

Demencia y actividades de la vida diaria

Dr. David Resnikoff F.*

* Vocal Ejecutivo del Programa de Acción de Demencias. Secretaría de Salud

RESUMEN

El ritmo de deterioro de las actividades de la vida diaria (AVD) es un índice de gran valor y utilidad en la evaluación y seguimiento de la progresión de la enfermedad demencial.

Aunque existen diferentes opiniones, en pacientes con demencia tipo Alzheimer (EA) se ha observado que los niveles cognitivos sí afectan la funcionalidad en las AVD y las ALVD, pero se deben considerar otras variables.

En las demencias, el deterioro de las actividades perceptivas y cognitivas, en especial las funciones ejecutorias, tiene un gran impacto en el desempeño de las AVD, sin olvidar otros factores como la comorbilidad, las variables sociales, los problemas sicológicos y conductuales asociados.

Medir la discapacidad funcional constituye parte esencial del proceso de diagnóstico y planeación del cuidado de pacientes con demencia.

Los síntomas conductuales y psicológicos (SiCoPsi) que presentan los pacientes con demencia influyen importantemente en el desempeño de las AVD; los más persistentes han demostrado ser la deambulación y la agitación.

En este trabajo se muestran cuáles son estos síntomas y los niveles de angustia que producen al paciente, la prevalencia de los SiCoPsi y una breve reseña de los más comunes que alteran las AVD.

Palabras clave: Alzheimer, demencia, deterioro funcional, vida diaria, síntomas conductuales, síntomas psicológicos.

INTRODUCCIÓN

El deterioro de las habilidades funcionales de la vida diaria (AVD) tiene un impacto en la calidad de vida de los individuos con demencias y sus familiares. Este hecho ha sido ampliamente valorado, especialmente en pacientes con la enfermedad de Alzheimer (EA). (Albert SM, et al, 1996) (Teunisse S, et al, 1991).

Sentimientos de incompetencia y pérdida de control son frecuentemente expresados por aquellos que sufren los padecimientos demenciales, en sus estadios iniciales. La frustración y sus componentes

Dementia and daily living activities

ABSTRACT

Impairment rhythm of daily living activities (DLA) and daily living instrumental activities (DLIA) is a valuable and usefulness index in the evaluation and follow-up of dementia disease progression.

Although different opinions on this point exist, cognitive levels affect the functionality of DLA and DLIA in patients with Alzheimer disease, but other variables should to be considered.

In dementias, the impairment of perceptive and cognitive activities, specially the executorial functions, have a great impact in DLA development, but other factors as comorbidity, social variables, psychological and behavioral disorders have to be take into account.

The measurement of functional disability constitutes an essential part in the diagnostic process and care planning of patients with dementia

Behavioral and psychological symptoms observed in patients with dementia have importantly influence on DLA performance; wander and agitation has been demonstrated as the most persistent symptoms.

In this work, behavioral and psychological symptoms, their anguish level produced in patients with dementia, the prevalence of these symptoms as well as a brief review about the most common ones disturbing DLA are presented.

Key words: Alzheimer, dementia, functional impairment, daily living, behavioral symptoms, psychological symptoms.

psicológicos y conductuales aparecen algún tiempo después.

Debido a que la disminución en las habilidades funcionales forman una parte integral en el curso de la EA, su expresión ha sido incluida como parte de los criterios diagnósticos del diagnóstico de “probable demencia tipo Alzheimer”, como lo establecen los criterios diagnósticos del NINCDS-ADRDA (McKhann G, et al, 1984) (Tierney MC, et al, 1988), y en el DSM-IV (APA, 1994).

El ritmo de deterioro de las AVD ha sido identificado como un índice de gran valor y de extrema utilidad en el seguimiento de la progresión de la enfer-

medad demencial. (Galasko D, *et al*, 1995) (Ferris SH, *et al*, 1997). y pueden sin duda ser superiores a los instrumentos tradicionales que se han utilizado para el seguimiento clínico del curso de la EA, como ha sido el Mini-Mental State Examination (Reisberg B, *et al*, 1996).

En muchos países, el deterioro de las AVD ha sido un predictor crítico de la institucionalización de aquellos pacientes con falla cognitiva (Mittelman MS, *et al*, 1993) (Riter RN y Fries BE, 1992) y están siendo utilizados como instrumento para la planeación de política pública en relación con la creación de infraestructura viable para aligerar la carga de cuidadores (Resnikoff D, en investigación, 2001).

