, e implica los siguientes requisitos.

- **Estandarización:** más que en ninguna otra investigación la descripción detallada de los procedimientos es de vital importancia en un estudio diagnóstico. Los resultados obtenidos pueden variar no sólo según cómo se utilice el instrumento diagnóstico, o cómo se prepare el paciente, sino también en función de la experiencia o entrenamiento de los observadores. La eficiencia diagnóstica en la práctica puede ser muy distinta a la observada en el contexto de investigación si los lectores no respetan las pautas de aplicación del test, o las condiciones de preparación del paciente, o simplemente no están lo suficientemente entrenados para interpretar correctamente los resultados.
- **Independencia:** Todos los sujetos incluidos en el estudio deben someterse a ambos métodos diagnósticos: el patrón de referencia y el test nuevo, independientemente de los resultados de cada uno.

Excluir de la segunda prueba a los individuos que salieron negativos en la primera, o tender a someter al patrón dorado sólo aquellos en los que se sospechan más enfermos, sesgará severamente las conclusiones del estudio.

- Ciego: Los observadores que aplican un test no deben conocer el resultado del otro, para evitar que este conocimiento afecte su objetividad en la interpretación de los resultados.³¹

³¹ Hirsch, R. P.; Riegelman R. K. (1992). "Cómo estudiar un estudio y probar una prueba: lectura crítica de la literatura médica". Organización Panamericana de la Salud. Washington DC.

Capítulo V

Escala por Interrogatorio de las Actividades de la Vida Diaria

EIAD ESCALA DE EVALUACIÓN DE LAS AVD.

V. 1. Descripción del Instrumento de Evaluación

El EIAD es una escala de evaluación por interrogatorio de las AVD, que se originó en el Servicio de Medicina Preventiva del HPC de la ciudad de Mar del Plata como un aporte desde el área funcional para presentar en el Consortium Argentino para el Estudio de la Demencia (C.A.E.D) en un trabajo conjunto con la Dra. Diana Scharovsky.

Independientemente de la forma de administración algunos tests evaluaban varios dominios del área funcional, AVD, AIVD y AVD VOLITIVAS o AVANZADAS (se definen aquellas relacionadas con el trabajo y el tiempo libre) que según Lawton y Brody se pierde especificidad además actualmente existen las recomendaciones de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud que sugieren y avalan delimitar las áreas de evaluación.

El EIAD fue creado frente a la necesidad de contar con un instrumento de mayor sensibilidad, que los utilizados comúnmente, fácil de implementar, acorde al contexto de la clínica, que permita brindar un mejor asesoramiento al familiar y optimizar los abordajes y estrategias terapéuticas.

Se trata de un test por interrogatorio, que solamente indagaría en el dominio de las AVD con el objetivo de detectar cambios tempranos en el nivel de desempeño en pacientes con diagnóstico de deterioro cognoscitivo y demencia tipo Alzheimer.

Según Andrada, M. A.; Roumec, B. S. (2007) el EIAD fue diseñado para evaluar el nivel de independencia de las AVD en pacientes con deterioro cognoscitivo y con demencia, además pretende detectar cambios sutiles en el desempeño cotidiano, medir la progresión de la enfermedad y brindar una herramienta útil para los profesionales para establecer estrategias de tratamiento con el paciente y asesoramiento al familiar. La escala por interrogatorio de las AVD será administrada a los cuidadores de los pacientes.³²

Consta de una primer parte donde se consignan los datos del paciente (nombre y apellido, fecha de nacimiento, edad, sexo, estado civil, domicilio, teléfono, número de historia clínica) y del informante (nombre y apellido, edad, tipo de vínculo, modalidad de convivencia y horas de contacto semanales). Lugar, fecha y nombre del evaluador.

Una segunda parte, la evaluación propiamente dicha, está formada por nueve ítems que se corresponden con Actividades de la Vida Diaria Básicas (continencia urinaria, continencia fecal, aseo, toilette, alimentación, movilidad, traslado dentro y fuera del hogar, baño y vestido), a su vez cada una de ellas está desglosada en las acciones que conforman la tarea y la forma en que el paciente la lleva a cabo. A cada actividad le corresponde un puntaje parcial, que refleja la capacidad funcional del paciente. Se debe tener en cuenta que el ítem A) es siempre el de mayor puntaje y se corresponde con el nivel óptimo de funcionamiento y le corresponde el puntaje más alto dentro de la escala, 6 puntos. Para ello es indispensable mencionar cada una de las acciones que componen la

³² Andrada, M.A.; Loo, A.; Roumec, B.S. "Op. Cit". P. 13.

actividad antes de que el familiar/cuidador responda. Y recalcar sobre los siguientes aspectos, a tener en cuenta durante toda la evaluación: recordar el modo habitual de realizar cada actividad y si percibe cambios en la actualidad, comparando siempre el nivel previo con el actual.

Tratar en lo posible de no automatizar las preguntas, darle un tiempo prudencial para que el informante pueda evocar situaciones que reflejen alguna problemática. Una vez obtenida la respuesta, ratificar con el nivel inferior para confirmar dicho puntaje. En el ítem B) si le debe recordar al paciente alguna de las acciones y/o indicarle la forma correcta de realizarlas, en caso de que su respuesta sea afirmativa el puntaje correcto es el nº 5 y para confirmar su confiabilidad procederemos a administrar el ítem C) si responde negativamente el puntaje correcto es 5.

La suma de todos los resultados sirve para arribar a un puntaje TOTAL, que se correlaciona con uno de los siete niveles de desempeño, determinando cuando una persona requiere indicación, supervisión o asistencia física/ verbal de otra para ejecutar todos los pasos de una actividad.

El puntaje total es 60 puntos, que corresponde al desempeño independiente.

La graduación de los niveles que se describen a continuación se basa en las categorías establecidas por el MEDICARE, que discrimina con claridad los niveles de INDEPENDENCIA y ASISTENCIA.

- **INDEPENDIENTE:** cuando el paciente es capaz de completar la tarea, Incluyendo el poner en marcha la actividad con o sin equipo adaptado. 60/60 puntos.
- **INDEPENDIENTE CON INDICACIÓN:** es capaz de completar la tarea Una vez que alguien la inicia por él (la indicación es verbal). 49-59 puntos.
- **INDEPENDIENTE CON SUPERVISIÓN:** es hábil para realizar la tarea sin ayuda física pero requiere la permanencia de otra persona para realizarla sin riesgo (no se lo puede dejar solo). 39- 48 puntos.
- **MÍNIMA ASISTENCIA:** el paciente requiere un 25% de asistencia de otra persona para realizar las actividades o asistencia cognoscitiva periódica para realizar las actividades funcionales sin riesgo. 29- 38 puntos.
- **MODERADA ASISTENCIA:** el paciente requiere un 50 % de asistencia de otra persona para realizar las actividades o constante asistencia cognoscitiva para sostener o completar pasos o actividades simples y rutinarias. 19- 28 puntos.
- **MÁXIMA ASISTENCIA:** el paciente necesita un 75 % de asistencia de otra persona para realizar la actividad desde el acto motor y/o necesita estimulación cognoscitiva para iniciarla, siendo en su mayor parte responsable de la dirección de las acciones motoras. 9- 18 puntos.
- **TOTAL ASISTENCIA:** el paciente requiere un 100 % de asistencia de una o más personas para realizar la totalidad de las

actividades y /o requiere estimulación cognoscitiva para producir una respuesta motora funcional a un estímulo externo (por ejemplo, indicarle que trague el alimento una vez colocado en su boca). 0- 8 puntos.

También el EIAD provee datos cualitativos acerca de la realización de las actividades, que se consignan en el espacio de observaciones al final de cada área de la evaluación. Y además consta de una última parte, sugerida por el equipo de profesionales que fueron parte en la validez de contenido, un dispersograma que resume los resultados de la escala y de manera rápida y a simple vista se puede obtener un perfil de desempeño global y observar claramente en qué áreas de las AVD se encuentran mayores dificultades. Ésta información posibilita una visión holística de la situación del paciente.

BIBLIOGRAFIA UTILIZADA EN ASPECTOS FUNDAMENTALES DEL MARCO TEORICO.

Allegri, R. F.; Arizaga, R. L.; Bavec, C.; Colli, L.; Demey, I.; Fernández, M. C.; Frontera, S.; Garau, M. L.; Giménez, J. J.; Golimstok, A.; Kremer, J.; Labos, E.; Mangone, C. A.; Ollari, J. A.; Rojas, G.; Salmini, O.; Ure, J. A.; Zuin, D. (2010). "Guía práctica clínica. Enfermedad de Alzheimer". Sociedad Neurológica Argentina. Filial de la Federación Mundial de Neurología, 3-14.

Andrada, M.A.; Loo, A.; Roumec, B.S. (2007). "Escala por Interrogatorio de las Actividades de la Vida Diaria". (Tesis de grado), Universidad Nacional de Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina.

Carrasco, Martin. M. (2009). Biomarcadores en la enfermedad de Alzheimer: Definición, significación diagnóstica y utilidad clínica. Recuperado de <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/boletin/2009/numero-78/art-09-09-01.pdf>

Durante Molina, P.; Pedro Tarrés, P. (1998). Terapia ocupacional: principios y práctica. Masson S.A. (3):15-24.

Fassio, A.; Roqué, M. (2009). Módulo 2: Gerontología Comunitaria e Institucional. Recuperado el 11 de Agosto de 2012 de <http://www.cursosciapat.com.ar/pdf/bibliobligatoria/clase1/Gerontologia%20Comunitaria%20e%20Instucional.pdf>

Fernandez Arin, E.; Garcia-Arilla Calvo, E.; Mesa Lamprè, M. P.; Sanjoaquin Romero, A. C. (2006). Capítulo 4: Valoración Geriátrica Integral. Tratado de Geriatria para Residentes. Sociedad Española de geriatría y gerontología.

Hirsch, R. P.; Riegelman R. K. (1992). "Cómo estudiar un estudio y probar una prueba: lectura crítica de la literatura médica". Organización Panamericana de la Salud. Washington DC.

Mangone, C. A. (2012). Demencia un problema de salud pública y atención de derechos. Revista anual de Asociación Lucha contra el Mal de Alzheimer y alteraciones semejantes de la República Argentina. (3). 58-59.

Polonio Lopez, B.; Durante Molina, P.; Noya Arnaiz, B. (1998). Conceptos Fundamentales de Terapia Ocupacional. Ed. Médica Panamericana. España.

Villalobos Courtin, A. (2003). *Gestor de Casos del Adulto Mayor en Riesgo de Dependencia*. Recuperado el 22 de Abril de 2012 de <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/c2c4348a0dbb9a8be040010165012f3a.pdf>

ASPECTOS
METODOLOGICOS

Tipo de Investigación

Según lineamientos extraídos de Polit y Hungler (2005) el presente trabajo se enmarcó dentro de una investigación de tipo metodológica, con un diseño transversal. La misma se refiere a investigaciones controladas sobre la forma de obtener, organizar y analizar los datos. Abordan el desarrollo, la validación y evaluación de instrumentos o técnicas de investigación. El objetivo es desarrollar instrumentos confiables, eficaces y funcionales que otros investigadores y profesionales puedan utilizar en la práctica cotidiana. Es no experimental porque no se realizó una manipulación controlada en los sujetos de estudio, y el diseño transversal implica que los fenómenos evaluados se captaron durante un período limitado de recolección de datos. También se realizó una investigación correlacional, la cual pretende comprender relaciones de asociación entre variables, sin determinar relaciones causa-efecto.

Población

La población estuvo conformada por 125 adultos mayores a partir de 55 años de edad, de ambos sexos, que concurrieron a la evaluación interdisciplinaria cognitivo-funcional, en el Servicio de Medicina Preventiva del Hospital Privado de Comunidad, en la ciudad de Mar del Plata durante el período 28 de enero al 10 de abril inclusive del año 2013.

Muestra

La muestra de estudio estuvo conformada por 96 adultos mayores a partir de 55 años de edad, de ambos sexos, que concurrieron a la evaluación interdisciplinaria cognitivo-funcional, en el Servicio de Medicina Preventiva del Hospital Privado de Comunidad, de la ciudad de Mar del Plata durante el periodo comprendido entre el 28 de enero al 8 de abril inclusive del año 2013.

Unidad de Análisis

La unidad de análisis fue cada uno de los adultos mayores a partir de 55 años de edad, de ambos sexos, que concurrieron a la evaluación interdisciplinaria, en el Servicio de Medicina Preventiva del Hospital Privado de Comunidad, de la ciudad de Mar del Plata durante el periodo comprendido entre el 28 de enero al 8 de abril inclusive del año 2013.

Método de Selección de la Muestra

El grupo de estudio se seleccionó mediante un muestreo no probabilístico de tipo intencional. Las unidades de análisis se seleccionaron siguiendo determinados criterios identificados para los fines del estudio a realizar, siendo

necesario que toda la muestra reúna las características pertinentes para observar el fenómeno en estudio.

