

# Evaluación de la pérdida de memoria: visita inicial

(Nombre) \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_

**Inf. Fam.: Beh**  
3=incapaz; 0=capaz

talonario de cheques \_\_\_\_\_  
 impuestos \_\_\_\_\_  
 compras \_\_\_\_\_  
 juegos \_\_\_\_\_  
 cocina \_\_\_\_\_  
 prep. comidas \_\_\_\_\_  
 eventos \_\_\_\_\_  
 TV, libros \_\_\_\_\_  
 citas \_\_\_\_\_  
 viajes \_\_\_\_\_  
 puntuación \_\_\_\_\_

**Historial médico anterior**  
*seleccionar lo que corresponda*

Hipertensión   
 EAC   
 Tiroides   
 Colesterol   
 ACV   
 Neuropatía   
 vasc. perif.   
 Diabetes   
 Hepatitis   
 Herida en la cabeza   
 Parkinson   
 Alcohol   
 Depresión   
 Enf. venérea   
 Convulsiones   
 Drogadicción   
 Cáncer   
 iICH   
 Meningitis   
 Oído, visión   
 Def. vitamínica.

**Historial familiar**

Demencia   
 Parkinson   
 Depresión   
 Ataque apopléjico   
 EAC   
 S. de Down   
 Diabetes

**Historia del problema de la memoria**

**Actual historial médico**

**Anterior historial médico o quirúrgico**

**Historial siquiátrico**

**Medicaciones**  ver lista

**Positivos (historial familiar, ocupación, hábitos, función)**

**Revisión de sistemas**

*Encierre en un círculo lo que corresponda*

personalidad  
 habla  
 debilidad  
 juicio  
 confusión  
 alerta  
 delirios  
 alucinaciones  
 emoción  
 afección sensorial  
 boca  
 caída, herida  
 equilibrio  
 ronquidos  
 falta de aire  
 tos  
 malestar intestinal  
 hematoquecia  
 disfunción sexual  
 incontinencia  
 dolor articular  
 extremidades  
 piel  
 apetito  
 sed  
 fatiga  
 sueño  
 cambio de peso  
 comida

**Educación**  
\_\_\_\_\_ años

**Empleo**  
\_\_\_\_\_

metales  
 terapia electroconvulsiva  
 boxeador

**Hábitos de salud:**  
**tabaco**  
\_\_\_\_\_ paquetes - años

**Alcohol**  
\_\_\_\_\_ /día

<b>Signos vitales</b>		Presión _____	Pulso ___	Temperatura ___	Peso ___ libras	Estatura ___ pulgadas
<b>Ojos</b>	<input type="checkbox"/>	Párpados y conjuntiva normales	Marcha con <b>esclerosis múltiple</b> <input type="checkbox"/>			
Pupilas	<input type="checkbox"/>	Pupilas simétricas y reactivas	Postura y marcha normales <input type="checkbox"/>			
Fondo	<input type="checkbox"/>	Elementos positivos y discos normales	Uñas <input type="checkbox"/>			
				Sin dedos en palillo de tambor ni cianosis <input type="checkbox"/>		
<b>Oídos, nariz y garganta:</b>		externos <input type="checkbox"/> Sin cicatrices, lesiones ni protuberancias				
Otoscóptico	<input type="checkbox"/>	Canales y membranas del tímpano normales	Marque si es normal o encierre en un círculo, si es anormal	Margen de movimiento	Fuerza	Tono
Audición	<input type="checkbox"/>	Normal a _____	Brazo derecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intranasal	<input type="checkbox"/>	Turbinado, tabique y mucosa normales	Brazo izquierdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oral anterior	<input type="checkbox"/>	Encías, dientes y labios normales	Pierna derecha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orofaringe	<input type="checkbox"/>	Faringe, paladar y lengua normales	Pierna izquierda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Columna vertebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Anormales		
				Piel <input type="checkbox"/> Normal a la inspección y palpación		
<b>Palpación del cuello</b>		<input type="checkbox"/> Simétrico y sin protuberancias		<b>Neurológico</b> <input type="checkbox"/> Alerta y atención normales		
Tiroides		<input type="checkbox"/> Sin agrandamiento ni sensibilidad		Nervios craneales <input type="checkbox"/> Sin gran déficit		
Esfuerzo <b>respiratorio</b>		<input type="checkbox"/> Normal sin retracciones		Coordinación <input type="checkbox"/> Movimiento alterno rápido normal		
Percusión torácica		<input type="checkbox"/> Sin matidez ni hiperresonancia		Reflejos tendinosos profundos <input type="checkbox"/> Simétricos, ___ (escala: 0-4+)		
Palpación torácica		<input type="checkbox"/> Sin frémito		Sensación <input type="checkbox"/> Propiocepción y tacto normales		
Auscultación		<input type="checkbox"/> Sonidos respiratorios bilaterales normales sin estertores		<b>MMSE</b>		
Palpitación <b>cardíaca</b>		<input type="checkbox"/> Ubicación y tamaño normales		Orientación <b>psiquiátrica</b> <input type="checkbox"/> Normal al día, mes, año, hora, ubicación ___/10		
Auscultación cardíaca		<input type="checkbox"/> Sin soplo cardíaco, galope ni frote		Registro <input type="checkbox"/> Registrar 3 elementos ___/3		
Carótidas		<input type="checkbox"/> Intensidad normal sin ruido		Atención y cálculo <input type="checkbox"/> Realizar restas en serie, deletrear la palabra "mundo" al revés ___/5		
Pulso pedio		<input type="checkbox"/> Pulso tibial posterior y pedio normales		Remembranza <input type="checkbox"/> Recordar 3 elementos ___/3		
<b>Pechos</b>		<input type="checkbox"/> Inspección y palpación normales		Lenguaje <input type="checkbox"/> Nombrar, repetir, comprender, leer, escribir normalmente ___/8		
<b>Abdomen</b>		<input type="checkbox"/> Sin protuberancias ni sensibilidad		Visuoespacial <input type="checkbox"/> Copiar diseño, reloj ___/1		
Hígado y bazo		<input type="checkbox"/> No se palpa ni el hígado ni el bazo		Conocimiento <input type="checkbox"/> Presidentes, ex presidentes		
Hernia		<input type="checkbox"/> No se detectan hernias		Estado de ánimo <input type="checkbox"/> GDS normal ___/15		
Ano y recto		<input type="checkbox"/> Sin anomalías ni protuberancias		Habla <input type="checkbox"/> Volumen y velocidad normales		
<b>Genitourinario masculino</b>		<input type="checkbox"/> Normal a la inspección y palpación		Continuidad de ideas <input type="checkbox"/> Lógico, coherente		
Próstata		<input type="checkbox"/> Tamaño normal sin nodularidad		Psicosis <input type="checkbox"/> Sin alucinaciones ni falsas ilusiones		
<b>Genitourinario femenino</b>		<input type="checkbox"/> Genitales externos normales sin lesiones		Juicio <input type="checkbox"/> Normal		
Inspección interna		<input type="checkbox"/> Vejiga, uretra y vagina normales		Comportamiento <input type="checkbox"/> Cooperador, adecuado		
Cuello del útero		<input type="checkbox"/> Apariencia normal sin secreciones		<b>Hachinski</b> sumar 1ª columna x 2; sumar 2ª columna; total columnas		
Útero		<input type="checkbox"/> Tamaño y posición normales sin sensibilidad		Inicio repentino <input type="checkbox"/> Escalonado <input type="checkbox"/>		
Anexos		<input type="checkbox"/> Sin protuberancias ni sensibilidad		Hist. ataque <input type="checkbox"/>		
<b>Vasos linfáticos</b>		<input type="checkbox"/> Cuello y axilas normales		apopléjico <input type="checkbox"/> Somático <input type="checkbox"/>		
Otros vasos linfáticos		<input type="checkbox"/>		Signos focales <input type="checkbox"/> Emoción <input type="checkbox"/>		
				"Síntomas" <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/>		
				sumar x2: _____ suma: _____ total: _____		

Descripción adicional de hallazgos positivos:

Evaluación del diagnóstico preliminar (nivel de trastorno, patologías comórbidas, potenciales elementos tratables)

Recomendaciones:

- Laboratorio:
- Electrolitos     CA     TSH     STS     B<sub>12</sub>
- Imagenología (tipo, historial) \_\_\_\_\_
- Cambios de la medicación
- Referencias
- Información
  - Imagenología cerebral en la pérdida de memoria
  - Especialistas en pérdida de memoria
  - Tratamientos para el Alzheimer
  - Prevención de ataques apopléjicos
  - Informe familiar: problemas relacionados con el cuidado

# Evaluación de la pérdida de memoria: visita inicial

Date: \_\_\_\_\_  
Age: \_\_\_\_\_

**Fam Rpt: Beh**  
3=unable; 0=able  
checkboxbook \_\_\_\_\_  
taxes \_\_\_\_\_  
shopping \_\_\_\_\_  
games \_\_\_\_\_  
stove \_\_\_\_\_  
meal prep \_\_\_\_\_  
events \_\_\_\_\_  
TV, book \_\_\_\_\_  
appointments \_\_\_\_\_  
travel \_\_\_\_\_  
score \_\_\_\_\_

**Past Med Hx**  
check positives  
HTN   
CAD   
thyroid   
cholesterol   
CVA   
neuropathy   
periph vasc   
diabetes   
hepatitis   
head injury   
Parkinson's   
alcohol   
depression   
VD   
seizures   
drug abuse   
cancer   
ICH   
meningitis   
hear, vision   
vitamin def

