

2007

E.I.A.D. : escala de evaluación por interrogatorio de los AVD básicas, en pacientes con diagnóstico de enfermedad de Alzheimer

Andrada, María de los Angeles

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

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/749>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

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

E. I. A. D

***“Escala de Evaluación por interrogatorio de
las AVD básicas, en pacientes con
diagnóstico de enfermedad de Alzheimer”***

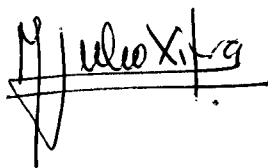
Andrada, María de los Angeles
T.O Roumec, Bettina

Tesis de grado

Para optar al título de Licenciatura en Terapia Ocupacional.

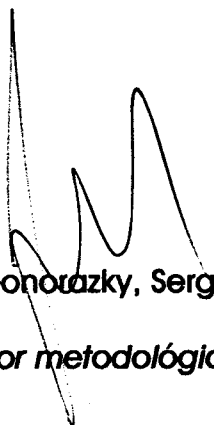
Año 2007

Biblioteca C.E.C.S. y S.S.	
inventario	signature top
3259	
Vol	ejemplar:
Universidad Nacional de Mar del Plata	



Lic. En Terapia Ocupacional Xifra, María Julia

Directora. Asesora metodológica



Dr. Gonozakky, Sergio

Co- director. Asesor metodológico y estadístico

AUTORAS:



Andrada, María de los Angeles

D. N. I: 27. 854. 591



T. O. Roumec, Belfina Susana

D. N. I: 17. 672. 718

DEDICADO A :

BETTY, " CHIQUITO" Y MARA: POR ENSEÑARME Y CONFIAR,
POR LAS ALAS Y EL METAL.

TOMÁS, VICENTE Y MARCELO POR QUE SU AMOR ME HACE
FUERTE Y ES DONDE QUIERO ESTAR.

Bettina

MAMÁ, PAPÁ, LAURA Y BELEN, POR BANCARME, ESPERARME Y
CONFIAR EN MÍ.

NALDO, POR QUERERME Y AYUDARME SIEMPRE.

FRANCISCA, POR APOYARME DIA A DIA

ABUELA, POR SER TAN FUERTE.

BETTY, POR DARME ÉSTA OPORTUNIDAD Y POR SER TAN
GRANDE.

Marita

AGRADECIMIENTOS

Pensando en las etapas de este trabajo, dudo si esta quizás sea la más engorrosa, la página en blanco, el cansancio del final, el miedo a olvidarme de alguien, ¿Cómo elegir las palabras que transmitan de manera adecuada lo que uno siente? parece que no alcanzan, pero como siempre aparece la historia, que nos ayuda a ordenar, a entender y comenzar a decir GRACIAS, gracias por "alumbrar" como dice Atahualpa.

A Diana Scharovsky por tu pasión visionaria, por la idea, por la lluvia de artículos para traducir!!, para mi "amiga del alma" Andrea Loo con quién empezamos este proyecto entre nubarrones y porvenires, para Inés Botalla

y Laurita Laguarde por las traducciones y las tardes en la AMTO, para Norma Gordillo, Rubén Ledesma y Marta Vera por guiarnos en los primeros pasos; a Marita mi *compañera* de tesis, sin ella esto estaría aguardando en un cajón, a "Patito" Butrón por el material bibliográfico, a mis compañeros de trabajo del Servicio de Medicina Preventiva (SATE) por su solidaridad y disposición.

Bettina

A Sergio Gonorazky (maestro), quién supo acompañar cada momento y convertir lo tedioso en "indescifrable".

A nuestra directora Julia Xifra por su idoneidad, contención y coherencia. A Candelaria, Mirna y Roxana por el humor, por las horas dedicadas y el compromiso con la tarea. A Virgi y a tu forma de dar incomparable, a Claudia y Marcela por la paciencia, a Silvia Garralda por tu espíritu crítico y tus valiosos aportes. A Arnaldo y Javier por todas las manos. Y en especial a todos los pacientes y sus familias que participaron y colaboraron desinteresadamente en este estudio.

Marita y Bettina

INDICE

Indice.....	I
-------------	---

CONSIDERACIONES PRELIMINARES

Introducción.....	1
Estado actual de la cuestión.....	5
Referencias bibliográficas.....	19

TEMA Y OBJETIVOS

Tema.....	22
Objetivo general.....	22
Objetivos específicos.....	22
Fundamentación.....	24
Referencias bibliográficas.....	29

ASPECTOS FUNDAMENTALES DEL MARCO TEORICO

Capítulo I: Enfermedad de Alzheimer

Diagnóstico de demencia.....	30
Estadios de la demencia.....	34
Calidad de vida en Enfermedad de Alzheimer.....	35
AVD en Enfermedad de Alzheimer.....	38
Referencias bibliográficas.....	41

Capítulo II: Valoración Geriátrica Integral

Concepciones generales.....	42
Conceptos históricos.....	43
Modelos de valoración geriátrica.....	44
Modelo biomecánico.....	44
Modelo bio- psico- social.....	44
Modelo funcional.....	44
Aportes terminológicos a la T.O.....	47
El proceso en Terapia Ocupacional	

Etapas del proceso en T. O.....	56
Primera etapa. Evaluación.....	57
Evaluación y Valoración.....	58
Tipos de evaluación.....	60
Referencias bibliográficas.....	63

Capítulo III: Validación de instrumentos de evaluación

Criterios para seleccionar y validar instrumentos de evaluación.....	65
Características de los instrumentos de evaluación.....	66
Confiabilidad.....	66
Validez.....	67
Referencias bibliográficas.....	68

ASPECTOS METODOLOGICOS

Investigación metodológica.....	70
Población.....	70
Muestra.....	70
Método de selección de la muestra.....	71
Criterios de inclusión y exclusión.....	71
Técnicas de recolección de datos.....	72
Procedimiento de selección de la muestra.....	75
Referencias bibliográficas.....	79

RESULTADOS Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

Resultados.....	80
Discusión.....	90
Conclusión.....	94

BIBLIOGRAFÍA GENERAL.....	97
---------------------------	----

ANEXO I

Escala por Interrogatorio de las AVD. E. I. A. D.....	103
---	-----

ANEXO II

Indice de Barthel. Indice de Katz, GDS	107
--	-----

ANEXO III

Consentimiento informado.....111

CONSIDERACIONES

PRELIMINARES

INTRODUCCIÓN

El aumento de la expectativa de vida provoca cambios en la dinámica demográfica. Los adultos mayores incrementan proporcionalmente su presencia y de esta manera el riesgo de sufrir enfermedades crónicas.

Una de las patologías de creciente preocupación es la demencia, no sólo por el impacto que produce en la persona y su entorno familiar sino también por las consecuencias en el ámbito socio-sanitario. Las dos causas más frecuentes de demencia (Enfermedad de Alzheimer y demencia vascular) tienen un incremento exponencial con la edad a partir de los 65 años. Si bien los valores absolutos difieren de un estudio epidemiológico a otro, es significativo que en todos se observa que la tasa de prevalencia de las demencias se duplica cada 5 años de edad, la tasa del Alzheimer se duplica cada 4,5 años y la de la demencia vascular cada 5,3 años.¹

En un estudio publicado en el año 2003 referido a la enfermedad de Alzheimer, menciona que la misma afecta por lo menos a 15 millones de personas en todo el mundo.² J. Cummings ratifica la información anterior y refiere que el 30 % de las personas mayores de 85 años padecen esta enfermedad, y menciona que para el año 2050 habrá en los EEUU 13.2 millones de personas afectadas.³ Tales cifras revelan la acuciante necesidad de formular políticas sanitarias que tengan en cuenta este devenir que algunos autores han denominado pandemia o "diluvio".

En el contexto actual es cada vez mayor la brecha entre el discurso científico (recomendaciones elaboradas por asambleas mundiales, organizaciones internacionales del envejecimiento) y la práctica cotidiana, desbastada por una política de ajuste, donde el acceso a la salud se torna un privilegio. Pierre Bourdieu plantea que esta política tiene efectos que se pueden prever gracias a los recursos de las ciencias sociales, y que los investigadores, a partir de su saber científico, pueden anticipar las consecuencias. También agrega que dentro de las ciencias

¹ MANGONE, C.; ALLEGRI, F.; ARIZAGA, R.; OLLARI, J. "Demencia. Enfoque multidisciplinario". Ediciones Sagitario. Buenos Aires. Argentina. Año 1997.

² REISBERG, B y otros. "Memantine in moderate-to-severe Alzheimer disease". *The New England Journal of Medicine*. Vol 348: 1333-1341. N° 14. Abril 2003.

³ CUMMINGS, J. "Alzheimer Disease". *The New England Journal of Medicine*. Julio Vol 351: 56-67. N° 1. 2004.

sociales hay una dicotomía entre “scholarship” el saber y “commitment” el compromiso, entre quienes se consagran al trabajo científico realizado según métodos científicos, y quienes se comprometen y “sacan fuera” su saber. Esta oposición, construida como tal es artificial y, de hecho, es preciso ser un científico autónomo que trabaja según las reglas del “saber” (scholarship) para poder producir un “saber comprometido”, es decir un scholarship commitment.⁴

Quienes trabajamos en el ámbito clínico intentamos descubrir, implementar, seguir (en la medida en que el contexto lo permite, atravesados por recortes de presupuesto, recursos y salarios) lo propuesto por el “scholarship commitment”, pero muy pocas veces logramos comprobar los resultados de “las prácticas” más allá del ámbito empírico. No es la intención de este trabajo analizar los por qué de esta falencia, pero sí nos interesa reflexionar e intentar ocupar un espacio del saber dentro del campo de las demencias y articular, conjuntamente con la población, estos saberes; “trabajar para una invención colectiva de estructuras colectivas de invención”.⁵

Con el transcurso de los años han evolucionado los paradigmas en cuanto a los métodos de evaluación usados para examinar el Sistema Nervioso Central (SNC). Estos métodos incluyen, entre otros, el área de las neuroimágenes, estudios experimentales con animales, la neuropsicología y la neuropsicología cognitiva, que en los últimos años han avanzado notablemente.

El área de evaluación neuropsicológica pasó a desempeñar un rol crítico en la identificación de la presencia de demencia y en la contribución a un diagnóstico diferencial. Por otro lado, desde el área de investigación neuropsicológica se

⁴ PIERRE BOURDIEU. “Ideas para la acción. Los investigadores y el movimiento social”. Le Monde Diplomatique/El Dipló. Febrero 2002.

⁵ Cfr. Ibid. Pág. 32

⁶ Op. Cit. MANGONE, C.

lograron caracterizar los patrones de disfunción cognitiva asociados a los diferentes tipos de demencia.⁶

Si bien la evaluación neuropsicológica goza de un amplio reconocimiento para arribar a un diagnóstico probable, los últimos avances destacan la importancia de detectar cómo los déficits cognoscitivos afectan las actividades habituales que desarrolla una persona, desde las más complejas como sostener un rol laboral, familiar, social; las denominadas actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), hasta las más básicas (AVD).

De la revisión de los estudios realizados sobre las AVD y AIVD, se observa que existe un mayor desarrollo y correlación del deterioro mnésico con las actividades instrumentales que con las básicas.

La mayor crítica a las numerosas pruebas que miden las AVD es que no son sensibles a los cambios tempranos y a través del tiempo debido a que fueron diseñadas para emplearse con otros grupos, por ejemplo: disfunciones físicas (Barthel, Katz), o para establecer diferencias entre envejecimiento “normal y patológico” (FAQ, Blessed-Roth).

Los tests considerados sensibles generalmente son administrados por observación directa; a menudo se caracterizan por ser extensos, el estímulo no es familiar y la presión de realizar tareas de AVD en su hogar puede generar ansiedad en el paciente y distress en el cuidador (por ejemplo, la observación directa de tareas como higienizarse o toilette).

El diagnóstico de demencia cobra gran importancia si se tiene en cuenta que permite tratar las causas reversibles desde las etapas iniciales y tempranas de la enfermedad, así como ofrecer un tratamiento y manejo de la sintomatología concomitante. Surge así la necesidad de realizar una evaluación correcta del paciente, contención adecuada del familiar y seguimiento de ambos.

El presente estudio se originó en el Servicio de Medicina Preventiva del Hospital Privado de Comunidad de la ciudad de Mar del Plata como un aporte desde el área funcional para presentar en el Consortium Argentino para el Estudio de la Demencia (C.A.E.D.) en un trabajo conjunto con la Dra. Diana Scharovsky.

El instrumento fue creado frente a la necesidad de contar con una escala con mayor sensibilidad, que los utilizados comúnmente, fácil de implementar, acorde al

contexto de la clínica, que permita brindar un mejor asesoramiento al familiar y optimizar los abordajes y estrategias terapéuticas.

La escala de evaluación fue implementada en forma de prueba piloto por alumnos avanzados de la carrera de Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata (UNMDP) y por profesionales de la institución arrojando resultados satisfactorios, acordes con el objetivo fundante.

Por lo tanto, el objetivo primordial de esta investigación es aportar evidencia por medio de los procedimientos científicos, metodológicos y estadísticos correspondientes la confiabilidad y validez de la Escala por Interrogatorio de las AVD (E.I.A.D) en pacientes con diagnóstico de deterioro cognoscitivo y demencia tipo Alzheimer.

Es nuestra intención también que sea utilizado en el área de la investigación científica para monitorear los efectos de tratamientos medicamentosos y no medicamentosos, e incluido en las baterías específicas para evaluar demencia.

ESTADO ACTUAL DE LA CUESTIÓN

“The literature review itself was a labor of Sisyphus- the moment it was completed it was outdated”⁷

Parte del presente capítulo intenta mostrar el recorrido, que comenzó alrededor del año 1996, en búsqueda de una escala de AVD en demencia que fuera útil para aplicar en la práctica.

A nivel internacional

Año 1990

■ **Gutrún Árnadóttir**, en The Reykjavík City Hospital, Islandia, crea el Arnadóttir OT-ADL Neurobehavioral Evaluation (A-ONE) un *Test por observación directa*.

Es un instrumento destinado a la evaluación de pacientes con disfunciones neuroconductuales de origen cortical, mayores de 16 años. La estructura general implica a las actividades de la vida diaria primarias con ítems que consignan déficits neuroconductuales. La evaluación arroja puntajes objetivos en cuanto a la independencia funcional.

Está formada por dos partes. La primera es utilizada para evaluar el nivel funcional y la disfunción neuroconductual y en la segunda (opcional) se correlacionan los resultados de la parte I con un posible sitio de localización del daño dentro del SNC.

Varios estudios, con diferentes muestras en cada uno de ellos, se llevaron a cabo entre los años 1986 y 1989 para establecer: *la validez de contenido* (revisión bibliográfica y opinión de tres expertos en terapia ocupacional y neurología), *confiabilidad interevaluador* (N= 20 ; kappa= 0.84), *normalización del instrumento* (N= 79), *validez concurrente* (N₁= 50 ACV y N₂= 79 controles, el test de Mann-Whitney U indica significativa discriminación para todos los ítems de la escala

⁷ Cfr. HOGAN, D; MCKEITH. “Of MCI and dementia: Improving diagnosis and treatment”. Neurology, 56: 1131-1132. Año 2001.

funcional), *confiabilidad inter e intraevaluador* (N= 20; $p < 0.05$), *correlación interitems* (N= 89, $r = 0.18$ a 0.78) y aplicaron el análisis factorial para contribuir a la determinación de la *validez de constructo*.

La autora plantea que utilizar una combinación de métodos de evaluación beneficia la exploración de patrones de estructura y funcionamiento del SNC y provee una visión integral de la persona.

Estimamos sumamente valiosa la visión de la T.O. Gutrún Árnadóttir que enfatiza el rol del T.O., al realizar una lectura diferente del análisis de la actividad. Esta autora explica que: La realización de las AVD es el resultado de respuestas conductuales, para lo cual se requiere de un adecuado funcionamiento de partes específicas del SNC. Es así que una disfunción de ciertos componentes del SNC puede ocasionar un deterioro de aspectos específicos de las AVD.⁸

Si bien por rastreo de la información utilizar este test requiere de formación y entrenamiento previo e insume mayor cantidad de tiempo su administración, apunta a resaltar la necesidad de especialización en el campo de las Neurociencias. Valora la utilización de las AVD como herramienta diagnóstica y su correlación con un posible deterioro del SNC. Es un desafío y un camino muy interesante a seguir, sobre todo si tenemos en cuenta el reducido espacio que ocupan las AVD en la formación de pre y postgrado en las carreras de nuestro país.

■ **R. S. Bucks, D. L. Ashworth, G. K. Wilcock, K. Siegfried** en la Bristol Memory Disorders Clinic, Bristol, Inglaterra.

Desarrollaron la Escala Bristol de Actividades de la vida diaria, un test autoadministrado que se aplica tanto al cuidador formal y/o informal.

Ha sido diseñada específicamente para implementar en personas con demencia. La evaluación es un instrumento calificado por los cuidadores. Consiste en 20 habilidades de la vida diaria. La escala tiene validez aparente, evalúa ítems considerados importantes por los cuidadores y utiliza niveles de habilidad generados por los mismos.

La investigación se llevó a cabo en tres fases, la primera se utilizó para construir el instrumento mientras que las siguientes se destinaron a comprobar: la

⁸ GUTRÚN ÁRNADÓTTIR. "The brain and behavior". Assessing Cortical Dysfunction Through Activities of Daily Living (ADL). Editorial The C. V. Mosby Company. Año 1990.

confiabilidad interevaluador (N= 27, r= 0.95, p<0.001) y para mejorar los resultados aplicaron el índice de Kappa para cada uno de los 22 ítems de la escala. Para determinar *la validez de constructo*, la Escala Bristol se correlacionó con el MMSE (r= 0.55, p= 0.01) y con una Escala de Observación directa de las tareas comprendidas en el test de Bristol (r= 0.65, p= 0.004).

Los cuidadores informaron que es fácil de administrar y relativamente corto. Los autores creen que la escala es útil para evaluar personas con demencia en la comunidad o como parte de pruebas de investigación clínica.⁹

Las autoras de la presente investigación consideran, que la desventaja que presenta es: Valora las variables AVD, AIVD, orientación témporo-espacial, comunicación y juegos-hobbies en una misma tabla. Sin embargo los creadores del test Bristol, fundamentan tal elección en que las actividades fueron propuestas por los cuidadores y además consideran que la información que brindan, es la de mayor confiabilidad, y aquí radica la riqueza de este estudio.

Año 1991

■ **F. Oakley, T. Sunderland, J. Hill, S. Phillips, R. Makahon, J. Ebner** en el National Institute of Health en Bethesda, U.S.A.

Crearon The Daily Activities Questionnaire (DAQ), un test por interrogatorio al cuidador y una escala visual analógica graduada desde la total dependencia a la independencia.

Al implementar el cuestionario de actividades de la vida diaria (DAQ), los autores encontraron significativas diferencias en la independencia en las AVD entre dos grupos: 32 pacientes con Alzheimer y 18 pacientes control. También encontraron diferencias en la forma de implementarlo, (autoadministrada y observación directa).

Se basó en la observación de la rutina de las AVD de los pacientes durante varias semanas en un consultorio, durante la ejecución "simulada" o en reportes subjetivos.

⁹ BUCKS, R.; ASHWORTH, D.; WILCOCK, G; SIEGFRIED, K. "Assessment of Activities of Daily Living in Dementia: Development of the Bristol Activities of Daily Living Scale". *Age and Ageing* 25; 113-120. Año 1996.

Hubo una significativa relación inversa entre la severidad de la demencia y el desempeño global de las AVD en el grupo de pacientes con enfermedad de Alzheimer. Sin embargo, esta relación no fue consistente entre las distintas tareas que comprenden el funcionamiento global de las AVD.

Se demostró que el cuestionario posee *confiabilidad interevaluadores* estadísticamente significativa ($p < 0.05$ excepto para las actividades de toilette, caminar y recreación) y el coeficiente de correlación de Spearman fue utilizado para comparar la escala visual analógica con el GDS y la duración de la enfermedad, tratando de determinar la *validez externa*.

Provee datos cuantificables con respecto al desenvolvimiento cotidiano de las personas afectadas con EA como también contribuye a diferenciar en la clínica aquellas actividades que las personas pueden realizar en forma segura y autónoma de las que requieren asistencia.¹⁰

Las autoras de la presente investigación consideran, que la desventaja que presenta es: valora las AVD, AIVD, ítems específicos que evalúan el interés, recreación, juegos y entretenimiento en forma conjunta.

Aún así fue uno de los modelos a seguir para la elaboración del EIAD por los procedimientos utilizados para la construcción del test y por la manera de graduar la actividad, y coinciden en que a mayor graduación, mayor sensibilidad.