Para este trabajo se seleccionaron los pacientes que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión y que aceptaron (ellos o sus representantes) participar en el estudio.

Criterios de inclusión:

- Iguales o mayores de 55 años de edad.
- Que concurren a la evaluación interdisciplinaria cognitivo-funcional, en el Servicio de Medicina Preventiva del Hospital Privado de Comunidad de la ciudad de Mar del Plata, durante el período comprendido entre el 28 de enero al 8 de abril inclusive del año 2013.
- En compañía de cuidadores formales y/o informales.
- Que cumplieron con los criterios diagnósticos de Wimbled para DCL, y con los criterios diagnósticos de NINCDS-ADRDA para Demencia tipo Alzheimer.

Criterios de exclusión:

- Presencia de patologías asociadas (trastornos psiquiátricos, patología tumoral, trastornos mnésico-cognoscitivos secundarios a medicación).

- Que no cumplieron los criterios diagnósticos de Wimblad para DCL, y con los criterios diagnósticos de NINCDS-ADRDA para Demencia tipo Alzheimer.
- Pacientes cuyos datos fueron extraviados.
- Pacientes que no concurrieron acompañados por un familiar y/o cuidador formal.
- Pacientes que se encuentren institucionalizados.
- Pacientes con patología osteoarticular y/o neurológica que interfieran significativamente en la realización de las actividades de la vida diaria y en la discriminación del origen de la limitación.

Criterios de inclusión para los cuidadores:

- Aquellas personas que se autodenominaron cuidadores y que consideraron tener el conocimiento suficiente para poder responder acerca del desempeño cotidiano del paciente.
- Igual o mayor de 21 años.
- Que estuvieron capacitados para interpretar el consentimiento informado, comprender las preguntas del cuestionario y todo el procedimiento.

Criterios de exclusión para los cuidadores:

- Presencia de déficit cognoscitivo o psiquiátrico que pudieran interferir con la habilidad de la persona de transmitir información sobre el desempeño cotidiano del paciente en sus actividades de la vida diaria.

Procedimiento de Selección de la Muestra

Previo a la recolección de datos se presentó en el Comité de Ética del HPC una solicitud de aprobación para que pueda llevarse a cabo la aplicación del EIAD.

Una vez aprobada dicha solicitud, se envió una carta dirigida al Ministro de Salud de la Provincia de Buenos Aires, el Dr. Collia Alejandro con la finalidad de solicitar autorización para realizar nuestra tesis de grado en el Servicio de Medicina Preventiva del HPC.

Luego de cumplir con los requisitos anteriormente mencionados dicho comité exigió la presencia de una fedataria al momento de la toma de cada consentimiento informado.

Se recabaron datos de pacientes que concurrieron de forma consecutiva a realizarse evaluación interdisciplinaria cognitivo-funcional al Servicio de Medicina Preventiva hasta alcanzar el número mínimo de pacientes a evaluar.

La evaluación cognitivo-funcional se llevó a cabo previamente por el equipo interdisciplinario de dicha institución, constituido por dos Terapistas Ocupacionales, cuatro Psicólogos, dos Medicas Geriatras. Como primer paso para realizar dicha evaluación los pacientes debieron ser evaluados por Terapia

Ocupacional y Psicología, mientras que el diagnóstico final lo realizó un médico especializado en el área.

Las tesisistas fueron las encargadas de administrar los consentimientos informados y el EIAD a la unidad de estudio; las mismas estuvieron ciegas del diagnóstico, del grado de deterioro y de los resultados obtenidos de la evaluación interdisciplinaria cognitivo-funcional.

Para acceder a la muestra las tesisistas diariamente consultaban la grilla de horarios para de esta manera obtener los turnos de los pacientes que al día siguiente concurrirían a la evaluación. Una vez obtenidos estos datos las tesisistas informaban sobre los mismos a la fedataria.

Al llegar los pacientes al Servicio de Medicina Preventiva se anunciaban en la secretaria, luego los mismos aguardaban el turno en la sala de espera. Una vez ubicados en la misma la tesisista número uno acompañada por la fedataria, se acercaban al paciente y su acompañante para presentarse y explicar el motivo de nuestra investigación. Se les informó mediante el consentimiento informado la identidad de los investigadores, el objetivo del estudio, las características del mismo, que no aportará ni un beneficio ni un perjuicio directo para sí, se enfatizó en la confidencialidad de los datos obtenidos.

Luego se consultaba a ambos si deseaban participar en la misma, si la respuesta era afirmativa, en el caso del paciente se contaba con un consentimiento informado, si se observaba alguna dificultad en la comprensión del mismo se procedía a tomar un asentimiento informado, el cual fue redactado con términos de menor complejidad para una mayor comprensión; en el caso del

acompañante se hacía entrega de un consentimiento informado. En los casos en que la respuesta de participación fue negativa estos pasos no fueron realizados y se los excluyó de la investigación. Al mismo tiempo la tesista número dos aguardaba en un consultorio para administrar el EIAD. Una vez firmados los consentimientos informados el acompañante se dirigía a dicho lugar donde se realizaba la toma del EIAD, mientras que el paciente y la tesista número uno aguardaban en la sala de espera. Se procedió a realizar esta separación en las actividades a realizar por las tesistas, ya que un requisito fundamental para la validación de instrumentos de evaluación en la planificación de las mediciones es el ciego, evitando así afectar la objetividad en la interpretación de los resultados.

Procedimientos para la recolección de datos

La recopilación de datos se llevó a cabo en varias fases:

1. Selección de la encargada de presentación y toma de consentimiento informado (tesista número uno) y de la evaluadora para la administración del EIAD (tesista número dos): fue libre elección y acordado por ambas tesistas.

2. Capacitación de las evaluadoras:

- 2.1 En el caso de la tesista número uno, la misma se realizó con la fedataria, quien fue la encargada de explicar la forma de realizar la toma del consentimiento informado, junto con la Lic. en Terapia Ocupacional Roumec Bettina.

2.2 En el caso de la tesista número dos, la misma fue realizada por una de las creadoras del EIAD Lic. en Terapia Ocupacional Roumec Bettina.

2.3 Se llevó a cabo una prueba piloto para afianzar los conocimientos adquiridos.

3. Evaluación: Los evaluadores estuvieron ciegos del diagnóstico, del grado de deterioro y de los resultados obtenidos de la evaluación interdisciplinaria cognitivo-funcional .

4. Búsqueda de sujetos de estudio:

Diariamente se consultaban la grilla de horarios para de esta manera obtener los turnos de los pacientes que al día siguiente concurrirían a la evaluación. Una vez obtenidos estos datos las tesistas informaban sobre los mismos a la fedataria.

5. Luego de aplicado el EIAD, se recabaron los siguientes datos de la historia clínica del paciente: diagnóstico final de la patología cognitiva del paciente, sexo, edad, estado civil, nivel de escolaridad, resultados obtenidos en MMSE y GDS, resultado del EIAD. En cuanto a los cuidadores, se recaudaron datos como: edad, sexo, nivel de escolaridad, parentesco con el paciente, tipo de cuidador (formal/informal), modalidad de convivencia y horas de contacto semanales con el paciente.

Al finalizar la revisión de las historias clínicas se excluyeron aquellos pacientes que no cumplieron con los criterios de inclusión.

Los datos obtenidos fueron incorporados en una planilla de Microsoft Excel específicamente diseñada para este fin. Se realizó inicialmente un análisis descriptivo de las características principales de la muestra. Luego se evaluó la sensibilidad y especificidad para cada uno de los puntajes obtenidos del EIAD, construyéndose también una curva ROC. De esta forma se seleccionó el punto de corte óptimo, definido como el que presentó un valor mayor en la suma de la sensibilidad y especificidad. Para el valor seleccionado se calcularon también los valores predictivos positivos y negativos.

Luego se realizó un análisis de correlación entre los valores obtenidos del EIAD con el GDS y con el MMSE, ambas medidas posibles de severidad del deterioro cognitivo. Para esto se obtuvo un coeficiente de correlación (rho de Spearman), que fue seleccionado de acuerdo a las características de los datos recabados.

Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico Stats Direct Versión 2.7.2.

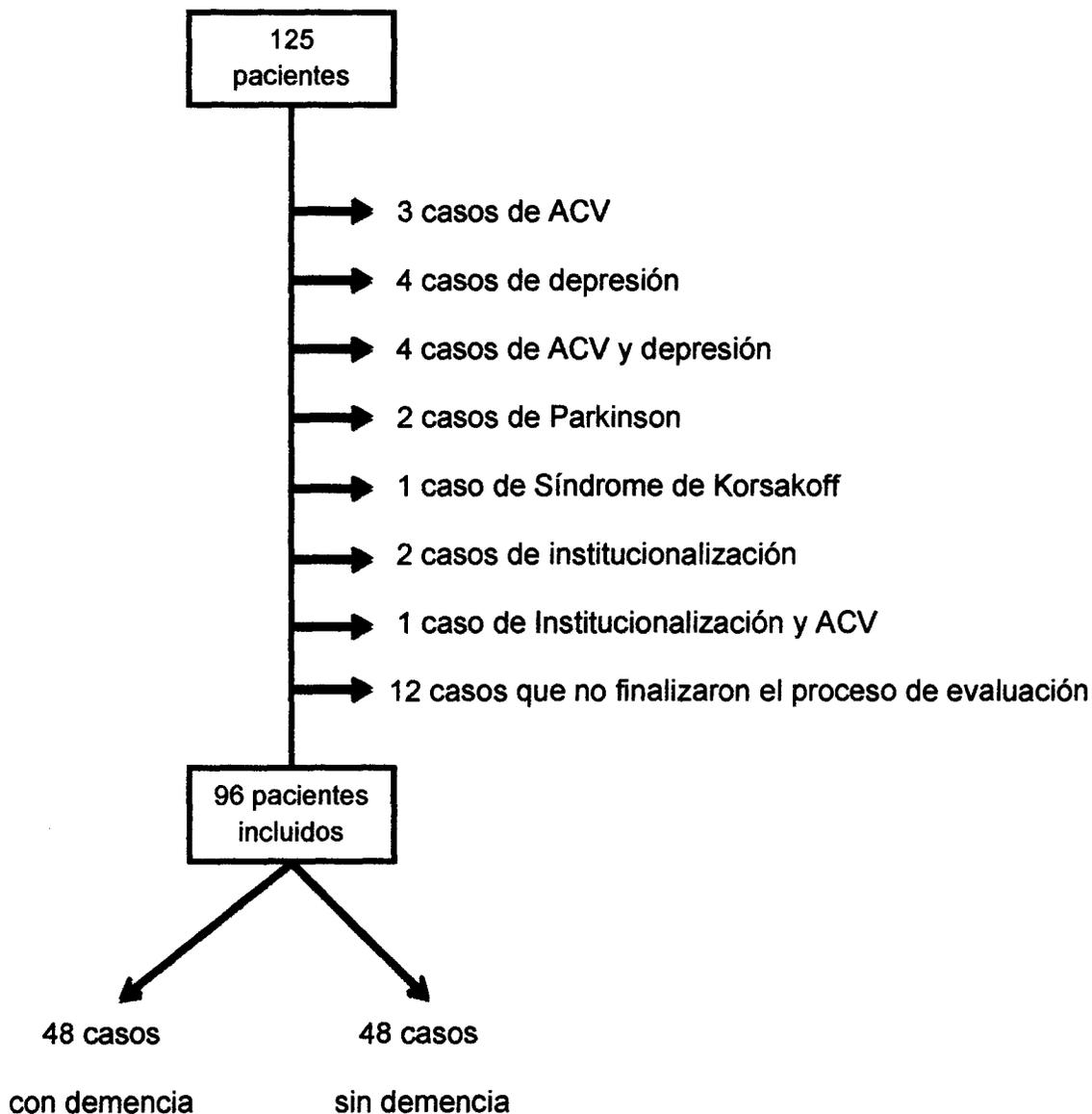
RESULTADOS

RESULTADOS

En el presente estudio la población estuvo conformada por 125 adultos mayores a partir de 55 años de edad, de ambos sexos, que concurrieron a la evaluación interdisciplinaria cognitivo-funcional, en Servicio de Medicina Preventiva del Hospital Privado de Comunidad, en la ciudad de Mar del Plata durante el período comprendido entre el 28 enero al 8 de abril inclusive del año 2013, de los cuales 29 fueron excluidos por los siguientes motivos: 3 casos de Accidente Cerebro Vascular (ACV), 4 casos de depresión, 4 casos de ACV y depresión, 2 casos de Enfermedad de Parkinson, 1 caso de Síndrome de Korsakoff, 2 casos de institucionalización, 1 caso de Institucionalización y ACV, 12 casos que no finalizaron el proceso de evaluación.