**Fam Hx**  
dementia   
Parkinson's   
depression   
stroke   
CAD   
Down's   
diabetes

**Story of the Memory Problem**  
Record your version of the history of the dementing illness from the family questionnaire in Tools, pp.17-18, and your interview of the patient and caregiver

Record scores here from the questionnaire in Tools, pp.13-14; scoring instructions are on p.15

**Current medical history**  
Describe active problems with potential impact on cognitive function

**Former medical/surgical history**  
Record information here from the review-of systems questions (pp.28-29) in the family questionnaire in Tools, pp.19-29

**Psychiatric history**  
Record information here from questions on pp.24,26 in the family questionnaire in Tools, pp.19-29

**Medications**  see list  
Use the medication list (p.27) in the family questionnaire in Tools, pp.19-29, or your own version

**Positives (FHx, occup., habits, function)**  
Record information here from questions on p.26 in the family questionnaire in Tools, pp.19-29

**ROS**  
circle positives  
personality  
speech  
weakness  
judgment  
confusion  
alertness  
delusions  
hallucinations  
emotional  
sensory  
mouth  
fall, injury  
balance  
snore  
short of breath  
cough  
bowel  
hematochezia  
sex dysfxn  
incontinence  
joint pain  
extremities  
skin  
appetite  
thirst  
fatigue  
sleep  
wt change  
food

**Education**  
\_\_\_\_\_yrs.

**Employment**  
\_\_\_\_\_  
metals  
ECT  
boxer

**Health Habits:**  
**Tobacco**  
\_\_\_\_\_pk-yrs

**Alcohol**  
\_\_\_\_\_/day

Record the Geriatric Depression Scale score here (see Tools, pp. 30-31)

<b>Vital signs</b>	BP _____	P _____	T _____	Wt. _____ lb	Ht. _____ in
<b>Eyes</b>	<input type="checkbox"/> nl conjunctiva & lids			<b>MS Gait</b>	<input type="checkbox"/> nl gait & station
<b>Pupils</b>	<input type="checkbox"/> pupils symmetrical, reactive			<b>Nails</b>	<input type="checkbox"/> no clubbing, cyanosis
<b>Fundus</b>	<input type="checkbox"/> nl discs & pos elements			<b>Check nl, etc abn</b>	<b>RDM</b> <b>Strength</b> <b>Tone</b> <b>abnormals</b>
<b>ENT-external</b>	<input type="checkbox"/> no scars, lesions, masses			<b>Rt. arm</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>Otoscopic</b>	<input type="checkbox"/> nl canals & tympanic membranes			<b>Lt. arm</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>Hearing</b>	<input type="checkbox"/> nl to _____			<b>Rt. leg</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>Intranasal</b>	<input type="checkbox"/> nl mucosa, septum, turbinate			<b>Lt. leg</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>Ant. oral</b>	<input type="checkbox"/> nl lips, teeth, gums			<b>Spine</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>Oropharynx</b>	<input type="checkbox"/> nl tongue, palate, pharynx			<b>Skin</b>	<input type="checkbox"/> nl to inspection & palpation
<b>Neck palp.</b>	<input type="checkbox"/> symmetrical without masses			<b>Neurologic</b>	<input type="checkbox"/> nl alertness, attentive
<b>Thyroid</b>	<input type="checkbox"/> no enlargement or tenderness			<b>Cranial nerves</b>	<input type="checkbox"/> w/o gross deficit
<b>Resp. effort</b>	<input type="checkbox"/> nl without retractions			<b>Coordination</b>	<input type="checkbox"/> nl rapid alternating movement
<b>Chest percuss.</b>	<input type="checkbox"/> no dullness or hyperresonance			<b>DTRs</b>	<input type="checkbox"/> symmetrical, ___ (scale: 0-4+)
<b>Chest palp.</b>	<input type="checkbox"/> no fremitus			<b>Sensation</b>	<input type="checkbox"/> nl touch, proprioception
<b>Auscultation</b>	<input type="checkbox"/> nl bilateral breath sounds w/o rales			<b>Psych Orient'n</b>	<input type="checkbox"/> nl to day, mo, yr, time, location
<b>Heart palp.</b>	<input type="checkbox"/> nl location, size			<b>Registration</b>	<input type="checkbox"/> register 3 items
<b>Cardiac ausc.</b>	<input type="checkbox"/> no murmur, gallop, or rub			<b>Attrn/Calc</b>	<input type="checkbox"/> serial subtraction, world bkwd
<b>Carotids</b>	<input type="checkbox"/> nl intensity w/o bruit			<b>Recall</b>	<input type="checkbox"/> recall 3 items
<b>Pedal pulses</b>	<input type="checkbox"/> nl posterior tibial & dorsalis pedis			<b>Language</b>	<input type="checkbox"/> nl nam'g, rept'n, compr'n, read'g, writ'g
<b>Breasts</b>	<input type="checkbox"/> nl to inspection & palpation			<b>Visuospatial</b>	<input type="checkbox"/> copy design, clock
<b>Abdomen</b>	<input type="checkbox"/> no masses or tenderness			<b>Knowledge</b>	<input type="checkbox"/> current/past presidents
<b>L/S</b>	<input type="checkbox"/> nl liver/spleen			<b>Mood</b>	<input type="checkbox"/> nl GDS <input checked="" type="checkbox"/> 15
<b>Hernia</b>	<input type="checkbox"/> no hernia identified			<b>Speech</b>	<input type="checkbox"/> nl rate, volume
<b>Anus/rectal</b>	<input type="checkbox"/> no abnormality or masses			<b>Thought cont.</b>	<input type="checkbox"/> logical, coherent
<b>GU male</b>	<input type="checkbox"/> nl to inspection & palpation			<b>Psychosis</b>	<input type="checkbox"/> no hallucinations, delusions
<b>Prostate</b>	<input type="checkbox"/> nl size w/o nodularity			<b>Judgment</b>	<input type="checkbox"/> nl
<b>GU female</b>	<input type="checkbox"/> external genitalia nl w/o lesions			<b>Behavior</b>	<input type="checkbox"/> cooperative, appropriate
<b>Int. inspection</b>	<input type="checkbox"/> nl bladder, urethra, & vagina			<b>Hachinski</b>	sum 1st column x 2; sum 2nd column; total column
<b>Cervix</b>	<input type="checkbox"/> nl appearance w/o discharge			<b>Abrupt onset</b>	<input type="checkbox"/> Stepwise <input type="checkbox"/>
<b>Uterus</b>	<input type="checkbox"/> nl size, position, w/o tenderness			<b>Hx stroke</b>	<input type="checkbox"/> Somatic <input type="checkbox"/>
<b>Adnexa</b>	<input type="checkbox"/> no masses or tenderness			<b>Focal signs</b>	<input type="checkbox"/> Emotional <input type="checkbox"/>
<b>Lymphatic</b>	<input type="checkbox"/> nl neck & axillae			<b>"symptoms"</b>	<input type="checkbox"/> HTN <input type="checkbox"/>
<b>Lymph other</b>	<input type="checkbox"/>			<b>sum x 2:</b>	_____ <b>sum:</b> _____ <b>total:</b> _____

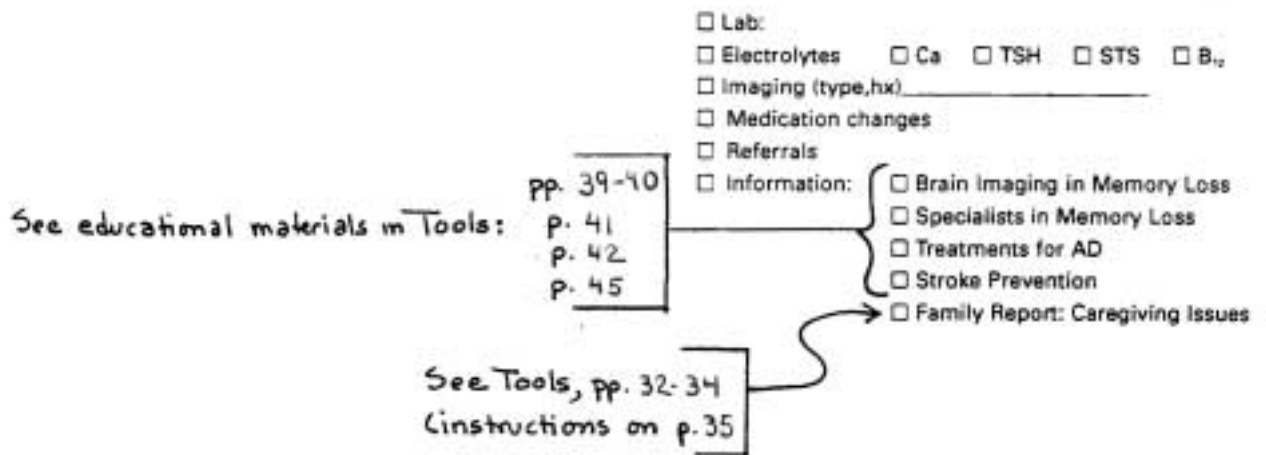
Additional description of positive findings:

The items of the MMSE examination are listed in the first column ("orientation, registration," etc.). Scores can be recorded in the third column. If you do not use the MMSE, you may use other tests of these constructs, listed with checkboxes in the second column.