CAMBIOS EN LAS AVD EN EL CURSO DE LA EA

Los cambios en las habilidades funcionales en el curso de la EA han sido vastamente investigados. Los déficit funcionales generalmente se inician en una forma muy insidiosa y los pacientes se deterioran en esta área lentamente a través de los años del curso de su padecimiento demencial.

Reisberg (Reisberg B, *et al*, 1992) (Reisberg, B, 1988) describe estos cambios progresivos desde la normalidad, sin cambios funcionales hasta las fases severas de la EA, de acuerdo con una escala de siete estadios. Esta escala conocida como FAST (Functional Assessment Scale) es discutida ampliamente en el capítulo correspondiente abordado por el propio Reisberg. En relación con las AVD, los déficit funcionales se inician con el envejecimiento normal en una forma subjetiva (FAST 2). La fase evoluciona cuando los pacientes con falla cognitiva leve empiezan a tener dificultades en situaciones más complejas, en su entorno laboral, social o familiar (FAST 3). Cuando los déficit cognitivos se tornan moderados, los pacientes con EA tienen más dificultades en la realización de actividades complejas instrumentales de la vida diaria (AIVD) como pueden ser el manejo de las finanzas personales o ir de compras con una lista de varias necesidades (FAST 4). Todavía en este punto el paciente puede mantener una vida independiente y no requiere de supervisión para su cuidado personal. Al progresar los déficit, llegando a ser moderados a severos, los individuos tienen ya dificultades importantes con las AVD básicas, como pueden ser escoger su vestimenta. La independencia se va desintegrando y los pacientes requieren de supervisión. La seguridad personal y la integridad de los pacientes tienen en este punto que ser críticamente evaluadas (FAST 5). La progresión lleva a que los AVD se vean aún más deteriorados y los pacientes pierdan la capacidad de bañarse, vestirse o usar el excusado. Empieza a aparecer la incontinen-

cia urinaria, progresando eventualmente a una doble incontinencia. El paciente requiere de supervisión y ayuda continua (FAST 6). En la etapa final se pierde el lenguaje, así como la deambulación. Existen deficiencias progresivas en el control motor y las AVD ya no son posibles sin un cuidado especializado y asistidas. El paciente no puede sentarse solo o pararse, el poder mantener erguida su cabeza va siendo cada vez más difícil, hasta perder esta habilidad. El paciente pierde la capacidad de sonreír (FAST 7).

Los estadios de la Escala de Deterioro Funcional FAST corresponden ampliamente a otras escalas de deterioro global y cognitivo como la Escala de Deterioro Global (GDS) (Reisberg B, *et al*, 1982).

La validez de estos estudios ha sido probada en varios trabajos longitudinales y se ha demostrado que existen jerarquías en el patrón de deterioro de las AVD y que corresponden a los estadios del FAST (Scaln SG y Reisberg B, 1992) (Carswell A y Eastwood R., 1993). Green y cols. (Green CR, *et al*, 1993), monitorearon 104 individuos con EA por 31 meses, usando las escalas de las AVD y las AIVD, observando un deterioro más significativo en las AIVD, sobre escalas de más alto rango respecto a medición de deterioro cognitivo, como la escala de Blessed (Blessed G, *et al*, 1968). Este hallazgo ha sido comprobado por otros autores en estudios comunitarios utilizando cortes seccionales en sus investigaciones (Baum CM, *et al*, 1993). Las valoraciones de las formas de deterioro llevaron a Ferm (Ferm. L, 1974) y a Reisberg (Reisberg B, 1986) a establecer que las pérdidas en las habilidades funcionales y sin duda las AVD siguen un patrón inverso al del desarrollo normal del ser humano.

La utilidad del monitoreo de las AVD y las AIVD ha sido demostrada por Galasko (Galasko D, *et al*, 1995). Sus investigaciones han identificado que estas actividades y su variación en el curso de la enfermedad constituyen elementos básicos en la valoración clínica de la progresión de la EA. Las AIVD son mayormente afectadas en los estadios iniciales y las AVD en estadios intermedios y tardíos.

COGNICIÓN Y FUNCIONAMIENTO

La relación entre el deterioro cognitivo y las funciones de la vida cotidiana (AVD) han sido ampliamente estudiadas, especialmente cuando la American Psychiatric Association en el DSM-IV (APA, 1994) establece que esta asociación es parte integral de los criterios diagnósticos de la EA.