De éste modo la muestra quedó constituida por 96 adultos mayores a partir de 55 años de edad, de ambos sexos, que concurrieron a la evaluación interdisciplinaria, en SATE del Hospital Privado de Comunidad, en la ciudad de Mar del Plata .

Diagrama de flujo



Fuente: elaboración propia

Tabla 1 en la siguiente tabla se muestra la distribución según Sexo, edad, estado civil, nivel de escolaridad, resultado en MMSE, GDS y EIAD de adultos mayores dementes y no dementes que concurrieron a la evaluación

interdisciplinaria cognitivo-funcional en Servicio de Medicina Preventiva durante el período enero-abril de 2013 en la ciudad de Mar del Plata.

		No Dementes	Dementes
N		48	48
Sexo Femenino n (%)		34 (48,57)	36 (51,43)
Edad (Media; LS-LI)		74,91 (56-99)	81,95 (64-91)
Estado Civil n (%)	Soltero	3 (6,25)	2 (4,17)
	Casado	25 (52,08)	19 (39,58)
	Divorciado	3 (6,25)	2 (4,17)
	Viudo	17 (35,42)	25 (52,08)
Nivel de escolaridad N (%)	Primario incompleto	7 (14,58)	18 (37,5)
	Primario completo	18 (37,5)	23 (47,92)
	Secundario incompleto	6 (12,5)	3 (6,25)
	Secundario completo	7 (14,58)	4 (8,33)
	Terciario incompleto	0 (0)	0 (0)
	Terciario completo	4 (8,33)	0 (0)
	Universitario incompleto	0 (0)	0 (0)
	Universitario completo	6 (12,5)	0 (0)
MMSE (media; LS-LI)		26,06 (20-29)	19,56 (9-27)
GDS (media; LS-LI)		2,83 (1-4)	4,22 (2-5)
EIAD (media; LS-LI)		57,3 (52-60)	51,3 (37-57)

Fuente: elaboración propia

Tabla 2: Sexo, edad, vínculo con el paciente, tiempo que dedica al cuidado del mismo y modalidad de convivencia de la población de cuidadores de adultos mayores dementes y no dementes que concurrieron a la evaluación

interdisciplinaria cognitivo-funcional en Servicio de Medicina Preventiva durante el período enero-abril de 2013 en la ciudad de Mar del Plata.

		No Dementes	Dementes
N		48	48
Sexo femenino n (%)		34 (70,83)	14 (29,17)
Edad (Media; LS-LI)		59,75 (29-82)	57,69 (22-86)
Vínculo con el paciente	Hijo/a	20 (41,67)	32 (66,67)
	Esposo/a	19 (39,58)	10 (20,83)
	Hermano/a	3 (6,25)	0 (0)
	Nieto/a	1 (2,08)	1 (2,08)
	Nuera	0 (0)	3 (6,25)
	Sobrino/a	0 (0)	1 (2,08)
	Otro	5 (10,42)	1 (2,08)
Tiempo de dedicación al cuidado del paciente (Media; LS, LI)		85,04 (2-168)	74,25 (1-168)
Modalidad de convivencia n (%)	Convive	22 (45,83)	17 (35,42)
	No convive	26 (54,17)	31 (64,58)

Fuente: elaboración propia.

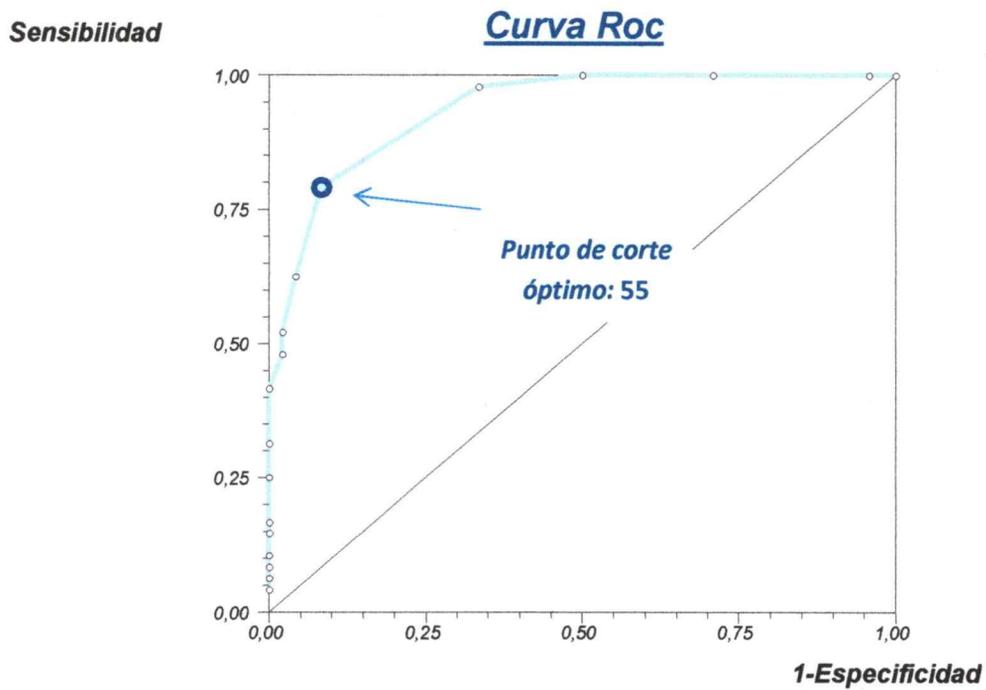
Tabla 3 Sensibilidad y especificidad del EIAD para cada una de las puntuaciones posibles de la escala en adultos mayores dementes y no dementes que concurrieron a la evaluación interdisciplinaria en SATE durante el período enero-abril de 2013 en la ciudad de Mar del Plata.

EIAD	Sensibilidad	Especificidad
37	4 %	100 %
38	6 %	100 %
39	8 %	100 %
40	8 %	100 %

41	8 %	100 %
42	10 %	100 %
43	10 %	100 %
44	14 %	100 %
45	14 %	100 %
46	14 %	100 %
47	14 %	100 %
48	16 %	100 %
49	25 %	100 %
50	31 %	100 %
51	41 %	100 %
52	48 %	98 %
53	52 %	98 %
54	62 %	96 %
55	79 %	91 %
56	98 %	66 %
57	100 %	50 %
58	100 %	29 %
59	100 %	4 %
60	100 %	0 %

Fuente: elaboración propia

Tabla 4 Definición de la Curva Roc y del punto de corte óptimo del EIAD en adultos mayores dementes y no dementes que concurrieron a la evaluación interdisciplinaria cognitivo-funcional en Servicio de Medicina Preventiva durante el período enero-abril de 2013 en la ciudad de Mar del Plata.



Área bajo la curva ROC (Wilcoxon) = 0,937066 (95% CI = 0,581156 to 1)

Fuente: elaborado por Leandro Sousa.

Tabla 5 Medición de los valores predictivos para el punto de corte seleccionado como óptimo (55) en adultos mayores dementes y no dementes que concurren a la evaluación interdisciplinaria cognitivo-funcional en Servicio de Medicina Preventiva durante el período enero-abril de 2013 en la ciudad de Mar del Plata.

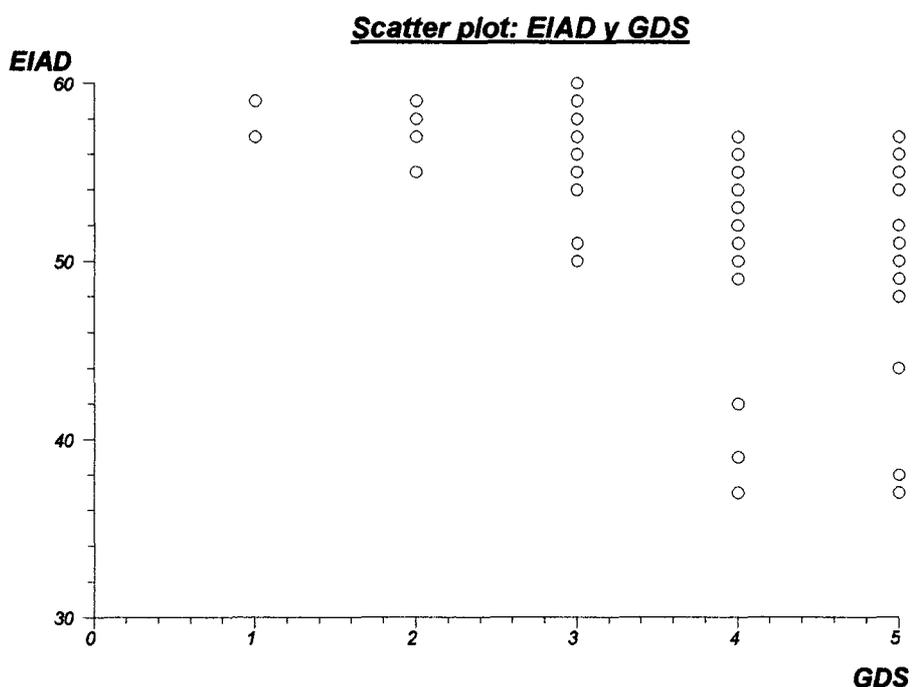
Sensibilidad (95% CI) = 0,791667 (0,65009 a 0,895309)

Especificidad (95% CI) = 0,916667 (0,800172 a 0,976827)

Valor Predictivo Positivo: 90%

Valor Predictivo Negativo: 81%

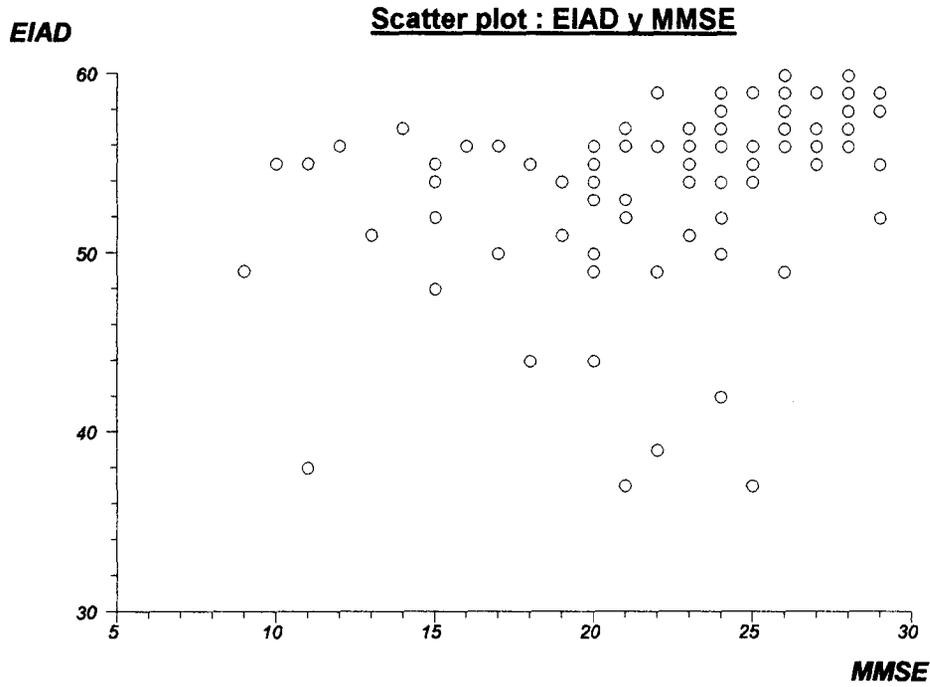
Tabla 6.1 Correlación del EIAD con GDS en adultos mayores dementes y no dementes que concurren a la evaluación interdisciplinaria cognitivo-funcional en Servicio de Medicina Preventiva durante el período enero-abril de 2013 en la ciudad de Mar del Plata.



Coefficiente de correlación de Spearman (Rho) = **-0,702784** (95% CI: -0,791718 to -0,584678).
P < 0,0001

Fuente: elaborado por Leandro Sousa.

Tabla 6.2 Correlación del EIAD con MMSE en adultos mayores dementes y no dementes que concurren a la evaluación interdisciplinaria cognitivo-funcional en Servicio de Medicina Preventiva durante el período enero-abril de 2013 en la ciudad de Mar del Plata.



Coefficiente de correlación de Spearman (Rho) = **0,573073** (95% CI= 0,420951 to 0,693841)
P < 0,0001

Fuente: elaborado por Leandro Sousa.