Score the Hachinski scale by adding the number of positive responses in column 1 and multiplying by 2, and then adding the number of positive responses in column 2, counting 1 each.


**Preliminary Diagnostic Assessment** (Impairment level, comorbid health conditions, potential treatable elements)

**Recommendations:**



# Examen mínimo del estado mental

THE ANNOTATED MINI-MENTAL STATE EXAMINATION (AMMSE)



**MiniMental** LLC

NAME OF SUBJECT \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_\_

NAME OF EXAMINER \_\_\_\_\_ Years of School Completed \_\_\_\_\_

Approach the patient with respect and encouragement.

Ask: Do you have any trouble with your memory?  Yes  No

May I ask you some questions about your memory?  Yes  No

Date of Examination \_\_\_\_\_

---

SCORE	ITEM
5 ( )	<p><b>TIME ORIENTATION</b></p> <p>Ask:</p> <p>What is the year _____ (1), season _____ (1),                      month of the year _____ (1), date _____ (1),                      day of the week _____ (1)?</p>
5 ( )	<p><b>PLACE ORIENTATION</b></p> <p>Ask:</p> <p>Where are we now? What is the state _____ (1), city _____ (1),                      part of the city _____ (1), building _____ (1),                      floor of the building _____ (1)?</p>
3 ( )	<p><b>REGISTRATION OF THREE WORDS</b></p> <p>Say: Listen carefully. I am going to say three words. You say them back after I stop.                      Ready? Here they are... PONY (wait 1 second), QUARTER (wait 1 second), ORANGE (wait one                      second). What were those words?</p> <p>_____ (1)                      _____ (1)                      _____ (1)</p> <p>Give 1 point for each correct answer, then repeat them until the patient learns all three.</p>
5 ( )	<p><b>SERIAL 7s AS A TEST OF ATTENTION AND CALCULATION</b></p> <p>Ask: Subtract 7 from 100 and continue to subtract 7 from each subsequent remainder                      until I tell you to stop. What is 100 take away 7? _____ (1)</p> <p>Say:</p> <p>Keep Going _____ (1), _____ (1),                      _____ (1), _____ (1).</p>
3 ( )	<p><b>RECALL OF THREE WORDS</b></p> <p>Ask:</p> <p>What were those three words I asked you to remember?</p> <p>Give one point for each correct answer _____ (1),                      _____ (1), _____ (1).</p>
2 ( )	<p><b>NAMING</b></p> <p>Ask:</p> <p>What is this? (show pencil) _____ (1). What is this? (show watch) _____ (1).</p>

For more  
 information or  
 additional copies  
 of this exam,  
 call (647) 567-4215

© 195, 1999 MiniMental LLC

O V E R

**1 ( ) REPEITION**

Say:

Now I am going to ask you to repeat what I say. Ready? No ifs, ands, or buts.

Now you say that: \_\_\_\_\_ (1)

**3 ( ) COMPREHENSION**

Say:

Listen carefully because I am going to ask you to do something:

Take this paper in your left hand (1), fold it in half (1), and put it on the floor. (1)

**1 ( ) READING**

Say:

Please read the following and do what it says, but do not say it aloud. (1)

# Close your eyes

**1 ( ) WRITING**

Say:

Please write a sentence. If patient does not respond, say: Write about the weather. (1)

 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**1 ( ) DRAWING**

Say: Please copy this design.


**TOTAL SCORE** \_\_\_\_\_ Assess level of consciousness along a continuum

Alert \_\_\_\_\_ Drowsy \_\_\_\_\_ Stupor \_\_\_\_\_ Coma \_\_\_\_\_

	YES	NO
Cooperative:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depressed:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anxious:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poor Vision:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poor Hearing:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Native Language:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	YES	NO
Deterioration from previous level of functioning:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Family History of Dementia:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Head Trauma:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stroke:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcohol Abuse:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thyroid Disease:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**FUNCTION BY PROXY**

Please record date when patient was last able to perform the following tasks. Ask caregiver if patient independently handles.

	YES	NO	DATE
Money/Bills:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Medication:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Transportation:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Telephone:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____



# Puntuación del examen mínimo del estado mental según edad y nivel educacional

En la mayoría de los exámenes neuropsicológicos y de estado mental, el desempeño se ve afectado por la edad y la educación: los exámenes con resultados falsos negativos son comunes entre las personas muy inteligentes y con un alto nivel educacional y los falsos positivos ocurren en los niveles de educación bajos, especialmente en un nivel de escolaridad primaria o inferior. La Guía de la AHCPR (Agency for Health Care Policy and Research) para el diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer recomienda que los factores distractores, como la edad y el nivel de educación, se consideren en la interpretación de las puntuaciones de los exámenes del estado mental. La siguiente tabla indica las puntuaciones MMSE promedio según edad y nivel educacional.

Edad	Educación				Total
	0 a 4 años	5 a 8 años	9 a 12 años	>=12 años	
18-24	23	28	29	30	29
25-29	23	27	29	30	29
30-34	25	26	29	30	29
35-39	26	27	29	30	29
40-44	23	27	29	30	29
45-49	23	27	29	30	29
50-54	23	27	29	29	29
55-59	22	27	29	29	29
60-64	22	27	28	29	28
65-69	22	28	28	29	28
70-74	21	26	28	29	27
75-79	21	26	27	28	26
80-84	19	25	26	28	25
>=85	20	24	26	28	25
Total	22	26	29	29	29

Fuente: Adaptado de Crum RM, Anthony JC, Bassett SS, et al. Population-based norms for the mini-mental state examination by age and educational level. JAMA 1993;269:2386-91. Copyright 1993, American Medical Association.

A mayor diferencia entre la puntuación del paciente y la media relacionada con la edad o educación, mayor probabilidad de que exista trastorno cognitivo importante.

***Puntuación  
isquémica  
de la escala  
Hachinski  
modificada:***

- Esta herramienta cuantifica en forma rústica los elementos del historial y del examen que son pertinentes al riesgo de demencia vascular.
- De estar presente, cada uno de los siguientes rasgos clínicos agregará 2 puntos: inicio repentino, historial de ataque apopléjico, signos neurológicos focales, síntomas neurológicos focales.
- Cada uno de los siguientes rasgos clínicos agrega un punto: deterioro escalonado, dolencias somáticas, incontinencia emocional, historial o presencia de hipertensión.
- A mayor puntuación, mayor riesgo de demencia vascular. En los estudios de validación, Rosen utilizó como punto de corte una puntuación de cuatro o más.

Ref. Rosen WG, Terry RD, Fuld PA, et al. Pathologic verification of ischemic score in differentiation of Dementias. Ann Neurol 1980;7:487.

***Escala de  
depresión  
geriátrica  
(Formulario corto)***

Una puntuación de 5 o más indica una sospecha de depresión. Los resultados falsos positivos en la demencia pueden sugerir la enfermedad de Alzheimer ya que los problemas de memoria, la alteración del sueño, la apatía y la mayor dependencia ocurren tanto en la depresión como en las primeras etapas de esta enfermedad. Los resultados falsos negativos también pueden ser más comunes en los pacientes con Alzheimer donde el autocontrol se encuentra dañado. La detección óptima de la depresión requiere que el paciente y un informante se sometan a un cuestionario sobre los síntomas depresivos.

# Evaluación de la pérdida de memoria: primera visita de control

\_\_\_\_\_ (Nombre)

**Problemas relacionados con el cuidado**  
Cuidador:  
\_\_\_\_\_

**Recursos del cuidador:**  
1= óptimo, 4= pésimo

1. Tiempo \_\_\_\_\_
2. Destreza \_\_\_\_\_
3. Ayuda \_\_\_\_\_
4. Confianza \_\_\_\_\_
5. Dinero \_\_\_\_\_
6. Salud \_\_\_\_\_

**Factores estresantes para el cuidador:**

7. Actividades instrumentales de la vida diaria \_\_\_\_\_
8. Actividades básicas de la vida diaria \_\_\_\_\_
9. Cognitivos \_\_\_\_\_
10. Vergüenza \_\_\_\_\_

**Información:**

11. Instrucción preliminar S/N \_\_\_\_\_
12. Conducción S/N \_\_\_\_\_

**Índice de riesgo potencial:**

**Historial adicional:**

**Revisión adicional de sistemas:**

**Laboratorio, imagenología:**

**Examen físico:**

Presión \_\_\_\_\_ Pulso \_\_\_\_\_ Temperatura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Kg Estatura \_\_\_\_\_ cm

**Evaluación del diagnóstico:**

(nivel de trastorno cognitivo, causa probable, patologías comórbidas)

**Recomendaciones:**

Tratamiento:

Referencias:

- Neurología
- Neuropsicología
- Psiquiatría
- Otra \_\_\_\_\_

**Information:**

- Conducción y pérdida de memoria
- Cómo convivir con la enfermedad de Alzheimer
- Instrucciones preliminares en la pérdida de memoria
- Comprensión de la enfermedad de Alzheimer
- Comprensión de la enfermedad de Alzheimer
- Listado de recursos locales