Para Galasko (Galasko D, *et al*, 1995) existe una correlación paralela entre cognición y funcionamiento. Gauthier difiere en este punto y en sus estudios encuentra discrepancia entre ambos (Gauthier L y

Gauthier S, 1990). Otros autores en estudios en corte seccional encontraron que existe una relación pobre a moderada entre el deterioro cognitivo y la función de la vida cotidiana (Gelinas I, *et al*, 1998) (Hershey LA, *et al*, 1987).

Teri y sus colaboradores (Teri L, *et al*, 1989) fueron más allá, investigando la relación entre la cognición, funciones de la vida cotidiana y la existencia de trastornos conductuales en pacientes con demencia tipo Alzheimer en estadios moderados, encontrando una relación significativa con las AIVD, mientras que esta relación no tenía ese peso en relación con las habilidades y mediciones respecto a las AVD como las que se refieren al cuidado personal. Para Reed (Reed BR, *et al*, 1989), las mediciones cognitivas basadas en el MMSE no explicaban el deterioro del funcionamiento y que variables como alteraciones motoras y sensitivas, así como disfunción en las áreas preceptuales, contribuían sensiblemente a las AVD y las AIVD.

El problema es aún mayor cuando se encuentra que muchos pacientes con disminución cognitiva pueden tener comorbilidad, lo cual, sin duda, hace difícil encontrar una relación válida entre la cognición y el grado de funcionalidad. Sin embargo, el sentido común y los resultados existentes demuestran que los niveles cognoscitivos afectan las AVD y las AIVD, pero siempre en la práctica cotidiana hay que considerar otras variables.

LAS DIFICULTADES EN LAS AVD EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Algunos de los factores fundamentales del desvanecimiento funcional en la EA han sido ya descritos. Franssen y su equipo han desarrollado una forma de medir la evolución de la EA independientemente de la cognición, que consiste en la evolución de reflejos y signos de liberación neurológicos (Franssen E, *et al*, 1991) (Franssen E, *et al*, 1993). Al estudiar 135 pacientes con EA y controles, los cuales no tenían ninguna otra patología, el puntaje de su escala neurológica se correlacionó directamente con la cognición medida con el MMSE ($r = 0.74$), siendo esta relación más robusta con los cambios funcionales evaluados con el FAST ($r = 0.801$) (Franssen E y Reisberg B, 1997).

Los cambios en la AVD parecen tener una relación directa con cambios neurológicos estructurales en pacientes con EA en diversas zonas cerebrales.

Existe una relación lineal con respecto a la pérdida neuronal, mediciones volumétricas y estructurales cerebrales y el porcentaje de células con marañas neurofibrilares, con la función deteriorada de las AVD (Bobinski M, *et al*, 1997). Aunque estos hechos se infieren en la clínica, la correlación anatopatoló-

gica nos da una relación precisa de esta relación. Los cambios cerebrales y las regiones afectadas nos dan una indicación de cuáles AVD y AIVD son afectadas dependiendo la falla anatómica. (Bobinski M, *et al*, 1995). Estos hechos sugieren que un gran rango de déficit en las actividades perceptivas y cognitivas como la memoria, la atención y las funciones ejecutorias, tienen una relación íntima con el desarrollo de las AVD. La función ejecutoria tal vez es la que mayor impacto tiene en la caída de las AVD, especialmente funciones que requieren de espontaneidad, plantación, volición, organización, juicio y secuencialidad (Baum CM, *et al*, 1993) (Gauthier L, 1988) (Weintraub S, 1986) (Skurla E, *et al*, 1988).

Sin ser éstos los únicos factores contribuyentes, son sin duda los que contribuyen de una manera significativa en el funcionamiento general de pacientes con EA. Nunca hay que olvidar que la comorbilidad, variables sociales, problemas psicológicos y conductuales asociados, también afectan la capacidad intrínseca de las funciones de la vida diaria.

LA FUNCIONALIDAD Y LA CLÍNICA

El deterioro de las habilidades en el transcurso de la EA tiene un impacto directo sobre el paciente y su entorno. Las AVD y las AIVD son sin duda predictores de la calidad de vida en estos casos (Albert SM, *et al*, 1996). La pérdida progresiva de funciones y estar discapacitado dan como resultado reacciones emotivas y conductuales, como pueden ser la apatía, ansiedad, frustración y agresividad, (Resnikoff D, 2000), las cuales a su vez tienen un impacto e implicaciones en el manejo tanto psicológico como farmacológico, lo cual afecta o puede hacerlo, en el funcionamiento cotidiano del paciente. La familia también se ve directamente influida por estas condiciones que promueven la ruta crítica de decisión con respecto al cuidado del paciente. (Carswell A y Eastwood R, 1993).