DISCUSSION

DISCUSION

En el presente trabajo de investigación, al igual que como lo asegura la bibliografía consultada sobre EA, la muestra estuvo mayormente representada por el sexo femenino. En nuestro estudio la edad promedio de personas con demencia fue de 82, coincidiendo con lo afirmado por la SNA (2010) quienes sostienen que la EA es una enfermedad que se presenta con mayor prevalencia en adultos mayores de 65 años.³³

En lo que atañe a la población de cuidadores de los adultos mayores, fueron principalmente los hijos, seguido por conyugues. En el caso de los pacientes dementes, la edad promedio de sus cuidadores fue de 58 años siendo los mismos en su mayoría de sexo masculino, y gran parte de los ellos no conviven con su familiar. En lo que concierne a los pacientes no dementes, el vínculo que los unía a sus cuidadores fue el de hijos seguido por conyugues, la edad promedio de sus cuidadores fue de 60 años; el mayor porcentaje de ellos no convive con el familiar y al contrario de lo que sucedió en la población anterior, predominó el sexo femenino.

Observamos que la mayoría de los cuidadores no conviven con el adulto mayor, tanto demente como no demente. Teniendo en cuenta los datos aportados por la bibliografía consultada, podemos afirmar que en lo que respecta a la modalidad de convivencia coincide con lo evidenciado en este estudio.

³³ Allegri, R. F.; Arizaga, R. L.; Bavec, C.; Colli, L.; Demey, I.; Fernández, M. C.; Frontera, S.; Garau, M. L.; Giménez, J. J.; Golimstok, A.; Kremer, J.; Labos, E.; Mangone, C. A.; Ollari, J. A.; Rojas, G.; Salmi, O.; Ure, J. A.; Zuin, D. . "Op.Cit".P. 2.

El objetivo principal de nuestra investigación fue determinar la validez discriminativa del EIAD y su correlación con escalas de severidad de deterioro cognitivo. Actualmente en nuestro país no se cuenta con un consenso sobre que método diagnóstico es más eficaz para evaluar las AVD en personas con demencia, pese a que DSM IV y NINCDS ADRDA sostienen que para establecer un diagnóstico de demencia se requiere no solo del deterioro en el desempeño cognoscitivo sino que, además, ese déficit interfiera significativamente en el desempeño funcional del sujeto. Por éste motivo creemos que es de gran importancia contar con un instrumento adecuado que permita valorar la capacidad de realizar las AVD en pacientes con EA y que la misma cumpla los criterios de confiabilidad y validez necesarios.

El paradigma actual en el abordaje de la ancianidad desde Terapia Ocupacional está orientado a obtener o mantener el máximo grado posible de autonomía por parte del sujeto; el trabajo con la familia y el entorno, a fin de ayudar a la ésta en el proceso de adaptación a nuevas situaciones, además de proponer que el individuo al igual que su familia tenga una participación activa en su propio proceso de atención; medidas de rehabilitación y confort.

Por consiguiente consideramos un aspecto primordial en nuestro rol profesional el abordaje de las AVD, por eso creemos que hacerlas a un lado sería descuidar nuestra esencia y desatender un campo de acción de gran importancia.

De acuerdo con los resultados obtenidos los valores indican que el EIAD posee una especificidad del 91 %, esto muestra que la escala posee una elevada capacidad de identificar a las personas sanas; una sensibilidad del 79 %, lo cual

demuestra una alta capacidad de identificar a las personas enfermas. Se encontró que el punto de corte con máxima sensibilidad y especificidad fue de 55 puntos. Con respecto a la probabilidad de que un paciente con un resultado positivo esté realmente enfermo fue de 90 % (valor predictivo positivo), y la probabilidad de que un paciente con un resultado negativo esté verdaderamente sano fue de 81 % (valor predictivo negativo).

Se determinó que la correlación existente entre el EIAD y GDS fue moderada, en ésta se obtuvo un coeficiente de correlación de Spearman de - 0,70, es decir que cuando aumenta la puntuación en el EIAD, la puntuación del GDS disminuye, o viceversa. Por otra parte la correlación entre el EIAD y el MMSE también fue moderada, en este caso el coeficiente de correlación de Spearman fue de 0,57, indicando que a medida que aumenta la puntuación del EIAD, también lo hace la puntuación del MMSE, o viceversa.

Al no encontrarse una alta correlación del EIAD con las otras dos escalas, se concluye que la puntuación obtenida en el mismo no posee la capacidad de predecir la puntuación que se obtendrá en las otras dos. Por lo tanto, no se pudo establecer una fórmula de regresión lineal que conecte al EIAD con el MMSE y GDS.

Por consiguiente creemos que el EIAD es una escala de evaluación de fácil y rápida implementación, que insume aproximadamente 10 minutos y que su implementación no implica un alto costo.

Al ser el EIAD una evaluación por interrogatorio, presenta como desventaja la subjetividad en la información proveniente tanto por parte del evaluador como del cuidador.

Luego de haber finalizado el proceso de evaluación se pudo observar que los cuidadores refieren detectar cambios con mayor frecuencia en las actividades de traslado fuera del hogar, aseo personal, baño, alimentación y vestido.

CONCLUSION

CONCLUSIONES

A partir del análisis de los datos obtenidos concluimos que han sido alcanzados los objetivos planteados en esta investigación.

En lo que respecta a la población de adultos mayores que concurrieron a la evaluación interdisciplinaria cognitivo-funcional de Servicio de Medicina Preventiva estuvo mayormente representada por el sexo femenino; en los pacientes dementes la edad promedio fue de 82 años, el nivel de escolaridad alcanzado fue principalmente primario completo y la gran mayoría de estos eran viudos. En cuanto a los sujetos no dementes la edad promedio fue de 75 años, la mayoría completó sus estudios primarios y la mayor parte de ellos estaban casados.

Se observó una fuerte prevalencia del sexo femenino en los cuidadores de los adultos mayores no dementes, la edad media fue de 60 años; el vínculo que los unía al adulto mayor fue más frecuente el de hijos/as; en cuanto a el tiempo de dedicación al cuidado del paciente la media fue de 85 horas, respecto a la modalidad de convivencia con el adulto mayor la mayoría no convive con el mismo.

En la población de cuidadores de los adultos mayores dementes se observó que la minoría fue de sexo femenino, la edad media fue de 58 años, el vínculo que los unía al adulto mayor fue con más frecuencia el de hijos/as. Con respecto al tiempo de dedicación al cuidado del paciente se registró una media de 74 horas y el mayor porcentaje de los cuidadores no convive con el adulto mayor.

Se logró determinar que el EIAD posee una moderada sensibilidad (79 %) y una alta especificidad (91 %).

Se encontró que el punto de corte con máxima sensibilidad y especificidad fue de 55 puntos, es decir que aquellos sujetos que obtengan un puntaje igual o mayor a éste en el EIAD tendrán una elevada probabilidad de ser sanos y los que alcancen un puntaje menor tendrán una alta probabilidad de no serlo.

Se obtuvo un elevado valor predictivo positivo (90 %) y un moderado valor predictivo negativo (81 %) del EIAD.

Se correlacionó el EIAD con dos escalas reconocidas y validadas en el ámbito clínico, éstas fueron MMSE y GDS. Se determinó que la correlación existente entre el EIAD con ambas fue moderada. Al no encontrarse una alta correlación del EIAD con las otras dos escalas, se concluye que la puntuación obtenida en el mismo no posee la capacidad de predecir la puntuación que se obtendrá en las otras dos.

Por lo mencionado anteriormente, consideramos que el EIAD posee las características necesarias de un instrumento de evaluación y que podría ser utilizada tanto en el ámbito clínico como en el de la investigación. Aporta información precisa y detallada del desempeño en las AVD en personas con trastornos mnésicos cognoscitivos y demencia tipo Alzheimer.

Es nuestra intención poder dar a conocer el EIAD ya que creemos que permite identificar tempranamente y con mayor precisión las dificultades que se presentan en las actividades cotidianas en este tipo de población, para poder implementar abordajes terapéuticos acordes a la necesidad del paciente, y también para poder indicar a la familia y cuidadores la forma apropiada de manejar

al mismo, con el principal objetivo de extender el mayor tiempo posible su independencia.

Es importante diseñar instrumentos que permitan valorar funcionalmente a los sujetos ya que favorece el desarrollo de la Terapia Ocupacional, y así otorgarle la relevancia que merece éste área.

LISTA DE REFERENCIAS

LISTA DE REFERENCIAS

Aguilar Barbeá, M.; Blesa González, R.; Böhm, P.; Hernández, G.; Monllau, A.; Peña-Casanova, J.; Sol, J.M & Grupo NORMACODEN (2004). Correlación cognitivo-funcional en la Demencia tipo Alzheimer: a propósito del Test Barcelona Abreviado. *Neurología*, 20 (1): 4- 8.

Allegri, R. F.; Arizaga, R. L.; Bavec, C.; Colli, L.; Demey, I.; Fernández, M. C.; Frontera, S.; Garau, M. L.; Giménez, J. J.; Golimstok, A.; Kremer, J.; Labos, E.; Mangone, C. A.; Ollari, J. A.; Rojas, G.; Salmini, O.; Ure, J. A.; Zuin, D. (2010). Guía práctica clínica. Enfermedad de Alzheimer. *Sociedad Neurológica Argentina. Filial de la Federación Mundial de Neurología*, 2-14.

Allegri, R. F.; Bartoloni, L. (2012). Simposio sobre Alzheimer Prodrómico: Rol de los biomarcadores en su detección precoz. Revista anual de Asociación Lucha contra el Mal de Alzheimer y alteraciones semejantes de la Republica Argentina (ALMA), (3), 4-5.

Alonso, M. T.; Arana, A.; García-Gutiérrez, R.; González-Guerrero, J. L.; Herrero, J. L. (2003). *El sevier*. Recuperado el 7 de Junio de 2012 de <http://www.elsevier.es/es/revistas/revista-espa%C3%B1ola-geriatria->

[gerontologia-124/escala-global-deterioro-es-fiable-su-realizacion-13050200-originales-2003](#)

American Occupational Therapy Association. (1997). Informe: Conceptos fundamentales de Terapia Ocupacional: Ocupación, actividad con propósito y función. *The American Journal of Occupational Therapy*. AJOT. Vol. 51, N° 10.

Andrada, M.A.; Loo, A.; Roumec, B.S. (2007). Escala por Interrogatorio de las Actividades de la Vida Diaria. (Tesis de grado), Universidad Nacional de Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina.

Barberger-Gateau, P.; Cummings, J.; Dekosky, S. T.; Delacourte, A.; De Souza, L. C.; Dubois, B.; Feldman, H. H.; Fox, N. C.; Frisoni, G.; Galasko, D.; Gauthier, S.; Hampel, H.; Jacova, C.; Jicha, G.A.; Meguto, K.; O'Brien, J.; Pasquier, F.; Robert, P.; Rossor, M.; Salloway, S.; Sarazin, M.; Scheltens, P.; Stern, Y.; Visser, P. J. (2010). Revising the definition of Alzheimer's disease: a new lexicon. *Lancet Neurol*, 9: 1118–27.

Baptista Lucio, P.; Fernández Collado, C.; Hernández Sampieri, R. (2003). Metodología de la investigación. (3º ed). Mc Graw Hill Interamericana. Editores S.A. México.

Barion, A.; Jonson, N. (2004). El Cuestionario de Actividades de la Vida Diaria. Un estudio de validación en pacientes con demencia. *Alzheimer DisAssocDisord.* 18 (4): 223- 230.

Barreiro de Madariaga, L. M.; Carmona, S.; Casas Parera, I.; Rugilo, C. A. (2004). *Manual de Neurología.* Argentina: Grupo Guía S.A.

Bermejo, F.; Mouronte, P.; Olazarán, J. (2005). Validez de dos escalas de actividades instrumentales en la enfermedad de Alzheimer. *Neurología,* 20 (8); 395- 401.

Camino, J.; Gleichgerrcht, E.; Manes, F.; Roca, M.; Torralva, T. (2009). Evaluación de deterioro funcional en la demencia con la Versión en español del Cuestionario de las Actividades de la Vida Diaria. *DementiaGeriatricCognitiveDisordes,* 28:380-388.

Cano Gutiérrez, C.A.; Matallana Eslava, D.L.; Montañés Ríos, P.; Reyes Gavilán, P. (2010). Cambios en las actividades instrumentales de la vida diaria en la Enfermedad de Alzheimer. *Acta NeurolColomb.* (26) 3, (3:1) 113- 120.

Castro Salas, M.; Merino Escobar, J. M.; Sanhueza Parra, M. (2005). *Adultos Mayores Funcionales: Un nuevo concepto en salud*. Recuperado el 29 de Noviembre de 2011 de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s0717-95532005000200004&script=sci_arttext

Cubí, D. (2009). ¿Es posible el diagnóstico precoz en geriatría?. *Revista Mult Gerontología*. 19 (4); 157- 162.

De Sola, S.; Manero, R, M.; Peña-Casanova, J.; Quintana, M.; Quiñones-Úbeda, S.; Sanchez-Benavides, G. (2009). Spanish Version of the Bayer Activities of Daily Living Scale in Mild Cognitive Impairment and Mild Alzheimer Disease: Discriminant and Concurrent Validity. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*. 27:572–578.