■ **T. Burns** en el Geriatric Research, Education and Clinical Center en Minneapolis, USA. Creó el Cognitive performance test (CPT), administrado por *observación directa*.

El CPT es un instrumento estandarizado diseñado sobre la base de la evaluación de los niveles cognoscitivos del modelo de la T. O. Claudia Allen; este marco de referencia describe un sistema jerárquico de procesamiento de la información que guía la realización de la función. Esta teoría divide a la discapacidad funcional en 6 niveles graduados desde profundamente discapacitado hasta un funcionamiento normal. El nivel de discapacidad se determina por evaluación de la conducta sensoriomotora; incluye los tipos de información sensorial, atención,

¹⁰ OAKLEY, T.; SUNDERLAND, T.; HILL, J.; PHILLIPS, S.; MAKAHON, R.; EBNER, J. "The Daily Activities Questionnaire: A Functional Assesment for People with Alzheimer's Disease". *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*. Vol. 10 (2). Año 1991.

conducta motora y se complejiza con la evaluación de funciones semánticas. Comprende las siguientes actividades: usar el teléfono, realizar compras, utilizar transporte, lavar la ropa, preparar tostadas y vestirse. Se utilizó una muestra de 77 personas con EA leve y moderada y 15 pacientes control; los pacientes fueron reevaluados a las 4 semanas, al año y a los dos años. El CPT demostró *confiabilidad intraevaluador* (N= 36, a las 4 semanas $r= 0.89$), e *interevaluador* (N= 18, a las 4 semanas $r= 0.91$) Se correlacionó con el MMSE ($r= 0.67$) con un test de AVD (Physical Self-Maintenance Scale, $r= 0.49$) y con un test de IAVD ($r= 0.64$). La *consistencia interna* es aceptable (Alfa de Cronbach = 0.64) y *correlación interítems* ($r= 0.62$ a 0.85).

Los datos encontrados demuestran que los puntajes del CPT declinan con la progresión de la enfermedad.¹¹

Las autoras de la presente investigación consideran interesante la modalidad propuesta, sin embargo la desventaja que presenta para aplicarlo al contexto institucional es: el insumo de tiempo de evaluación, requiere de material específico para su administración y formación previa en el marco de referencia de Claudia Allen.

Año 1993

■ **J. Ungerecht Thralow, M. Schaubach Rueter** en el Progressive Dementia Unit at the Veterans Affairs Medical Center en St. Cloud, Minnesota. U.S.A

Realizan una adaptación del CPT denominada Selfcare Performance Test (SCPT). Compararon los puntajes de ambas escalas y encontraron una sustancial relación entre ambos instrumentos y concluyeron que el CPT y el SCPT detectan el desempeño en la ejecución de la tarea de manera consistentemente similar. Este último difiere del CPT porque describe solamente 4 AVD: alimentarse, afeitarse, lavarse los dientes y usar el baño, y se utilizaron 5 niveles de jerarquización.

Fueron evaluados 58 sujetos con demencia severa, con ambas pruebas. Estos instrumentos no requieren respuestas verbales por lo tanto se pudieron

¹¹ BURNS, T. "Cognitive performance test (CPT). A measure of cognitive capacity for the performance of routine tasks". *Geriatric Research, Education and Clinical Center (GRECC)*. Minneapolis Veterans Administration Medical Center. Año 1991.

detectar las conductas que se comprometen en los estadios avanzados. De los 58 pacientes sólo 7 se correlacionaron con niveles más altos de desempeño. Demostró *confiabilidad intraevaluador* ($r = 0.95 - 0.99$) e *interevaluador* ($r = 0.96 - 0.92$), *consistencia interna* a través de la correlación interítems ($r = 0.37 - 0.73$) y *validez concurrente*, se correlacionó el CPT con el SCPT ($r = 0.78$).¹²

Las autoras de la presente investigación consideran, si bien valora un rango limitado de AVD, puede ser útil para implementar con pacientes en estadios severos (ya que no requiere de respuestas verbales) y además facilitar la intervención posterior.

■ **C. Green, R. Mohs, J. Schmeidler, M. Aryan, K. Davis** en el Alzheimer's Disease Research Center Clinics at Mount Sinai Medical Center, New York y Veterans Affairs Medical Center, Bronx, New York. U.S.A.

Desarrollaron un estudio longitudinal de la declinación funcional en la EA.

El objetivo del presente estudio consistió en evaluar la confiabilidad de las medidas de AVD y determinar el rango y patrón de cambio longitudinal en pacientes con EA. Las evaluaciones se realizaron cada 6 meses, participaron 104 pacientes con diagnóstico de probable EA, según NINCDS ADRDA, a quienes se les realizó un seguimiento a lo largo de 31 meses.

Se administraron los siguientes tests por interrogatorio al familiar, en los casos de pacientes ambulatorios, o al profesional de enfermería, en aquellos pacientes institucionalizados: Physical Self-maintenance Scale (PSMS), Instrumental Activities of Daily Living Scale (IADLS) de Lawton y Brody, y el Test de Memoria y Concentración de Blessed.

La *confiabilidad interevaluador* ($N= 27$; $r= 0.98 - 1.00$), la *confiabilidad intraevaluador* ($N= 45$; $r= 0.84 - 0.96$) tanto los ítems individuales de la escala así como los resultados totales de la misma fueron calculados usando el coeficiente de correlación intraclass ($p < 0.001$).

Las conclusiones fueron las siguientes: ambos tests, PSMS e IADLS, son confiables para implementar en pacientes con EA, pero se requiere mejorar y

¹² UNGERECHT THRALOW, J; SCHAUBACH RUETER, M. "Activities of daily living and cognitive levels of function in dementia". *The American Journal of Alzheimer's Care and Related Disorders & Research*. Año 1993.

desarrollar ítems para evaluar al género masculino. Los puntajes de AIVD son sensibles al cambio en estadios leves y moderados de la enfermedad, mientras que los de PSMS detectan cambios en los estadios más severos.¹³

Las autoras de esta investigación coinciden con las conclusiones de este estudio y plantean que un aspecto pendiente es construir un instrumento de AIVD para el género masculino y se interrogan si se pueden presentar cambios en las AVD en los estadios leves de la enfermedad.

Desventaja: ambos instrumentos carecen de las propiedades para medir cambios longitudinales. El PSMS es altamente confiable a corto plazo y aplicable a todos los pacientes; sin embargo no alcanza a demostrar cambios apreciables en estadios leves de la enfermedad. El IADLS es una medición eficaz del cambio funcional en pacientes que no están severamente afectados

- **C. Baum, D. Edwards** en el Memory and Aging Project at Washington University. U.S.A. Crearon el Kitchen Task Assessment (KTA), test por observación directa.

La evaluación de tareas de cocina (KTA) es una medida funcional que registra el nivel de asistencia cognitiva requerida por una persona con demencia senil tipo Alzheimer para completar una tarea de cocina con buen desempeño. Los resultados permiten ayudar a los cuidadores (a través de la interpretación del evaluador o profesional rehabilitador) a comprender el nivel de asistencia que la persona afectada necesita para realizar las tareas de la vida diaria.

El KTA examina la habilidad de la persona deteriorada cognitivamente para completar la tarea de preparar una torta de un paquete comercial. El test indaga las siguientes funciones: iniciativa, gnosias, secuenciación, planificación, memoria procedural, graduado desde el nivel de independencia, asistencia física o verbal, o incapacidad.

Se evaluaron 106 personas con diagnóstico de EA. El KTA demostró confiabilidad interevaluadores (coeficiente de Kendall = 0.85 para el total). La validez

¹³ GREEN, C.; MOHS, R.; SCHMEIDLER, J.; ARYAN, M.; DAVIS, K. "Functional decline in Alzheimer's Disease: A longitudinal study". *Journal American Geriatrics Society*. 41: 654-661. Año 1993.

de constructo fue establecida analizando la relación entre la performance de los sujetos en el KTA y las medidas neuropsicológicas standard.¹⁴

Las autoras de esta investigación consideran que este test puede brindar información relevante si se trata de correlacionar las funciones comprometidas del SNC y el compromiso en los pasos de la tarea. Se sugiere administrar este test conjuntamente con tests por interrogatorio (AVD y AIVD) para obtener un perfil de desempeño funcional.

Año 1994

■ **H. Asuman Kijak, L. Teri, S. Borson** en la Universidad de Washington. U.S.A.

Desarrollaron un estudio longitudinal que comparó durante 2 años las escalas autoadministradas y por interrogatorio a los familiares sobre la salud física y funcional de 40 personas con EA y 53 pacientes adultos mayores no dementes como grupo control. El compromiso funcional fue evaluado de manera más consistente por los familiares y/o cuidadores formales que por los mismos pacientes con EA. Esta discrepancia no fue observada en el grupo control. Los informes de los familiares/cuidadores formales se correlacionaron estadísticamente con el deterioro de las habilidades cognoscitivas, no así las escalas autoadministradas. Los pacientes reconocían el deterioro en las AVD a través del tiempo, no obstante no ocurrió lo mismo con la progresión del deterioro cognoscitivo. Esto indica que la capacidad de auto-observación está parcialmente preservada en pacientes con EA en estadios leves y moderados. Los cuestionarios autoadministrados pueden proveer datos valiosos en la evaluación clínica pero deben ser complementados por información detallada del familiar y/o cuidador formal.¹⁵

¹⁴ BAUM, C ; EDWARDS, D; and the Faculty of the Program in Occupational Therapy, Washington University School of Medicine, St Louis, Missouri, for the Comission on Practice. "Position Paper: Occupational Performance : Occupational Therapy's. Definition of function". *The American Journal of Occupational Therapy*. AJOT, Vol 49 N° 10. November-December 1995.

¹⁵ ASUMAN KIJAK, H.; TERI, L.; BORSON, S. "Physical and Functional Health Assesment in normal aging and in Alzheimer's disease: Self-reports vs family reports". *The Gerontological Society of America*. Vol.34, N° 3, 324-330. Año 1994.

Las autoras de esta investigación sugieren que esta es la forma más adecuada de administrar un test por interrogatorio de AVD (al paciente y al familiar/cuidador formal).

Año 1997

■ **M.Tully, Q. Matrakas, K. Musallam.** en el National Institute of Health en Bethesda, U.S.A.

Crearon el Eating Behavior Scale (EBS) un test por observación directa. El EBS es una escala de observación funcional simple, rápida y económica. El propósito es medir la habilidad funcional de las personas con EA durante la alimentación. Mientras otros tests identifican solamente las habilidades motoras asociadas con los déficits, este test detecta la capacidad de la persona para realizar la actividad de comer de manera segura y autónoma. Alimentarse es una compleja actividad que requiere atención, iniciativa, conceptualización, habilidades visuo-espaciales y planificación.

Este estudio longitudinal se llevó a cabo con una muestra de 30 sujetos con EA, residentes del National Institute of Aging (NIA).

Se correlacionó la prueba con los tests neuropsicológicos (MMSE) $r= 0,82$, Dementia Rating Scale (Mattis) y el Raven's Colored Progressive Matrices $r= 0.99$; la *validez de contenido* se basó en la opinión de dos expertos (índice de validez de contenido = 1,0). Se estableció la *confiabilidad interevaluador* con un porcentaje promedio de acuerdo del 95.9 %.

Se ha demostrado a través de esta prueba que los pacientes con grados leves de EA tienen menos dificultades con la actividad de alimentarse a la inversa de aquellos pacientes con mayor deterioro.¹⁶

Las autoras de la presente investigación consideran: si bien evalúa una sola actividad podría ser de utilidad para aplicar en pacientes con deterioro severo.

¹⁶ TULLY, M.; MATRAKAS, Q.; MUSALLAM, K. The Eating Behavior Scale (EBS): A simple method of assesing functional ability in patients with Alzheimer's Disease. Journal of Gerontological Nursing, Vol 23 N° 7: 9-15. Año 1997.

Año 2000

■ **R. Montero, S. Fernández Guinea, E. Peláez, C. Torre y M.C. Torres** en la Asociación de familiares de enfermos de Alzheimer, “La Estrella de Jaén” España.

Crearon un nuevo cuestionario para valorar las actividades de la vida diaria en pacientes con la enfermedad de Alzheimer.

Proponen evaluar las capacidades básicas e instrumentales con preguntas específicas tales como: “¿lo hace sin problema?”, “¿lo hace con alguna dificultad?” La muestra fue de 15 pacientes con EA con un grado de deterioro leve, moderado y severo, mediante el Mini Examen Cognitivo (MEC), test de carga familiar (Zarit), una escala de valoración sobre las alteraciones conductuales y el nuevo cuestionario de AVD, aplicado tanto a los pacientes como a los cuidadores principales.

Los resultados según las medidas estadísticas aplicadas (r de Pearson y prueba t de Student) mostraron una relación positiva (aunque no llega al nivel de significación $p < 0.05$) que existe entre la capacidad funcional de los pacientes, el deterioro cognoscitivo, la presencia de alteraciones conductuales y el sentimiento de carga que expresan los familiares. Uno de los aspectos que se puede destacar es la distinta valoración que realizaron los familiares y los propios pacientes sobre el grado de independencia funcional de los mismos ($t = 3,07$; $p < 0,001$) siendo inferior la que otorgaban los familiares.¹⁷

Las autoras consideran de sumo interés las variables a estudiar, sin embargo coinciden que sería conveniente aumentar la muestra de pacientes y familiares, y disienten en evaluar de manera conjunta ambas categorías AVD e AIVD y la dificultad de cuantificar las preguntas del instrumento.

Año 2004

¹⁷ MONTERO, R; FERNÁNDEZ GUINEA, S., PELÁEZ, E., TORRE, C., TORRES, M.C. “Propuestas de un nuevo cuestionario para valorar las actividades de la vida diaria en pacientes con enfermedad de Alzheimer”. Primer Congreso Internacional en Neuropsicología en Internet. [http:// www.uninet.edu.com](http://www.uninet.edu.com) 02/06/01

■ **Jonson, N; Barion, A y otros** en el Northwestern Alzheimer's Disease Center. Chicago. U.S.A.

Crearon un cuestionario de actividades de la vida diaria, Test por interrogatorio al cuidador. Es una evaluación basada en dos tipos principales de habilidades funcionales, las actividades básicas de la vida diaria y las actividades instrumentales de la vida diaria en pacientes con probable Alzheimer y otras formas de demencia. Las AVD y AIVD fueron medidas en 6 áreas: autocuidado, cuidado del hogar, ocupación y recreación, compras, dinero, transporte y comunicación.

El cuestionario fue administrado a 140 cuidadores seguidos longitudinalmente. El total de puntuación del cuestionario y cada una de las subescalas fueron diseñadas para ser altamente reproducibles ($r= 0.86$), la *validez concurrente*, (N= 29) fue establecida por comparación con el Récord de Vida Independiente (RIL), la *confiabilidad interobservador* no obtuvo buena correlación ($r= 0.16$; $p= 0.40$); también fue comparado con otras medidas, donde fue significativa y negativamente correlacionado con el MMSE y positivamente correlacionado con el CDR. El cuestionario tiene elevada *confiabilidad intraevaluador* y *validez de constructo*, es consistente con otras mediciones de empeoramiento temporal en pacientes con probable Alzheimer y otras formas de demencia.¹⁸

Las autoras del presente trabajo de investigación, consideran que el cuestionario desarrollado por Barion reúne y demuestra poseer propiedades psicométricas en determinados casos, pero no es un instrumento de evaluación estable ya que la confiabilidad interevaluador es sumamente pobre. Es demasiado extenso y además evalúa múltiples áreas, con lo cual se pierde especificidad.

A nivel local:

Año 1993

■ **Bosenberg, I. Faidutti, S.** en el Hospital Privado de Comunidad de la ciudad de Mar del Plata. Buenos Aires.

¹⁸ JOHNSON, N.; BARION, A y otros. "The activities of daily living questionnaire: a validation study in patients with dementia". *Alzheimer Dis Assoc Disord.* 18 (4): 223- 30. 2004.

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

Aplicaron el índice de Barthel a personas mayores de 65 años que sufrieron un Accidente cerebro vascular (ACV), sin discapacidad previa (N= 61), a las 24 y 48 hs. y a los 30 y 90 días. El objetivo de la investigación fue aportar evidencia a favor de la validez del instrumento en nuestra población. La *confiabilidad interevaluadores*, se calculó con el coeficiente de Kendall (N= 15; $p < 0.01$). El valor pronóstico del índice de Barthel mostró ser estadísticamente significativo (correlación múltiple 0,94). Compararon los resultados obtenidos con otros estudios similares (Japón, EEUU e Inglaterra) a través del coeficiente de correlación de Spearman. Se obtuvo mayor correlación con los estudios de Inglaterra.¹⁹

Las autoras de la presente investigación consideran que la desventaja que presenta el índice Barthel es: si bien es uno de los que goza de mayor reconocimiento a nivel mundial y es uno de los más utilizados dentro del ámbito clínico y científico no fue diseñado para pacientes con deterioro cognoscitivo, y si bien evalúa específicamente las AVD no detecta cambios precoces y sutiles.

Año 1997

■ **Cieri, P. Cohn, M.** en el Hogar Hugo Adolfo Hirsh, de la Asociación Filantrópica Israelita y en Hospital Municipal Raúl Larcade. San Miguel, en la provincia de Buenos Aires. El trabajo fue presentado en la Universidad Nacional de Mar del Plata. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social, para optar al título de Licenciado en Terapia Ocupacional.

Midieron el grado de dependencia de las actividades básicas cotidianas (ABC) en adultos mayores de 60 años con trastorno cognoscitivo. La muestra estuvo configurada por 100 pacientes. Para llevar a cabo esta investigación se utilizó un diseño del tipo descriptivo-exploratorio.

¹⁹ BOSEMBERG, I.; FAIDUTTI, S. "Evaluación de la discapacidad en personas mayores de 65 años que sufrieron un Accidente cerebro vascular ACV". Tesis de grado de la Licenciatura en Terapia Ocupacional. Universidad Nacional de Mar del Plata. Facultad de Servicio Social y Ciencias de la Salud. Año 1993.

La hipótesis de trabajo fue que el nivel de dependencia en cada área de las ABC dependía de cuales eran las funciones cognitivas alteradas. Se utilizó el análisis de varianza de Kruskal- Wallis con grados de libertad y valor P. Se encontró una correlación estadísticamente significativa entre el grado de deterioro cognoscitivo, obtenido a través de las evaluaciones con el Minimental State de Folstein (MMS) y el nivel de dependencia en las ABC a través de la Escala de Valoración y Autovalimiento de Lawton y Brody (revisada por la T.O. Claudia Kay Allen) con un valor de $p = 0.01$.²⁰

En el análisis individual de cada variable los resultados más importantes fueron los siguientes:

Vestido y orientación espacial ($p < 0.02$)

Arreglo personal y orientación espacial ($p < 0.05$)

Arreglo personal y comprensión ($p < 0.04$)

Higiene y orientación espacial ($p < 0.01$)

Higiene y comprensión ($p < 0.01$)

Año 2000

■ **M.V. De Cillis.** En el Hospital de Rehabilitación Manuel Roca, perteneciente al Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

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

Presenta y mide la confiabilidad entreobservadores de la evaluación de autoatención "E.N.A." en pacientes que sufrieron un accidente cerebrovascular (ACV).

La autora plantea que si bien los profesionales insumen un gran porcentaje de su tiempo en la evaluación y tratamiento de pacientes con problemas funcionales, aún no han hecho uso extensivo de instrumentos de medición estandarizados para evaluar el autocuidado.

²⁰ CIERI, P.; COHN, M. "Grado de dependencia de las actividades básicas cotidianas (ABC) en adultos mayores de 60 años con trastorno cognitivo". Tesis de Licenciatura de la carrera de Terapia Ocupacional. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Universidad Nacional de Mar del Plata. Año 1997.

Se caracteriza por obtener una puntuación más discriminada del estado de autoatención del paciente, ya que cada actividad es desglosada en acciones graduadas de más simples a más complejas, las cuales tienen un puntaje parcial; también incluye el componente cognoscitivo, fundamental para iniciar la independencia de una persona en proceso de rehabilitación. Además permite registrar cambios más sensibles que otras escalas. La E.N.A mostró un alto grado de acuerdo *interobservadores* (ICC= 0,9639) con alta probabilidad de homogeneidad de varianzas *entreobservadores* (p= 0,8922).²¹

Las autoras de esta investigación consideran a este trabajo sumamente interesante ya que presenta la creación de un test a partir de las necesidades de una población que sufrió un ACV, teniendo en cuenta el contexto institucional. Más allá de acordar con la autora de este artículo en valorar los aportes nacionales que surgen de un ámbito cultural propio, aún queda mucho por hacer:

Deconstruir conceptos o prejuicios con respecto al “no lugar” de las AVD dentro y fuera de la profesión es un desafío por demás interesante.