Cuando las limitaciones se hacen más evidentes, la seguridad personal del individuo se compromete y requiere cada día de una mayor supervisión. El impacto de la disminución de las AVD y las AIVD tienen un efecto directo en la estabilidad del sistema de cuidado. Los cuidadores primarios se ven directamente afectados por la creciente discapacidad y pueden empezar a aparecer síntomas de alarma en el sistema. Los cuidadores empiezan a manifestar más signos de ansiedad y depresión, así como aumentar la propensión de enfermedades en ellos, como la hipertensión, pobre control de diabetes, etc.

Las reacciones conductuales y psicológicas en el transcurso de los padecimientos demenciales afectan aún más la funcionalidad del paciente, de ahí

que el entrenamiento y educación de los cuidadores, formales e informales, a través de programas como el SiCoPsi (Resnikoff D y Anderson R. 2000), pueden hacer que se conserven las AVD por períodos más largos, conservando por el mayor tiempo posible la independencia del paciente y mejorando su calidad de vida.

Existe un consenso general, que el medir la disfunción funcional constituye una parte esencial del proceso de diagnóstico y en la planeación del cuidado de pacientes con demencia (Teunisse S, *et al*, 1991) (Resnikoff D, 2001)

El tener la capacidad de medir el avance del padecimiento, tanto en las funciones cognitivas como en las AVD, poder valorar el efecto de intervenciones farmacológicas y la valoración de los objetivos planteados en las técnicas de manejo conductual y psicológico en las demencias, son sin duda fundamentales para poder tener una claridad clínica del buen funcionamiento de las intervenciones terapéuticas a todos los niveles.

Las escalas de las AVD y las AIVD están integradas en muchos sistemas de evaluación que se utilizan en unidades psicogeriatricas y en asilos, siendo aplicadas por enfermeras o terapistas ocupacionales como lo son la IADL (Instrumental Activities of Daily Living) (Lawton y Brody, 1969) y el NOSGER (Nurses Observation Scale for Geriatric Patients) (Spiegel R, *et al*, 1991).

Las escalas de valoración de las AVD hoy en día constituyen parte esencial de los protocolos de investigación de fármacos destinados a tratar la disfunción cognoscitiva y/o conductual en los pacientes con EA, y han contribuido a la aprobación de su uso clínico posterior.

Como ejemplos tenemos las siguientes investigaciones:

La escala de las Actividades Básicas de la Vida Cotidiana se utilizó en el estudio de la utilidad del alfa-tocoferol y la selegilina (Sano M, *et al*, 1997), la

Escala de Valoración de la Incapacidad en Demencia (Disability Assessment for Dementia DAD) en el estudio del metrifonato (Gelinas I, *et al*, 1998), la Escala de Actividades Instrumentales de la Vida Cotidiana (IADL) en el caso de la lazabemida (Kumar V, *et al*, 1998), la Entrevista para el Deterioro de las Actividades de la Vida Cotidiana (IDDD) en la valoración clínica del donepecilo (Rossor M, *et al*, 1997) y el NOSGER en el caso de la xanomelina (Bodick NC, *et al*, 1997), entre otros.

La valoración funcional nos proporciona un camino concreto y de peso clínico, para poder establecer métodos eficaces de intervención así como la comunicación exitosa de estas intervenciones al mundo médico, a las asociaciones de familiares de Alzheimer y a las familias mismas.

LOS SÍNTOMAS CONDUCTUALES Y PSICOLÓGICOS EN LAS DEMENCIAS (SICOPSI) Y LAS AVD

Últimamente ha sido reconocido que los problemas de conducta y psicológicos que tienen los pa-

Cuadro 1. Prevalecencia de los SiCoPsi.

Síntoma	Frecuencia reportada (% de pacientes)
Perceptivos	
Delirios	20-73%
Interpretaciones erróneas	23-50%
Alucinaciones	15-49%
Afectivos	
Depresión	Más del 80%
Manía	3-15%
Personalidad	
Cambios de personalidad	Más del 90%
Problemas de comportamiento	Más del 50%
Agresión/ hostilidad	Más del 20%

*Adaptado de Resnikoff y Anderson (2000)

Cuadro 2. Niveles de angustia causados por los SiCoPsi.