Díaz, L.; López, C. (2003). Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud. Su importancia en Terapia Ocupacional. Trabajo presentado en el VI Congreso Argentino de Terapia Ocupacional.

Durante Molina, P.; Pedro Tarrés, P. (1998). Terapia ocupacional: principios y práctica. Masson S.A. (3):15-24.

Fassio, A.; Roqué, M. (2009). Módulo 2: Gerontología Comunitaria e Institucional. Recuperado el 11 de Agosto de 2012 de

<http://www.cursosciapat.com.ar/pdf/biblio-obligatoria/clase1/Gerontologia%20Comunitaria%20e%20Instucional.pdf>

Fernandez Arin, E.; Garcia-Arilla Calvo, E.; Mesa Lamprè, M. P.; Sanjoaquin Romero, A. C. (2006). Capitulo 4: Valoración Geriátrica Integral. Tratado de Geriátrica para Residentes. Sociedad Española de geriatría y gerontología.

Fernández-Mayoralas, G.; Frades-Payo, B.; Forjaz, M.J.; Martínez-Martín, P.; Pedro-Cuesta, J.; Petidier, R.; Prieto-Flores, M.E.; Rodriguez-Rodriguez, V.; Rojo-Pérez, F.; (2009). Validación de la Escala de Independencia Funcional. *Gacetilla Sanitaria*, 23 (1): 49- 54.

Flores Morales, P.; Muñoz Neira, C.; Riveros Mirando, R.; Slachevski Chonchol, A. (2004). Activities of Daily Living Cuestionnaire, ADLQ-Versión chilena: Propiedades psicométricas y utilidad diagnostica incluyendo una sub-escala de tecnología. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*.33:361-371.

Gil Gregorio, P.; Martin Sánchez F.J. (2006).Valoración funcional en la Demencia grave. *Revista Española Geriatría Gerontología*, 41 (Suplemento 1): 43-9.

Hirsch, R. P.; Riegelman R. K. (1992). "Cómo estudiar un estudio y probar una prueba: lectura crítica de la literatura médica". Organización Panamericana de la Salud. Washington DC.

Hungler, B.; Polit, D. (1995). "Investigación científica en ciencias de la salud". (5° ed). Mc. Graw Hill Interamericana. Editores S.A. México.

Hungler, B.; Polit, D. (2000). "Investigación científica en ciencias de la salud". (6° ed). Mc. Graw Hill Interamericana. Editores S.A. México.

López-Ibor Aliño, J. J.; Pichot, P.; Valdés Miyar, M. (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (4° ed.). Barcelona, España. Editorial Masson S.A.

Macias Nuñez, j. (2005) Geriatria desde el principio. (2° ed). (25) 427-431. (26) 441-426.

Mangone, C. A. (2012). Demencia un problema de salud pública y atención de derechos. Revista anual de Asociación Lucha contra el Mal de Alzheimer y alteraciones semejantes de la República Argentina. (3). 58-59.

Martín Arribas, M. C. (2004). Diseño y validación de cuestionarios. *Matronas Profesión*, (5), 17, 23- 29.

Martin Carrasco, M. (2009). Biomarcadores en la enfermedad de Alzheimer: definición, significación diagnóstica y utilidad clínica. *Psicogeriatría*. 1 (2): 101-114.

Martin-Lesende, I.; Montalvilio-Delgado, E.; Ortiz-Lebaniegos, I.; Pérez-Abad, M.; Rodriguez-Andres, C.; Sánchez-Junquera, P. (2006). Identificación de ítems para la creación de un cuestionario de valoración de actividades instrumentales de la vida diaria en personas mayores. *Atención Primaria*. (37), 313-318.

Organización Mundial de la Salud. (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud*. Borrador final. Versión completa. Recuperado el 9 de Junio de 2012 de <http://www.who.ch/icidadh>.

Organización Mundial de la Salud & Alzheimer's Disease International. (2012). Dementia: a public health priority. 1, 6-9, 2, 12; 22.

Peña Casanova, J. (1998). Escalas funcionales e instrumentales de las actividades de la vida diaria. *Revista Neurológica*, 27 (Suplemento 1): S 27-S 29.

Polonio Lopez, B.; Durante Molina, P.; Noya Arnaiz, B. (1998). *Conceptos Fundamentales de Terapia Ocupacional*. Ed. Médica Panamericana. España.

Romero Ayuso, D. M. (2007). *Actividades de la vida diaria*. *Anales de psicología*. Recuperado el 30 de Julio de 2012 de <http://digitum.um.es/jspui/bitstream/10201/8530/1/Actividades%20de%20la%20vida%20diaria.pdf>

Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (n. d.). *El medico interactivo*. *Diario electrónico de la sanidad*. Recuperado el 15 de Mayo de http://2011.elmedicointeractivo.com/formacion_acre2004/tema15/ann2.htm

Trombly, C. A. (1990). *Terapia ocupacional para enfermos incapacitados físicamente* (1ª ed). México: Ediciones científicas La Prensa Medica Mexicana, S.A.

Villalobos Courtin, A. (2003). *Gestor de Casos del Adulto Mayor en Riesgo de Dependencia*. Recuperado el 22 de Abril de 2012 de <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/c2c4348a0dbb9a8be040010165012f3a.pdf>

Williard & Spackman. (2011). Terapia Ocupacional. 10a ed. Buenos Aires. Ed. Médica Panamericana.

Zavala Trías, S. (2009). Guía a la redacción en el estilo APA. Recuperado el 23 de Marzo de 2012 de <http://www.cibem.org/paginas/img/apa6.pdf>

ANEXO I

Escala por Interrogatorio de las AVD en pacientes con Enfermedad de Alzheimer.

E. I. A. D

Escala por Interrogatorio de las AVD en pacientes con deterioro cognoscitivo y Demencia.

Loo, Andrea; Roumec, Bettina; Scharovsky, Diana

Dirección Nacional del Derecho de Autor. Formulario N° 136894, Expediente N° 587405. Solicitud de depósito en custodia de obra inédita. 25 de julio de 2007.

Nombre y apellido:..... **N° H.C.:**... **Edad:**..... **FECHA:**
// Sexo:..... **Fecha de nacimiento:** // **Estado civil:** C- S- V- D

Cuidador. Nombre: **Edad:**..... **Sexo:**.....
Vínculo: C- H- OF- Otro

Convivencia con el paciente: SI- NO **Horas de contacto semanales:**.....

Evaluador:³⁴

1. CONTINENCIA URINARIA					
Iniciativa para ejecutar la actividad y el control vesical					
a) El paciente es continente					6
b) Solo controla la micción si se le recuerda que orine					5
c) El paciente tiene episodios de incontinencia ocasionales					4
d) El paciente tiene episodios de incontinencia tres veces por semana o más					2
e) El paciente es incontinente					0
Utiliza algún tipo de asistencia. Especificar					SI
protectores	orinal		sonda	Otros	
Tiempo estimativo de ayuda y/o supervisión					
2. CONTINENCIA FECAL					

³⁴ **Estado civil:** Casado/a- Soltero/a- Viudo/a- Divorciado/a

Vínculo: Cónyuge- Hijo/a- Otro Familiar- Otro.

Iniciativa para ejecutar la actividad y el control intestinal.					
a) El paciente es continente					6
b) Presenta episodios de incontinencia una o dos veces por semana					4
c) Presenta episodios de incontinencia tres veces por semana o más					2
d) Es incontinente					0
Utiliza algún tipo de asistencia. Especificar					Si
protectores		colector			Otros
Tiempo estimativo de ayuda y/o supervisión para realizar la actividad:					
3. ASEO incluye las siguientes acciones: <ul style="list-style-type: none"> - afeitarse y/o maquillarse - peinarse - cepillarse los dientes y/o dentadura postiza - lavarse la cara y las manos 					
a) el paciente ejecuta las cuatro acciones de la misma forma que lo hizo siempre					6
b) se debe recordar al paciente que realice alguna de éstas acciones y/o indicarle la forma correcta de realizarlas.					5
c) Se debe permanecer junto al paciente observando y/o indicando que realice las acciones en forma adecuada.					4
d) Se debe ayudar al paciente a realizar una de las acciones.					3
e) Se debe ayudar al paciente a realizar dos de las acciones.					2
f) Se debe ayudar al paciente a realizar tres de las acciones					1
g) Se debe ayudar al paciente a realizar todas las acciones.					0
En caso de contestar B, C, D, E, F o G consigne con una cruz el ítem comprometido.					
Tiempo estimativo de ayuda y/o supervisión para realizar la actividad:					
4. TOILETTE incluye las siguientes acciones: <ul style="list-style-type: none"> - Evacuar en el lugar correcto - Higienizarse y/o usar papel sanitario - Acomodar su ropa - Apretar el botón 					
a) El paciente va al baño solo cumpliendo con todas las acciones de la misma forma que lo hizo siempre					6

b) Se debe recordar al paciente que realice alguna de éstas acciones y/o indicarle la forma correcta de realizarlas.					5
c) Se debe permanecer junto al paciente observando y/o indicando que realice las acciones en forma adecuada.					4
d) Se debe ayudar al paciente a realizar una de las acciones.					3
e) Se debe ayudar al paciente a realizar dos de las acciones.					2
f) Se debe ayudar al paciente a realizar tres de las acciones					1
g) Se debe ayudar al paciente a realizar todas las acciones.					0
En caso de contestar B, C, D, E, F o G consigne con una cruz el ítem comprometido.					
Utiliza algún tipo de asistencia. Especificar					si
Bastón simple	Tripode	Andador	Silla de ruedas	otro	
Tiempo estimativo de ayuda y/o supervisión para realizar la actividad:					
5. ALIMENTACION incluye las siguientes acciones					
<ul style="list-style-type: none"> - Reconocer y mantener hábitos alimenticios - Mantener una dieta adecuada (gustos, variedad) - Mantener hábitos de limpieza y conductas adecuadas durante el acto de alimentarse - Servirse alimentos, líquidos y/o aderezos - Reconocer y utilizar los utensilios correctamente 					
a) El paciente se alimenta de la misma forma que lo hizo siempre					6
b) Se debe recordar al paciente que realice alguna de éstas acciones y/o indicarle la forma correcta de realizarlas.					5
c) Se debe permanecer junto al paciente observando y/o indicando que realice las acciones en forma adecuada.					4
d) Se debe ayudar al paciente a realizar una de las acciones.					3
e) Se debe ayudar al paciente a realizar dos de las acciones.					2
f) Se debe ayudar al paciente a realizar tres de las acciones					1
g) Se debe ayudar al paciente a realizar todas las acciones.					0

En caso de contestar B, C, D, E, F o G consigne con una cruz el ítem comprometido.	
6. MOVILIDAD incluye las siguientes acciones	
<ul style="list-style-type: none"> - Deambulaci3n funcional con o sin adaptaciones - Realizar los pasajes de la posici3n sedente a bípeda y viceversa - Realizar los pasajes de la posici3n sedente a decúbito y viceversa - Realizar diferentes decúbitos mientras permanece acostado 	
a) el paciente es capaz de incorporarse, caminar, sentarse, acostarse y darse vuelta hacia ambos lados en forma independiente	6
b) Se debe recordar al paciente que realice alguna de éstas acciones y/o indicarle la forma correcta de realizarlas.	5
c) Se debe permanecer junto al paciente observando y/o indicando que realice las acciones en forma adecuada.	4
d) Se debe ayudar al paciente a realizar una de las acciones.	3
e) Se debe ayudar al paciente a realizar dos de las acciones.	2
f) Se debe ayudar al paciente a realizar tres de las acciones	1
g) Se debe ayudar al paciente a realizar todas las acciones.	0
En caso de contestar B, C, D, E, F o G consigne con una cruz el ítem comprometido.	
7. TRASLADO	
a. Dentro del hogar comprende las siguientes acciones:	
<ul style="list-style-type: none"> - Capacidad de iniciar la acci3n - Evocar y realizar el recorrido adecuado - Localizar el destino - Vencer barreras ambientales utilizando los soportes ambientales 	
a) El paciente inicia el traslado en forma independiente arribando al destino prefijado, sin haberse perdido o desorientado, de manera segura, sorteando obstáculos de su casa (escalones, desniveles, iluminaci3n) de la misma forma que lo hací3a antes	6
b) Se debe recordar al paciente que realice alguna de éstas acciones y/o indicarle la forma correcta de realizarlas.	5
c) Se debe permanecer junto al paciente observando y/o indicando que realice las	4

acciones en forma adecuada.	
d) Se debe ayudar al paciente a realizar una de las acciones.	3
e) Se debe ayudar al paciente a realizar dos de las acciones.	2
f) Se debe ayudar al paciente a realizar tres de las acciones	1
g) Se debe ayudar al paciente a realizar todas las acciones.	0
En caso de contestar B, C, D, E, F o G consigne con una cruz el ítem comprometido.	
Tiempo estimativo de ayuda y/o supervisión para realizar la actividad:	
b. Fuera del hogar. Ídem ítem a.	
a) El paciente inicia el traslado en forma independiente arribando al destino prefijado, sin haberse perdido o desorientado, de manera segura, sorteando obstáculos de la vía pública (escalones, desniveles, iluminación, cordón) de la misma forma que lo hacía antes	6
b) Se debe recordar al paciente que realice alguna de éstas acciones y/o indicarle la forma correcta de realizarlas.	5
c) Se debe permanecer junto al paciente observando y/o indicando que realice las acciones en forma adecuada.	4
d) Se debe ayudar al paciente a realizar una de las acciones.	3
e) Se debe ayudar al paciente a realizar dos de las acciones.	2
f) Se debe ayudar al paciente a realizar tres de las acciones	1
g) Se debe ayudar al paciente a realizar todas las acciones.	0
En caso de contestar B, C, D, E, F o G consigne con una cruz el ítem comprometido.	
Tiempo estimativo de ayuda y/o supervisión para realizar la actividad:	
8. BAÑO comprende las siguientes acciones: <ul style="list-style-type: none"> - Mantener la iniciativa para realizar la actividad - Mantener la frecuencia habitual - Preparar la actividad (graduar el agua, disposición de los elementos jabón, shampoo, crema de enjuague, toalla) - Acceder y salir a la instalación en forma adecuada y segura 	