# Evaluación de la pérdida de memoria: primera visita de control

Date: \_\_\_\_\_  
Age: \_\_\_\_\_

**Fam Rpt: Beh**  
3=unable; 0=able  
checkbook \_\_\_\_\_  
taxes \_\_\_\_\_  
shopping \_\_\_\_\_  
games \_\_\_\_\_  
stove \_\_\_\_\_  
meal prep \_\_\_\_\_  
events \_\_\_\_\_  
TV, book \_\_\_\_\_  
appointments \_\_\_\_\_  
travel \_\_\_\_\_  
SCORE \_\_\_\_\_

**Story of the Memory Problem**

Record your version of the history of the dementing illness from the family questionnaire in Tools, pp.17-18, and your interview of the patient and caregiver

Record scores here from the questionnaire in Tools, pp.13-14; scoring instructions are on p.15

**Current medical history**

Describe active problems with potential impact on cognitive function

Record information here from the review-of systems questions (pp.28-29) in the family questionnaire in Tools, pp.19-29

**Former medical/surgical history**

Record information here from the questions on past medical history (p.21) in the family questionnaire in Tools, pp.19-29

**Psychiatric history**

Record information here from questions on pp.24,26 in the family questionnaire in Tools, pp.19-29

**Medications**  see list

Use the medication list (p.27) in the family questionnaire in Tools, pp.19-29, or your own version

**ROS**  
circle positives  
personality  
speech  
weakness  
judgment  
confusion  
alertness  
delusions  
hallucinations  
emotional  
sensory  
mouth  
fall, injury  
balance  
snore  
short of breath  
cough  
bowel  
hematochezia  
sex dysfxn  
incontinence  
joint pain  
extremities  
skin  
appetite  
thirst  
fatigue  
sleep  
wt change  
food

**Past Med Hx**  
check positives  
HTN   
CAD   
thyroid   
cholesterol   
CVA   
neuropathy   
periph vasc   
diabetes   
hepatitis   
head injury   
Parkinson's   
alcohol   
depression   
VD   
seizures   
drug abuse   
cancer   
ICH   
meningitis   
hear, vision   
vitamin def

**Positives (FHx, occup., habits, function)**

Record information here from questions on p.26 in the family questionnaire in Tools, pp.19-29

**Education**  
\_\_\_\_\_ yrs.

**Employment**  
\_\_\_\_\_  
metals  
ECT  
boxer

**Health Habits:**

**Tobacco**  
\_\_\_\_\_ pk-yrs

**Alcohol**  
\_\_\_\_\_/day

**Fam Hx**  
dementia   
Parkinson's   
depression   
stroke   
CAD   
Down's   
diabetes

# Informe familiar: comportamiento del paciente

La información que aparece en este cuestionario contribuye a que el médico decida si existe un problema de memoria importante. **Este documento debería completarlo alguien que esté en estrecho y frecuente contacto con el paciente que padece el problema de memoria.** Responda todas las preguntas de la mejor manera que le sea posible. Si el paciente jamás realiza la actividad descrita, encierre en un círculo la respuesta más cercana a lo que usted cree que el paciente **podría** hacer.

**Nombre  
del paciente:** \_\_\_\_\_

1. ¿A veces el paciente tiene problemas para hacer un cheque, pagar cuentas o hacer el balance de un talonario de cheques?

*Incapaz*

*Necesita ayuda*

*Tiene problemas, pero puede hacerlo*

*Normal*

2. ¿A veces el paciente tiene problemas para llevar registros tributarios (impuestos), realizar trámites comerciales o documentos?

*Incapaz*

*Necesita ayuda*

*Tiene problemas, pero puede hacerlo*

*Normal*

3. ¿A veces el paciente tiene problemas para comprar por sí solo ropa, artículos domésticos o abarrotes?

*Incapaz*

*Necesita ayuda*

*Tiene problemas, pero puede hacerlo*

*Normal*

4. ¿A veces el paciente tiene problemas para participar en un juego de destreza o para dedicarse a un pasatiempo?

*Incapaz*

*Necesita ayuda*

*Tiene problemas, pero puede hacerlo*

*Normal*

5. ¿A veces el paciente tiene problemas para calentar agua, prepararse una taza de café o apagar la cocina?

*Incapaz* *Necesita ayuda*  
*Tiene problemas, pero puede hacerlo* *Normal*

6. ¿A veces el paciente tiene problemas para preparar una comida completa?

*Incapaz* *Necesita ayuda*  
*Tiene problemas, pero puede hacerlo* *Normal*

7. ¿A veces el paciente tiene problemas para estar al tanto del acontecer actual?

*Incapaz* *Necesita ayuda*  
*Tiene problemas, pero puede hacerlo* *Normal*

8. ¿A veces el paciente tiene problemas para prestar atención, entender o analizar un programa de televisión o un libro?

*Incapaz* *Necesita ayuda*  
*Tiene problemas, pero puede hacerlo* *Normal*

9. ¿A veces el paciente tiene problemas para recordar citas, ocasiones familiares, días feriados, medicamentos?

*Incapaz* *Necesita ayuda*  
*Tiene problemas, pero puede hacerlo* *Normal*

10. ¿A veces el paciente tiene problemas para desplazarse fuera del barrio, para conducir o para tomar un autobús?

*Incapaz* *Necesita ayuda*  
*Tiene problemas, pero puede hacerlo* *Normal*

**Mi nombre es:** \_\_\_\_\_

**Mi teléfono es:** \_\_\_\_\_

# Puntuación del informe familiar: comportamiento del paciente

Asigne la puntuación a la respuesta de cada afirmación del formulario  
Comportamiento del paciente, según se indica a continuación:

Incapaz de hacerlo = 3

Necesita ayuda = 2

Tiene problemas, pero puede hacerlo = 1

Capacidad normal = 0

FUENTE: Las preguntas que aparecen en el cuestionario Informe familiar de PPE: comportamiento del paciente se basan en las que se indican en el Cuestionario de actividades funcionales (CAF). Consulte Pfeffer RI, Kurosaki TT, Harrah CH, et al. Measurement of functional activities of older adults in the community. *J. Gerontol* 1982;37:323-339.



# Informe familiar: el problema de la memoria: instrucciones

**(No copie esta página para los pacientes ni la familia.)**

Esta herramienta forma parte de la serie de cuestionarios creados para recolectar información que generalmente es pertinente al diagnóstico diferencial de un problema de memoria.

El “Informe familiar: el problema de memoria” pide a la familia que narre la historia del problema de memoria. Este cuestionario debería completarlo la familia y no el paciente.

# Informe familiar: el problema de la memoria

## ***Instrucciones***

Para determinar la causa de los problemas de memoria, el médico necesita detalles acerca de cambios específicos y el momento en que éstos comenzaron. **La información debe provenir de personas que tienen contacto frecuente con el paciente que padece el problema de la memoria.** Si usted desconoce la historia completa del problema, hable con familiares y amigos del paciente para así recopilar la mejor información.

La mayoría de las personas ha tenido algunos pequeños e inadvertidos problemas de la memoria al tiempo de mantener un elevado funcionamiento mental por años antes de acudir a un médico con preguntas acerca de los cambios de su memoria. Recuerde un momento específico de algunos meses atrás y piense en posibles signos que indiquen problemas de la memoria: por ejemplo, dificultades para pagar cuentas y cuadrar talonarios de cheques, llevar registros tributarios (impuestos) y asuntos comerciales, comprar ropa o abarrotes solo, participar en juegos de habilidades, realizar un pasatiempo, preparar una taza de café o una comida, estar al tanto del acontecer actual, entender y analizar un libro o un programa de televisión, recordar citas y ocasiones familiares, pasear fuera del barrio o conducir.

***Nombre***

***del paciente:*** \_\_\_\_\_

***Mi nombre es:*** \_\_\_\_\_

***Mi teléfono es:*** \_\_\_\_\_

***La historia del problema de la memoria***

El médico necesita conocer la historia completa del problema de memoria. Sus respuestas al siguiente cuestionario permitirán que al facultativo formarse una idea general del asunto.

**1.** ¿Cuál fue el primer signo de que algo había cambiado en la memoria y el pensamiento del paciente? ¿Cuándo se advirtió dicho cambio?

**2.** Describa cualquier otro indicio de problemas de memoria y pensamiento e indique el momento aproximado en que ocurrió. (Por ejemplo: desde hace unos tres años no puede cuadrar el talonario de cheques; hace seis meses se perdió camino al centro comercial.) Si necesita más espacio, escriba al reverso de la hoja.

***Cuando haya completado el formulario, entréguelo a: \_\_\_\_\_***

\_\_\_\_\_

# Informe familiar: el historial médico: instrucciones

**(No copie esta página para los pacientes ni la familia.)**

Esta herramienta forma parte de la serie de cuestionarios creados para recolectar información que generalmente es pertinente al diagnóstico diferencial de un problema de memoria.

El “Informe familiar: historial médico” recopila información acerca del paciente: negativas pertinentes, historial laboral y educacional, medicamentos, hábitos de salud y una revisión de sistemas específicos para el diagnóstico diferencial de trastornos de la memoria. Este cuestionario puede completarlo el paciente, su familia o ambos. Algunas secciones recopilan información acerca de problemas de salud actuales y pasados; estos últimos podrían omitirse si el paciente ya se ha recuperado.

# Informe familiar: el historial médico:

***Instrucciones***

Para determinar la causa de los problemas de memoria, el médico necesita detalles acerca del historial del paciente, incluidos problemas médicos actuales y anteriores, medicamentos, hábitos de salud e historial familiar. Tal vez sea necesario obtener la información del paciente y de sus familiares.