²¹ DE CILLIS, M. “Instrumentos de evaluación en Terapia Ocupacional. Concordancia entre observadores de la Evaluación de Autoatención E.N.A.”. Tesis de Grado. Licenciatura en Terapia Ocupacional. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Universidad Nacional de Mar del Plata. Año 2000.

BIBLIOGRAFÍA UTILIZADA EN LA INTRODUCCIÓN Y EL ESTADO ACTUAL

- ASUMAN KIJAK, H.; TERI, L.; BORSON, S. "Physical and Functional Health Assesment in normal aging and in Alzheimer´s disease: Self-reports vs family reports". *The Gerontological Society of America*. Vol.34, Nº 3, 324-330. Año 1994.
- BAUM, C ; EDWARDS, D; and the Faculty of the Program in Occupational Therapy, Washington University School of Medicine, St Louis, Missouri, for the Comission on Practice. "Position Paper: Occupational Performance : Ocupational Therapy´s. Definition of function". *The American Journal of Occupational Therapy*. AJOT, Vol 49 Nº 10. November-December 1995.
- BOSEMBERG, I.; FAIDUTTI, S. "Evaluación de la discapacidad en personas mayores de 65 años que sufrieron un Accidente cerebro vascular ACV". Tesis de grado de la Licenciatura en Terapia Ocupacional. Universidad Nacional de Mar del Plata. Facultad de Servicio Social y Ciencias de la Salud. Año 1993.
- BUCKS, R.; ASHWORTH, D.; WILCOCK, G; SIEGFRIED, K. "Assessment of Activities of Daily Living in Dementia: Development of the Bristol Activities of Daily Living Scale". *Age and Ageing* 25; 113-120. Año 1996.
- BURNS, T. "Cognitive performance test (CPT). A measure of cognitive capacity for the performance of routine tasks". *Geriatric Research, Education and Clinical Center (GRECC)*. Minneapolis Veterans Administration Medical Center. Año 1991.
- CIERI, P.; COHN, M. "Grado de dependencia de las actividades básicas cotidianas (ABC) en adultos mayores de 60 años con trastorno cognitivo". Tesis de Licenciatura de la carrera de Terapia Ocupacional. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Universidad Nacional de Mar del Plata. Año 1997.
- CUMMINGS, J. "Alzheimer Disease". *The New England Journal of Medicine*. Julio Vol 351: 56-67. Nº 1. 2004.

- DE CILLIS, M. "Instrumentos de evaluación en Terapia Ocupacional. Concordancia entre observadores de la Evaluación de Autoatención E.N.A.". Tesis de Grado. Licenciatura en Terapia Ocupacional. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Universidad Nacional de Mar del Plata. Año 2000.
- GREEN, C.; MOHS, R.; SCHMEIDLER, J.; ARYAN, M.; DAVIS, K. "Functional decline in Alzheimer's Disease: A longitudinal study". *Journal American Geriatrics Society*. 41: 654-661. Año 1993.
- GUTRÚN ÁRNADÓTTIR. "The brain and behavior". Assessing Cortical Dysfunction Through Activities of Daily Living (ADL). Editorial The C. V. Mosby Company. Año 1990.
- JOHNSON, N.; BARION, A y otros. "The activities of daily living questionnaire: a validation study in patients with dementia". *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 18 (4): 223- 30. 2004.
- JUVA, K.; MÄKELA, M.; ERKINJUNTI, T.; SULKAVA, R.; YLIKOSKI, R.; VALVANNE, J; TILVIS, R. "Escalas de Evaluación funcional en la detección de demencia". *Age and aging*; 26:393-400. Año 1997.
- MANGONE, C.; ALLEGRI, F.; ARIZAGA, R.; OLLARI, J. "Demencia. Enfoque multidisciplinario". Ediciones Sagitario. Buenos Aires. Argentina. Año 1997.
- MONTERO, R; FERNÁNDEZ GUINEA,S., PELÁEZ, E.,TORRE, C.,TORRES, M.C. "Propuestas de un nuevo cuestionario para valorar las actividades de la vida diaria en pacientes con enfermedad de Alzheimer". Primer Congreso Internacional en Neuropsicología en Internet. [http:// www.uninet.edu.com](http://www.uninet.edu.com) 02/06/01
- OAKLEY, T.; SUNDERLAND, T.; HILL, J.; PHILLIPS, S.; MAKAHON, R.; EBNER, J. "The Daily Activities Questionnaire: A Functional Assesment for People with Alzheimer's Disease". *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*. Vol. 10 (2). Año 1991.
- PIERRE BOURDIEU. "Ideas para la acción. Los investigadores y el movimiento social". Le Monde Diplomatique/El Dipló. Febrero 2002.
- REISBERG, B y otros. "Memantine in moderate-to-severe Alzheimer disease". *The New England Journal of Medicine*. Vol 348: 1333-1341. Nº 14. Abril 2003.
- TULLY, M.; MATRAKAS, Q.; MUSALLAM, K. The Eating Behavior Scale (EBS): A simple method of assesing functional ability in patients with

Alzheimer's Disease. Journal of Gerontological Nursing, Vol 23 N° 7: 9-15.
Año 1997.

- UNGERECHT THRALOW, J; SCHAUBACH RUETER, M. "Activities of daily living and cognitive levels of function in dementia". *The American Journal of Alzheimer's Care and Related Disorders & Research*. Año 1993.

TEMA

Y

OBJETIVOS

TEMA

“Escala de evaluación por interrogatorio de las actividades de la vida diaria (AVD), para pacientes con diagnóstico de deterioro cognoscitivo y demencia tipo Alzheimer (EIAD)”.

OBJETIVO GENERAL

- Determinar la confiabilidad y validez de la Escala por interrogatorio de las actividades de la vida diaria, (EIAD) en pacientes con diagnóstico de deterioro cognoscitivo y demencia tipo Alzheimer que concurrieron a la evaluación interdisciplinaria del Servicio de Medicina Preventiva (SATE) del Hospital Privado de Comunidad de la ciudad de Mar del Plata durante el período agosto- noviembre del año 2006.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Caracterizar la muestra según sexo, edad, nivel de escolaridad y grado de demencia.
- Caracterizar la población de cuidadores según sexo, edad, vínculo con el paciente, tiempo que dedica al cuidado del mismo y modalidad de convivencia.
- Establecer la **confiabilidad interevaluador** de la Escala por interrogatorio de las AVD, EIAD.
- Demostrar la **confiabilidad intraevaluador** de la Escala por interrogatorio de AVD, EIAD.
- Comprobar la **consistencia interna** de la Escala por interrogatorio de las AVD, EIAD.
- Determinar la **validez de contenido** de la Escala por interrogatorio de las AVD, EIAD.

- Aportar evidencia a favor de la **validez de constructo**, correlacionando los resultados de la Escala por interrogatorio de las AVD, EIAD, índice de Barthel y Katz con la Escala Global de Deterioro (GDS).

FUNDAMENTACION

FUNDAMENTACION

Estudios recientes han documentado que las discapacidades funcionales son muy comunes entre pacientes ancianos. A menudo las AVD están siendo utilizadas como sinónimo de función física o performance. Las escalas de AVD evalúan la capacidad básica de las personas de cuidarse y consecuentemente representan un restringido rango de realización. Las escalas de AVD son usualmente ordenadas jerárquicamente desde las básicas funciones humanas (toilette y alimentarse) hasta las más elevadas como (vestirse y caminar). Algunas escalas estandarizadas de AVD son a menudo útiles al realizar descripciones base-line, seleccionar factores de riesgo y plantear objetivos de tratamiento, especialmente en pacientes que tienen un alto grado de discapacidad y principalmente en lugares de rehabilitación. Además son útiles para definir las necesidades de asistencia de los pacientes en actividades básicas, y colaborar en la toma de decisiones cuando una persona puede permanecer en su hogar o requiere institucionalización. Según algunos autores la evaluación funcional puede brindar información pronóstica y muchas veces es utilizada para determinar el ingreso a instituciones geriátricas o cuidados en el hogar. El Panel de Estadística para Población adulta Mayor en el año 1988 refiere que a pesar de la clara relevancia de la evaluación funcional en este grupo etario existe muy poca información en cuanto a los cambios en patrones de funcionamiento en varios subgrupos. Por lo tanto se requieren medidas funcionales para los pacientes que tienen específicos desórdenes o deterioro.

Una evaluación funcional completa de los adultos mayores en el ámbito de la clínica se torna esencial para un óptimo abordaje. Establecer un diagnóstico de demencia requiere no sólo deterioro en el desempeño cognoscitivo sino que además ese déficit interfiera significativamente en el trabajo de la persona afectada, actividades sociales habituales o vínculos con otros.

El conocimiento acerca de la habilidad de una persona para desarrollar las diferentes AVD es una parte esencial de la evaluación general de una persona con demencia, y es importante en la determinación del diagnóstico y evaluación de cambios. A pesar de que ha habido una inversión considerable en el desarrollo de escalas de evaluación para medir cambio cognoscitivo en personas con demencia, hay pocos protocolos específicamente ideados para evaluar cambios en variables no cognoscitivas, y varios autores han comentado a través de sus escritos sobre la necesidad de desarrollo de tales escalas. Aparte del diagnóstico, la medida del desempeño en AVD permite la

evaluación de los resultados del tratamiento, la carga del cuidador, el objetivo de la intervención y la elucidación entre la cognición y la habilidad funcional en lo cotidiano.

Numerosas escalas de AVD han demostrado ser insensibles a los cambios en personas con demencia. Esto se debe a que fueron ideadas para usar con otros grupos, tales como ACV o discapacidades físicas.²²

Luego de la revisión bibliográfica se encontró un gran número de investigaciones que presentan el desarrollo de instrumentos para evaluar desempeño funcional. Algunas de ellas sirvieron como guía para el diseño del EIAD, sin embargo, la mayoría no se ajustó a los intereses y objetivos clínicos. Por un lado se encuentran las escalas más sensibles, que son por observación directa y por otra parte se encuentran las escalas que miden conjuntamente AVD y AIVD, según los estudios de Lawton y Brody se puede afirmar que si bien ambos tipos de habilidades son importantes, las AIVD pueden ser más difíciles de evaluar ya que no puede darse por sentado que todos los pacientes fueron capaces de realizar todas éstas actividades en su estado premórbido.

La elaboración de la escala de evaluación de las AVD para pacientes con deterioro cognoscitivo y demencia sostiene criterios claros que se han ido moldeando en la práctica clínica.

El EIAD es una escala de evaluación por interrogatorio, que sólo evalúa AVD, y que se considera más sensible que otros instrumentos que evalúan tales actividades porque sus ítems ahondan en el aspecto cognoscitivo de la actividad y propone siete categorías del nivel de independencia de la persona.

Un creciente número de propuestas legislativas recomiendan para asegurar los cuidados a largo plazo, algunas variables de las AVD como determinantes para establecer la elegibilidad. Un estudio sugiere que extender la definición de dependencia en las AVD e incluir variables como indicación y supervisión, ofrece medios simples pero eficaces para determinar la elegibilidad para el cuidado a largo plazo en personas con deterioro cognoscitivo.²³

El objetivo de ésta investigación es establecer la confiabilidad y contribuir a determinar la validez de éste nuevo instrumento de evaluación de las AVD, que ha surgido en un espacio clínico real y conforme a las necesidades de una población determinada.

²² KANE, R.; SASLOW, M.; BRUNDAGE, T. "Using ADLs to Establish Eligibility for Long-Term Care Among the Cognitively Impaired." *The Gerontologist*. Vol.31, Nº1. Año 1991.

²³ Ibid

Es el deseo de las autoras obtener resultados metodológica y estadísticamente satisfactorios en cuanto a la confiabilidad y validez del instrumento que posteriormente puedan ser validados en otras poblaciones y grupos etarios, como así también despertar el interés en estas áreas, la gerontología, los trastornos mnésico-cognoscitivos y, en especial, hacia los instrumentos de valoración, un campo por cierto fascinante y bastante inexplorado. También es nuestra intención disfrutar, compartir y contribuir a crear conocimiento a partir de las experiencias y necesidades de los pacientes y sus familias.

E.I.A.D ESCALA DE EVALUACIÓN DE LAS A.V.D.

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

El desafío de buscar un instrumento y conceptualizaciones sobre el área funcional constituyeron el puntapié inicial para la construcción del E.I.A.D.

Una vez planteada la problemática se comenzó a trabajar en dos procesos simultáneos, por un lado la búsqueda bibliográfica de una escala validada para demencia, para tal fin se constituyó un grupo de estudio que funcionaba en la Asociación Marplatense de Terapistas Ocupacionales.

Por otro lado indagar y reflexionar durante la practica diaria las dificultades que se encontraban con el índice de Barthel, (los puntajes arrojados por el mismo no coincidían con el desempeño en las AVD objetivado por el familiar, o la graduación de las categorías de independencia – dependencia era demasiado acotada) llevó a formular las preguntas y detectar las áreas de mayor compromiso en el desempeño cotidiano de pacientes con demencia, por lo tanto se pensó en incluir categorías como indicación y supervisión, las cuales serían indicadores de una afectación, para ello se basó en los niveles de Independencia del MEDICARE.²⁴

²⁴ TROMBLY, C. "Occupational Therapy for Physical Dysfunction." Cuarta Edición. Editorial Williams and Wilkins. Año 1995.

Una vez realizada la traducción, análisis y selección de una vasta cantidad de artículos, se concluyó que existe una variada y amplia oferta de tests en el área, sin embargo ninguno de ellos se adaptó por completo a las necesidades del contexto. Con respecto a la modalidad de administración, si bien la mayoría de los artículos destacan los beneficios de la observación directa, la desventaja de aplicarlos en la clínica es que insumen demasiado tiempo y costos en el caso de trasladarse al domicilio del paciente. Por otra parte se carecía de la infraestructura adecuada para evaluar la simulación de las actividades en el Servicio, por último algunos investigadores resaltan la incomodidad que puede generar en los pacientes la observación de actividades tales como toilette, bañarse entre otras.

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

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

Por lo tanto se acordó que sería un test por interrogatorio, que solamente indagaría en el dominio de las AVD con el objetivo de detectar cambios tempranos en el nivel de desempeño en pacientes con diagnóstico de deterioro cognoscitivo y demencia tipo Alzheimer.

Otro aspecto importante que destaca la bibliografía con respecto a la modalidad por interrogatorio, en pacientes con deterioro cognoscitivo y demencia, es que la evaluación debe realizarse al familiar y/o cuidador, hay numerosos estudios que evidencian mayor confiabilidad de los datos aportados por los mismos, a pesar del sesgo ocasionado por la sobrecarga y/o la diversidad vincular. Fundamentan tal aseveración en que a mayor deterioro cognoscitivo menor conciencia de déficits, elevado monto de anosognosia o metamemoria alterada.

El proceso de cuidar a un paciente con demencia es complejo, existen múltiples factores que intervienen en distintos niveles en el desarrollo del mismo. La literatura sobre

el tema está de acuerdo en que se trata de una experiencia crónicamente estresante y que afecta en mayor o menor medida la salud física y mental de los cuidadores.²⁵

La información basada en los cuidadores puede dar cuenta de síntomas tempranos y progresión de la enfermedad, son importantes para realizar un diagnóstico y monitorear la evolución de la misma, además son utilizados como screening de demencia y para evaluar la pérdida de memoria en pacientes con E. A. Pueden distinguir entre individuos sin deterioro y sujetos con muy leve demencia tipo Alzheimer durante los primeros estadios de la enfermedad.²⁶

Luego del rastreo bibliográfico encontramos uniformidad de criterios en cuanto a la definición, clasificación y caracterización del perfil de los cuidadores formales e informales. En la mayoría de los estudios establecen que la frecuencia de cuidado mínimo es tres veces por semana, sin embargo no hubo consenso en cuanto a las horas necesarias de contacto con el paciente para que se considere válida la información. Por lo tanto en la presente investigación se incluyó a aquellos cuidadores formales e informales que consideraron tener el grado de conocimiento suficiente para responder sobre el desempeño en la realización de las AVD del paciente.

²⁵ CARRASCO, M; ARTASO, B. "La sobrecarga de los familiares de pacientes con Enfermedad de Alzheimer". www.societatcatalanadeneurologia.com. Fecha de consulta: 17/1/2006.

²⁶ HARVEY, P; MORIARTY, P. Y OTROS. "The validation of a caregiver assessment of dementia. The dementia severity scale." *Alzheimer Dis Assoc Disord*. Vol 19, N° 4. Año 2005.

BIBLIOGRAFIA UTILIZADA EN LA FUNDAMENTACION

- CARRASCO, M; ARTASO, B. "La sobrecarga de los familiares de pacientes con Enfermedad de Alzheimer". www.societatcatalanadeneurologia.com. Fecha de consulta: 17/1/2006.
- HARVEY, P; MORIARTY, P. Y OTROS. "The validation of a caregiver assessment of dementia. The dementia severity scale." *Alzheimer Dis Assoc Disord*. Vol 19, Nº 4. Año 2005.
- KANE, R.; SASLOW, M.; BRUNDAGE, T. "Using ADLs to Establish Eligibility for Long-Term Care Among the Cognitively Impaired." *The Gerontologist*. Vol.31, Nº1. Año 1991.
- TROMBLY, C. "Occupational Therapy for Physical Dysfunction." Cuarta Edición. Editorial Williams and Wilkins. Año 1995.

ASPECTOS FUNDAMENTALES
DEL
MARCO TEORICO

Capitulo I

Enfermedad de Alzheimer

DEMENCIA TIPO ALZHEIMER

I. 1 DIAGNOSTICO DE DEMENCIA

Los criterios diagnósticos de demencia que gozan de mayor reconocimiento en el ámbito clínico y científico se basan en la definición contenida en el National Institute of Neurologic Communicative Disorders Association (NINCDS-ADRDA) Work Group, en la tercera edición revisada y cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM-III-R) y (DSM IV).

Según el NINCDS-ADRDA

1. El criterio para el diagnóstico de E.A. *probable*

- Demencia establecida por examen clínico y documentada por el Minimental Test, Escala de Blessed o algún otro examen similar, y confirmado por evaluación neuropsicológica.
- Defectos en dos o más áreas de la cognición.
- Empeoramiento progresivo de la memoria y otras funciones cognitivas.
- Ausencia de perturbación de la conciencia.
- Comienzo de la sintomatología entre los 40 y 90 años; más frecuente luego de los 65.
- Ausencia de desórdenes sistémicos u otras enfermedades del cerebro que por sí mismas pudiesen provocar defectos progresivos de la memoria y de la cognición.

2. El diagnóstico de E.A. *probable* es apoyado por:

- Deterioro progresivo de funciones cognitivas específicas tales como lenguaje (afasia), habilidades motoras (praxias), y perceptivas (agnosias).
- Compromiso de las AVD y patrones alterados del comportamiento.
- Historia familiar de desórdenes similares, particularmente probados anatomopatológicamente.
- Resultados de laboratorio de:
 - a) Punción lumbar normal, evaluada con técnicas Standard.

- b) EEG normal o cambios de carácter inespecíficos tales como incremento de la actividad lenta.
- c) Evidencia de atrofia cerebral en la TAC con progresión documentada a través de observaciones seriadas.

3. Otros rasgos clínicos consistentes con el diagnóstico de E.A. probable, luego de la exclusión de otras causas de demencia distintas que la E.A. incluyen:

- Estancamientos en el curso evolutivo de la enfermedad.
- Síntomas asociados de depresión, insomnio, incontinencia, delusiones, alucinaciones, ilusiones, comportamiento catastrófico, verbal o emocional, exabruptos físicos, desórdenes sexuales y pérdida de peso; otras anormalidades neurológicas especialmente en estadios avanzados de la enfermedad que incluyen signos motores tales como incremento del tono muscular, mioclonías o trastornos en la marcha.
- Convulsiones (en estadios avanzados)
- Tomografías dentro de límites normales para la edad del paciente.

4. Rasgos clínicos que hacen incierto o improbable el diagnóstico de E. A. probable:

- Comienzo agudo o apopléctico.
- Hallazgos de signos neurológicos de carácter focal tales como hemiparesia, pérdida de sensibilidad, defectos campimétricos visuales y trastornos en la coordinación motora, de aparición temprana en la evolución de la enfermedad.
- Convulsiones o perturbaciones de la marcha en estadios iniciales de la enfermedad.

5. Diagnóstico clínico de E. A. posible:

- Puede ser hecho sobre la base del diagnóstico de síndrome demencial, en ausencia de otra enfermedad neurológica, psiquiátrica o desórdenes sistémicos capaces de provocar demencia, y cuando se constatan variaciones en las formas de iniciación, presentación o curso evolutivo del cuadro clínico.
- Puede ser hecho también bajo la presencia de desórdenes cerebrales o sistémicos asociados, capaces de provocar demencia, pero que no son considerados la causa del síndrome demencial en cuestión.
- Debería ser utilizado en estudios de investigación, cuando un defecto cognitivo, único y gradualmente progresivo, es identificado en ausencia de otras causas posibles que lo puedan originar.