<ul style="list-style-type: none"> - Efectuar enjabonado, lavado y enjuague del cuerpo y cabello - Efectuar secado del cuerpo y del cabello 		
a) el paciente se baña solo, toma la iniciativa y mantiene la frecuencia habitual realizando la actividad en forma adecuada y segura.		6
b) Se debe recordar al paciente que realice alguna de éstas acciones y/o indicarle la forma correcta de realizarlas.		5
c) Se debe permanecer junto al paciente observando y/o indicando que realice las acciones en forma adecuada.		4
d) Se debe ayudar al paciente a realizar una de las acciones.		3
e) Se debe ayudar al paciente a realizar dos de las acciones.		2
f) Se debe ayudar al paciente a realizar tres de las acciones		1
g) Se debe ayudar al paciente a realizar todas las acciones.		0
En caso de contestar B, C, D, E, F o G consigne con una cruz el ítem comprometido.		
Barras	Duchador	banco
Tiempo estimativo de ayuda y/o supervisión para realizar la actividad:		
9. VESTIDO comprende las siguientes acciones:		
<ul style="list-style-type: none"> - Mantener la iniciativa para realizar la actividad - Identificar el lugar donde se encuentran, seleccionar las prendas de acuerdo a gustos, ocasión, clima y percibir cuando requieren lavado - Vestirse y desvestirse, siguiendo un orden y una orientación correcta - Mantener habilidades de abotonado, abrochado, subir y bajar cierres, colocar cinturón, corbata, acordonado de zapatos 		
a) El paciente se viste y desviste solo, mantiene la iniciativa, busca, identifica y elige sus prendas de manera adecuada y de la misma forma que lo hizo siempre		6
b) Se debe recordar al paciente que realice alguna de éstas acciones y/o indicarle la forma correcta de realizarlas.		5
c) Se debe permanecer junto al paciente observando y/o indicando que realice las acciones en forma adecuada.		4
d) Se debe ayudar al paciente a realizar una de las acciones.		3
e) Se debe ayudar al paciente a realizar dos de las acciones.		2
f) Se debe ayudar al paciente a realizar tres de las acciones		1
g) Debe ud. Ayudar al paciente a realizar todas las acciones.		0

En caso de contestar B, C, D, E, F o G consigne con una cruz el ítem comprometido.	
Tiempo estimativo de ayuda y/o supervisión para realizar la actividad:	

INTERVALOS CORRESPONDIENTES AL NIVEL DE INDEPENDENCIA

1. INDEPENDIENTE	60/60
2. INDEPENDIENTE CON INDICACIÓN	49- 59
3. INDEPENDIENTE CON SUPERVISIÓN	39- 48
4. MÍNIMA ASISTENCIA	29- 38
5. MODERADA ASISTENCIA	19- 28
6. MÁXIMA ASISTENCIA	9- 18
7. TOTAL ASISTENCIA	0- 8

DISPERSIGRAMA

	Continen cia urinaria	Continen cia fecal	Ase o	Toilet te	Alimentaci ón	Movilidad	Traslado Dentro fuera	Bañ o	Vesti do
6									
5									
4									
3									
2									
1									

INSTRUCCIONES PARA LA IMPLEMENTACION DEL TEST

Describa al paciente y/o familiar cómo se va a realizar la entrevista. Cada actividad puede contener varias acciones; Ud. debe leer las acciones que incluye cada actividad antes de desarrollar el cuestionario (por ejemplo: en el ítem 3, leer las cuatro acciones que incluye la actividad ASEO).

Formule la pregunta A; si la respuesta es afirmativa, marque el puntaje parcial correspondiente; si la respuesta es negativa, realice la pregunta B y así sucesivamente hasta obtener el nivel de desempeño real del paciente.

Uno de los objetivos del test es detectar cambios tempranos en el nivel de desempeño en las Actividades de la Vida Diaria por lo que la actitud del evaluador será guiar e indagar en el interrogatorio para saber si existen variaciones en la manera habitual de realizarlas. Se tendrá en cuenta al interrogar al paciente y/o familiar si *realiza* la actividad, no si *puede* ejecutarla.

Al tratarse de un test por interrogatorio posee la desventaja de la subjetividad del familiar y/o paciente y el vínculo establecido entre ambos; del mismo modo, el resultado dependerá del juicio personal del evaluador.

ANEXO II

Índice de Barthel

Escala Global de Deterioro

Examen Mínimo de Estado mental

Índice de Barthel

De actividades básicas de la vida diaria

Puntuar la información obtenida del cuidador principal

Item	Situación del paciente	Puntos
Comer	- Totalmente independiente	10
	- Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc.	5
	- Dependiente	0
Lavarse	- Independiente: entra y sale solo del baño	5
	- Dependiente	0
Vestirse	- Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	- Necesita ayuda	5
	- Dependiente	0
Arreglarse	- Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5
	- Dependiente	0
Deposiciones (Valórese la semana previa)	- Continencia normal	10
	- Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	- Incontinencia	0
Micción (Valórese la semana previa)	- Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta	10
	- Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	- Incontinencia	0
Usar el retrete	- Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa...	10
	- Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	5
	- Dependiente	0
Trasladarse	- Independiente para ir del sillón a la cama	15
	- Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo	10
	- Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	5
	- Dependiente	0
Deambular	- Independiente, camina solo 50 metros	15
	- Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	10
	- Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	- Dependiente	1
Escalones	- Independiente para bajar y subir escaleras	10
	- Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo	5
	- Dependiente	0
Total:		

Máxima puntuación: 100 puntos (90 si va en silla de ruedas)

Resultado y grado de dependencia	
< 20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
>= 60	Leve
100	Independiente

MMSE: Minimental State Examination

Fecha:

Profesión:

Paciente:

Escolaridad:

Orientación E (5)

Lugar

Calle

Piso

Edad:

FN:

Orientación T (5)

Año

Estacion

Mes

Recuerdo inmediato (3): Pelota-Bandera-Arbol

Atención (5): Deletrear MUNDO de atrás para adelante

Recuerdo a corto plazo (3):

CIERRE LOS OJOS

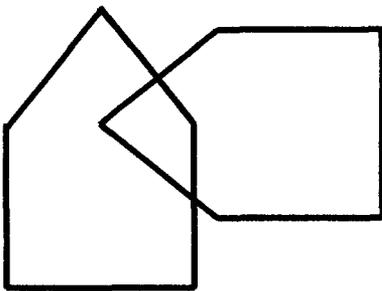
Lectura (1):

Repetición (1): El flan tiene frutilla y frambuesa

Nominación (2): Lápiz Reloj

3 Órdenes (3): Tome el papel con la mano izquierda, dóblelo por la mitad, y apóyelo en el suelo.

Dibujo (1):



Escritura (1): Escriba una oración

Escala Global del Deterioro (GDS) Reisberg et al. (1982, 1988)

Nombre: Varón [] Mujer []
 Fecha: F. nacimiento:
 Edad: Estudios/Profesión:
 HC:
 Observaciones:

Estadio	Déficit cognitivo	Características clínicas
1	Inexistente	Normal
2	Muy leve	Olvidos subjetivos, pero con exploración normal
3	Leve	Dificultad en el trabajo, en la comunicación verbal o al recorrer lugares poco familiares; detectable por la familia; déficit sutil de memoria en la exploración
4	Moderado	Disminución de la capacidad para viajar, para contar o para recordar acontecimientos recientes
5	Moderadamente grave	Necesita ayuda para elegir la ropa; desorientación en tiempo o espacio; recuerda peor el nombre de sus nietos
6	Grave	Necesita supervisión para comer y asearse, posible incontinencia; desorientación en tiempo, espacio y posiblemente en identidad
7	Muy Grave	Pérdida importante de la capacidad verbal, incontinencia y rigidez motora

Esta escala gradúa la demencia de tipo Alzheimer en 7 estadios.

<p>GDS-1 (Ausencia de alteración cognitiva): -Ausencia de quejas subjetivas y de trastornos evidentes de memoria</p> <p>GDS-2 (Disminución cognitiva muy leve): -Quejas subjetivas de defectos de memoria, sobre todo en: a)Olvido de dónde ha colocado objetos familiares b)Olvido de nombres previamente bien conocidos -No hay evidencia objetiva de defectos de memoria en el examen clínico -No hay defectos objetivos en el trabajo o en situaciones sociales -Hay pleno conocimiento y valoración de la sintomatología</p> <p>GDS-3 (Defecto cognitivo leve): -Primeros defectos claros. Manifestaciones en una o más de estas áreas: a)El paciente puede haberse perdido en un lugar no familiar b)Los compañeros detectan rendimiento laboral pobre c)Personas más cercanas aprecian defectos en la evocación de palabras y nombres d)Al leer un párrafo de un libro retiene muy poco material e)Capacidad muy disminuida en el recuerdo de conocidos nuevos f)Perder o colocar en lugar erróneo un objeto de valor g)Hacerse evidente un defecto de concentración en la exploración clínica -Un defecto objetivo de memoria sólo se observa con entrevista</p>	<p>GDS-5 (Defecto cognitivo moderado-grave): -El paciente no puede sobrevivir mucho tiempo sin alguna asistencia -No recuerda datos relevantes de su vida actual: dirección, teléfono, etc. -Es frecuente cierta desorientación en tiempo: fecha, día, etc. -Una persona con educación formal puede tener dificultad contando hacia atrás desde 40 de 4 en 4, o desde 20 de 2 en 2 -Mantiene el conocimiento de muchos de los hechos de mayor interés concernientes a sí mismo y a otros -Invariablemente sabe su nombre y generalmente el de su esposa e hijos -No requiere asistencia en el aseo ni en la comida, pero puede tener cierta dificultad en la elección de los vestidos adecuados</p> <p>GDS-6 (Defecto cognitivo grave): -Ocasionalmente puede olvidar el nombre de la esposa, de la que, por otra parte, depende totalmente para sobrevivir -Desconoce los acontecimientos y experiencias recientes de su vida -Mantiene cierto conocimiento de su vida pasada pero muy fragmentario -Generalmente desconoce su entorno, el año, la estación, etc. -Puede ser incapaz de contar hasta diez hacia atrás y a veces hacia delante</p>
---	--

Validez discriminativa del EIAD y su correlación con escalas de severidad de deterioro cognitivo