***Nombre  
del paciente:***

---

***Mi nombre es:***

---

***Mi teléfono es:***

---

**Historial  
médico  
anterior**

¿El paciente se ha visto afectado por alguna de las siguientes patologías médicas? De ser así, ¿cuándo se le detectó por primera vez?

No	Sí	¿Cuándo?	Patología
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Presión sanguínea alta
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Enfermedad cardíaca, angina
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Problema de tiroides
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Colesterol alto
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Ataque apopléjico
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Neuropatía
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Mala circulación
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Diabetes
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Hepatitis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Herida grave en la cabeza
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Enfermedad de Parkinson
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Alcoholismo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Depresión
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Sífilis u otra enfermedad venérea
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Convulsiones
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Uso de drogas de venta callejera
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Cáncer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Hematoma o hemorragia cerebral
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Meningitis o encefalitis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Pérdida auditiva o de la visión grave
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Deficiencia de vitaminas

**Historial  
médico  
actual**

Indique las patologías médicas que actualmente afectan al paciente o por las que en estos momentos recibe tratamiento.

¿Cuándo comenzó?	Patología
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**Problemas  
médicos  
anteriores**

Indique todas las patologías médicas que el paciente ha sufrido en el pasado, incluso aquéllas que ya no le afectan.

¿Cuándo comenzó?	Patología
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**Historial  
quirúrgico**

Indique todas las intervenciones quirúrgicas a las que se ha sometido el paciente y la fecha aproximada en que se realizaron.

Fecha	Intervención quirúrgica
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**Historial  
Psiquiátrico**

Indique todas las patologías psiquiátricas, de salud mental o los tratamientos que ha recibido el paciente, además de la fecha aproximada de inicio de cada una.

Fecha	Patología o tratamiento
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____



**Educación  
y  
empleo**

¿Cuál es el nivel más alto de educación formal que el paciente completó? \_\_\_\_\_

¿Qué tipo principal de trabajo realizaba el paciente?

\_\_\_\_\_

¿Qué otros trabajos ha realizado el paciente? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Ha trabajado alguna vez el paciente con productos químicos, solventes o metales pesados (por ejemplo, plomo)? \_\_\_No\_\_\_Sí.  
Si la respuesta es “Sí”, indique con cuáles. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿El paciente tiene antecedentes de haberse expuesto a radiación o a radioterapia?

\_\_\_\_\_No\_\_\_\_\_Sí

¿Ha recibido el paciente alguna vez terapia electroconvulsiva o de “shock”? \_\_\_\_\_No\_\_\_\_\_Sí

¿Ha sido boxeador el paciente? \_\_\_No\_\_\_Sí

**Evaluación  
previa**

¿Se ha realizado un estudio de imagenología cerebral  
(TC cerebral o MRI)?

\_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Sí

En caso afirmativo, indique la fecha y el lugar.

---

---

¿Le han practicado exámenes de sangre producto de su problema  
de pérdida de memoria?

\_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Sí

En caso afirmativo, indique la fecha y el lugar.

---

---

¿Le habían sometido antes a una evaluación por pérdida  
de memoria?

\_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Sí

En caso afirmativo, indique la fecha y el lugar. \_\_\_\_\_

---

**Historial familiar** Indique qué miembros de su familia han padecido alguna de las siguientes patologías médicas (indique la relación que tienen con usted, no sus nombres).

<b>Patología</b>	<b>Familiar o familiares</b>
Alzheimer o demencia	_____
Enfermedad de Parkinson	_____
Depresión	_____
Ataque apopléjico	_____
Enfermedad cardíaca	_____
Síndrome de Down	_____
Diabetes	_____

**Hábitos de salud** Si el paciente alguna vez ha fumado, ¿cuántos paquetes fumaba al día y por cuántos años? \_\_\_\_\_

Si el paciente ya no fuma, ¿cuándo dejó de hacerlo?

¿El paciente ingiere bebidas alcohólicas casi todos los días?  
\_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Sí

Si la respuesta es afirmativa, ¿cuántos tragos diarios, habitualmente? (un trago es una cerveza, 6 onzas de vino o dos onzas de licor fuerte) \_\_\_\_\_

**Historial de medicamentos**

Indique todos los medicamentos de **prescripción** médica que actualmente toma el paciente.

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Concentración y veces al día</b>
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Indique todos los medicamentos **de venta libre** que el paciente actualmente toma al menos una vez por semana.

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Concentración y veces al día</b>
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**Revisión de sistemas**

¿El paciente se ha visto afectado por alguno de los siguientes problemas durante los últimos meses? Describa brevemente cualquier problema e indique las fechas aproximadas en que se produjeron. Si necesita más espacio, escriba en el reverso de la hoja. Si no ha sufrido el problema, deje el espacio en blanco.

<b>Problema fecha(s)</b>	<b>Descripción,</b>
Cambio de personalidad	_____
Problemas para hablar, encontrar palabras	_____
Debilidad en un lado del cuerpo	_____
Juicio débil	_____
Episodios de confusión severa	_____
Pérdida de la alerta, no puede despertar	_____
Creer algo que obviamente no es verdad	_____
Llora, se molesta sin razón	_____
Pérdida auditiva o de la visión	_____
Problemas con los dientes, encías	_____
Herida producto de una caída	_____
Problemas de equilibrio o de caminar	_____
Ronquido fuerte, jadea para respirar mientras duerme	_____
Falta de aire	_____
Tos crónica	_____
Cambio en los hábitos de evacuación	_____
Sangrado del recto	_____

**Revisión de  
sistemas  
(continuación)**

- Mayor o menor interés en el sexo \_\_\_\_\_
- Problemas al orinar, incontinencia \_\_\_\_\_
- Dolor de huesos o articulaciones \_\_\_\_\_
- Movimiento limitado de brazos, piernas \_\_\_\_\_
- Manchas en la piel que sangren  
o hayan crecido \_\_\_\_\_
- Sequedad o sudación inusual de la piel \_\_\_\_\_
- Cambios de apetito \_\_\_\_\_
- Sed inusual \_\_\_\_\_
- Fatiga extrema \_\_\_\_\_
- Cambio en los hábitos de sueño \_\_\_\_\_
- Pérdida o aumento de peso \_\_\_\_\_
- No puede preparar comidas ni comerlas \_\_\_\_\_

**Cuando haya completado el formulario, entréguelo a: \_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_

# Escala de depresión geriátrica (formulario corto)

**Instrucciones:** Encierre en un círculo la respuesta que mejor describa cómo se ha sentido la última semana.

- |     |  |    |    |
|-----|--|----|----|
| 1.  | ¿Está satisfecho con su vida?  | Sí | No |
| 2.  | ¿Ha abandonado muchos de sus intereses y actividades?                    | Sí | No |
| 3.  | ¿Siente que su vida está vacía?  | Sí | No |
| 4.  | ¿Se encuentra a menudo aburrido?   | Sí | No |
| 5.  | ¿Está de buen humor la mayor parte del tiempo?                           | Sí | No |
| 6.  | ¿Teme que algo malo vaya a ocurrirle?                                    | Sí | No |
| 7.  | ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?                              | Sí | No |
| 8.  | ¿Se siente impotente con frecuencia?                                     | Sí | No |
| 9.  | ¿Prefiere quedarse en casa en lugar de salir y hacer otras actividades?  | Sí | No |
| 10. | ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de las personas? | Sí | No |
| 11. | ¿Le parece maravilloso estar vivo en este momento?                       | Sí | No |
| 12. | ¿Se siente inútil tal como está ahora?                                   | Sí | No |
| 13. | ¿Se siente lleno de energía?   | Sí | No |
| 14. | ¿Siente que su situación es desesperada?                                 | Sí | No |
| 15. | ¿Piensa que la mayoría de las personas están mejor que usted?            | Sí | No |

**Puntuación total** \_\_\_\_\_

# Instrucciones de puntuación de la Escala de depresión geriátrica (EDG)

**Instrucciones:** Asigne un punto a cada respuesta en negritas. Un puntaje de 5 o más indica depresión.

- |  |           |           |
|--|-----------|-----------|
| 1. ¿Está satisfecho con su vida?   | <b>Sí</b> | <b>No</b> |
| 2. ¿Ha abandonado muchos de sus intereses y actividades?                     | <b>Sí</b> | No        |
| 3. ¿Siente que su vida está vacía?   | <b>Sí</b> | No        |
| 4. ¿Se encuentra a menudo aburrido?  | <b>Sí</b> | No        |
| 5. ¿Está de buen humor la mayor parte del tiempo?                            | Sí        | <b>No</b> |
| 6. ¿Teme que algo malo vaya a ocurrirle?                                     | <b>Sí</b> | No        |
| 7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?                               | Sí        | <b>No</b> |
| 8. ¿Se siente impotente con frecuencia?                                      | <b>Sí</b> | No        |
| 9. ¿Prefiere quedarse en casa en lugar de salir y hacer otras actividades?   | <b>Sí</b> | No        |
| 10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de las personas? | <b>Sí</b> | No        |
| 11. ¿Le parece maravilloso estar vivo en este momento?                       | Sí        | <b>No</b> |
| 12. ¿Se siente inútil tal como está ahora?                                   | <b>Sí</b> | No        |
| 13. ¿Se siente lleno de energía?   | Sí        | <b>No</b> |
| 14. ¿Siente que su situación es desesperada?                                 | <b>Sí</b> | No        |
| 15. ¿Piensa que la mayoría de las personas están mejor que usted?            | <b>Sí</b> | No        |

*Un puntaje de 5 o más indica depresión*

**Puntuación total** \_\_\_\_\_

Ref. promedio Sí: The use of Rating Depression Series in the Elderly, en Poon (ed.): Clinical Memory Assessment of Older Adults, American Psychological Association, 1986



# Informe familiar: problemas relacionados con el cuidado

Este cuestionario debería completarlo la persona que ayudará al paciente si el problema de memoria se agrava.