	Grupo 1 (más común/ más angustiante)	Grupo 2 (menos común/ moderadamente angustiante)	Grupo 3 (raro/ controlable)
Psicológicos	Delirios Alucinaciones Humor deprimido Falta de sueño Ansiedad	Interpretaciones erróneas	Llanto Maldecir Falta de empuje Preguntas repetitivas Apego
Conductuales	Agresión física Deambular Impaciencia	Agitación Comportamiento cultural y sexual inapropiado Grita	

*Adaptado de Resnikoff y Anderson (2000)

cientes con demencia poseen una importancia fundamental, ya que son los que más problemas generan a la familia y a los cuidadores. Algunos de éstos refieren a:

- Problemas con alimentación
- Problemas nocturnos
- Higiene y vestido
- Comportamiento sexual inapropiado
- Deambular
- Incontinencia fecal y urinaria
- Agitación y agresión
- Alucinaciones, reacciones catastróficas, delirios
- Depresión
- Gritos, insultos, ruidos extraños persistentes
- Paranoia y sospechas
- Preguntas repetitivas

La sintomatología conductual y psicológica que acompaña a los procesos demenciales, tiene un impacto considerable sobre las AVD y las AIVD. La investigación en este campo todavía es muy pobre.

El cuadro 1 muestra la frecuencia reportada, en los pacientes, de cada uno de los síntomas.

Algunos SiCoPsi persisten más que otros. El deambular y la agitación han demostrado ser los más persistentes en un periodo de dos años (Devanand, *et al*, 1997).

En términos del nivel de angustia causado por los SiCoPsi, se pueden dividir en los síntomas como se muestra en el cuadro 2.

Observemos algunos de los síntomas más comunes que alteran las AVD:

Delirios

Este tipo de creencia puede llevar al paciente irse a su "casa" dando como resultado el deambular.

Un delirio muy angustiante, tanto para el paciente como para el cuidador, es la creencia que la pareja (u otro cuidador) es un impostor. Esto puede causar enojo o provocar la agresión hacia el supuesto impostor.

La deambulación y la ansiedad persistentes definitivamente afectan las AVD.

Los pacientes también pueden creer que han sido abandonados o que existe una conspiración para ingresarlos a una institución. Ocasionalmente están convencidos de que su pareja les es infiel.

Alucinaciones

Pueden distorsionar la habilidad de los pacientes demenciados para entender el mundo exterior. Esto puede deteriorar su capacidad para realizar tareas cotidianas y pueden afectar de manera adversa su relación con los cuidadores.

Las alucinaciones visuales son las más comunes y son más comunes en la demencia moderada que en

las iniciales o severas (Swearer, 1994). En las personas con demencia por cuerpos de Lewy tienen una mayor frecuencia, más de 80% (McKeith, *et al*, 1992).

Interpretaciones erróneas

Ejemplos de desórdenes de la percepción (Burns, 1996). Interpretaciones erróneas son malas percepciones de estímulos externos y pueden ser definidos como malas percepciones con una creencia asociada o elaboración sostenida con una intensidad de delirio. Interpretaciones erróneas comunes incluyen: La presencia de personas en la casa del paciente, interpretaciones erróneas del paciente mismo (no reconocen su reflejo en el espejo), malas interpretaciones de otras personas o de eventos en la TV (llegan a creer que estos eventos están ocurriendo en la habitación del paciente en la vida real). Una interpretación errónea donde un paciente demenciado no reconoce a su pareja puede ser especialmente angustiante para la pareja que cuida. La ansiedad concomitante y la resistencia a la supervisión en estas situaciones tienen un impacto considerable en las actividades funcionales del paciente

Humor depresivo

Una cantidad considerable de los pacientes con demencia sufren de síntomas de depresión en algún momento de la enfermedad. En la EA el humor depresivo se ve con mayor frecuencia (40-50% de los pacientes) con una enfermedad depresiva siendo menos común (10-20%) (Wragg and Jeste, 1989). Levy, *et al* (1996). En un estudio longitudinal encontró tasas de recurrencia de 85% para los síntomas depresivos en un año en pacientes con EA.

La depresión misma y su efecto potencialmente exponencial en las demencias hacen que el paciente necesite mayor supervisión y asistencia, por la considerable reducción en la capacidad de sus habilidades.

Apatía

Los síntomas de la apatía incluyen:

- Falta de interés en las actividades cotidianas y en el cuidado personal.
- Disminución de la interacción social.
- Disminución de la expresión facial.
- Disminución en la inflexión vocal.
- Disminución en las respuestas emotivas.
- Disminución en la iniciativa.