6. Diagnóstico clínico de E. A. definitivo:

- Requiere el criterio clínico para diagnóstico de E. A. probable y la comprobación histopatológica por biopsia o autopsia.

7. La Clasificación de E. A. para propósitos de investigación debe especificar características que puedan identificar subgrupos del desorden tales como: antecedentes familiares, inicio antes de los 65 años, presencia de trisomía 21 y coexistencia de otras condiciones relevantes como por ejemplo enfermedad de Parkinson.²⁷

Sin embargo en los últimos años se ha incrementado el interés y la preocupación por el diagnóstico precoz de los síndromes demenciales antes de cumplir los criterios de demencia.

Con el objetivo de determinar la confiabilidad de las definiciones y desarrollar parámetros prácticos para los profesionales que trabajan con demencia se

²⁷ Op. Cit MANGONE, C

conformaron Subcomités Standards de Calidad de la Academia Americana de Neurología (AAN).²⁸

El propósito de los autores fue resaltar los puntos más salientes y actualizar las áreas de mayor interés e investigación en el diagnóstico de demencia con fines educativos. No fue la intención de este Subcomité presentar una exhaustiva revisión de los diagnósticos diferenciales de demencia.

Este comité utilizando los criterios de la Medicina basada en la evidencia recomienda:

- Las definiciones del DSM-III-R y DSM IV son confiables y podrían utilizarse rutinariamente.

El DSM-III-R dice: “el rasgo esencial de la Demencia es el deterioro en la memoria a corto y largo plazo, asociada con deterioro en el pensamiento abstracto y el juicio, otros déficits en las funciones corticales superiores o cambios en la personalidad. De tal severidad que interfieren de manera significativa en las actividades usuales, laborales, sociales o el vínculo con otros. El diagnóstico de demencia no se realiza si los síntomas ocurren en estado de delirio...”²⁹

- Los pacientes con quejas subjetivas de memoria y objetivadas por tests, con un desempeño normal en otras funciones cognitivas y en las AVD, deben ser identificados y monitoreados (existe abrumadora evidencia del riesgo en que se encuentran estas personas de sufrir una demencia).

A nivel nacional se destaca la labor realizada por el Consortium Argentino para el Estudio de las Demencias (C.A.E.D) un grupo integrado por profesionales médicos, de las tres especialidades que con mayor frecuencia abordan ésta patología: neurología, geriatría y psiquiatría, y que desarrollan su tarea asistencial y de investigación preferentemente en esta área. Cuenta con representantes de todo el país. El fin del C.A.E.D. es académico y de trabajo en equipo, y sus objetivos son:

- tratar de lograr una visión común de la problemática de las demencias
- definir criterios operativos

²⁸ KNOPMAN, D; DEKOSKY,S; CUMMINGS, J y OTROS. “Parámetros de la práctica: Diagnóstico de demencia” (revisión de estudios de medicina basada en la evidencia) Informe del Subcomite de Standards de Calidad de la Academia Americana de Neurología. (A. A .N) Neurology , 56: 1143-1153. 2001.

²⁹ Cfr. MANGONE, C; ALLEGRI, F; ARIZAGA, R; OLLARI, J. “Demencia. Enfoque Multidisciplinario”. Ediciones Sagitario Parte III. Pág 105.Año 1997.

- organizar normativas diagnósticas, pronósticas, de seguimiento y terapéuticas con validez nacional
- extrapolar los datos obtenidos a nivel internacional

Por consenso recomiendan: no utilizar el término demencia hasta tanto determinar con seguridad su diagnóstico, proponen por lo tanto el uso del término “deterioro cognoscitivo”, “deterioro conductual” o “deterioro cognitivo- conductual” hasta tanto se establezca la presencia del síndrome demencial.

Se considera sumamente valioso el aporte brindado por este grupo de profesionales que reflejan el esfuerzo, el compromiso, la constancia, y el logro de un consenso, a nivel nacional, abandonando criterios individuales en función de la pluralidad de pensamientos para construir una visión común.

Esta experiencia constituye un modelo a seguir, con sus limitaciones, ya que no fueron incluidos los “profesionales no médicos”. Se convierte en un desafío para los mismos buscar el acuerdo en cuanto a pautas de evaluación y tratamiento, que no sólo contribuye a utilizar un lenguaje común sino también a difundir el que-hacer con este tipo de patologías, único camino viable para *ocupar espacios, fundamentar y sostener* la necesidad de una visión más holística, integradora, con un abordaje que se torna necesariamente *interdisciplinario*.

Las autoras, como agentes de salud, consideran de gran utilidad esta información; y como prioritario estar actualizados con parámetros consensuados, sobre qué hacer y bajo qué circunstancias, nos brinda un marco de contención ético en la atención de los pacientes y sus familias.

I. 2. ESTADIOS DE LA DEMENCIA

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

La **Escala de deterioro global (GDS)** establece siete estadios posibles y define cada uno de ellos en términos operacionales y en base a un deterioro supuestamente homogéneo. No obstante las dificultades prácticas para encuadrar a

los pacientes en un estadio determinado, esta escala es reconocida y utilizada mundialmente. El CAED sugirió su implementación para la gradación del síndrome demencial acompañado del instrumento de **Evaluación Funcional para la EA (FAST)**. El autor de ambos instrumentos es B. Reisberg.

En la actualidad se ha incorporado un nuevo estadio que genera controversias y aún no hay un consenso unificado denominado “demencia muy leve”, “demencia preclínica”, “deterioro cognoscitivo incipiente” o “Alzheimer-predemencia”.

“La evaluación neuropsicológica es la metodología que permite poner en evidencia y registrar adecuadamente la alteración cognitiva-conductual y puede ser utilizada en los diferentes niveles clínicos de abordaje del paciente”.³⁰

La importancia de un diagnóstico precoz, basado en una evaluación adecuada, permite objetivar a través de pruebas, y por lo tanto, sugerir pautas de tratamiento tempranas, contener al paciente y lograr el seguimiento a través del tiempo.

I. 3. CALIDAD VIDA EN ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

La calidad de vida (CDV) es un concepto a la vanguardia en la investigación gerontológica, pero a menudo según Lawton se negligencia en la mayoría de los pacientes con EA.

Los dominios de CDV en pacientes con EA incluyen: competencia en el funcionamiento cognoscitivo, habilidad de realizar las actividades de la vida diaria, uso significativo del tiempo, conducta social adecuada, y un balance favorable entre la presencia de emociones positivas y ausencia de indicadores negativos. Una evaluación formal de estos indicadores puede contrarrestar la tendencia que torna irrelevante a la CDV en la demencia.

Las AVD (incluidas en el dominio comportamiento o conductual) son evaluadas por un observador siguiendo los parámetros de la investigación o criterios normativos; la performance cognoscitiva es evaluada a través de tests neuropsicológicos; y la conducta social es evaluada siguiendo escalas de conductas

³⁰ Cfr. ALLEGRI, R; HARRIS, P; DRAKE, M. “Evaluación Neuropsicológica”. *Psicogeriatría. Bases Conceptuales. Clínica y Terapéutica Integral*. Ed Soc. Neurol. Psiqu. Neurocir. Santiago de Chile. 2002.

patológicas (Behave AD Scale Reisberg, o el Inventario Neuropsiquiátrico. NPI de Cummings) o una estimación de la interacción social.

Para los pacientes con EA en los estadios tempranos las medidas subjetivas del coeficiente de CDV son usualmente confiables. En los pacientes con mayor deterioro cognoscitivo, sus reportes no son tan confiables. Por lo tanto, este autor cree en la información obtenida a través de las conductas externas (evaluador). La función cognoscitiva no es usualmente identificada como un elemento de la CDV, en parte porque es relativamente irreversible. Lawton la incluye porque sustenta un lugar de importancia a la valoración subjetiva en general.

Para el dominio cognoscitivo el rango de la discriminación de los tests es insuficiente en los extremos más bajos. Los tests tradicionales no registran usualmente las funciones que se tornan relevantes solamente en los estadios finales. Algunos expertos contemporáneos estiman que el 30% de pacientes con mayor deterioro en EA no puede ser evaluado por ningún test cognoscitivo e incluyen nuevos tests especialmente diseñados para pacientes con "severo deterioro".

En el GDS se utilizan criterios de AVD más que cognoscitivos para definir los puntos más deteriorados de la escala. De este modo, aunque es conveniente mantener las identidades separadas entre cognición y AVD (porque covarian aproximadamente pero no de manera exacta), algunas veces es necesario combinar los dos dominios. En este caso, estos dominios sostienen una relación jerárquica el uno con el otro, conveniente en un punto tal que las AVD puedan extender los rangos más bajos de evaluación cognoscitiva.

Por otro lado, la función cognoscitiva de pacientes en estadios tempranos de EA no puede predecir con precisión el compromiso en las AVD. Ciertamente ambas funciones cognoscitivas y las AVD deben ser medidas separadamente para crear un perfil de competencias e incompetencias. Se sugieren las mediciones de AVD como indicadores de CDV, sobre la base que las conductas competentes son un objetivo para todas las personas, sin considerar el nivel de deterioro. En relación a las AVD hay evidencia en varios estudios, que si el objetivo es la rehabilitación, puede incrementarse la competencia funcional.³¹

³¹ MANGONE, C; ALLEGRI, F; ARIZAGA, R; OLLARI, J. "Demencia. Enfoque Multidisciplinario". Ediciones Sagitario. Buenos Aires. Argentina. Año 1997 y 2006

Un creciente número de propuestas legislativas para asegurar los cuidados a largo plazo, recomiendan algunas variables de las AVD como determinantes para establecer la elegibilidad. Quizás la más conocida es la recomendación de la Comisión Pepper que utiliza el deterioro en 3 de 5 AVD como la base para establecer la misma: baño, traslado, toilete, vestido y alimentación.

Se ha realizado un gran esfuerzo para estimar el tamaño potencial del criterio de elegibilidad bajo diferentes puntos de partida.

El deterioro funcional ha sido ampliamente reconocido como un importante aspecto de la efectividad de la valoración clínica y ha surgido como un término en común con la elegibilidad basado en la discapacidad. Esta aceptación general de las AVD ha generado preocupación en personas que representan a las que sufren deterioro cognoscitivo y alteraciones semejantes, ya que para fijar el grado de elegibilidad se tiene en cuenta el grado de asistencia física que requiere la persona en la realización de las tareas (obviando el tipo de indicación y/o supervisión y, además, si compromete la seguridad para sí y para los demás).

Tomar como referencia que el nivel de elegibilidad se basa simplemente en el grado de asistencia física en la ejecución de las AVD, podría interferir en las regulaciones que podrían volverse en contra de los ciudadanos.

La Asociación de Alzheimer en el año 1990 ha propuesto la urgente necesidad de expandir los criterios de elegibilidad e incluir ítems específicos para aquellas personas que sufren demencia. Ambas posturas han creado algunos problemas. Las medidas de AVD se basan desde sus inicios en el trabajo elaborado por Katz y colegas con pacientes con fractura de cadera. Estas medidas han demostrado ser extensamente predictoras de las necesidades de cuidado y sus consecuencias, como la institucionalización y muerte.

Sin embargo, su definición de requerimientos de cuidados se refiere a la necesidad de asistencia física; impresiona desestimar que la asistencia que requieren las personas con deterioro cognoscitivo a menudo consiste en supervisión y/o indicación verbal.

Establecer categorías separadas de nivel de deterioro, o aún realizar subgrupos dentro de la población deteriorada, por ejemplo considerar estadios severos, podría permitir prestar especial atención a aquellos que comprometen la seguridad para sí y los demás. Este aspecto ha sido escasamente manejado de manera administrativa y resuelto para elegir una medida que discrimine

apropiadamente el grado de discapacidad, ya que no todas las personas con deterioro cognoscitivo requieren de cuidados a largo plazo. Además podría asesorarse en las recomendaciones que necesita la persona, pero aún hay problemas para determinar la necesidad de supervisión ya que los instrumentos utilizados sólo contemplan la variable asistencia física.³²

I.4. ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

¿Para que sirve evaluar "como funciona" una persona con demencia?

1. Permite establecer una descripción inicial (basal) sobre su desempeño.
2. Facilita el rastreo de problemas comunes que pudieran haber pasado inadvertidos y que pudieran derivar en una declinación física.
3. Asiste en el diagnóstico del síndrome.
4. Establece medidas objetivas para monitorear el curso clínico de un paciente.
5. Ayuda en la construcción de un plan de rehabilitación adecuada.³³

La enfermedad de Alzheimer acontece en la mayoría de los casos de demencia de la población adulta mayor. Sin embargo los déficits cognoscitivos han recibido mayor atención, no obstante debe notarse que el deterioro funcional y de las habilidades de la vida diaria son también centrales en esta patología, dado que los criterios diagnósticos ampliamente reconocidos y utilizados internacionalmente y recomendadas por el CAED, las incluyen.

El DSM III- R refiere que para el diagnóstico de una demencia el disturbio debe ser "suficientemente severo para interferir de manera significativa con su rol laboral, actividades sociales, usuales y/o su relación con los otros"³⁴, similarmente el NINCDS ADRDA GROUP refiere que "el diagnóstico de EA probable es apoyado por

³² LAWTON P. Calidad de vida en la enfermedad de Alzheimer. Research Institute, Philadelphia Geriatric Center, Philadelphia, Pennsylvania. USA

³³ KANE, R.; SASLOW, M.; BRUNDAGE, T. Using ADLs to Establish Eligibility for Long-Term Care Among the Cognitively Impaired. The Gerontologist. Vol.31, N°1. Año 1991.

³⁴ Op.cit. MANGONE. Pág. 105

el compromiso de las actividades del diario vivir y patrones alterados de comportamiento”.³⁵

El FAST y el GDS en sus estadios 4 y 5 mencionan como indicador de deterioro la necesidad de asistencia en la ejecución de las actividades cotidianas.

Otra escala ampliamente reconocida es la Escala Clínica de Demencia (CDR) de Hughes y colaboradores, que también incluye la indagación en estos aspectos.

Numerosas escalas se utilizan para evaluar los cambios funcionales en demencia pero muchas de ellas no han sido diseñadas específicamente para tal población. Por ejemplo: el índice de Katz, fue desarrollado para evaluar la habilidad funcional de pacientes con limitaciones en la movilidad, Por ej.: fractura de cadera, artritis, esclerosis múltiple, entonces este índice no fue diseñado para demencia o EA.

La T. O. apunta a incrementar y/o mantener las habilidades de las personas con demencia, quienes sufren un proceso de deterioro gradual que compromete sus funciones cognoscitivas, que ocasiona a su vez una involución en sus actividades cotidianas.

Dicho de otro modo apuntalar al “sujeto” y su familia, y a medida que declinan sus recursos yicos funcionar como un yo auxiliar.

Así como también abarca las continuas modificaciones y adaptaciones de las tareas de la vida diaria, del entorno físico y social en el cual dichas tareas son desempeñadas. Estas adaptaciones ayudan a personas con demencia a usar sus habilidades y mantener el mayor tiempo posible su autonomía.

La evaluación considera la habilidad de la persona para iniciar, sostener y completar una tarea, apunta a describir el modo de realización de determinadas tareas de manera segura e independiente, aquellas que puede llevar a cabo con dificultad o las que requieren de la presencia o ayuda de otra persona.

Y en este tipo de patología se torna esencial realizar un monitoreo que requiere de cierta periodicidad para poder efectuar las intervenciones adecuadas al paciente. El objetivo, más allá de la prevención del deterioro es maximizar la función en cada grado del proceso demencial, podría resultar en mejorar la calidad de vida de la persona.

35 Ibid. PAG. 106

A menudo sin la perspectiva funcional, se elevarían los sentimientos de frustración y stress del staff y/o cuidadores.

Es importante: los abordajes deben ser flexibles, que se adapten a los cambios y necesidades de las personas a través del tiempo y a las fluctuaciones de las habilidades.

BIBLIOGRAFÍA UTILIZADA EN EL CAPITULO DE ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

- KANE, R.; SASLOW, M.; BRUNDAGE, T. Using ADLs to Establish Eligibility for Long-Term Care Among the Cognitively Impaired. The Gerontologist. Vol.31, N°1. Año 1991.
- KNOPMAN, D; DEKOSKY,S; CUMMINGS, J y OTROS. Parámetros de la práctica: Diagnóstico de demencia (revisión de estudios de medicina basada en la evidencia) Informe del Subcomite de Standards de Calidad de la Academia Americana de Neurología. (A.A.N) ,Neurology, 56: 1143-1153. 2001.
- LAWTON P. Calidad de vida en la enfermedad de Alzheimer. Research Institute, Philadelphia Geriatric Center, Philadelphia, Pennsylvania. USA
- MANGONE, C; ALLEGRI, F; ARIZAGA, R; OLLARI, J. “Demencia. Enfoque Multidisciplinario”. Ediciones Sagitario. Buenos Aires. Argentina. Año 1997 y 2006
- Op.cit. MANGONE, C.

Capitulo II

Valoración Geriátrica Integral

VALORACION GERIATRICA INTEGRAL

II. 1. CONCEPCIONES GENERALES

Si bien varios autores la denominan de diferentes maneras (Valoración geriátrica integral, evaluación geriátrica, valoración geriátrica global)³⁶ reconocen que las consecuencias funcionales de las enfermedades prevalentes en la ancianidad constituyen una comorbilidad importante en la vida de los pacientes con demencia, las autoras del presente estudio intentarán hacer un recorrido histórico-conceptual por la tan mencionada *área funcional*, con el objetivo de desnaturalizar ciertos conceptos que a simple vista parecen obvios y visualizar la necesidad de reflexión y acuerdo en estas áreas.

Se puede definir la **valoración geriátrica integral** como la detección multidimensional de déficits en la esfera clínico-médica, funcional, mental, y social, con el fin de conseguir un plan racional e integrado de tratamiento y seguimiento. Va orientada hacia la funcionalidad del sujeto, y por tanto no se centra exclusivamente en un área; hasta su establecimiento, el abordaje médico tradicional muchas veces omitía problemas que afectaban esta funcionalidad, o no valoraba la repercusión sobre la misma.³⁷

Objetivos de la Valoración Geriátrica:

- Identificar las áreas de deficiencia.
- Identificar la población anciana de riesgo.
- Detectar problemas tratables no diagnosticados.
- Implementar medidas preventivas.
- Desarrollar un plan de cuidados individualizados.
- Optimizar los abordajes.
- Favorecer la autonomía.
- Optimizar los recursos socio-sanitarios
- Documentar la evolución y cambios a través del tiempo.

³⁶ Valoración Geriátrica Global (VGG) <http://web.usal.es/acordoso/VGG/VGGGlobal.html>

³⁷ Ibid

- Optimizar la comunicación entre pacientes, profesionales y familiares.

Áreas de la Valoración Geriátrica:

- Médico-clínica
- Funcional
- Psíquica
- Social.^{38 39}

II. 2. CONCEPTOS HISTÓRICOS

La Geriatria moderna surgió en Gran Bretaña alrededor de los años 1930-1935, con Marjorie Warren, enfermera supervisora en el West Midlessex Hospital. Encontró que muchos adultos mayores internados, en su mayoría discapacitados presentaban varias enfermedades no diagnosticadas, ni tratadas. Junto con E. Smith y Z. Cozyin, comenzaron a evaluar sistemáticamente a estos pacientes e incorporaron programas de movilización y rehabilitación. De este modo se inició el concepto de unidades especiales de *valoración geriátrica* en las que se realizaba un diagnóstico cuádruple, dinámico o integral, que se ocupaba no sólo de las enfermedades, sino también de su alteración funcional, mental y social, seguida por una terapéutica con las mismas características.

Una de las ideas principales de M. Warren era valorar adecuadamente a estos pacientes con el objetivo de mantenerlos en su comunidad y evitar el ingreso en instituciones de larga estancia.

Comprobaron que para llevar a cabo esta labor era preciso un equipo geriátrico multidisciplinario, formado básicamente por geriatras, enfermeras, asistentes sociales y personal de rehabilitación (no menciona que profesionales integran el equipo).

³⁸ Ibid

³⁹ DURANTE MOLINA, P, PEDRO TARRÉS, P. "Terapia ocupacional en geriatría: principios y práctica". Ed. Masson. España. Año 1998

II. 3. Modelos de valoración geriátrica

▣ Modelo biomédico:

Es el tradicional; goza de amplio reconocimiento y es el más utilizado en la práctica clínica diaria. Consiste en recabar antecedentes, historia actual, exploración física, alteraciones por sistemas y aparatos.