**Mi nombre es:** \_\_\_\_\_

**Mi teléfono es:** \_\_\_\_\_

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_

Indique su relación con el paciente que padece el problema de memoria (su ser querido).

*Cónyuge*      *Hijo(a)*                      *Pariente*                      *Amigo(a)*  
*Otro:* \_\_\_\_\_

**1.** ¿Tiene tiempo suficiente para ayudar si el problema de memoria se agrava?

Absolutamente	Probablemente	Probablemente	Absolutamente
<i>Sí</i>	<i>Sí</i>	<i>No</i>	<i>No</i>
(1)	(2)	(3)	(4)

**2.** ¿Cree tener las habilidades para ayudar si el problema de memoria se agrava?

Absolutamente	Probablemente	Probablemente	Absolutamente
<i>Sí</i>	<i>Sí</i>	<i>No</i>	<i>No</i>
(1)	(2)	(3)	(4)

**3.** ¿Habrá otras personas que le ayuden a atender al paciente, de ser necesario?

Absolutamente	Probablemente	Probablemente	Absolutamente
<i>Sí</i>	<i>Sí</i>	<i>No</i>	<i>No</i>
(1)	(2)	(3)	(4)

**4.** ¿Cuenta con alguien con quien hablar sobre sus problemas personales?

Absolutamente	Probablemente	Probablemente	Absolutamente
<i>Sí</i>	<i>Sí</i>	<i>No</i>	<i>No</i>
(1)	(2)	(3)	(4)

**5.** ¿Posee dinero suficiente para comprar las pequeñas cosas que hacen que valga la pena vivir la vida?

Absolutamente	Probablemente	Probablemente	Absolutamente
<i>Sí</i>	<i>Sí</i>	<i>No</i>	<i>No</i>
(1)	(2)	(3)	(4)

**6.** ¿Cómo es su salud?

Excelente	Buena	Regular	
Mala			
(1)	(2)	(3)	(4)

**7.** ¿Se siente estresado(a) por su actual necesidad de realizar las actividades que antes realizaba su ser querido, como conducir, ir de compras, administrar las finanzas y los medicamentos?

Absolutamente	Probablemente	Probablemente	Absolutamente
<i>No</i>	<i>No</i>	<i>Si</i>	<i>Si</i>
(1)	(2)	(3)	(4)

**8.** ¿Le estresa su actual necesidad de tener que ayudar a su ser querido a vestirse, bañarse, ir al baño o comer?

Absolutamente	Probablemente	Probablemente	Absolutamente
<i>No</i>	<i>No</i>	<i>Si</i>	<i>Si</i>
(1)	(2)	(3)	(4)

**9.** ¿Le estresa la dificultad de su ser querido para recordar o repetir cosas, su pérdida de interés en actividades usuales o su cambio de personalidad?

Absolutamente	Probablemente	Probablemente	Absolutamente
<i>No</i>	<i>No</i>	<i>Si</i>	<i>Si</i>
(1)	(2)	(3)	(4)

**10.** ¿Le avergüenza el problema de memoria de su ser querido?

Absolutamente	Probablemente	Probablemente	Absolutamente
<i>No</i>	<i>No</i>	<i>Si</i>	<i>Si</i>
(1)	(2)	(3)	(4)

**11.** ¿Ha hablado con su ser querido acerca de las decisiones de tratamiento en caso de fallecer (por ejemplo, resucitación cardíaca)?

<i>No</i>	<i>Si</i>
-----------	-----------

**12.** ¿Conduce su ser querido?

<i>No</i>	<i>Si</i>
-----------	-----------

# Puntuación del informe familiar: problemas relacionados con el cuidado

## ***Instrucciones***

Asigne una puntuación de 1 a 10 a las respuestas de las preguntas del cuestionario de acuerdo con el número de puntos que se indica bajo cada opción. Registre estas puntuaciones y las respuestas a las preguntas 11 y 12 en la parte izquierda del formulario Evaluación de pérdida de la memoria: primera visita de control.

# Memoria y envejecimiento

Ciertos cambios en el funcionamiento de la memoria son una parte normal del envejecimiento. La memoria para la información nueva empieza a deteriorarse a mediana edad. Tal vez necesite repetir las cosas o asociarlas con algo que usted ya sepa bien para poder recordarlas más adelante. Quizás necesite tener listas de cosas que debería recordar. La memoria se deteriora incluso más en el ocaso de la vida, especialmente después de los 75 años. Cada vez le resultará más difícil recordar las cosas. Aún así, todavía puede estimularse la memoria con facilidad.

Este tipo de cambios no debería interpretarse como síntomas de la enfermedad de Alzheimer. Estos cambios son normales y leves y no empeoran en períodos cortos. Generalmente, los trastornos los detecta la persona que padece los cambios de memoria y no interfieren con su capacidad para realizar actividades cotidianas como ir de compras, cocinar y conducir.

***Qué puede hacer para que le resulte más fácil recordar***

- Escuche con atención y tómese el tiempo de recordar.
- Piense en aquello que desea recordar.
- Repítalo en voz alta.
- Relacione las cosas nuevas con recuerdos anteriores.
- Practique y utilice la información nueva.
- Si la información es de especial importancia, anótela.

# Evaluación médica de la pérdida de memoria

El primer paso para obtener ayuda para un problema de la memoria es someterse a una evaluación médica completa. Las patologías tratables que afectan la memoria pueden detectarse mediante dichas evaluaciones y, de identificar alguno de estos problemas, el tratamiento puede empezar en forma inmediata. Estas patologías incluyen la depresión y los efectos secundarios de ciertos medicamentos recetados.

La evaluación del problema de memoria se centrará en tres preguntas:

***¿Existe una alteración importante de la memoria?***

La evaluación probará el funcionamiento de la mente en distintas áreas. Esto permitirá que el médico determine la importancia de los cambios que han afectado a la memoria. En ocasiones, en estados iniciales de pérdida de la memoria, será necesario realizar exámenes más específicos. Neuropsicólogos realizan estos exámenes más exhaustivos.

***¿Puede mejorarse el problema de la memoria?***

La evaluación y los exámenes clínicos pueden detectar patologías o medicamentos que afectan la memoria. Si éstos son los responsables de los cambios de la memoria, el médico tratante sugerirá formas de corregir el problema o cambiará el medicamento para evitar sus efectos secundarios.

***¿A qué se debe el problema de la memoria?***

Existen más de 100 enfermedades distintas que pueden provocar graves pérdidas de la memoria. Sin embargo, sólo unas cuantas de ellas corresponden a más del 90% de todos los casos de demencia. El médico recopilará información suficiente para identificar la causa más probable del problema de memoria del paciente.

El facultativo también determinará qué otras evaluaciones o profesionales podrían ser de ayuda. Tal vez un neurólogo o un psiquiatra pueda contribuir a determinar la causa de un trastorno de la memoria.

***Una evaluación de la memoria puede incluir:***

- Un interrogatorio y un examen físico detallados.
- Exámenes de laboratorio para detectar causas ocultas de la pérdida de memoria.
- Un examen de imagenología cerebral (una tomografía, escáner “CT” o “CAT” o bien, una resonancia magnética de cráneo).

# Imagenología cerebral en la pérdida de memoria

El médico puede recomendar que se practique un examen de imagenología cerebral a la persona que sufre un problema de memoria. Dichas imágenes del cerebro tienen una doble función:

- Permiten ver si la pérdida de la memoria se debe a una de las diversas causas raras del problema. Estas enfermedades incluyen hemorragia cerebral (sangrado), tumores cerebrales, hidrocefalia (“agua en el cerebro”), entre otras.
- Permiten determinar una causa probable de la pérdida de la memoria. Por ejemplo, en las imágenes es posible apreciar una atrofia (contracción del cerebro) y un daño vascular producidos por ataques apopléjicos.

Existen dos tecnologías similares que permiten obtener imágenes del cerebro.

## ***Tomografía computarizada***

La tomografía computarizada de cráneo (TC) es un método de rayos X que proporciona a los médicos una serie de imágenes que muestran “rebanadas” del cerebro completo. Este examen permite a los facultativos detectar ataques apopléjicos, tumores y otras causas poco comunes de la pérdida de la memoria. Una exploración de TC del cerebro tarda unos 10 minutos y cuesta US\$300 o más.

## ***Imagenología de resonancia magnética*** enfermedad

Si bien la IRM constituye otro método para obtener imágenes cerebrales similares, este examen entrega imágenes más detalladas y resulta especialmente útil para identificar la magnitud de la

vascular (vasos sanguíneos) en el cerebro. Las desventajas de una exploración IRM son su duración (unos 20 minutos, más que una exploración TC), su costo (US\$800 o más) y que a menudo es



necesario que el paciente pase por un pequeño espacio cerrado.