Ansiedad

Pacientes con ansiedad y demencia frecuentemente desarrollan una preocupación mayor sobre sus finanzas, la salud futura (incluyendo la memoria), preocupaciones sobre eventos que antes no eran estresantes y actividades tales como alejarse de su casa (Reisberg,

Cuadro 3. Subtipos de agitación.

Comportamiento físico	No agresivo	Agresivo
	Inquietud general Manierismo repetitivo Apego Tratar de llegar a otro lugar Manejo inapropiado de las cosas Vestir o desvestir inapropiado	Pegar Empujar Arañar Arrebatar cosas Golpear y morder
Comportamiento verbal	No agresivo	Agresivo
	Pesimismo No le gusta nada Demanda constante de atención Órdenes verbales Quejarse o compadecerse Relevantes interrupciones Interrupciones irrelevantes Oraciones repetitivas	Gritar Maldecir Desabruptos de temperamento Hacer ruidos extraños

Adaptado de Resnikoff y Anderson (2000).

et al, 1986). Es común que pacientes demenciados, con ansiedad, presenten el síndrome de “Godot” –hacer preguntas repetitivas sobre un evento futuro. Esto parece ser resultado del deterioro cognitivo de las habilidades (en especial la memoria y las AVD), y de la incapacidad de manejar las capacidades aún conservadas. Este tipo de comportamiento generalmente provoca un mayor estrés en el cuidador.

Deambular

El deambular es uno de los SiCoPsi más problemáticos que acompañan a la demencia, especialmente en términos de la carga puesta en el cuidador. Afecta, sin lugar a dudas, la capacidad del paciente de realizar tareas de la vida diaria. Varios tipos de comportamiento son cubiertos con el término “deambular” (Hope and Fairburn, 1996) algunos de ellos pueden ser:

- Revisar (revisar continuamente el paradero del cuidador).
- Apego – seguir al cuidador todo el tiempo.
- Hacer cosas sin importancia –en el jardín o la casa, tratando de realizar, sin éxito, ciertas tareas.
- Caminar sin propósito.
- Caminar dirigiéndose a algún propósito inapropiado.
- Excesiva actividad.
- Caminar en la noche.
- Deambular fuera de casa.
- Intentar salir de la casa.

Agitación

Puede ser definida como actividad verbal, vocal o motora inapropiada que no es juzgada por un ob-

servador externo y que surge directamente de las necesidades o de la confusión del paciente (Cohen-Mansfield and Billig, 1986). Se han identificado cuatro subtipos de agitación (Cohen-Mansfield, *et al,* 1989) que se muestran en el cuadro 3.

CONCLUSIONES

Los individuos que tienen una enfermedad demencial experimentan progresivamente la disminución de su capacidad de realización de las AVD. Este hecho, sin duda, tiene repercusiones negativas en la calidad de vida del propio paciente y de su familia.

Las pérdidas tienen una secuencia jerárquica en su aparición, y éstas se ven a su vez influidas por la disminución cognitiva, así como la aparición de síntomas psicológicos y conductuales intrínsecos de los propios padecimientos demenciales.

Además, los cambios en las capacidades de percepción, los trastornos en los sistemas motores y por ende las funciones ejecutorias se ven paulatinamente y en forma progresiva afectadas, promoviendo la desaparición de la independencia del individuo y la necesidad de constante supervisión de sus actividades.

La descripción medible de la declinación en las AVD y las AIVD proveen de una herramienta muy útil para documentar el progreso de la enfermedad demencial, así como para poder evaluar las intervenciones llevadas a cabo. En la clínica nos ayudan al diseño de estrategias apropiadas para cada paciente, individualizándolo, pudiendo en cada caso establecer objetivos claros, precisos y adecuados para el estudio de discapacidad en la que se encuentre el paciente.

Existen muchos instrumentos diseñados específicamente para la población con EA. Cada uno de ellos tiene un valor propio. Su utilización depende sin duda alguna, del objetivo y la población que estamos estudiando. Existen instrumentos que se pueden utilizar en estudios comunitarios, escalas para su uso en instituciones, escalas para la valoración clínica de eficacia de medicamentos, etc. Cada una de las escalas existentes para medir las AVD o las AIVD deben ser aplicadas en el contexto donde sean útiles y donde se elimine la mayor parte del sesgo posible. Pero más que nada la valoración de las AVD deben tener como objetivo el personalizar el cuidado y manejo de los pacientes y promover con esto una mejor calidad en sus vidas, así como ayudar al bienestar de sus seres cercanos.