<p>intensiva</p> <p>-Aparece un decremento de los rendimientos en situaciones laborales o sociales exigentes</p> <p>-Los síntomas se acompañan de ansiedad discreta- moderada</p> <p>GDS-4 (Defecto cognitivo moderado):</p> <p>- Defectos claramente definidos en una entrevista clínica cuidadosa en las áreas siguientes:</p> <p>a)Conocimiento disminuido de los acontecimientos actuales y recientes</p> <p>b)El paciente puede presentar cierto déficit en el recuerdo de su historia personal</p> <p>c)Defecto de concentración puesto de manifiesto en la sustracción seriada de sietes</p> <p>d)Capacidad disminuida para viajes, finanzas, etc.</p> <p>-Frecuentemente no hay defectos en las áreas siguientes:</p> <p>a)Orientación en tiempo y persona</p> <p>b)Reconocimiento de personas y caras familiares</p> <p>c)Capacidad de desplazarse a lugares familiares</p> <p>-Incapacidad para realizar las tareas complejas</p> <p>-La negación es el mecanismo de defensa dominante</p> <p>-Disminución del afecto y abandono en las situaciones más exigentes</p>	<p>-Requiere cierta asistencia en las actividades cotidianas. Puede tener incontinencia o requerir ayuda para desplazarse, pero puede ir a lugares familiares</p> <p>-El ritmo diurno está frecuentemente alterado</p> <p>-Casi siempre recuerda su nombre</p> <p>-Frecuentemente sigue siendo incapaz de distinguir entre las personas familiares y no familiares de su entorno</p> <p>-Cambios emocionales y de personalidad bastante variables, como:</p> <p>a)Conducta delirante: puede acusar de impostora a su esposa, o hablar con personas inexistentes o con su imagen en el espejo</p> <p>b)Síntomas obsesivos como actividades repetitivas de limpieza</p> <p>c)Síntomas de ansiedad, agitación e incluso conducta violenta previamente inexistente</p> <p>d)Abulia cognitiva, pérdida de deseos, falta de elaboración de un pensamiento para determinar un curso de acción propositivo</p> <p>GDS-7 (Defecto cognitivo muy grave):</p> <p>- Pérdida progresiva de las capacidades verbales. Inicialmente se pueden verbalizar palabras y frases muy circunscritas; en las últimas frases no hay lenguaje, únicamente gruñidos</p> <p>-Incontinencia de orina. Requiere asistencia en el aseo y en la alimentación</p> <p>-Se van perdiendo las habilidades psicomotoras básicas como la deambulacion</p> <p>-El cerebro es incapaz de decir al cuerpo lo que hay que hacer. Frecuentemente aparecen signos y síntomas neurológicos generalizados y corticales</p>
--	--

ANEXO III

Consentimiento informado

CONSENTIMIENTOS INFORMADOS

Por pedido del CIREI, se realizaron modificaciones en el consentimiento informado presentado en el plan de tesis. Se solicitó la redacción de un consentimiento informado para el paciente, otro para su cuidador y en el caso de que el cuidador no fuera su familiar, se solicitó un consentimiento informado para los mismos. También se exigió que en el caso que el paciente no logre comprender el contenido del consentimiento se contara con un asentimiento.

A continuación se anexan dichos documentos.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PACIENTE

“Validez discriminativa de la Escala por Interrogatorio de las Actividades de la Vida Diaria y su correlación con escalas de severidad de deterioro cognitivo”.

A UD. se lo ha invitado a participar de la validación de una escala de evaluación a ser usada en pacientes con dificultades cognitivas. Si bien usted aún no cuenta con un diagnóstico, un aspecto importante para arribar al mismo es su desempeño en las actividades de la vida diaria. Antes de decidir su participación, es importante para UD. entender porque se lleva a cabo ésta validación y a quienes involucra. Por favor tómese un tiempo para leer ésta información.

¿Cuál es el propósito de ésta validación?

Validar una evaluación o un instrumento de medición implica administrarlo a una determinada cantidad de personas que cumplan con requisitos específicos y en distintas formas una o más veces. Para luego aplicar las medidas estadísticas correspondientes las cuales determinaran si ésta nueva evaluación realmente sirve para el fin que fue diseñada.

Nosotros creemos que el presente instrumento que evalúa las Actividades de la Vida Diaria en pacientes con dificultades cognitivas logra identificar tempranamente y con mayor precisión las dificultades que se presentan en las actividades cotidianas en los pacientes.

Las entrevistas formarán parte de una investigación centrada en el estudio de las actividades cotidianas de pacientes con Enfermedad de Alzheimer y deterioro cognoscitivo y será presentada como tesis de grado de las alumnas para optar al título de Lic. en Terapia Ocupacional.

¿Para qué sirve detectar cambios tempranos en los pacientes?

Principalmente sirve para poder implementar abordajes terapéuticos acordes a la necesidad del paciente, y también para poder indicar a la familia y cuidadores la forma apropiada de manejar al paciente con el principal objetivo de extender el mayor tiempo posible la independencia del mismo.

¿Dónde se realizará la validación?

Las entrevistas se realizarán en el Servicio de Medicina Preventiva del Hospital Privado de la Comunidad. SATE.

UD. no será quien deba responder el cuestionario sino su cuidador y/o familiar, quien será entrevistado por alumnas avanzadas de la carrera de Lic. en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata

¿Quiénes participarán?

Se invita a participar a los familiares y/o cuidadores formales y/o informales de pacientes que concurran a SATE para una evaluación neuropsicológica durante el corriente año.

El familiar y/o cuidador debe ser aquella persona que se considere capacitado para responder acerca de cómo se desempeña el paciente cotidianamente en su casa. La cantidad de entrevistados será aproximadamente de 100 personas.

Será su cuidador quien responderá a las preguntas.

¿Cuántas veces y cuánto tiempo?

Su cuidador deberá concurrir en una sola oportunidad a SATE donde será entrevistado por 2 alumnas avanzadas de la carrera de Lic. en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Para lo cual necesitara disponer de media hora en total.

Los días y horarios serán a convenir con cada entrevistado. Trataremos de convenir fechas y horarios que no perjudiquen la actividad diaria de su cuidador.

¿Debería participar?

Sólo UD. decidirá si desea participar o no. Si UD. decide tomar parte se le entregará un formulario de Consentimiento Informado escrito para que firme. Si UD. decide participar será libre de retirarse en el momento que quiera. Esto no afectara la atención médica y calidad de los cuidados que UD. recibe en la actualidad.

¿Cuáles son los posibles beneficios de participar?

La información que nosotros obtengamos en esta validación podrá ayudar en el tratamiento de personas con Enfermedad de Alzheimer aun en los estadios más tempranos.

¿La información será confidencial?

La información recogida en esta validación será completamente confidencial, los datos serán volcados en planillas de cálculo en una computadora pero no habrá registro de su identidad ni la de su cuidador. Esa información sólo será manejada por los coordinadores de la investigación. Los resultados que arroje la investigación podrán ser publicados en la literatura médica, no así la identidad de las personas que participaron de la misma.

Si UD. tiene alguna duda:

Si UD. tiene alguna consulta acerca de su participación debe comunicarse con Gismondi, Mariana y/o Gómez, Andrea Maribel al teléfono: 0223- 155059307 o con el Dr. Gonorazky, Sergio, coordinador del Consejo Institucional de Revisión de Estudios de Investigación (CIREI) del Hospital privado de la Comunidad al teléfono: 0223- 4990000.

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Mediante la firma de éste documento, doy mi consentimiento para que entrevisten a mi cuidador alumnas de la Universidad Nacional de Mar del Plata de la carrera Lic. en

Terapia Ocupacional, en el Servicio de Atención a la Tercera Edad (SATE), perteneciente al Hospital Privado de Comunidad de la ciudad de Mar del Plata.

Entendiendo que las entrevistas formarán parte de una investigación centrada en el estudio de las actividades cotidianas de pacientes con Enfermedad de Alzheimer y ser presentada como tesis de grado de las alumnas para optar al título de Lic. en Terapia Ocupacional.

Comprendo que será entrevistado/a en SATE en los horarios que le convengan. Le realizarán preguntas acerca de mi desempeño en las Actividades de la Vida Diaria, reconociendo que está calificado/a para hacerlo.

Será una entrevista que demorará aproximadamente 30 minutos.

He concedido libremente ésta entrevista. Se me ha notificado que es totalmente voluntaria y aun después de iniciada puede rehusarse a responder algunas de las preguntas o dar por finalizada la entrevista. Se me ha informado que la información que arrojen las entrevistas es confidencial y que en ningún informe de éste estudio se identificará mi nombre, ni el de mi cuidador y tampoco el de mi familiar.

También se me ha informado que tanto si participo como si no lo hago o si abandona las entrevistas no se verán afectados los servicios que recibo.

Este estudio podrá contribuir a comprender mejor a los pacientes que padecen la Enfermedad de Alzheimer y para poder ayudar a los familiares del mismo a entenderlo. Sin embargo, yo no recibiré un beneficio directo como resultado de mi participación en éste estudio.

Entiendo que los resultados de la investigación me serán proporcionados si lo solicito.

Los datos obtenidos en este consentimiento informado, serán tratados de acuerdo a lo establecido en la Ley N° 25.326 de Protección de Datos Personales.

Esta investigación se enmarcará en lo promulgado por la Asociación Médica Mundial (AMM) en la Declaración de Helsinki en el año 2008.

Fecha:

Firma del paciente:

Aclaración:

Firma del testigo:

Firma del entrevistador:

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PACIENTE

“Validez discriminativa de la Escala por Interrogatorio de las Actividades de la Vida Diaria y su correlación con escalas de severidad de deterioro cognitivo”.

A UD. se lo ha invitado a participar de la validación de una escala de evaluación a ser usada en pacientes con dificultades cognitivas. Si bien usted aún no cuenta con un diagnóstico, un aspecto importante para arribar al mismo es su desempeño en las actividades de la vida diaria. Antes de decidir su participación, es importante para UD. entender porque se lleva a cabo ésta validación y a quienes involucra. Por favor tómese un tiempo para leer ésta información.

¿Cuál es el propósito de ésta validación?

Validar una evaluación o un instrumento de medición implica administrarlo a una determinada cantidad de personas que cumplan con requisitos específicos y en distintas formas una o más veces. Para luego aplicar las medidas estadísticas correspondientes las cuales determinaran si ésta nueva evaluación realmente sirve para el fin que fue diseñada.

Nosotros creemos que el presente instrumento que evalúa las Actividades de la Vida Diaria en pacientes con dificultades cognitivas logra identificar tempranamente y con mayor precisión las dificultades que se presentan en las actividades cotidianas en los pacientes.

Las entrevistas formarán parte de una investigación centrada en el estudio de las actividades cotidianas de pacientes con Enfermedad de Alzheimer y deterioro cognoscitivo y será presentada como tesis de grado de las alumnas para optar al título de Lic. en Terapia Ocupacional.

¿Para qué sirve detectar cambios tempranos en los pacientes?

Principalmente sirve para poder implementar abordajes terapéuticos acordes a la necesidad del paciente, y también para poder indicar a la familia y cuidadores la forma apropiada de manejar al paciente con el principal objetivo de extender el mayor tiempo posible la independencia del mismo.

¿Dónde se realizará la validación?

Las entrevistas se realizarán en el Servicio de Medicina Preventiva del Hospital Privado de la Comunidad. SATE.

UD. no será quien deba responder el cuestionario sino su cuidador y/o familiar, quien será entrevistado por alumnas avanzadas de la carrera de Lic. en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata

¿Quiénes participarán?

Se invita a participar a los familiares y/o cuidadores formales y/o informales de pacientes que concurren a SATE para una evaluación neuropsicológica durante el corriente año.

El familiar y/o cuidador debe ser aquella persona que se considere capacitado para responder acerca de cómo se desempeña el paciente cotidianamente en su casa. La cantidad de entrevistados será aproximadamente de 100 personas.

Será su cuidador quien responderá a las preguntas.

¿Cuántas veces y cuánto tiempo?

Su cuidador deberá concurrir en una sola oportunidad a SATE donde será entrevistado por 2 alumnas avanzadas de la carrera de Lic. en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Para lo cual necesitara disponer de media hora en total.

Los días y horarios serán a convenir con cada entrevistado. Trataremos de convenir fechas y horarios que no perjudiquen la actividad diaria de su cuidador.

¿Debería participar?

Sólo UD. decidirá si desea participar o no. Si UD. decide tomar parte se le entregará un formulario de Consentimiento Informado escrito para que firme. Si UD. decide participar será libre de retirarse en el momento que quiera. Esto no afectara la atención médica y calidad de los cuidados que UD. recibe en la actualidad.

¿Cuáles son los posibles beneficios de participar?

La información que nosotros obtengamos en esta validación podrá ayudar en el tratamiento de personas con Enfermedad de Alzheimer aun en los estadios más tempranos.

¿La información será confidencial?

La información recogida en esta validación será completamente confidencial, los datos serán volcados en planillas de cálculo en una computadora pero no habrá registro de su identidad ni la de su cuidador. Esa información sólo será manejada por los coordinadores de la investigación. Los resultados que arroje la investigación podrán ser publicados en la literatura médica, no así la identidad de las personas que participaron de la misma.

Si UD. tiene alguna duda:

Si UD. tiene alguna consulta acerca de su participación debe comunicarse con Gismondi, Mariana y/o Gómez, Andrea Maribel al teléfono: 0223- 155059307 o con el Dr. Gonorazky, Sergio, coordinador del Consejo Institucional de Revisión de Estudios de Investigación (CIREI) del Hospital privado de la Comunidad al teléfono: 0223- 4990000.

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Mediante la firma de éste documento, doy mi consentimiento para que entrevisten a mi cuidador alumnas de la Universidad Nacional de Mar del Plata de la carrera Lic. en Terapia Ocupacional, en el Servicio de Atención a la Tercera Edad (SATE), perteneciente al Hospital Privado de Comunidad de la ciudad de Mar del Plata.