Ambos tipos de imagenología constituyen formas específicas para que los médicos obtengan información que a menudo necesitan para evaluar un problema de la memoria. Una vez terminado el examen físico y constituido el historial del paciente, el médico puede decidir el grado de utilidad que tendría la imagenología cerebral y cuál procedimiento será más útil.

Medicare cubre la mayor parte del costo de imagenología, tal como cubre la mayoría de los exámenes de rayos X.

# Especialistas en pérdida de memoria

Existen tres tipos de especialistas que pueden colaborar en la evaluación y el control de los problemas de la memoria. Tras completar la evaluación médica, el médico determinará qué otro profesional podría ayudar en la evaluación o el tratamiento del problema de memoria del paciente.

## **Neurólogos**

Los neurólogos son médicos especializados en enfermedades cerebrales y del sistema nervioso. Poseen amplia experiencia en estas enfermedades y comprenden las causas poco comunes de la pérdida de memoria. Los neurólogos son los expertos en el “diagnóstico diferencial” de la pérdida de memoria, es decir, en determinar cuál, de entre una serie de posibles causas, se aplica a una persona en especial y cuál de dichas causas es la más probable.

## **Psiquiatras**

Los psiquiatras son médicos especializados en los trastornos emocionales y de la función mental. Los médicos de esta rama que poseen una capacitación especial o interés en las personas mayores son expertos en el tratamiento de las complicaciones mentales de los trastornos de la memoria. La depresión, los problemas conductuales y la confusión grave suelen interferir en el nivel óptimo de funcionamiento de la persona afectada. Estos trastornos también pueden afectar a la familia. Otra causa común de los problemas de memoria es la depresión.

## **Neuropsicólogos**

Los neuropsicólogos son expertos en la medición de la función mental. Estos especialistas evalúan el funcionamiento cerebral en diversas áreas y ofrecen las respuestas más precisas a las interrogantes sobre la naturaleza y la gravedad de los cambios mentales durante las primeras etapas de la pérdida de memoria o demencia. Los neuropsicólogos pueden proporcionar a los médicos tratantes información acerca del patrón de los cambios mentales del paciente, lo que puede resultar útil para determinar la causa del problema, especialmente en aquellos casos complejos o poco comunes.

# Tratamientos para la enfermedad de Alzheimer

Existe una serie de tratamientos que parecen prometer una mejora en la función o un retraso en el deterioro cognitivo propio de la enfermedad de Alzheimer.

## ***Inhibidores de la colinesterasa***

La Dirección de alimentos y drogas de los Estados Unidos (FDA, por sus siglas en inglés) ha aprobado la utilización de tres de estos medicamentos para el tratamiento de la demencia: tacrina (Cognex), donepizilo (Aricept) y rivastigmina (Exelon). Estos medicamentos inhiben la descomposición de un producto químico del cerebro activo en la memoria y el pensamiento. Se ha demostrado que producen una leve mejora de la función mental y se cree que no afectan la velocidad del deterioro que provoca la enfermedad de Alzheimer. Estos medicamentos son costosos; generalmente, más de \$100 al mes. El médico puede describir en forma más detallada sus efectos secundarios, riesgos y beneficios para un paciente en particular.

## ***Vitamina E***

La vitamina E es un antioxidante que ha demostrado mejorar la función mental de quienes padecen la enfermedad de Alzheimer. Se cree que esta vitamina trabaja desacelerando el daño causado a las células nerviosas. Sin embargo, no constituye una cura y el efecto general es leve.

## ***Gingko Biloba***

El gingko biloba es un derivado vegetal que en algunos estudios limitados ha causado algunas mejorías leves en la función mental de las personas afectadas por el Alzheimer.

# Conducción y pérdida de memoria

Conducir un automóvil en forma segura, sobre todo en un área urbana muy poblada, constituye un desafío para el juicio y los procesos mentales. La demencia aumenta el riesgo de accidentes hasta quintuplicarlo. Un estudio concluyó que 3 de cada 4 personas mayores que padecían demencia y seguían conduciendo se vieron implicadas en un accidente.

Los conductores mayores, especialmente aquellos con trastornos de la memoria, suelen ser precavidos y cuidadosos. Sin embargo, tal como todo conductor sabe, un acontecimiento inesperado (un niño que cruza corriendo frente al automóvil, un objeto en el camino que obliga a cambiar rápidamente de vía) puede tornar un viaje rutinario en un desastre si no se realiza la acción precisa para evitar el accidente.

Otra preocupación para las personas que padecen demencia y sus familias son las consecuencias legales de un posible accidente. Si una persona sabe que padece un problema de la memoria y se ve implicada en un accidente, es muy probable que se le responsabilice de éste, sin importar quién sea el verdadero culpable. Las pérdidas financieras podrían ser extremadamente altas y las aseguradoras tal vez no cubran aquello que consideren negligencia por permitir que el paciente condujera.

La pérdida de los privilegios de la conducción es un factor grave . Puede poner en riesgo la independencia no sólo del conductor, sino también de su pareja o grupo familiar, si el afectado era el principal o el único conductor. El paciente que padece el problema de memoria no puede comprender la preocupación del resto debido a que uno de los primeros problemas que produce la enfermedad es la pérdida de la capacidad de apreciar su propio trastorno. El cónyuge también puede verse abrumado por los cambios en el estilo de vida que causaría la pérdida de la capacidad para conducir, razón que lo lleva a insistir en que el paciente siga conduciendo, pese a los riesgos para la seguridad.

***Cómo afrontar los problemas de la conducción tras diagnosticarse demencia***

- La medida más segura es dejar de conducir. Deje que otros conduzcan.
- Si esta última opción no es aceptable y el problema de memoria es leve, empiece a hacer planes para el momento en que ya no pueda conducir.
- En algunas localidades existen evaluaciones especiales de las capacidades para conducir. Póngase en contacto con los programas de rehabilitación o centros hospitalarios locales.
- No conduzca en áreas que desconoce, congestionadas o donde haya mucha gente durante las horas más agitadas del día.

***Cuando la persona no desea dejar de conducir***

Si la persona padece un problema de memoria más severo y no desea dejar de conducir, averigüe si el estado en el que residen faculta a alguien para reportar el problema al Departamento de vehículos motorizados correspondiente. La denuncia hace que la prueba de conducción sea obligatoria y la licencia de la persona se revocará si no pasa la prueba. La identidad de la persona que hace la denuncia se mantiene en absoluta reserva.

# Prevención de ataques apopléjicos en la pérdida de memoria

En algunos casos, la pérdida de la memoria se debe a pequeños ataques apopléjicos. La falta de irrigación sanguínea en pequeños puntos del cerebro puede contribuir al trastorno de la memoria y a los cambios de conducta que se aprecian en muchos pacientes con demencia. A muchas de estas personas se les ha diagnosticado “enfermedad de Alzheimer con enfermedad cerebrovascular”.

## ***Estrategias para prevenir los ataques apopléjicos***

- Tome aspirina. Pequeñas dosis de aspirina cambian la coagulación sanguínea. Tomar una dosis diaria de aspirina es el método más común para evitar los ataques apopléjicos.
- Baje la presión sanguínea. El tratamiento de la presión sanguínea alta evita los ataques apopléjicos. La hipertensión sistólica es la forma más común de presión sanguínea alta que afecta a los mayores.
- Disminuya los niveles de colesterol en la sangre. Se sabe que niveles elevados de colesterol aumentan el riesgo de sufrir un ataque apopléjico. La dieta y el ejercicio constituyen formas efectivas para disminuir su nivel de colesterol.
- Tome anticoagulantes. Las personas con patologías cardíacas específicas pueden beneficiarse del adelgazamiento de la sangre al utilizar ciertos medicamentos potentes.
- Tratamiento de la obstrucción arterial. Algunas personas que padecen obstrucción de las grandes arterias que van al cerebro (las “carótidas”) pueden verse beneficiadas por la cirugía para abrir estos vasos sanguíneos. Para determinar si las arterias están obstruidas puede utilizarse una prueba de ultrasonido (sonar).

El médico es la persona más indicada para aconsejar el uso de uno o más de estos tratamientos al paciente con pérdida de memoria.

# Cómo convivir con la enfermedad de Alzheimer

## ***Mirar hacia el futuro***

La enfermedad de Alzheimer, la causa más común de demencia, afecta la conducta, el pensamiento y la memoria del paciente. En sus primeras etapas, sólo se ven afectados los recuerdos recientes, mientras que permanecen los recuerdos de acontecimientos sucedidos hace mucho tiempo. Uno de los cambios mentales más tempranos que produce esta enfermedad es la pérdida de la autopercepción del problema de la memoria.

Los primeros síntomas de la enfermedad de Alzheimer varían de una persona a otra. Cualquier cambio en la personalidad, el pensamiento o la conducta de una persona con enfermedad de Alzheimer puede deberse, posiblemente, a esta enfermedad.

La persona a la que se le ha diagnosticado enfermedad de Alzheimer aún puede tener años de una excelente y cómoda vida por delante. Como la mayoría de las personas que reciben este diagnóstico son mayores, algunas de ellas mueren por otras causas antes que el lento avance de la afección cerebral interfiera con su calidad de vida. Por lo tanto, desacelerar el avance de la enfermedad y disminuir la gravedad de sus síntomas son objetivos fundamentales del tratamiento de esta enfermedad.