Existe una necesidad de investigar con más precisión el efecto de los SiCoPsi sobre las AVD y las AIVD.

REFERENCIAS

- Albert SM, Del Castillo-Castaneda C, Sano M, et al. Quality of life in patients with Alzheimer's disease as reported by patient proxies. *J Am Geriatr Sc* 1996; 44: 1342-7.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th Ed. Washington DC: APA; 1994.
- Baum CM, Edwards DF, Morrow-Howell N. Identification and measurements of productive behaviors in senile dementia of the Alzheimer type. *Gerontologist* 1993; 33: 403-8.
- Baum CM, Edwards DF. Cognitive performance in senile dementia of the Alzheimer's type: the kitchen task assessment. *Am J Occup Ther* 1993; 47: 431-6.
- Blessed G, Tomlinson BE, Roth M. The association between quantitative measures of dementia and of senile change in cerebral gray matter of elderly subjects. *Br J Psychiatry* 1968; 114: 797-811.
- Bobinski M, Wegiel J, Tarnawski M, et al. Relationships between regional neuronal loss and neurofibrillary changes in the hippocampal formation and duration and severity of Alzheimer's disease. *J Neuropathol Exp Neurol* 1997; 56: 414-20.
- Bobinski M, Wegiel J, Wisniewski HM, et al. Atrophy of hippocampal formation subdivisions correlated with stage and duration of Alzheimer's disease. *Dementia* 1995; 6: 205-10.
- Bodick NC, Offen WW, Levey AL, et al. Effects of xanomeline, a selective muscarinic receptor agonist, on cognitive function and behavioral symptoms in Alzheimer's disease. *Arch Neurol* 1997; 54: 465-73.
- Burns A. Misidentifications. *Int. Psychogeriatrics* 1996; 8 (Suppl. 3): 393-7.
- Carswell A, Eastwood R. Activities of daily living, cognitive impairment and social function in community residents with Alzheimer's disease. *Can J Occup Ther* 1993; 60: 130-6.
- Cohen-Mansfield J, Billig N. Agitated behavior in the elderly. *J Am Geriatr Soc* 1986; 36: 711-21.
- Cohen-Mansfield J, Marx MS, Rosenthal AS. A description of agitation in a nursing home. *J Gerontology* 1989; 44: M77-M84.
- Devanand DP, Jacobs DM, Tang MX, et al. The course of psychopathology in mild to moderate Alzheimers disease. *Archives Geriatric Psychiatry* 1997; 54: 257-63.
- Ferm L. Behavioral activities in demented geriatric patients. *Gerontol Clin* 1974; 16: 185-94.
- Franssen E, Reisberg B, Kluger A, et al. Cognitive independent neurologic symptom in normal aging and probable Alzheimer's disease. *Arch Neurol* 1991; 48: 148-54.
- Franssen E, Kluger A, Torossian C, et al. The neurologic syndrome of severe Alzheimer's disease: relationships to functional decline. *Arch Neurol* 1993; 50: 1029-39.
- Galasko D, Edland SD, Morris JC, et al. The Consortium to establish a registry for Alzheimer's disease (CERAD). Part XI. Clinical milestones in patients with Alzheimer's disease followed over 3 years. *Neurology* 1995; 45: 1451-5.
- Gauthier L. Evolutive profile of activities of daily living (ADL) in individuals with definite Alzheimer's disease (AD). In: Research Day Program and Abstracts, McGill Centre for studies in Aging and the Bloomfield Centre for Research in Aging; 1988, p. 28.
- Gauthier L, Gauthier S. Assessment of functional changes in Alzheimer's disease. *Neuroepidemiology* 1990; 9: 183-8.
- Gelinas I, Gauthier S, Cyrus PA, et al. The efficacy of metrifonate in enhancing the ability of Alzheimer's disease patients to perform basic and instrumental activities of daily living. *Neurology* 1998; 50: A90-1.
- Green CR, Mohs RC, Schmeidler J, et al. Functional decline in Alzheimer's disease: a longitudinal study. *J Am Geriatr Soc* (1993) 41: 654-61.
- Ferris SH, Mackell JA, Mohs R, et al. A multicenter evaluation of new treatment efficacy instruments for Alzheimer's disease clinical trials: overview and general results. *Alzheimer's Dis Assoc Disord* 1997; 11 (Suppl. 2) s1-s12.