Este método suele ser deficiente en pacientes que presentan varias patologías interrelacionadas ya que algunas áreas o síntomas pueden pasar desapercibidos o minimizados. Por otra parte excluye otro tipo de problemas como emocionales, cognoscitivos, sociales o económicos que influyen significativamente en el estado de salud.

▣ Modelo bio-psico-social:

Propuesto por varios autores para evitar las limitaciones del modelo anterior, incluye los dominios psicológicos y sociales, se adapta mejor a las necesidades de "pacientes frágiles" o "geriátricos", en los que a menudo se presenta una enfermedad aguda en el contexto de una enfermedad crónica.

▣ Modelo funcional:

El declive de la capacidad funcional es un fenómeno frecuente asociado con la edad. Suele presentarse de forma gradual; varía en relación a enfermedades agudas u otros factores como el estilo de vida, dieta, ejercicio y/o stress.⁴⁰

Según el *consenso de la conferencia del Instituto Nacional de Salud sobre Evaluación geriátrica (1988)*.

Consideró que la evaluación del *status funcional* es un elemento importante de una completa evaluación geriátrica.

El status funcional fue definido "como la habilidad de llevar a cabo independientemente actividades de la vida diaria (bañarse, toilette) así también como las actividades instrumentales (manejo de dinero, preparación de alimentos, compras) La evaluación del status funcional se ha tornado la piedra angular de la evaluación geriátrica y una medida de mayor resultado en la investigación porque ha

⁴⁰ SALGADO ALBA, A; ALARCON ALARCON, M. "Valoración del paciente anciano". Editorial Masson. Barcelona. Año 1993.

demostrado ser consistente predictor de las siguientes consecuencias de la población añosa:

- Admisión a hospitalización.
- Prolongación de la internación hospitalaria.
- Empeoramiento de la función en la internación hospitalaria.
- Mayor uso de cuidados en el hogar.
- Internación en residencias geriátricas.
- Muerte.⁴¹

En la bibliografía se encontró que la palabra *función* se utiliza tanto para describir la actividad en distintos niveles (células, tejidos, órganos, sistemas o todo el organismo en su conjunto) como la capacidad de ejecutar, de manera autónoma, aquellas acciones más o menos complejas, que componen nuestro quehacer cotidiano en una manera deseada, a nivel individual y social.

Este término se puede desglosar, en forma de ecuación, en varios componentes:

Función = físico + cognitivo + emocional / entorno y recursos sociales⁴²

Se observa una manera en exceso simplista y superficial que considera el déficit funcional como una consecuencia unívoca de las enfermedades crónicas, pero aún los mecanismos no han sido totalmente aclarados, existe actualmente un creciente número de literatura que intenta dar cuenta de las situaciones de pérdida o déficit de la capacidad funcional.

Desde los marcos de referencia aplicados y modelos de Terapia ocupacional la **Función** puede ser descripta: Fidler y Fidler la definen como "haciendo", Trombly promueve el uso de "función ocupacional", como performance o realización (por Ej.: fuerza funcional, rango funcional de movimiento y habilidades funcionales). La palabra *función* puede significar rol, uso, actividad, capacidad, trabajo, posición, propósito y placer.

⁴¹ NAGLIE, G. "Fragilidad. Status funcional Actividades de la vida diaria". Oxford Text Book. cap 26.5 p 1181.

⁴² LARRIÓN, J. Valoración Geriátrica Integral (III): Valoración de la capacidad funcional del paciente. anciano. Servicio de Geriátrica del Hospital de Navarra. Pamplona. <http://www.cfnararra.es/salud/anales/textos/suple7/suple7.html>. Fecha de consulta: 02/06/01.

Refleja la experiencia dinámica de la persona de participar en sus ocupaciones diarias dentro del entorno.

Si bien aún el concepto de función sigue en el terreno del eclecticismo, ha sido siempre central en la TO, y otras profesiones han comenzado a reconocer la importancia y la valoración de la función está incrementándose, Fisher reconoce que el objetivo común de promover una función independiente es compartido por TO, terapeutas físicos, trabajadores sociales, enfermeros, psicólogos, médicos entre otros.

Un cambio está ocurriendo en ampliar la atención de la patología hacia la función, uno de los primeros indicadores de la efectividad de los tratamientos. Este cambio también trae a la vanguardia los objetivos que la TO siempre valoró: *La capacidad de la persona en función del contexto, su comunidad.*⁴³

En un intento de comenzar a clarificar las definiciones fue publicado un informe de la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA) en 1997 que distingue ocupación, actividad con propósito y función.⁴⁴

En 1980 la OMS propone la Clasificación Internacional de Deterioro, Discapacidad y Handicap (ICIDH), ante la necesidad de un nuevo paradigma. Hacia el año 2000 es sustituida por la nueva Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud así amplia su visión centrada en el déficit y la discapacidad.

Esta clasificación describe estados funcionales en los niveles, corporal, individual y social, asociados con estados de salud. Esta iniciativa global es una herramienta útil que incluye múltiples participantes en el ejercicio de la construcción de un consenso guiado tanto por el pensamiento científico actual como por las necesidades prácticas de uso en el campo.⁴⁵

⁴³ BAUM, C; EDWARDS, D; and the Faculty of the Program in Occupational Therapy, Washington University School of Medicine, St Louis, Missouri, for the Commission on Practice. Position Paper: Occupational Performance : Occupational Therapy's. Definition of function The American Journal of Occupational Therapy. AJOT, Vol 49. Año 1995.

⁴⁴ AOTA. Informe: Conceptos fundamentales de Terapia ocupacional: Ocupación, actividad con propósito y función. The American Journal of Occupational Therapy. AJOT. Vol. 51, N° 10. Año 1997

⁴⁵ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud. Borrador final. Versión completa. 2001. <http://www.who.ch/icidadh>

“Aporta un nuevo marco de referencia conceptual, aplicable a la práctica profesional y la investigación, incluyendo desde la prevención y promoción de la salud (es válida para cualquier persona, no únicamente para personas con discapacidad, y tiene una aplicación universal) hasta la equiparación, inclusión y participación, considerando los obstáculos socio-culturales, promoviendo el desarrollo de soportes sociales y elementos facilitadores, respetando la posibilidad de autodeterminación de las personas con discapacidad. Es necesario conocer y considerar los nuevos criterios, ya que sus indicadores pueden servir de fuente a futuras planificaciones, estrategias e intervenciones, proporcionando además, un esquema de codificación sistematizado para ser aplicado mediante un lenguaje común empleado a nivel internacional”.⁴⁶

II. 4. Aportes terminológicos a la Terapia Ocupacional

Se pretende aportar un poco de luz a este magma terminológico que poseemos en Terapia Ocupacional, acotado obviamente, al tema de investigación.

Las revoluciones científicas” según Khun incluyen cinco pasos repetibles: 1) preparadigma, 2) paradigma, 3) anomalías, 4) crisis, y 5) la evolución de nuevos paradigmas. De acuerdo con él, *un paradigma es un modelo aceptado de patrón de práctica*. Además, los paradigmas incluyen leyes, teoría, aplicación e instrumentación. La literatura sobre función y disfunción neurológica ha indicado cambios en los paradigmas desde el punto de vista de los métodos usados para reunir información y el modo en que es vista la función del Sistema Nervioso Central (SNC).⁴⁷

Si bien el concepto *mente* ha desvelado a filósofos, médicos, brujos, desde la antigüedad recién fue reconocida científicamente en el siglo XIX.

⁴⁶ Cfr. Díaz, L; López, C. «Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud. Su

importancia en Terapia Ocupacional». Trabajo presentado en el VI Congreso Argentino de Terapia Ocupacional.

Organizado por la Asociación Argentina de Terapia Ocupacional (AATO). Buenos Aires. 2003

⁴⁷ GUTRÚN Á. “The brain and behavior. Assessing Cortical Dysfunction Through Activities of Daily Living (ADL)”. Editorial The C. V. Mosby Company. Año 1990.

Muy recientemente, el estudio de los procesos cognoscitivos ha sufrido un cambio casi revolucionario con la llegada del *procesamiento distribuido en paralelo (PDP)* o, como se le conoce más frecuentemente *conexionismo*. Los modelos PDP están implementados en programas de ordenador conocidos como *redes*.

Estos paradigmas están evolucionando en forma permanente y prometen brindar respuestas interesantes, además, con el avance tecnológico de los estudios por imágenes, se tiende a relacionar una teoría o modelo cognitivo coherente, con los datos neurales y con los estudios experimentales en animales y niños.

Durante los últimos años hubo un cambio en el paradigma de la comprensión y abordaje de las enfermedades cerebrales orgánicas y se debe en parte a:

1. Nuevas perspectivas y descubrimientos con relación a la neuroplasticidad.

Nuevos trabajos experimentales han demostrado recientemente que los cambios en la arborización dendrítica de la región dan como resultado crecientes conexiones entre las neuronas sobrevivientes. Esto se traduce en un potencial de restablecer las funciones en una región dañada del cerebro como una consecuencia de la neuroplasticidad.

2. Avances tecnológicos y aumento de la expectativa de vida.

Conlleva a la prevalencia en la población de enfermedades crónicas.

3. Énfasis en el “empowerment”.

En los últimos tiempos ha habido un creciente foco en la autosuficiencia y autoayuda, es decir, un acercamiento personal a la salud, al ajuste y a la satisfacción.

4. Cambios en el sector de salud:

En el modelo neoliberal, con la caída del estado de bienestar la salud es un derecho que ha quedado en manos del mercado, sumado al defondamiento de las instituciones tornan a algunos sectores de la población muy vulnerables.

Las necesidades a largo plazo tienden a ser satisfechas por las mismas familias y/u organizaciones no gubernamentales.

5. Foco en la función.

El énfasis en la función ha alentado el desarrollo de herramientas y escalas de evaluación más relevantes y basadas en lo ecológico. Los individuos afectados por daño cerebral y sus familias están hoy en día mucho más propensos a involucrarse desde el principio en la identificación de las metas del tratamiento.

6. Reconocimiento de la interrelación entre cognición, emoción y conducta

Esta es la base del abordaje holístico. Es necesario incursionar brevemente al decir de Denise Najmanovich en la *función historizante* de una narración que permita producir sentido. Los griegos tenían una idea hipocrática de la salud como equilibrio armónico del objeto, la persona o la sociedad de que se tratara, esta visión no parece tan lejana a los términos utilizados frecuentemente como una visión holística o integral. ¿Hubo un retorno? ¿Causas y efectos? Una idea insiste, la ciencia en movimiento, en jaque, atravesada por variables políticas, económicas y por sobre todo construida y metaforizada por los propios sujetos.

La Modernidad a partir de Newton, Descartes, las matemáticas y la relevancia otorgada a los métodos de medición (por ejemplo: el reloj) de la mano con una mentalidad mercantil “naturalizó” el conocimiento objetivo de los hechos y las personas. Concibió al hombre dividido en comportamientos estancos y objetivables. Guiadas por la lógica de la razón, de la verdad objetiva y absoluta, (que aún perduran en ciertos ámbitos académicos y científicos).

Este tipo de ideas comenzaron a perder fuerza desde principios de siglo, de manera más acentuada después de la Segunda Guerra Mundial. Revolución causada por disciplinas como la filosofía del lenguaje, la epistemología, la semiótica, las ciencias cognitivas, la neurofisiología, las ciencias de la comunicación, las teorías organizacionales. Los avances en la física cuántica, “la teoría del caos” dieron paso a un mundo formado por una inmensa red de interacciones y los individuos como nodos de esa red. Denominada por algunos autores como la lógica de la complejidad, ven al universo como un entramado relacional formado por unidades heterogéneas, complejas, abiertas y en permanente intercambio. “Desde la perspectiva de las ciencias de la complejidad, el sujeto no es una sumatoria de capacidades, propiedades o constituyentes elementales; es una organización emergente de la interacción de suborganizaciones entre las que se destacan la

cognición, la emoción y la acción; que son las formas de interacción del sujeto con el mundo. *El sujeto sólo adviene como tal en la trama relacional de su sociedad*"⁴⁸

7. Reconocimiento de la necesidad de una base teórica amplia ningún modelo, o abordaje es suficiente para dar la respuesta a todos los problemas de las personas con lesiones cerebrales.

La Licenciada Mariel Pellegrini agrega, independientemente del modelo, cualquier investigador que trabaje sobre Memoria, debe trabajar sobre un paradigma básico, un modelo multialmacén de la Psicología Cognitiva, un modelo estricto de la Neuropsicología, un modelo de procesamiento en paralelo, un modelo reflexológico, un modelo gestáltico entre otros.⁴⁹

La Dra Bárbara Wilson recomienda la necesidad de disponer de una gama amplia de teorías y marcos ya que las personas que tienen lesiones cerebrales habitualmente presentan varios problemas cognoscitivos sumados a déficits de otro orden como por ejemplo: ansiedad, depresión o dificultades en las habilidades sociales, de manera que es muy improbable que un solo modelo, teoría o marco pueda servir para abordar todas las problemáticas.

Sin embargo, consideramos que la deuda pendiente de las neurociencias, es incorporar o desarrollar conceptos que tengan en cuenta que le sucede al sujeto con un déficit cognoscitivo y su desenvolvimiento cotidiano.⁵⁰

De acuerdo con Yerxa una teoría es un conjunto guía de ideas y conceptos que permiten que el conocimiento sea desarrollado y puesto a prueba. Las ideas teóricas nos habilitan para tener un sentido de comprensión del mundo: ayudan a explicar y predecir. Además, pueden ayudar a generar un cambio o aún a controlar un fenómeno. Describe el proceso de desarrollo de una teoría como un ciclo que genera conocimiento: las ideas son generadas a partir de la práctica; los enunciados teóricos son formulados a partir de estas ideas y son puestos a prueba por

⁴⁸ Cfr.DABOS, E; NAIMANOVICH, D. "El lenguaje de los vínculos". Editorial Paidós. Año 1995. Cap I, pág 64.

⁴⁹ SHOLBERG, M ; MATEER , C. "Cognitive Rehabilitation. An Integrative Neuropsychological Approach." The Guilford Press. New York. London. Año

⁵⁰ PELLEGRINI, M. *Material de la carrera de especialización en neuropsicología."*Memoria".UBA. Año 2003

investigación, proveyendo más adelante conocimiento, que es además implementado en la práctica, y así sucesivamente.⁵¹

Es imprescindible que este cuerpo de conocimientos propios vaya creciendo y evolucionando junto con los avances de la ciencia y con los cambios sociales del hombre. "La práctica nutrirá ese cuerpo de conocimientos propios y la teoría respaldará una praxis que responda a las necesidades del hombre actual".⁵²

El ejercicio de una profesión presupone conocer los principios, reglas y fundamentos teóricos que conforman su práctica en el área de su especialidad. Son la historia, la filosofía y la teoría las que proporcionan los fundamentos o bases conceptuales para ejercer una determinada disciplina.

La terminología usada en Terapia Ocupacional es un aspecto complejo y, a veces, controvertido y poco definido. Algunos términos como actividad, función, tarea, tienden a ser utilizados como sinónimos a pesar de operar a distintos niveles del desempeño funcional de las personas.

Las colegas españolas plantean la necesidad de la organización del conocimiento en Terapia Ocupacional, para entender el *que-hacer* y recurren a la presentación de los temas a los fines metodológicos y pragmáticos.

A los fines de organizar la presentación teórica comenzaremos por definir los *marcos de referencia*. Un *marco de referencia (MAR)* se define como el conjunto de teorías procedentes de diferentes áreas de conocimiento (biología, medicina, psicología) que constituyen los fundamentos científicos de la práctica de Terapia Ocupacional. Su función principal es explicar, describir y predecir comportamientos de cualquier tipo, que previamente han sido estudiados y, en torno a los cuales se ha elaborado una teoría. Es un conocimiento teórico que debe reorganizarse para poder ser utilizado en Terapia Ocupacional, puesto que no proporciona herramientas prácticas para la intervención.

Hagerdon diferencia dos tipos de MAR, los *primarios* y los *aplicados*. Los *primarios* consisten en un sistema de teorías que sirven para orientar y dar significado y coherencia a las bases conceptuales de la Terapia Ocupacional. Son

⁵¹ WILSON, B. "Rehabilitación Cognitiva: Desarrollos recientes en la teoría y la práctica". Conferencia organizada por la Sociedad de Neuropsicología de Argentina (SONEPSA). Buenos Aires. Año 2003.

⁵² Cfr. POLONIO LÓPEZ, B.; DURANTE MOLINA, P.; NOYA ARNAIZ, B. «Conceptos fundamentales de Terapia Ocupacional». Editorial Médica Panamericana Pág. 49. 2001.

teorías procedentes del conocimiento externo a la Terapia Ocupacional que hacen que la intervención terapéutica concuerde con los principios teóricos de los cuales procede.

Los *aplicados* consisten en una versión de la teoría adaptada y aplicada a la práctica de la Terapia Ocupacional. Es un esquema conceptual que sintetiza e interpreta el conocimiento para que pueda ser utilizado por la disciplina. Proporciona un conjunto de suposiciones, postulados y conceptos, así como diferentes abordajes y herramientas prácticas (métodos o instrumentos de evaluación y estrategias de intervención). Constituye la transición de la teoría a la práctica, a través de la descripción y diseño de una serie de estrategias viables que se pueden utilizar en el ejercicio cotidiano de la profesión. Normalmente se refieren a un área específica del funcionamiento humano, hacia el cual se formulan las estrategias de tratamiento.

Un *modelo profesional* consiste en la representación a escala reducida de la estructura y contenido de un fenómeno o situación. En esta representación se describen y explican las relaciones complejas entre los elementos del sistema, y se integra la teoría y la práctica. Un modelo simplifica las cosas para su comprensión, diferencia los elementos y los relaciona, unifica los criterios y proporciona una guía sobre qué se debe hacer en las diferentes situaciones de necesidad. Los modelos de Terapia Ocupacional están configurados a partir de las teorías propias de la profesión y de la ocupación humana y sirven para proporcionar unidad e identidad dentro de la disciplina.⁵³

Siguiendo la terminología usada por Begonia Polonio López y Blanca Noya Arnaiz el *marco primario de referencia* en el que se basa esta investigación es el *fisiológico*. Este marco centra su atención en los aspectos biológicos de la persona. Mediante la valoración de los síntomas y signos objetivos de la enfermedad, lesión o trastorno, se puede llegar a identificar la causa que produce la disfunción. Una vez que ésta ha sido identificada, se pueden proporcionar los medios para eliminarla, corregirla, compensarla o amortiguarla, mejorando con ello la situación disfuncional de la persona. Está basado en un punto de vista reduccionista, que se apoya en dos premisas: la obtención de datos objetivos, mediante la investigación en condiciones experimentales controladas, y la reproducibilidad de los resultados. Estas dos

⁵³ Op. Cit. ARNADOTTIR, G.

condiciones se consideran la fuente de conocimiento para establecer principios científicos sobre el organismo humano.

Mediante la aplicación de los principios contenidos en el *marco de referencia fisiológico* se generan varios marcos de referencia aplicados a problemas concretos; el que está relacionado con los trastornos de la percepción y de la cognición se denomina *marco aplicado de referencia cognitivo- perceptivo*. Este marco está basado en un metamodelo mecanicista; la valoración de la situación presente determina el punto clave de la naturaleza del déficit sobre el cual hay que intervenir.

Premisas básicas de este marco aplicado de referencia:

La percepción y la cognición son requisitos esenciales para la ejecución funcional, si la recepción o el reconocimiento de la información es defectuosa, o la respuesta apropiada no está organizada, el individuo será incapaz de ejecutar actividades funcionales, si se produce alguna lesión en el cerebro, puede verse afectada la capacidad para interpretar cualquier información. Esto puede traducirse en dificultades en la ejecución esperada, debido a incorrectas interpretaciones del entorno y/o a un control motor defectuoso. El conocimiento del entorno y de los patrones de movimiento que facilitan las respuestas apropiadas cuando se recibe la información, se almacena también en el cerebro, y por lo tanto, puede dañarse.

Este MAR ha sido utilizado con éxito para el tratamiento de trastornos asociados con accidentes cerebrovasculares, traumatismos cráneo-encefálicos, pacientes comatosos y otros déficits neurológicos, incluida la EA.

Si bien ciertas palabras utilizadas por las colegas como "mecanicistas", pueden despertar cierto rechazo, se valora la claridad y aporte de presentar la organización de los conocimientos en terapia ocupacional.

La T.O. G. Arnadottir, utiliza una combinación de evaluaciones conductuales, de procesamiento y de estructuras para aumentar el conocimiento sobre el SNC, y las considera información potencial para investigar la efectividad de los tratamientos o aún establecer nuevas estrategias. Por consiguiente conviene a los T.O. ser capaces de asociar déficits neuroconductuales con disfunción en las A.V.D. con probables sitios de lesión, como son identificados por métodos técnicos o tests neuropsicológicos.