Entendiendo que las entrevistas formarán parte de una investigación centrada en el estudio de las actividades cotidianas de pacientes con Enfermedad de Alzheimer y ser presentada como tesis de grado de las alumnas para optar al título de Lic. en Terapia Ocupacional.

Comprendo que será entrevistado/a en SATE en los horarios que le convengan. Le realizarán preguntas acerca de mi desempeño en las Actividades de la Vida Diaria, reconociendo que está calificado/a para hacerlo.

Será una entrevista que demorará aproximadamente 30 minutos.

He concedido libremente ésta entrevista. Se me ha notificado que es totalmente voluntaria y aun después de iniciada puede rehusarse a responder algunas de las preguntas o dar por finalizada la entrevista. Se me ha informado que la información que arrojen las entrevistas es confidencial y que en ningún informe de éste estudio se identificará mi nombre, ni el de mi cuidador y tampoco el de mi familiar.

También se me ha informado que tanto si participo como si no lo hago o si abandona las entrevistas no se verán afectados los servicios que recibo.

Este estudio podrá contribuir a comprender mejor a los pacientes que padecen la Enfermedad de Alzheimer y para poder ayudar a los familiares del mismo a entenderlo.

Sin embargo, yo no recibiré un beneficio directo como resultado de mi participación en éste estudio.

Entiendo que los resultados de la investigación me serán proporcionados si lo solicito.

Los datos obtenidos en este consentimiento informado, serán tratados de acuerdo a lo establecido en la Ley N° 25.326 de Protección de Datos Personales.

Esta investigación se enmarcará en lo promulgado por la Asociación Médica Mundial (AMM) en la Declaración de Helsinki en el año 2008.

Fecha:

Firma del paciente:

Aclaración:

Firma del testigo:

Firma del entrevistador:

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL FAMILIAR O REPRESENTANTE LEGAL

“Validez discriminativa de la Escala por Interrogatorio de las Actividades de la Vida Diaria y su correlación con escalas de severidad de deterioro cognitivo”.

A UD. se lo ha invitado a participar de la validación de una escala de evaluación a ser usada en pacientes con dificultades cognitivas. Si bien su familiar aún no cuenta con un diagnóstico, un aspecto importante para arribar al mismo es su desempeño en las actividades de la vida diaria. Antes de decidir su participación, es importante para UD. entender porque se lleva a cabo ésta validación y a quienes involucra. Por favor tómese un tiempo para leer ésta información.

¿Cuál es el propósito de ésta validación?

Validar una evaluación o un instrumento de medición implica administrarlo a una determinada cantidad de personas que cumplan con requisitos específicos y en distintas formas una o más veces. Para luego aplicar las medidas estadísticas correspondientes las cuales determinarán si ésta nueva evaluación realmente sirve para el fin que fue diseñada.

Nosotros creemos que el presente instrumento que evalúa las Actividades de la Vida Diaria en pacientes con dificultades cognitivas logra identificar tempranamente y con mayor precisión las dificultades que se presentan en las actividades cotidianas en los pacientes.

Las entrevistas formarán parte de una investigación centrada en el estudio de las actividades cotidianas de pacientes con Enfermedad de Alzheimer y deterioro cognoscitivo y será presentada como tesis de grado de las alumnas para optar al título de Lic. en Terapia Ocupacional.

¿Para qué sirve detectar cambios tempranos en los pacientes?

Principalmente sirve para poder implementar abordajes terapéuticos acordes a la necesidad del paciente, y también para poder indicar a la familia y cuidadores la forma apropiada de manejar al paciente con el principal objetivo de extender el mayor tiempo posible la independencia del mismo.

¿Dónde se realizará la validación?

Las entrevistas se realizarán en el Servicio de Medicina Preventiva del Hospital Privado de la Comunidad. SATE.

UD. no será quien deba responder el cuestionario sino el cuidador de su familiar y/o representado, quien será entrevistado por alumnas avanzadas de la carrera de Lic. en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

¿Quiénes participarán?

Se invita a participar a los familiares y/o cuidadores formales y/o informales de pacientes que concurren a SATE para una evaluación neuropsicológica durante el corriente año.

El familiar directo o representante legal es el que debe autorizar al paciente a realizar el estudio, por lo cual su cuidador va a responder a las preguntas.

¿Cuántas veces y cuánto tiempo?

El cuidador de su familiar y/o representado deberá concurrir en una sola oportunidad a SATE donde será entrevistado por 2 alumnas avanzadas de la carrera de Lic. en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Para lo cual necesitara disponer de media hora en total.

Los días y horarios serán a convenir con cada entrevistado. Trataremos de convenir fechas y horarios que no perjudiquen su actividad diaria.

¿Debería participar?

Sólo UD. decidirá si desea participar o no. Si UD. decide tomar parte se le entregará un formulario de Consentimiento Informado escrito para que firme. Si UD. decide participar será libre de retirarse en el momento que quiera. Esto no afectara la atención médica y calidad de los cuidados que el paciente recibe en la actualidad.

¿Cuáles son los posibles beneficios de participar?

La información que nosotros obtengamos en esta validación podrá ayudar en el tratamiento de personas con Enfermedad de Alzheimer aun en los estadios más tempranos.

¿La información será confidencial?

La información recogida en esta validación será completamente confidencial, los datos serán volcados en planillas de cálculo en una computadora pero no habrá registro de su

identidad ni la del paciente y su cuidador. Esa información sólo será manejada por los coordinadores de la investigación. Los resultados que arroje la investigación podrán ser publicados en la literatura médica, no así la identidad de las personas que participaron de la misma.

Si UD. tiene alguna duda:

Si UD. tiene alguna consulta acerca de su participación debe comunicarse con Gismondi, Mariana y/o Gómez, Andrea Maribel al teléfono: 0223-155059307 o con el Dr. Gonorazky, Sergio, coordinador del Consejo Institucional de Revisión de Estudios de Investigación (CIRES) del Hospital privado de la Comunidad al teléfono: 0223- 4990000.

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Mediante la firma de éste documento, doy mi consentimiento para que entrevisten al cuidador de mi familiar y/o representado alumnas de la Universidad Nacional de Mar del Plata de la carrera Lic. en Terapia Ocupacional, en el Servicio de Atención a la Tercera Edad (SATE), perteneciente al Hospital Privado de Comunidad de la ciudad de Mar del Plata.

Entendiendo que las entrevistas formarán parte de una investigación centrada en el estudio de las actividades cotidianas de pacientes con Enfermedad de Alzheimer y ser presentada como tesis de grado de las alumnas para optar al título de Lic. en Terapia Ocupacional.

Comprendo que será entrevistado/a en SATE en los horarios que le convengan. Le realizarán preguntas acerca del desempeño en las Actividades de la Vida Diaria de mi familiar y/o representado, reconociendo que está calificado/a para hacerlo.

Será una entrevista que demorará aproximadamente 30 minutos.

He concedido libremente ésta entrevista. Se me ha notificado que es totalmente voluntaria y aun después de iniciada el cuidador puede rehusarse a responder algunas de las preguntas o dar por finalizada la entrevista. Se me ha informado que la información que arrojen las entrevistas es confidencial y que en ningún informe de éste estudio se identificará mi nombre, ni el de mi familiar y/o representado y tampoco el de la persona que lo cuida.

También se me ha informado que tanto si participo como si no lo hago o si el cuidador abandona las entrevistas no se verán afectados los servicios que recibe la persona por la que respondo.

Este estudio podrá contribuir a comprender mejor a los pacientes que padecen la Enfermedad de Alzheimer y para poder ayudar a los familiares del mismo a entenderlo. Sin embargo, yo ni mi familiar y/o representado no recibiremos un beneficio directo como resultado de mi participación en éste estudio.

Entiendo que los resultados de la investigación me serán proporcionados si lo solicito.

Los datos obtenidos en este consentimiento informado, serán tratados de acuerdo a lo establecido en la Ley N° 25.326 de Protección de Datos Personales.

Para llevar a cabo esta investigación, se tendrá en cuenta lo expresado en la Declaración de Helsinki.

Fecha:

Firma del familiar y/o representante legal:

Vínculo con el paciente

Firma del testigo:

Firma del entrevistador:

ASENTIMIENTO INFORMADO

“Validez discriminativa de la Escala por Interrogatorio de las Actividades de la Vida Diaria y su correlación con escalas de severidad de deterioro cognitivo”.

A UD. se lo ha invitado a participar de un estudio que permitirá validar una escala de evaluación para ser usada en pacientes con dificultades intelectuales.

Si bien usted aún no cuenta con un diagnóstico, un aspecto importante para arribar al mismo es evaluar como Ud. realiza las actividades de la vida diaria. Antes de decidir su participación, es importante para UD. entender porque se lleva a cabo éste estudio y a quienes involucra. Por favor tómese un tiempo para leer ésta información.

¿Cuál es el propósito de ésta validación?

Nosotros creemos que la presente escala logra identificar tempranamente y con mayor precisión las dificultades que se presentan en las actividades cotidianas en los pacientes. Las entrevistas formarán parte de una investigación y será presentada como tesis de grado de las alumnas para optar al título de Lic. en Terapia Ocupacional.

¿Para qué sirve detectar cambios tempranos en los pacientes?

Principalmente sirve para poder realizar tratamientos teniendo en cuenta las necesidades del paciente, y también para poder indicar a la familia y cuidadores la forma apropiada de manejar al paciente y así mantener la independencia del mismo.

¿Quiénes participarán?

Se invita a participar a los familiares y/o cuidadores de pacientes que concurran a SATE para una evaluación durante el corriente año.

El familiar directo o representante legal es el que debe autorizar al paciente a realizar el estudio.

UD. No será quien deba responder la entrevista, sino que lo hará su acompañante al momento de la evaluación en SATE.

¿Debería participar?

Sólo UD. decidirá si desea participar o no. Si UD. decide tomar parte se le entregará un formulario de asentimiento Informado escrito para que firme. Si UD. Decide no participar esto no afectará la atención médica y calidad de los cuidados que UD. recibirá.

¿Cuáles son los posibles beneficios de participar?

La información que nosotros obtengamos en esta investigación podrá ayudar en el tratamiento de personas con Enfermedad de Alzheimer aun en los estadios más tempranos.

¿La información será confidencial?

La información recogida será confidencial y no habrá registro de su identidad. Los resultados que arroje la investigación podrán ser publicados en la literatura médica.

Si UD. tiene alguna duda:

Si UD. tiene alguna consulta acerca de su participación debe comunicarse con Gismondi, Mariana y/o Gómez, Andrea Maribel al teléfono: 0223- 155059307 o con el Dr. Gonorazky, Sergio, coordinador del Consejo Institucional de Revisión de Estudios de Investigación (CIREI) del Hospital privado de la Comunidad al teléfono: 0223- 4990000.

ASENTIMIENTO INFORMADO:

Mediante la firma de éste documento, doy mi asentimiento para que entrevisten a mi cuidador y/o familiar alumnas de la Universidad Nacional de Mar del Plata de la carrera Lic. en Terapia Ocupacional, en el Servicio de Atención a la Tercera Edad (SATE), perteneciente al Hospital Privado de Comunidad de la ciudad de Mar del Plata.

Entendiendo que las entrevistas formarán parte de una investigación sobre las actividades cotidianas de pacientes con Enfermedad de Alzheimer y será presentada como tesis de grado de las alumnas para optar al título de Lic. en Terapia Ocupacional.

Se me ha notificado que mi participación es totalmente voluntaria. Se me ha informado que la información que arrojen las entrevistas es confidencial y que no se dará a conocer mi nombre, ni el de mi cuidador y/o familiar.

También se me ha informado que tanto si participo como si no lo hago no se verán afectados los servicios que recibiré.

Este estudio podrá contribuir a comprender mejor a los pacientes que padecen la Enfermedad de Alzheimer y para poder ayudar a los familiares del mismo a entenderlo. Sin embargo, yo no recibiré un beneficio directo como resultado de mi participación en éste estudio.

Entiendo que los resultados de la investigación me serán proporcionados si lo solicito.

Los datos obtenidos en este consentimiento informado, serán tratados de acuerdo a lo establecido en la Ley N° 25.326 de Protección de Datos Personales.

Para llevar a cabo esta investigación, se tendrá en cuenta lo expresado en la Declaración de Helsinki.

Fecha:

Firma del paciente:

Firma del testigo:

Firma del entrevistador:



**UNIVERSIDAD NACIONAL
DE MAR DEL PLATA**

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y SERVICIO SOCIAL DEPARTAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL
D. FUNES 3350 – TEL/FAX: 0223- 4752442.

Jurados Titulares: Mco. Sousa Leandro.....

Lic. Xifra Julia.....

Lic. Vera María.....

Fecha de defensa: 23 de agosto de 2013.....

Calificación: 10 (diez).....