- Hershey LA, Jaffe DF, Greenough PG, et al. Validation of cognitive and functional assessment instruments in vascular dementia. *Int J Psychiatry Med* 1987; 17: 183-92.
- Kumar V, Cameron AM, Amrein R. Experience with RIM-B lazabemide in Alzheimer's disease. *Neurobiol Aging* 1998; 19: S80.
- Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969; 9: 179-86.
- Levy ML, Cummings JL, Fairbanks LA, et al. Longitudinal assessment of symptoms of depression, agitation and psychosis in 181 patients with Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 1438-43.
- McKeith I, Fairbairn A, Perry R, et al. Neuroleptic sensitivity in patients with senile dementia of the Lewy body type. *Brit Med J* 1992; 305: 673-8.
- McKhann G, Drachman D, Folstein M, et al. Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: report of the NINCDS-ADRDA work group under the auspice of the Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's disease. *Neurology* 1984; 34: 393-4.
- Mittelman MS, Ferris SH, Steinberg G, et al. An intervention that delays institutionalization of Alzheimer's disease patients: treatment of spouse-caregivers. *Gerontologist* 1993; 33: 730-40.
- Reisberg B. Functional Assessment Staging (FAST). *Psychopharmacol Bull* 1988; 24: 653-9.
- Reisberg B. Dementia: a systematic approach to identifying reversible causes. *Geriatrics* 1986; 16: 185-94.
- Reisberg B, Borenstein J, Franssen E, et al. Removable behavioral symptomatology in Alzheimer's Disease. *Hospital Community Psychiatry* 1986; 37: 1199-201.
- Reisberg B, Ferris SH, De León MJ, et al. The global deterioration scale for assessment of primary degenerative dementia. *Am J Psychiatry* 1982; 139: 623-9.
- Reisberg B, Ferris SH, Franssen E, et al. Mortality and temporal course of probable Alzheimer's disease: a five-year prospective study. *Int Psychogeriatr* 1996; 8: 291-311.
- Resnikoff D. Programa Nacional en Demencias. Secretaría de Salud. Lineamientos Generales. SSA. México, DF; 2001.
- Resnikoff D y Anderson R. Manual de Instrucción en SiCoPsi. Universidad Nacional Autónoma de México. México, D.F.; 2000.
- Sano M, Ernesto C, Thomas RG, et al. A controlled trial of selegiline, alpha tocopherol, or both as treatment for Alzheimer's disease. *N Eng J Med* 1997; 336: 1216-22.
- Sclar SG, Reisberg B. Functional Assessment Staging (FAST) in Alzheimer's disease, validity and ordinality. *Int Psychogeriatr* 1992; 4(Suppl. 1): 55-69.
- Skurla E, Rogers JC, Sunderland T. Direct assessment of activities of daily living in Alzheimer's disease. *J Am Geritr Soc* 1988; 36: 97-103.
- Spiegel R, Brunner C, Ermini-Funschill D, et al. A new behavioral assessment scale out and in-patients: the NOSGER (Nurses Observation Scale for Geriatric Patients) *J Am Geritr Soc* 1991; 39: 339-47.
- Swearer JM. Behavioral disturbances in dementia. In: *Handbook of dementing illnesses*. Morris JC (ed) New York: Marcel Dekker; 1994.

42. Teunisse S, Derix MMA, Van Crevel H. Assessing the severity of dementia. Patient and caregiver. *Arch Neurol* 1991; 48: 274-7.
43. Teri L, Borson S, Kiyac HA, et al. Behavioral disturbance, cognitive dysfunction and functional skills. Prevalence and relationship with Alzheimer's disease. *J Am Geriatr Soc* 1989; 37: 109-16.
44. Tierney MC, Fisher RH, Lewis AJ, et al. The NINCDA-ADRDA work group criteria for the clinical diagnosis of probable Alzheimer's disease: a clinicopathologic study of 57 cases. *Neurology* 1988; 38: 359-64.
45. Weintraub S. The record of independent living. An informant-completed measure of activities of daily living and behavior in elderly patients with cognitive impairment. *Am J Alzheimer Care Relat Disord Res* 1986; 1: 35-9.
46. Wragg RE, Jeste DV. Overview of depression and psychosis in Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry* 1989; 146: 577-87.

Recibido: Diciembre 27, 2002.

Aceptado: Enero 24 2003.