Mientras que otros métodos como el de Bracy, Gianutsos y Wilson adhieren al modelo psicométrico. Sin embargo Bárbara Wilson recomienda " que un modelo de Rehabilitación Cognitiva no debe limitarse a una perspectiva tradicional y teórica sino

que debe combinar principios y técnicas de la Neuropsicología, la Psicología Cognitiva y la Psicología del comportamiento, y enfatiza que ninguna puede tomarse y funcionar aisladamente".⁵⁴

Por tal motivo nos pareció interesante completar el desarrollo de las neurociencias hasta aquí presentado con los aportes de la Psicología del Comportamiento, citada por B. Wilson.

Según la recopilación bibliográfica realizada en su mayoría anglo-norteamericana, el rol del terapeuta ocupacional se sustenta en estos modelos teóricos, por un lado el Behaviorismo o Conductismo (Skinner) y las teorías neuroconductuales que según Gutrun Arnadottir, sus bases serían la neuroanatomía y neurofisiología, durante las décadas recientes el conocimiento sobre el funcionamiento cerebral a través de estudios experimentales amplió el espectro con los aportes de la electrofisiología y neuroquímica.

El Behaviorismo o Psicología del Comportamiento fue la escuela psicológica que dominó la primer mitad del siglo XX, surge como una reacción a la subjetividad del método de introspección, en donde la mente y los procesos cognoscitivos no son objeto de estudio de la investigación científica y en donde se cree en la necesidad de una ciencia objetiva del comportamiento (para controlar y predecir). Intentan descubrir leyes científicas que permitan describir, predecir y explicar las relaciones entre estímulos y respuestas. Su principal instrumento científico es la observación controlada de respuestas de laboratorio, el ejemplo más conocido es el de condicionamiento clásico de Pavlov (una palabra está asociada a un objeto de la misma manera que un sonido de campana a la salivación de un animal si ese sonido se produce siempre antes de darle comida).

El Behaviorismo sucumbió a las dificultades empíricas de explicar comportamientos complejos, cediendo el paso a la Psicología de Procesamiento de la información que trae consigo el resurgir de la mente (PC).

El objeto de estudio de las teorías actuales es obtener información sobre el procesamiento de la información dentro del SNC, que ocurre como resultado de información sensorial del individuo y su entorno, este proceso resulta en conductas funcionales y respuestas funcionales.

⁵⁴ Ibid.

El behaviorismo ha sido sumamente criticado por muchos neuropsicólogos entre ellos Prigatano. B Wilson, resalta, que el camino óptimo a construir podría combinar abordajes o modelos teoría del aprendizaje, psicología cognitiva y neuropsicología con un abordaje holístico que tenga en cuenta a las percepciones de situaciones problemáticas o conflictivas de los pacientes.

Las autoras del siguiente trabajo adhieren a la articulación de las siguientes teorías ya que nos ofrecen los siguientes aportes:

Neuropsicología: nos brinda información sobre la visión de la localización de las funciones en el cerebro (identifica las estructuras cerebrales afectadas y/o indemnes), investigaciones de etiologías particulares (encefalítis, demencias y daño cerebral entre otros) y proporciona técnicas para testear o eliminar déficits adicionales. Nos ayuda a entender el origen del deterioro de la memoria.

Psicología Cognitiva: nos aporta teorías sobre la naturaleza de la cognición humana, y propone modelos.

Psicología del Comportamiento: nos proporciona técnicas conductuales para el asesoramiento en los problemas cotidianos resultado de un trastorno cognoscitivo, ofrece técnicas para el tratamiento, cambiando y modelando, guiando en la ayuda para reducir el problema.

Por el año 1995 Capozzo (T.O argentina) publicaba un artículo sobre el proceso de producción de conocimiento en Terapia Ocupacional en el que señala que las elaboraciones y los temas a investigar más allá de los distintos marcos teóricos coinciden en un punto: el de indagar acerca de la interrelación entre teoría y práctica.⁵⁵

Liliana Paganizzi plantea hoy día, dada la diversidad, de la manera que se piense la práctica aparecerán los fundamentos teóricos y la filosofía, las creencias y valores que la sustentan.⁵⁶

Creemos que cada profesión y su desarrollo están indefectiblemente atravesadas por el contexto socio-cultural-económico- político e histórico en que se encuentran, por lo tanto cada línea teórica debe ser analizada y contextualizada.

⁵⁵ PAGANIZZI, LILIANA. "Producción de conocimiento en Terapia Ocupacional". Jornadas del Litoral. www.terapiaocupacional.com. Fecha de consulta: 1 de mayo de 2001

⁵⁶ *Ibid*

Pero nuestros aportes tienen que apuntar a desarrollar fundamentos que relacionen la cognición y la conducta para poder analizar a través de las mismas un adecuado análisis funcional y patrón cognoscitivo.

El desafío por lo tanto es generar propuestas, mantener una actitud conciente, crítica, que genere encuentros.

II. 5. EI PROCESO EN TERAPIA OCUPACIONAL

II. 5.1. Etapas del proceso en terapia ocupacional

El proceso en TO puede ser dividido en dos etapas. La primera es la evaluación y la segunda comprende la planificación e implementación de la intervención.

El razonamiento clínico está implícito dentro de este proceso, el mismo también denominado resolución de problemas, juicio clínico, intuición o pensamiento crítico. Está definido por tres características esenciales:

- Es una actividad orientada a un objetivo
- Es una habilidad para aplicar la teoría general a un paciente específico
- Es un proceso cognoscitivo

El razonamiento clínico es un conjunto de habilidades específicas de dominio que se adquieren a través de la práctica, capacita para determinar lo que es apropiado en cada individuo o situación. La teoría no ofrece pautas sobre que hacer en un caso general o que se requiere para tomar una decisión clínica en cada contexto específico. El conocimiento teórico es meramente una aproximación a lo que se debe hacer, la teoría es un punto de partida, más que un libro de normas.

II. 5.1.1. Primera etapa

<p>DERIVACION</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Médico ◆ Profesionales no médicos ◆ Maestros y personal del establecimiento educativo ◆ Familiares o cuidadores ◆ Autoderivación ◆ Compañía de seguros ◆ Empresas ◆ Estado <p>SCREENING</p>	<p>EVALUACIÓN:</p> <p>A través de entrevista, observación de habilidades, tests, se evalúa:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Historia, nivel previo de funcionamiento en AVD, trabajo y otras actividades productivas ◆ Ocupaciones, tareas y actividades que puede y no puede realizar ◆ Necesidades, planes y objetivos del paciente, familiar y/ cuidador. ◆ Participación en ocupaciones significativas ◆ Rehabilitación potencial ◆ Componentes subyacentes que ocasionan la limitación funcional ◆ Factores contextuales que afectan el desempeño en las ocupaciones (incluye entorno, edad, estado de salud)
<p>Obtener datos para determinar la necesidad de evaluación e intervención.</p>	

Fuente: El proceso en Terapia Ocupacional *The American Journal of Occupational Therapist*. Vol 53. Nº 3. Año 1999

Cuando una persona es derivada a terapia ocupacional para evaluación e intervención, el TO determina en primer lugar si la derivación es apropiada y realiza un screening.

Screening: es el proceso de obtener y detectar los datos relevantes para determinar la posterior evaluación e intervención.

Nos permite detectar anomalías frente a la normalidad, e identificar así los casos que requieren la intervención de TO. A su vez estas pruebas son útiles para derivar los pacientes a otros servicios y/o justificar la necesidad de implementar pruebas más específicas.

II. 6. Evaluación y valoración

El razonamiento clínico en esta etapa también nos ayudará a seleccionar el tipo de evaluación, que generalmente se encuentra atravesada por diferentes variables inherentes al proceso de TO y/o contextuales (tiempo y recursos disponibles, demandas y objetivos institucionales entre otros).

Los términos valoración y evaluación se utilizan en forma indistinta e intercambiable, aunque no tienen el mismo significado. Ambos son términos complementarios que encierran conceptos estrechamente relacionados.

De la revisión bibliográfica se puede concluir que existen posturas antagónicas en la concepción de estos términos:

La línea anglosajona, con su mayor referente en Hagerdon, define a la *valoración* como “la recolección de información precisa del individuo” y la *evaluación* es el proceso de utilización del razonamiento clínico.

Hinojosa & Kramer definen a la *evaluación*: como el proceso por el cual se obtiene la mayor cantidad de información que se utiliza para tomar decisiones con respecto a la intervención de los pacientes derivados al servicio de TO y *Valoración*: se refiere a tablas específicas, instrumentos, tests o interacciones que son utilizadas durante el proceso de evaluación. Los resultados de la evaluación proveen de información básica (base-line) para medir las consecuencias de la intervención.

En contraposición la línea norteamericana, entre algunos autores se encuentran Sabonis-Chafee y Pedretti, definen a la *valoración* como: el proceso de recoger datos, identificar problemas, formular hipótesis y tomar decisiones para la intervención terapéutica. La composición de un cuadro complejo de cómo funciona la persona, en base a los resultados de la evaluación y la *evaluación* se refiere a la batería de pruebas y tests específicos de medida.

Los autores españoles coinciden con esta última postura y en otras palabras definen a la *valoración*: como un proceso sistematizado y documentado de obtención y análisis de información, sobre un estado particular de función, determinando el

grado y el valor (cualidad y cantidad) de la discrepancia entre lo que considera como la norma y los hallazgos individuales obtenidos durante el mismo. Tiene por objeto proporcionar el fundamento sobre el que apoyarse para diseñar la hipótesis y planificar la línea terapéutica a seguir.⁵⁷

Cabe destacar los aportes de estas autoras donde la valoración consiste en la integración de los datos cuali y cuantitativos, que proporciona un PLUS a las evaluaciones realizadas. Además las mismas pueden ser útiles para medir indirectamente la eficacia de los tratamientos implementados.

Más allá de las discrepancias ideológicas nos parece importante destacar el objetivo primordial de esta etapa que consiste poder relevar: "lo que la persona hace, lo que necesita hacer y lo que ella quiere hacer".⁵⁸ La actividad y el entorno presentan demandas que pueden ser analizadas, lo importante es determinar cuán lejos está el individuo de cumplir con éstas, y que ayudas requerirá para hacerlo.

Los Terapistas Ocupacionales (T.O) evalúan las conductas del paciente y su entorno así como su interacción. La herramienta de mayor utilidad implementada por los T.O. para tal evaluación es el análisis de la actividad, definido por Trombly como el proceso de examinar las actividades en detalle para desarmarlas en sus componentes, a fin de comprender y evaluar las tareas.

Los instrumentos de AVD son utilizados frecuentemente por los T.O. porque son herramientas tradicionales en el ejercicio de la profesión y son significativas para los pacientes.⁵⁹

Los conceptos de los Fidler sitúan a la Terapia Ocupacional como un proceso de tratamiento que requiere por parte del Terapeuta "una actitud consciente y aptitud científica", para delinear las patologías, formular hipótesis razonables, realizar un plan de trabajo e identificar lo que está sucediendo en el tratamiento.⁶⁰

⁵⁷ POLONIO LOPEZ BEGOÑA; DURANTE MOLINA PILAR; NOYA ARNAIZ BLANCA. Conceptos Fundamentales de Terapia Ocupacional. Editorial Médica Panamericana. España 2001

⁵⁸ Cfr. ROJAS SORIANO, R "La evaluación". *Materia Prima*. Año 2. N° 5. Bs. As. Pag 10. 1997

⁵⁹ "El Proceso en Terapia Ocupacional". *The American Journal of Occupational Therapy*. AJOT. Volume 53, Number 3. Año 1999

⁶⁰ PAGANIZZI, L. "Actividad lenguaje particular". Edigraf S.A. Bs. As. Año 1997.

Es muy interesante la postura de estos autores en la que, lejos de los acostumbrados pares binómicos, contruidos, plantean un acercamiento entre el ejercicio del rol y el ámbito científico; es más, lo proponen como un requisito, una postura a asumir, más allá del cumplimiento formal de un requerimiento académico.

II. 6.1. Tipos de evaluación

Se clasifican de diversas formas:

A) Según la información que proporciona:

- DESCRIPTIVA: Es una mirada objetiva, actual de la persona en comparación con alguna norma, escala o estándar predeterminado. Requiere observación, medición y registro en una sola ocasión, sin implicancias para el pasado o el futuro.
- VALORATIVA: Nota los cambios a través del tiempo, es una evaluación secuencial que implica un alto grado de confiabilidad y validez si los resultados requieren comparación.
- PRONÓSTICA y PREDICTIVA: Se basa en predicciones de cómo se comportarán ciertas variables en el futuro. Las mismas están basadas en probabilidades y están relacionadas con la validez del procedimiento o del instrumento de evaluación.

B) Según el tipo de encuadre:

- FORMAL: Se llevan a cabo en un encuadre predeterminado, con objetivos específicos y registro de los datos en forma precisa y estructurada.
- INFORMAL: Se basa en observaciones terapéuticamente significativas, generalmente realizadas fuera del encuadre de la evaluación considerada formal (salida terapéutica, pasillo, asamblea entre otras).

C) Según las propiedades psicométricas:

- ESTANDARIZADAS: Conjunto de procedimientos y de resultados que pueden ser comparados y confrontados con puntajes normativos obtenidos al testear una muestra seleccionada y suficiente de individuos.
- NO ESTANDARIZADAS: No se relacionan con puntajes normativos o testeados para la confiabilidad o validez. Lo más útil para éstas es el criterio.⁶¹

62

⁶¹ DE CILLIS, M. "Instrumentos de Evaluación en Terapia Ocupacional. Concordancia entre observadores de la Evaluación Autoatención (ENA)". Tesis de Grado. Licenciatura en Terapia Ocupacional. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Universidad Nacional de Mar del Plata. Año 2000.

⁶² APLEGATE, W; BLASS, J; WILLIAMS .T. "Instrumentos para la evaluación funcional de adultos mayores." *The New England Journal of Medicine*. Vol. 332 N° 17. Año 1990

D) Según la modalidad de administración:

- AUTOADMINISTRADO: son completados por los propios pacientes, requiere de menor tiempo del staff y puede ser adecuado para indagar sobre aspectos de la sexualidad o relaciones familiares. Sin embargo los adultos mayores consultan a menudo a los miembros de su familia sobre el cuestionario resultando en respuestas que no reflejan precisamente la opinión de los pacientes. Además deterioro cognoscitivo, diferentes niveles de educación y cultura pueden desviar los resultados de los tests resultando en información menos precisa.

- POR INTERROGATORIO: son implementados por un técnico y/o profesional. Puede verse afectado por la calidad de la información recolectada, a menudo las interferencias pueden ser ocasionadas por deficiencias técnicas de la administración y/o la subjetividad del evaluador.

- POR OBSERVACION DIRECTA: consiste en la observación de una actividad realizada por el paciente ya sea en un contexto natural (hogar, lugar de trabajo) o artificial (espacios construido determinadas actividades cotidianas).

BIBLIOGRAFÍA UTILIZADA EN EL CAPITULO II VALORACION GERIATRICA

- "El Proceso en Terapia Ocupacional". *The American Journal of Occupational Therapy.* AJOT. Volume 53, Number 3. Año 1999
- AOTA. Informe: Conceptos fundamentales de Terapia ocupacional: Ocupación, actividad con propósito y función. *The American Journal of Occupational Therapy.* AJOT. Vol. 51, Nº 10. Año 1997
- APPLGATE, W; BLASS, J; WILLIAMS .T. "Instrumentos para la evaluación funcional de adultos mayores." *The New England Journal of Medicine.* Vol. 332 Nº 17. Año 1990.
- BAUM, C; EDWARDS, D; and the Faculty of the Program in Occupational Therapy, Washington University School of Medicine, St Louis, Missouri, for the Comission on Practice. Position Paper: Occupational Performance : Occupational Therapy's. Definition of function *The American Journal of Occupational Therapy.* AJOT, Vol 49. Año 1995.
- DE CILLIS, M. "Instrumentos de Evaluación en Terapia Ocupacional. Concordancia entre observadores de la Evaluación Autoatención (ENA)". Tesis de Grado. Licenciatura en Terapia Ocupacional. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Universidad Nacional de Mar del Plata. Año 2000.
- DURANTE MOLINA, P, PEDRO TARRÉS, P. "Terapia ocupacional en geriatría: principios y práctica" . Ed. Masson. España. Año 1998
- ARNADOTTIR, G. "The brain and behavior. Assessing Cortical Dysfunction Through Activities of Daily Living (ADL)". Editorial The C. V. Mosby Company. Año 1990.
- LARRIÓN, J. Valoración Geriátrica Integral (III): Valoración de la capacidad funcional del paciente. anciano. Servicio de Geriatría del Hospital de Navarra. Pamplona. <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/suple7/suple7.html>. Fecha de consulta: 02/06/01.
- NAGLIE, G. "Fragilidad. Status funcional Actividades de la vida diaria". Oxford Text Book. cap 26.5 p 1181. Año
- Op. Cit. ARNADOTTIR, G

- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud. Borrador final. Versión completa. 2001. <http://www.who.ch/icidadh>
- PAGANIZZI, L. "Actividad lenguaje particular". Edigraf S.A. Bs. As. Año 1997.
- PAGANIZZI, LILIANA. "Producción de conocimiento en Terapia Ocupacional". Jornadas del Litoral. www.terapiaocupacional.com. Fecha de consulta: 1 de mayo de 2001
- PELLEGRINI, M. *Material de la carrera de especialización en neuropsicología."Memoria"*.UBA. Año 2003
- POLONIO LOPEZ BEGOÑA; DURANTE MOLINA PILAR; NOYA ARNAIZ BLANCA. Conceptos Fundamentales de Terapia Ocupacional. Editorial Médica Panamericana. España 2001
- SALGADO ALBA, A; ALARCON ALARCON, M. "Valoración del paciente anciano". Editorial Masson. Barcelona. Año 1993.
- SHOLBERG, M ; MATEER , C. "Cognitive Rehabilitation. An Integrative Neuropsychological Approach." The Guilford Press. New York. London. Año
- Valoración Geriátrica Global (VGG) <http://web.usal.es/acordoso/VGG/VGGGlobal.html>
- WILSON, B. "Rehabilitación Cognitiva: Desarrollos recientes en la teoría y la práctica". *Conferencia organizada por la Sociedad de Neuropsicología de Argentina (SONEPSA)*. Buenos Aires. Año 2003.

Capitulo III

Validación de instrumentos de evaluación

VALIDACION DE INSTRUMENTOS DE EVALUACION

III.1. Criterios para seleccionar y validar instrumentos de evaluación

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

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

Por otro lado no debe dejar de decirse que es muy difícil arribar al “ideal” cuando se trata de medir variables atravesadas por la subjetividad, tal como percepción de la salud, calidad de vida y/o nivel de independencia o satisfacción en las actividades cotidianas entre otras, en contraposición a las mediciones de naturaleza física o fisiológica, no obstante ninguna herramienta de medición es perfecta.⁶³⁶⁴

⁶³ POLIT, D; HUNGLER, B. Investigación científica en ciencias de la salud. 5° ed. Mcgrow Hill Interamericana. Editores S.A. México 1995.

⁶⁴ POLIT, D; HUNGLER, B. Investigación científica en ciencias de la salud. 6° ed. Mcgrow Hill Interamericana. Editores S.A. México Año 2000

III. 2. Características de los instrumentos de evaluación

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

III. 2. 1. Confiabilidad: la confiabilidad de un instrumento es el grado de congruencia con el cual mide el atributo, se refiere a cuán reproducibles o repetibles son los resultados del mismo. Mayor es la confiabilidad de un instrumento mientras menor sea la variación que se produzca en mediciones repetidas de un atributo. La confiabilidad semeja a la estabilidad, congruencia o seriedad de una herramienta de medición. Existen diversas técnicas para evaluar la confiabilidad de los instrumentos de medición.

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

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

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

■ **Consistencia interna:** evalúa la medida en que todos los ítems de un cuestionario que integran un score, reflejan el mismo constructo subyacente. Politt también la denomina *congruencia o coherencia interna*, es factible decir que un instrumento tiene congruencia interna u homogeneidad en la medida en que todas sus subpartes miden la misma característica. Uno de los métodos más antiguos para ésta valoración es la técnica de división por mitades. Mediante éste procedimiento, se obtienen sus calificaciones en forma independiente y se utilizan los valores de las dos mitades para computar un coeficiente de correlación. Los dos métodos de mayor utilización son el coeficiente alfa (o alfa de Cronbach) y la fórmula 20 de Kuder- Richardson (KR- 20).

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

III. 2. 2. **Validez:** se refiere al grado en que un instrumento mide lo que se supone debe medirse. Al igual que la confiabilidad, la validez tiene una gran cantidad de características diferentes y procedimientos de valoración. Sin embargo se diferencia de la primera porque es más difícil de establecer. No obstante la confiabilidad y la validez de un instrumento no son cualidades por completo independientes.