## ***Estrategias***

Algunas de las estrategias que permiten convivir “amigablemente” con la enfermedad de Alzheimer incluyen las siguientes:

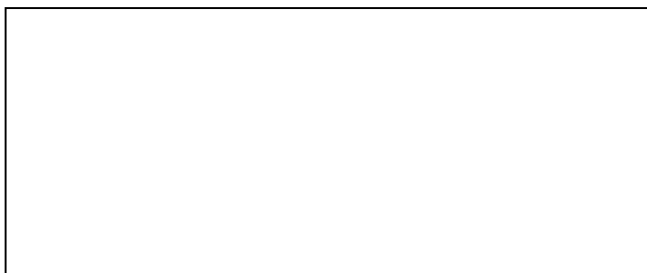
- tratamiento medicamentoso,
- prevención de ataques apopléjicos,
- apoyo y educación de la familia,
- asesoría para el paciente y su familia,
- cuidado diurno del paciente y
- cuidado temporal para ayudar a la familia.



***Obtenga la información que necesita***

Su médico tratante cuenta con información acerca del tratamiento médico y la prevención de los ataques apopléjicos. Además, puede encontrar información acerca de otras estrategias en una sede cercana de la Alzheimer's Association y en organizaciones nacionales. Por otra parte, existe una serie de libros, folletos y boletines sobre cómo convivir con la enfermedad de Alzheimer. Solicite ayuda a su médico y a su bibliotecario público para localizar la información más reciente para las familias.

**Cómo ponerse en contacto con la Alzheimer's Association de su localidad**



# Instrucciones preliminares en la pérdida de memoria

## ***Los juicios de valor y la enfermedad de Alzheimer***

Nuestros valores personales reflejan nuestras actitudes hacia lo que nos importa. Cada día tomamos decisiones que revelan nuestros valores: escogimos dónde vivir, cuánto gastar y cuánto ahorrar, cruzar la calle a mitad de cuadra o en la esquina.

Nuestros valores desempeñan una función importante en todas nuestras decisiones acerca del cuidado de la salud. A menudo reconocemos que una opción buena en un aspecto de la vida es mala en otro. Por ejemplo, el traslado desde el hogar familiar a un hogar de ancianos puede mejorar la seguridad, la nutrición y las oportunidades de socializar de una persona mayor, pero, al mismo tiempo, significa la pérdida de preciados recuerdos y de la independencia.

En el caso de la demencia, la capacidad de comunicar los valores y de participar en la toma de decisiones se pierde poco a poco. Nuestra mejor idea acerca de cómo tomar la decisión que la persona habría tomado por sí misma si su salud no estuviera afectada, los moralistas y abogados lo denominan el “juicio sustituto”.

Por lo tanto, es de fundamental importancia hablar con quien padece problemas de memoria lo antes posible, mientras sea capaz de analizar los valores y las opciones que pueden darse a futuro. En general, las decisiones acerca del cuidado de la salud de una persona deberían reflejar los valores del afectado.

***Temas importantes que analizar***

- ¿Vale la pena vivir si la enfermedad mental llega a estados muy avanzados (por ejemplo, que le impida hablar o reconocer a su familia)?
- Si su corazón se detuviera en este momento, ¿quisiera que los médicos trataran de reanimarlo?
- ¿Quisiera ser alimentado por sondas si no pudiera comer por sí mismo debido a un problema de memoria cada vez más grave (por ejemplo, si olvidó cómo tragar)?
- ¿Qué es más importante para usted: su independencia (vivir solo, hacer todo por sí mismo sin depender de la ayuda de otros) o su seguridad?
- ¿Preferiría ser usted quien tome sus propias decisiones sin importar cuán desacertadas éstas sean? ¿Preferiría que interviniera su familia para hacer lo más adecuado?
- ¿En qué familiar confiaría para que tomara decisiones en lugar de usted?

***Instrucciones preliminares***

La mayoría de los estados cuenta con documentos denominados “instrucciones avanzadas” que le permiten seleccionar qué atención aceptaría usted y quién desea que tome las decisiones en su lugar si alguna vez no puede tomarlas por sí mismo. Su médico es una excelente fuente para obtener estos documentos.

# Comprensión de la enfermedad de Alzheimer

La enfermedad de Alzheimer corresponde a un deterioro lento y progresivo de todas las partes del cerebro que produce una pérdida de la función mental en muchas áreas. Si bien durante la última década se han hecho grandes avances en materia de investigación de la enfermedad, su causa sigue siendo desconocida. Las células cerebrales de todas las áreas del cerebro enferman y mueren. Disminuye el tamaño total del cerebro y cambia su estructura microscópica. La pérdida de funcionamiento de las células cerebrales se traduce en una reducción de los productos químicos que envían información de una célula a otra. Estos productos químicos reciben el nombre de “neurotransmisores”.

Producto de estos cambios en el cerebro, las personas que padecen la enfermedad de Alzheimer suelen presentar los siguientes problemas durante las primeras etapas de la enfermedad:

## ***Pérdida de memoria***

Presentan problemas para recordar sucesos recientes, pese a que recuerdan acontecimientos ocurridos mucho tiempo atrás. Por lo general, el paciente repite preguntas y pierde el hilo conductor de la conversación en que participa o de algo que está haciendo.

## ***Desorientación***

El paciente pierde el sentido de la dirección o del paso del tiempo.

## ***Apraxia***

El paciente ya no recuerda cómo se utilizan herramientas conocidas, como un destornillador o un abrelatas.

## ***Anomia***

El paciente tiene reiterados problemas para encontrar la palabra o el nombre correcto de una persona conocida, lo cual le resulta muy frustrante, pues tiene el nombre o la palabra “en la punta de la lengua”.

***Cambio de  
Personalidad***

El paciente parece otra persona. Desde el punto de vista de quienes le rodean, dichos cambios serán para mal, pero, en algunos casos, para bien.

***Problemas con  
las rutinas***

El paciente puede perder su capacidad para realizar actividades que era capaz de hacer desde hace mucho tiempo: llevar un registro de las cuentas, preparar una comida simple o utilizar un talonario de cheques.

***Problemas  
de aseo***

Puede deteriorarse la capacidad del paciente de bañarse en forma regular, cepillarse los dientes y mantener una higiene adecuada y también es probable que esté dispuesto a aceptar que se le ayude en estas tareas.

Aprender a comprender los problemas que surgen al interior de la familia producto de cambios como los antes descritos es parte fundamental del proceso para aprender a convivir con la enfermedad de Alzheimer. Este aprendizaje puede permitir que el enfermo viva por más tiempo en el hogar y mejorar la calidad de vida de todos los miembros de la familia.

Si alguno de sus seres queridos padece la enfermedad de Alzheimer, vale la pena convertirse en un “experto” en las formas en que usted puede ayudar. Puede solicitar información acerca de los diversos problemas que pueden presentarse y las estrategias a su médico, a organizaciones locales como la sede local de la Alzheimer’s Association y a diferentes organizaciones nacionales. También existe información en publicaciones e Internet. Para encontrar los recursos que necesite, solicite ayuda a su médico y al personal de su consultorio.

# La comunicación y la enfermedad de Alzheimer

Las personas se comunican con palabras y con el lenguaje corporal: sus gestos, el tono de la voz, la expresión facial, la postura y el tacto. La enfermedad de Alzheimer interfiere primero con el nivel de comprensión de las palabras del paciente. Cuando las habilidades lingüísticas se deterioran, el lenguaje corporal se transforma en una herramienta fundamental para transmitir un mensaje.

Durante las primeras etapas de la enfermedad, las personas con enfermedad de Alzheimer tienen conciencia de sus problemas de comunicación. Es muy probable que se esfuercen mucho por superarlos. Tal vez inventen historias para ocultar los recuerdos que han olvidado o se pongan ansiosos o irritados cuando no logren comunicarse en forma precisa. La familia puede inconscientemente aumentar su angustia cuando intenta corregirlo o manifiesta alarma o aflicción.

## ***Sugerencias para comunicarse de una manera más efectiva.***

- Llame la atención de la persona. Establezca contacto visual antes de hablar.
- Hable en forma clara y lenta, con oraciones cortas.
- Mantenga el mensaje simple, utilizando instrucciones de sólo un paso. (Por ejemplo, “Vamos a caminar” en lugar de “¿No te parece que éste es un hermoso día para dar un paseo?”)
- Fomente y demuestre su cariño, sin importar qué se dice o qué no se dice. Si alguno de ustedes se frustra, hagan una pausa y vuelvan a intentarlo más tarde.
- Mantenga un tono de voz afectuoso. Utilice la diversión y el humor para vencer la resistencia.

- De ser necesario, repita o explique con otras palabras. No demuestre irritación por tener que repetir.
- Si la persona no puede encontrar las palabras adecuadas, ofrézcale sugerencias. Las preguntas que pueden responderse con una opción simple dan mejor resultado. (Por ejemplo, “¿Prefieres ir en la silla de ruedas o caminar?”)
- Diga exactamente lo que quiere decir en forma clara y concisa.
- Al tratar con temas problemáticos, dé instrucciones positivas en lugar de ofrecer opciones. (Por ejemplo, “Es hora de darse una ducha” en lugar de “¿Te gustaría darte una ducha?”)
- Refuerce lo que está diciendo con indicaciones y gestos físicos. Utilice su lenguaje corporal.

Muchas cosas pueden lograrse pese a los problemas de comunicación de la enfermedad de Alzheimer si el mensaje lo entrega en un tono alegre y comprensivo una persona que demuestra su calidez y comprensión.