Se reconocen tres tipos de validez:

■ **Validez de contenido:** representa la medida en que un test, completa y apropiadamente evalúa el dominio de interés. Para Politt se relaciona con la adecuación a la muestra del contenido del área que mide, que tan representativas son las preguntas de ésta prueba del universo de todas las que podrían preguntarse sobre éste tópico. Es posible llamar a expertos en el área del contenido, con el fin de analizar las preguntas y ver si representan el contenido hipotético del universo.

■ **Validez de constructo:** evalúa cuán bien el nuevo test se correlaciona con tests que miden el mismo dominio de interés, *validez convergente* y no se correlaciona con mediciones de características similares, *validez discriminativa*. Cuando un nuevo test se correlaciona bien con otras medidas como se hipotetizó, la validez de constructo es sostenida. Una estadística Kappa o coeficiente correlación intraclases son a menudo usadas para calcular el acuerdo entre dos tests diferentes, generalmente comparando un nuevo test con un test gold standard.

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

Puede ser de dos tipos: *validez predictiva*, es la capacidad de un nuevo test para predecir la performance futura de determinada variable. La *validez concurrente* es la habilidad de un instrumento para distinguir determinados atributos con respecto a un estado actual y presenta alta correlación con un Gold Standard (patrón de oro).^{65 66}

⁶⁵ Ibid.

⁶⁶ GIFFORD, D; CUMMINGS, J. "Evaluating dementia screening test. Methodologic standards to rate their performance." *Neurology*. 52: 224- 227.1999

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS CAPITULO III. VALIDACION DE INSTRUMENTOS DE EVALUACION

- CORTADO DE KOHA, N; CARRO, J. Estadística aplicada. Editorial universitaria de Bs. As. 1972
- GIFFORD, D; CUMMINGS, J. Evaluating dementia screening test. Methodologic standards to rate their performance. *Neurology*. 52: 224- 227.1999
- HERNANDEZ SAMPIERI, R; FERNANDEZ COLLADO, C; BAPTISTA LUCIO, P. Metodología de la investigación. 3° ed. Mc Graw Hill Interamericana. Editores S.A México 2003.
- POLIT, D; HUNGLER, B. “Investigación científica en ciencias de la salud” 5° ed. Mc. Graw Hill Interamericana. Editores S.A. México 1995
- POLIT, D; HUNGLER, B. “Investigación científica en ciencias de la salud.” 6° ed. Mc Graw Hill Interamericana. Editores S.A. México. Año 2000

ASPECTOS METODOLOGICOS

TIPO DE INVESTIGACIÓN

El presente trabajo se enmarca dentro del tipo de **investigación metodológica**, la misma se refiere a investigaciones controladas sobre la forma de obtener, organizar y analizar los datos. Abordan el desarrollo, la validación y evaluación de instrumentos o técnicas de investigación. El objetivo es desarrollar instrumentos confiables, eficaces y funcionales que otros investigadores y profesionales puedan utilizar en la práctica cotidiana.⁶⁶

Fue aprobado por el Comité de Bioética del Hospital Privado de Comunidad, quién sugirió realizar modificaciones en el consentimiento informado.

POBLACIÓN

La población estuvo conformada por adultos mayores a partir de 56 años de edad, de ambos sexos, con diagnóstico de deterioro cognoscitivo y demencia tipo Alzheimer que concurrieron a la evaluación interdisciplinaria, en el Servicio de Medicina Preventiva (SATE) del Hospital Privado de Comunidad, de la ciudad de Mar del Plata. Durante el período agosto- noviembre del año 2006.

MUESTRA

La muestra de estudio estuvo conformada por 95 adultos mayores a partir de 56 años de edad, de ambos sexos, con diagnóstico de deterioro cognoscitivo y demencia tipo Alzheimer, cuyos puntajes en la Escala Global de Deterioro (GDS) fueron comprendidos entre los niveles 3 a 6. Que concurrieron a la evaluación interdisciplinaria, en el Servicio de Medicina Preventiva (SATE) del Hospital Privado de Comunidad, de la ciudad de Mar del Plata. Durante el período agosto- noviembre del año 2006.

⁶⁶ POLIT, D; HUNGLER, B. "Investigación científica en ciencias de la salud." 6° ed. Editorial Mac Graw Hill Interamericana. Editores S.A. México. Año 2000.

UNIDAD DE ANÁLISIS

La unidad de análisis fue cada uno de los adultos mayores a partir de 56 años de edad, de ambos sexos, con diagnóstico de deterioro cognoscitivo y demencia tipo Alzheimer, cuyos puntajes en la Escala Global de deterioro (GDS) fueron comprendidos entre los niveles 3 a 6. Que concurrieron a la evaluación interdisciplinaria, en el Servicio de Medicina Preventiva (SATE) del Hospital Privado de Comunidad, de la ciudad de Mar del Plata. Durante el período agosto- noviembre del año 2006.

MÉTODO DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA

El grupo de estudio se seleccionó mediante un muestreo *no probabilístico* de tipo *intencional*. Las unidades de análisis se seleccionaron siguiendo determinados criterios identificados para los fines del estudio a realizar, siendo necesario que toda la muestra reúna las características pertinentes para observar el fenómeno en estudio.

En nuestro caso se seleccionaron los pacientes que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión y que aceptaron (ellos o sus representantes) participar en el estudio.

Criterios de inclusión:

- Pacientes con diagnóstico de deterioro cognoscitivo y demencia tipo Alzheimer
- Comprendidos entre los estadios 3 a 6, de la Escala Global de Deterioro (GDS) de Reisberg.
- Iguales o mayores de 56 años de edad
- Que concurrieron a la evaluación interdisciplinaria, en el Servicio de Medicina Preventiva del Hospital Privado de Comunidad de la ciudad de Mar del Plata, durante el período agosto- noviembre del año 2006.

- En compañía de cuidadores formales y/o informales.

Criterios de exclusión:

- Presencia de patologías asociadas (trastornos psiquiátricos, patología tumoral, trastornos mnésico-cognoscitivos secundarios a medicación).
- Pacientes cuyos datos fueron extraviados.
- Pacientes que no concurrieron acompañados por un familiar y/o cuidador formal.
- Pacientes que se encontraban institucionalizados.
- Pacientes que según el GDS se encontraban en los estadios 1, 2, y 7
- Pacientes con patología osteoarticular y/o neurológica que interferían significativamente en la realización de las actividades de la vida diaria y en la discriminación del origen de la limitación.

Criterios de inclusión para los cuidadores:

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

Criterios de exclusión para los cuidadores:

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

TECNICAS DE RECOLECCION DE DATOS

■ **Recopilación documental:** se recabaron datos de las historias clínicas de los pacientes tales como: diagnóstico y grado de deterioro según la escala GDS.

■ **Administración de la prueba EIAD:** El E.I.A.D fue diseñado para evaluar el nivel de independencia de las AVD en pacientes con deterioro cognoscitivo y con demencia, además pretende detectar cambios sutiles en el desempeño cotidiano, medir la progresión de la enfermedad y brindar una herramienta útil para los profesionales para establecer estrategias de tratamiento con el paciente y asesoramiento al familiar. La escala por interrogatorio de las AVD fue administrada a los cuidadores de los pacientes. Es breve, insume diez minutos, fácil de administrar y no requiere de capacitación previa.

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

Una segunda parte, la evaluación propiamente dicha, está formada por nueve ítems que se corresponden con Actividades de la Vida Diaria Básicas (continencia urinaria, continencia fecal, aseo, toilette, alimentación, movilidad, traslado dentro y fuera del hogar, baño y vestido), a su vez cada una de ellas está desglosada en las acciones que conforman la tarea y la forma en que el paciente la lleva a cabo. A cada actividad le corresponde un puntaje parcial, que refleja la capacidad funcional del paciente. Se debe tener en cuenta que el ítem a) es siempre el de mayor puntaje y se corresponde con el nivel óptimo de funcionamiento y le corresponde el puntaje más alto dentro de la escala, 6 puntos. Para ello es indispensable mencionar cada una de las acciones que componen la actividad antes de que el familiar/ cuidador responda. Y recalcar sobre los siguientes aspectos, a tener en cuenta durante toda la evaluación: **recordar el modo habitual de realizar cada actividad y si percibe cambios en la actualidad, comparando siempre el nivel previo con el actual.**

Tratar en lo posible de no automatizar las preguntas, darle un tiempo prudencial para que el informante pueda evocar situaciones que reflejen alguna problemática. Una vez obtenida la respuesta, ratificar con el nivel inferior para confirmar dicho puntaje. Por ejemplo actividad vestido, el informante refiere a pesar de haberle mencionado todos los pasos que requiere la actividad no observar

cambios, entonces igualmente le mencionamos para corroborar su respuesta, el ítem B) si le debe recordar al paciente alguna de las acciones y/o indicarle la forma correcta de realizarlas, en caso de que su respuesta sea afirmativa el puntaje correcto es el nº 5 y para confirmar su confiabilidad procederemos a administrar el ítem C). Si responde negativamente el puntaje correcto es 5.

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

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

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

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

estimulación cognoscitiva para producir una respuesta motora funcional a un estímulo externo (por ejemplo, indicarle que trague el alimento una vez colocado en su boca). **0- 8 pts**

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

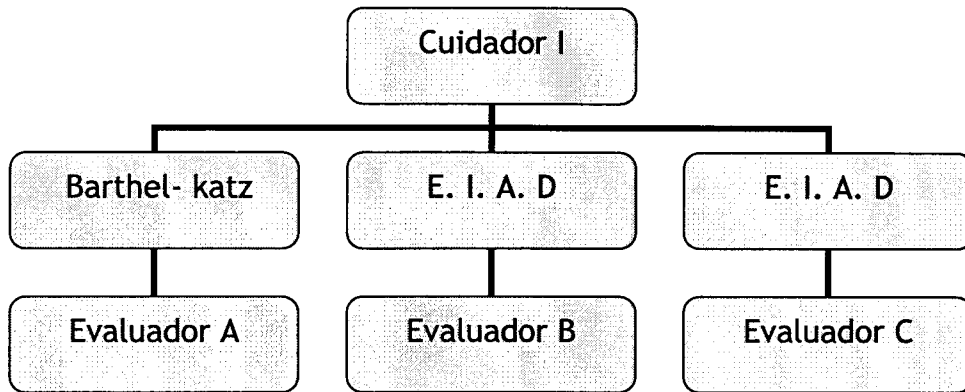
Procedimiento de selección de la muestra

Fueron convocados telefónica y/o personalmente todos aquellos pacientes que durante el año 2006 fueron evaluados interdisciplinariamente, como también pacientes y familiares que se encontraban en grupos de estimulación en SATE que cumplieran con los criterios de inclusión.

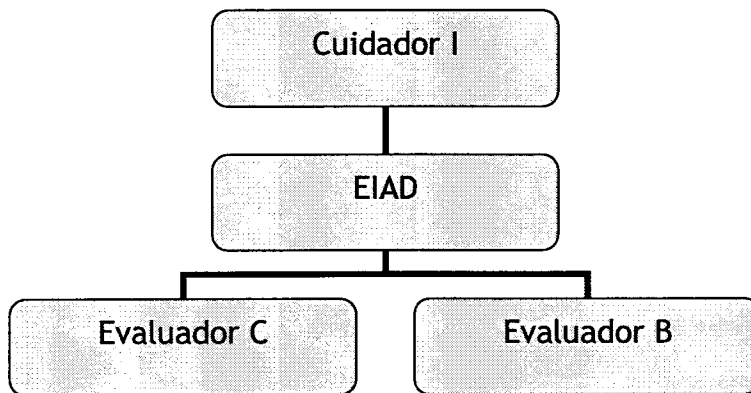
1. Una vez identificados los pacientes que cumplieran los criterios de inclusión, a través de la consulta de historias clínicas, se les informó de manera detallada la identidad de los investigadores, el objetivo del estudio, las características del mismo, se enfatizó la participación voluntaria, que se les brindaría información acerca de su desempeño cotidiano y que no aportaba un beneficio directo para sí. Si el cuidador y el paciente aceptaban participar se le daba un turno para concurrir a la evaluación.
2. Evaluación:
 - 2.1 se leyó y firmó el consentimiento informado, se entregó copia al familiar.
 - 2.2 ingreso al circuito de evaluación:

SEMANA

I



SEMANA II



Procedimientos para la recolección de datos

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

1. Selección de evaluadores voluntarios:

1.1 se invitó a participar de la investigación a alumnos avanzados de la carrera de Lic. en Terapia Ocupacional de la UNMDP.

1.2 Se seleccionaron 3 evaluadores

2. Capacitación de los evaluadores:

2.1 Se explicó el objetivo y metodología de la investigación.

2.2 se distribuyeron los tests de AVD con sus respectivos instructivos a tomar por grupos de voluntarios, Barthel, Katz y EIAD y se brindó una explicación sobre las formas de administración, puntuación y se esclarecieron interrogantes.

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

2.4 se distribuyeron los tests en forma aleatoria, cada evaluador administró solamente un test.

3. Evaluación: Los evaluadores estuvieron ciegos del diagnóstico, del grado de deterioro y de los resultados obtenidos por los demás evaluadores. Los evaluadores que administraron EIAD en la segunda fase estuvieron ciegos de los resultados de la primera.

4. Supervisión y coordinación

Con el propósito de asegurar la validez y confiabilidad del estudio las autoras fueron las encargadas de supervisar y coordinar la recolección de los datos.

4.1 Búsqueda de sujetos de estudio:

Detección y confección de un listado de los pacientes que reunían los criterios de inclusión. Convocatoria (telefónicamente o personalmente) al familiar y entrega de los turnos de evaluación correspondientes.

4.2 Seguimiento del proceso de recolección de datos con el objetivo primordial que todos los evaluadores sostuvieran el mismo criterio de puntuación.

4.3 Supervisar el organigrama y cronograma prefijados de evaluaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS ASPECTOS METODOLÓGICOS

- POLIT, D; HUNGLER, B. "Investigación científica en ciencias de la salud." 6° ed. Editorial Mac Graw Hill Interamericana. Editores S.A. México. Año 2000.

RESULTADOS
Y
ANALISIS DE LOS DATOS

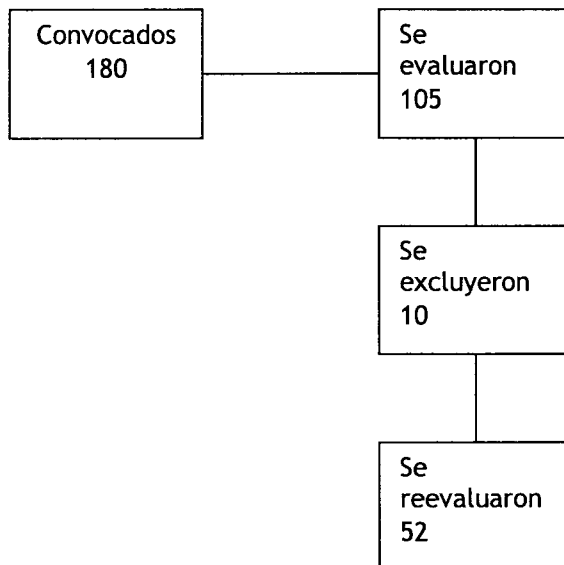
RESULTADOS

En el presente estudio la población estuvo conformada por 180 adultos mayores con diagnóstico de deterioro cognoscitivo y demencia, de los cuales aceptaron participar del mismo 105 y concurren a la primera entrevista, de ellos 10 fueron excluidos por diversos motivos.⁶⁶

De éste modo la muestra quedó constituida por 95 adultos mayores con diagnóstico de deterioro cognoscitivo y demencia, que fueron entrevistados en primera instancia por tres evaluadores, luego fueron convocados para la reevaluación de la cual participaron 52 sujetos.

Según los objetivos del presente estudio en primer lugar se describirá al grupo de pacientes y luego el grupo de cuidadores.

DIAGRAMA DE FLUJO



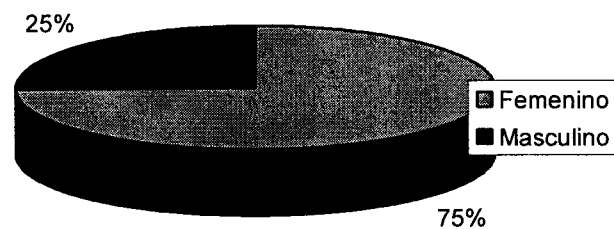
Fuente: elaboración propia

⁶⁶ Fueron excluidos del estudio los pacientes que no cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión los cuales fueron corroborados luego de la primera entrevista, como también aquellas personas que durante la investigación sufrieron algún tipo de proceso agudo o empeoramiento de la patología degenerativa que interfirió en el desempeño de las AVD. 2 casos de internación por neumonía, 2 casos de caídas con posterior empeoramiento del cuadro, 1 caso donde el cuidador era menor de edad, 1 caso en el que el cuidador no accedió a la segunda entrevista, 1 paciente concurreó sin acompañante, 1 paciente se encontraba institucionalizado recientemente, 2 casos donde los datos de la HC no coincidían con el status del paciente.

Caracterización de la muestra:

a) Adultos mayores con diagnóstico de deterioro cognoscitivo y demencia que concurrieron a la evaluación en SATE durante el período agosto- noviembre del año 2006 en la ciudad de Mar del Plata.

Gráfico 1.0 Genero de los adultos mayores con diagnóstico de deterioro cognoscitivo que concurrieron a la evaluación en SATE durante el período agosto- noviembre del año 2006 en la ciudad de Mar del Plata



Fuente: elaboración propia

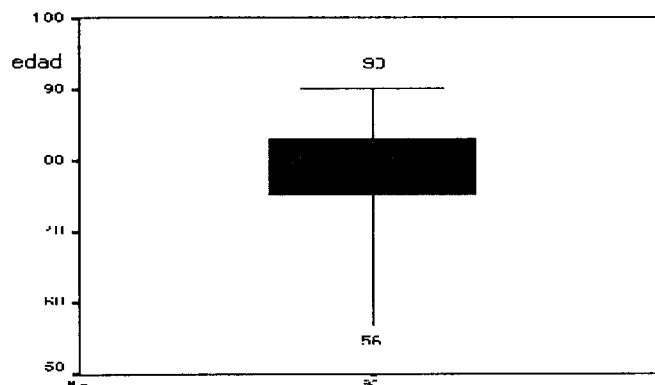
El grupo de adultos mayores con diagnóstico de deterioro cognoscitivo y demencia, estuvo conformado por 95 personas, de las cuales el 75% perteneció al género femenino y el 25% al masculino (grafico 1.0).

Tabla 1.1 Edad de los adultos mayores con diagnóstico de deterioro cognoscitivo y demencia que concurrieron a la evaluación en SATE durante el período agosto- noviembre del año 2006 en la ciudad de Mar del Plata.

		EDAD PACIENTES
N	Válidos	95
	Perdidos	0
Mediana		80.00
Mínimo		56
Máximo		90
Cuartiles	25	75.00
	50	80.00
	75	83.00

Fuente: elaboración propia

Tabla 1.2 Edad de los adultos mayores con diagnóstico de deterioro cognoscitivo y demencia que concurrieron a la evaluación en SATE durante el período agosto- noviembre del año 2006 en la ciudad de Mar del Plata



Fuente: elaborado por Sergio Gonorazky.

La franja etárea, estuvo comprendida entre los 56 y 90 años de edad, distribuida en los siguientes intervalos: el 3.1 % entre 56 y 64 años, el 3.1 % entre 65 y 69 años, el 12.6 % entre 70 y 74 años, el 25.3 % entre 75 y 79 años, el 40% entre 80 y 84 años y el 16% entre 85 y 90 años. (Tabla 1.1). La mediana correspondió a los 80 años, el Q_1 a los 75 y el Q_3 a los 83 años de edad el valor mínimo fue de 56 años y el valor máximo de 90 años.

Tabla 1.2 Escolaridad de los adultos mayores con diagnóstico de deterioro cognoscitivo y demencia que concurrieron a la evaluación en SATE durante el período agosto- noviembre del año 2006 en la ciudad de Mar del Plata

Escolaridad	N	%
Iletrado	2	2.1
Primaria incompleta	34	36.2
Primaria completa	37	38.3
Secundaria incompleta	8	8.5
Secundaria completa	11	11.7
Universitario/terciario incompleto	0	0
Universitario/terciario completo	3	3.2
Total	95	100

Fuente: elaboración propia

En cuanto a la escolaridad se registraron los siguientes datos, el 2.1% es iletrado, el 36.2% no completó el nivel primario y el 38.3% lo finalizó, el 8.5% no completó los estudios secundarios y si el 11.7%, no hubo personas con estudios terciarios y/o universitarios incompletos y el 3.2% obtuvo un título terciario y/o universitario (tabla 1.2).

Tabla 1.3. Nivel de la Escala Global de Deterioro (GDS) de los adultos mayores con diagnóstico de deterioro cognoscitivo y demencia que concurrieron a la

evaluación en SATE durante el período agosto- noviembre del año 2006 en la ciudad de Mar del Plata

GDS	N	%
3	20	22
4	61	67
5	8	8.8
6	2	2.2
total	91	100

Fuente: elaboración propia

Con respecto al puntaje obtenido en la Escala Global de Deterioro (GDS) que involucra tanto a las funciones mnésico-cognoscitivas como al desenvolvimiento cotidiano (AVD, AIVD, hobbies, habilidades de tipo social) la muestra se distribuyó de la siguiente manera: el 22 % se ubicó en el nivel 3 de la escala, el 67 % se halló en el estadio 4 de deterioro, el 8,8 % se encontró en el estadio 5 y el 2,2 % en el grado 6 (tabla 1.3).

b) Cuidadores que acompañaron a los adultos mayores con diagnóstico de deterioro cognoscitivo y demencia que concurrieron a la evaluación en SATE durante el período agosto- noviembre del año 2006 en la ciudad de Mar del Plata.

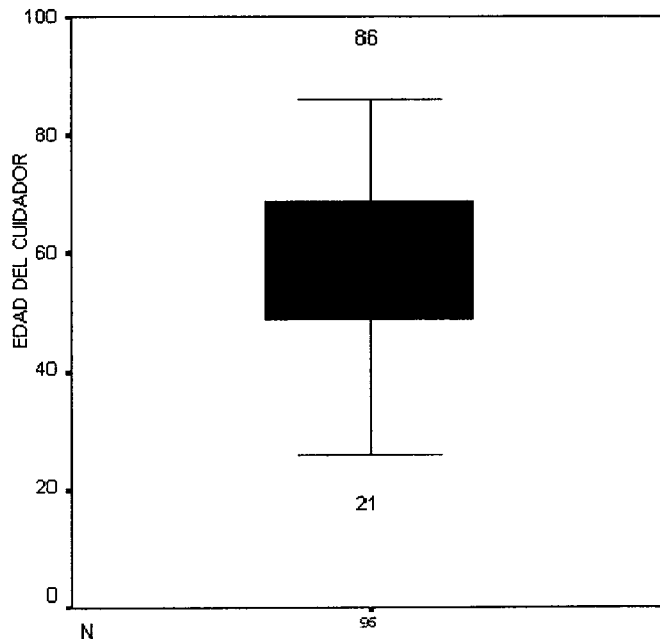
Los familiares y/ o cuidadores que concurrieron a SATE durante el período agosto- noviembre del año 2006 en la ciudad de Mar del Plata, para responder a la evaluación por interrogatorio de las AVD **EIAD** fueron 95 personas, de ellas un 71% correspondió al género femenino y el 29% al género masculino.

Tabla 2.1. Edad de los Cuidadores que acompañaron a los adultos mayores con diagnóstico de deterioro cognoscitivo y demencia que concurrieron a la evaluación en SATE durante el período agosto- noviembre del año 2006 en la ciudad de Mar del Plata.

		EDAD DE LOS CUIDADORES
N	Válidos	95
	Perdidos	0
	Mediana	56.00
	Mínimo	21
	Máximo	86
Cuarteles	25	49.00
	50	56.00
	75	69.00

Fuente: elaboración propia

Gráfico 2.1. Edad de los Cuidadores que acompañaron a los adultos mayores con diagnóstico de deterioro cognoscitivo y demencia que concurren a la evaluación en SATE durante el período agosto- noviembre del año 2006 en la ciudad de Mar del Plata.



Fuente: elaborada por Sergio Gonorazky.

La edad de los cuidadores estuvo comprendida entre los 21 y 89 años, divididos en intervalos de 9 años, la mayor frecuencia se dio en el intervalo de 51 a

60 años de edad (tabla 2.1). La mediana fue de 56 años, el Q_1 correspondió a 49 años y el Q_3 a los 69 años de edad.

En cuanto al vínculo entre los cuidadores y los adultos mayores se encontraron los siguientes resultados: el 29.5% eran cónyuges, el 56.8% eran hijos/as/astros, el 10.5% correspondió a otros y el 3.1% eran cuidadores formales

Respecto a la modalidad de convivencia se obtuvo que el 61 % vivía con el adulto mayor y el 39% no lo hacía. Dentro del grupo de cuidadores que no conviven, se calcularon las horas semanales dedicadas al cuidado del adulto mayor, de ellas se deriva que el 54% dedica entre 4 y 13 horas semanales, el 27% entre 14 y 23 horas, el 5.4% entre 24 y 33 horas, 34 y 43 horas, entre 54 y 60 horas y el 2.7% se ocupa entre 44 y 53 horas por semana aproximadamente.

Presentación de los resultados: Confiabilidad y validez de de la Escala por interrogatorio de las AVD, EIAD.

a) Confiabilidad interevaluador de la Escala por interrogatorio de las AVD, EIAD.

Para establecer la confiabilidad interevaluador del EIAD se aplicó al puntaje total de la primer evaluación el coeficiente de correlación Intraclases (ICC), se utilizó el modelo de efectos aleatorios de dos factores tipo acuerdo absoluto, resultando: $N= 93$, $ICC= 0.93$, $IC= 0.89- 0.95$. Se demuestra de ésta forma el alto grado de reproducibilidad que posee el EIAD en los casos donde es administrado por dos evaluadores diferentes a un mismo grupo de personas.

b) Confiabilidad intraevaluador de la Escala por interrogatorio de las AVD, EIAD.

Para establecer la confiabilidad intraevaluador del EIAD se aplicó al puntaje total de cada una de las evaluaciones administradas en primera y segunda instancia, el coeficiente de correlación Intraclases (ICC) se utilizó el modelo de efectos aleatorios de dos factores tipo acuerdo absoluto, resultando: *evaluador 1* $N= 49$, $ICC= 0.85$, $IC= 0.74- 0.91$; *evaluador 2* $N= 48$, $ICC = 0.95$, $IC= 0.91- .097$. Los resultados dan cuenta de una elevada reproducibilidad del EIAD, cuando un sujeto

administra la misma prueba, al mismo grupo de pacientes en dos oportunidades diferentes. Siendo más elevado el valor del evaluador 2 y ligeramente inferior al exigido (ICC= 0.90) en el evaluador 1.

c) Consistencia interna de la Escala por interrogatorio de las AVD, EIAD.

Para establecer la consistencia interna del EIAD, se aplicó el coeficiente Alpha de Cronbach a cada una de las 10 actividades que componen la escala en las 4 oportunidades que se administró la misma.

- Evaluador 1, primera vez: N= 94, Alpha = 0.68;
- Evaluador 1, segunda vez: N= 50, Alpha = 0.63;
- Evaluador 2, primera vez: N= 94, Alpha = 0.71;
- Evaluador 2, segunda vez: N= 49, Alpha = 0.78.
- Promedio de las cuatro evaluaciones, Alpha = 0.70

De acuerdo a los resultados obtenidos los valores indican que la consistencia interna es aceptable.⁶⁷

d) Validez de contenido de la Escala por interrogatorio de las AVD, EIAD.:

En lo concerniente a la validez de contenido se recurrió a la opinión de versados en la temática. A cada uno de los miembros, se le acercó una copia del instrumento con su respectivo instructivo. Tres médicas geriatras, una Licenciada en psicología, una Licenciada en terapia ocupacional, una Licenciada en trabajo social conformaron el grupo de expertos. Además tres alumnas avanzadas de la carrera de Licenciatura en Terapia Ocupacional quienes a su vez participaron del trabajo de campo, luego de la implementación de la prueba piloto sugirieron modificaciones.

⁶⁷ consistencia interna del Indice de Barthel N= 95, Alpha= 0.69
Consistencia interna del Indice de Katz N= 95, Alpha= 0.58

e) Validez de constructo de la Escala por interrogatorio de las AVD, EIAD.:

Tabla 2.5 Aplicación del coeficiente rho de Spearman sobre los índices de Katz y Barthel, EIAD y GDS en los 95 pacientes que concurren a la evaluación en SATE durante el período agosto- noviembre del año 2006 en la ciudad de Mar del Plata.

Correlations

			katz total	BARTOTAL	E1TOTAL	E2TOTAL	GDS
Spearman's rho	katz total	Correlation Coefficient	1,000	-,638**	-,626**	-,603**	,145
		Sig. (2-tailed)	,	,000	,000	,000	,170
		N	95	95	94	94	91
	BARTOTAL	Correlation Coefficient	-,638**	1,000	,685**	,685**	-,104
		Sig. (2-tailed)	,000	,	,000	,000	,329
		N	95	95	94	94	91
	E1TOTAL	Correlation Coefficient	-,626**	,685**	1,000	,787**	-,202
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	,	,000	,057
		N	94	94	94	93	90
	E2TOTAL	Correlation Coefficient	-,603**	,685**	,787**	1,000	-,252*
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,	,016
		N	94	94	93	94	90
	GDS	Correlation Coefficient	,145	-,104	-,202	-,252*	1,000
		Sig. (2-tailed)	,170	,329	,057	,016	,
		N	91	91	90	90	91

** . Correlation is significant at the .01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the .05 level (2-tailed).

Para aportar evidencia a favor de la validez de constructo se correlacionaron los resultados totales del EIAD con cada uno de los siguientes instrumentos, Índice de Katz, de Barthel y con la Escala Global de Deterioro de Reisberg (GDS) aplicando el coeficiente rho de Spearman (rs). La correlación del EIAD aplicado por el evaluador 1 arrojó los siguientes resultados: con el índice de Barthel: N 94, rs = 0.68, sig= .000; con el índice de Katz N= 94, rs = -0.62, sig= .000; y con el GDS N= 90, rs = -0.20, sig= 0.06. La correlación del EIAD aplicado por el evaluador 2 arrojó los siguientes resultados: con el índice de Barthel N= 94, rs= 0.68, sig= .000; con el

índice de Katz N= 94, $r_s = -0.60$, $sig = .000$; y con el GDS N= 90, $r_s = -0.25$, $sig = 0.015$.

El GDS se correlacionó con el índice de Barthel N= 91, $r_s = -0.10$, $sig = 0.32$ y con el índice de Katz N= 91, $r_s = 0.14$, $sig = 0.17$ (ver tabla 2.5).

El índice de Katz y de Barthel tienen escasa correlación (sin significancia estadística) con el GDS mientras que el EIAD es ligeramente superior, aunque escasa, pero con significancia estadística en el evaluador 2 y muy próxima a la significación estadística establecida por el evaluador 1.

EIAD posee una correlación aceptable con el índice de Katz, incrementándose con la escala de Barthel.

DISCUSION

En el presente trabajo de investigación la muestra estuvo conformada principalmente por adultos mayores de sexo femenino datos que coinciden con la bibliografía que versa sobre la temática investigada sobre EA y género. La mayor demanda de consultas por fallas de memoria se dio en los intervalos de edad comprendidos entre los 75 y 84 años, observándose el incremento del deterioro ligado a la edad, tendencia que concuerda con datos epidemiológicos de estudios recientes, como mencionan Cummings, Reisberg, Mangone y Allegri entre otros. Arizaga remarca en la segunda edición del libro Demencia, Enfoque Multidisciplinario la carencia de estudios epidemiológicos en América del Sur.^{67 68 69}

En lo que respecta al nivel de deterioro global de los adultos mayores que concurren a la evaluación por fallas de memoria el mayor porcentaje se ubicó en un nivel de deterioro 4 de la escala GDS de Reisberg,⁷⁰ denominado fase “confusional” o intermedia donde los déficits son fácilmente objetivados, y en algunos ámbitos, especialmente desde la clínica se lo correlaciona con una demencia “muy leve”, “levísima” o “incipiente” y aun resulta controversial comunicar el diagnóstico al paciente y a su familia. En segundo término se observó un 20 % de adultos mayores en un estadio 3, relacionado con la entidad Deterioro Cognoscitivo Leve. (DCL) Este estadio clínico se refiere a aquellas personas que poseen deterioro mnésico y / o de otras funciones corticales superiores pero no se encuentran criterios clínicos de demencia. No obstante Reisberg piensa que es apropiado intervenir en el estadio 2.

El modelo de *fase* acuerda en caracterizar al deterioro mnésico como progresivo, ordenado y global, de todos modos existe gran discrepancia en como manejar y definir los distintos estadios principalmente los tres primeros.⁷¹

⁶⁷ Op. Cit. MANGONE, C. Ed . 1997

⁶⁸ REISBERG, B; FERRIS, S; y otros. “The Global Deterioration Scale for Assesment of Primary Degenerative Dementia”. Am J of Psychiatry. 139: 9, setiembre 1982.

⁶⁹ Op. Cit. CUMMINGS, J.

⁷⁰ Op.cit. REISBERG, B.

⁷¹Op.Cit MANGONE. Ed 2006

En lo que atañe a los cuidadores de los adultos mayores fueron principalmente los hijos, entre los 51 a 60 años de edad, prevaleció el sexo femenino. En segundo término se ubicaron los cónyuges entre 71 y 80 años. Gran parte de los cuidadores conviven con la persona afectada, y los que no destinan en promedio 21 horas. Estos datos coinciden con numerosos trabajos que describen la población estudiada.

El objetivo de éste estudio fue diseñar una evaluación por interrogatorio de las AVD de fácil y rápida implementación, para ser administrada en adultos y adultos mayores con deterioro cognoscitivo y demencia, como así también a sus cuidadores. Si bien en gran parte de las publicaciones científicas, las escalas por observación directa priman a la hora de la elección, sustentada en una mayor sensibilidad, a menudo no se ajustan al contexto clínico, y a los recursos institucionales, por lo tanto la solución costo-beneficio y práctica más inmediata fue diseñar una escala por interrogatorio.

Por otra parte el diseño de una evaluación por interrogatorio también presenta sus dificultades, constituyendo la mayor desventaja el sesgo que le imprime a la información la subjetividad tanto del evaluador, del paciente y del cuidador. En lo referente a la información aportada por el paciente, es respaldada por abundante bibliografía, que la confiabilidad de la misma es elevada cuando no presentan deterioro o a lo sumo es leve, observándose un decremento gradual en aquellos que si lo poseen. A la inversa la información brindada por los cuidadores, adquiere mayor veracidad a medida que progresan los déficits, asegurando sus juicios en base al conocimiento previo del desempeño. Con respecto a la información recabada por el evaluador, la bibliografía respalda su confiabilidad, en tanto implemente la disociación instrumental, posea capacitación previa, exprese con claridad las preguntas y por sobre todo ejerza la escucha tomando cada caso como único e irrepetible, evitando la automatización del proceso de evaluación.

Para la construcción del EIAD fueron indispensables: por un lado el rastreo bibliográfico de numerosas evaluaciones, índices y escalas de AVD reconocidas y validadas en el ámbito de la Terapia Ocupacional y de la rehabilitación, que aportaron el sustento para delinear la estructura, las áreas incluidas y el tipo de evaluación, por otro lado la riqueza de la experiencia clínica permitió conocer la patología, a las personas que la sufren y plantear los interrogantes a resolver a través del razonamiento clínico y el método científico, finalmente conocer los niveles

de MEDICARE proporcionó el fundamento para construir los intervalos elegidos para detectar cambios tempranos en el desempeño de las AVD.

El EIAD es una evaluación fácil y rápida de implementar, insume 10 minutos aproximadamente. Las áreas a evaluar están claramente definidas y dentro de ellas cada actividad es desglosada en sus acciones respectivas. La riqueza del instrumento radica en la definición operativa de cada actividad, en la descripción detallada de cada tarea e indaga sobre el desempeño actual, registra los cambios y si requiere algún grado de asistencia verbal y/o física. El evaluado debe responder una vez finalizada la descripción de la actividad y el evaluador insistirá en propiciar una actitud reflexiva con el objetivo de registrar si hubo alguna modificación en la manera habitual de llevar a cabo las actividades cotidianas.

La proliferación de los marcos de referencia, el crecimiento del área de la investigación y de los campos de intervención son cambios que denotan una evolución de la terapia ocupacional en nuestro país, sin embargo las autoras del presente trabajo consideran que el mismo no es uniforme en cuanto al desarrollo y validación de instrumentos de evaluación, sumamente escasos en las AVD. Si bien se ha facilitado el acceso al material a menudo no es tenido en cuenta el contexto en que fue construido y aplicado. Se torna indispensable a la hora de elegir una herramienta de evaluación que la misma cumpla los criterios de confiabilidad y validez.

El EIAD aparenta poseer una elevada confiabilidad interevaluador, indica que dos evaluadores diferentes administraron el EIAD a la misma muestra de pacientes y obtuvieron resultados equivalentes. Se revela de ésta forma el alto grado de reproducibilidad que posee el EIAD.

El EIAD impresiona tener alta confiabilidad intraevaluador, esto significa que un evaluador lo administró en dos oportunidades y obtuvo resultados similares. En la presente investigación se obtuvo un resultado estadísticamente significativo en el evaluador dos y un resultado ligeramente inferior a lo establecido (ICC= 0.90) en el evaluador uno.

De acuerdo a los resultados obtenidos los valores indican que la consistencia interna es aceptable. El mejor puntaje fue el del evaluador dos en la segunda aplicación, nuevamente obtuvo mejor resultado que el evaluador uno. Si bien la consistencia interna no es la esperada se pudo observar que escalas de AVD como el Índice de Barthel y Katz tienen una consistencia interna aún menor.

La validez de contenido fue determinada por un grupo de expertos en el área, cuyos aportes fueron valiosos y consistieron en: homogeneizar la graduación de las actividades, modificar la redacción de algunas preguntas para facilitar su comprensión, simplificar el método de puntuación y la inclusión de un dispersigrama cualitativo para obtener a simple vista un perfil de desempeño en las AVD. Este equipo de profesionales considera que el EIAD posee validez de contenido ya que logra valorar las AVD en pacientes con deterioro cognoscitivo y demencia haciendo hincapié en la dificultad cognoscitiva que presenta la persona para llevar a cabo la actividad y no se basa sólo en criterios físicos como sí lo hacen el índice de Barthel y de Katz. También es claro que sólo evalúa AVD básicas, a diferencia de otros instrumentos que valoran conjuntamente AVD, AIVD, ocio, entre otras.

En lo que respecta a los aportes para determinar la validez de constructo, quedó demostrado que el EIAD posee una correlación aceptable con el índice de Katz, incrementándose con la escala de Barthel. En cuanto a las correlaciones existentes entre el EIAD, el índice de Katz y el de Barthel con el GDS es escasa; sin embargo el nivel de significancia es aceptable solamente para el EIAD, observándose en el evaluador dos los valores más altos. De ésta forma se continúa demostrando en una pequeña medida que el EIAD podría valorar mejor que Barthel y Katz las AVD en pacientes con deterioro cognoscitivo y demencia.

En el presente trabajo de investigación las correlaciones entre ambos evaluadores fueron buenas, sin embargo siempre uno de los evaluadores obtuvo mejor puntaje que el otro, evidenciando así el punto débil de los tests por interrogatorio, planteado por la bibliografía. La constante que se presentó a lo largo del proceso abrió interrogantes acerca de su origen y el replanteo si hubo déficits en la etapa de capacitación y la influencia preponderante de la subjetividad en este tipo de instrumentos, es por eso que se propone para próximos estudios profundizar este tema.

CONCLUSION

Los resultados de este primer estudio permiten concluir que responden a los objetivos planteados. Se comprobó **La Confiabilidad interevaluador** del EIAD, siendo elevada. Se demostró **La Confiabilidad intraevaluador** del EIAD la cual es entre buena y muy buena. Se estableció que **La Consistencia interna** del EIAD, no alcanzó los resultados esperados, aunque fueron aceptables. El valor más consistente lo obtuvo la segunda aplicación del segundo evaluador.

Por lo tanto podemos decir que el EIAD es una Escala por Interrogatorio que mide de manera consistente y estable las AVD en pacientes con deterioro cognoscitivo y demencia. Puede ser administrada en distintas oportunidades y por diferentes evaluadores entrenados arrojando resultados confiables, los cuales pueden variar con el tiempo si se modifica el status del paciente o si la persona que **CONTESTA** a la evaluación es otra. Sería interesante, en futuras investigaciones, conocer si el EIAD es una evaluación con características predictoras y sensible a pequeños cambios. Creemos necesario rever algunos puntos para aumentar la confiabilidad.

Se evidenció **la Validez de contenido** del EIAD la cual fue evaluada por especialistas en geriatría y en evaluación funcional. La prueba piloto también fue utilizada para ajustar algunas cuestiones, principalmente aquellas que se referían a la modalidad de realizar las preguntas y modificar las que impresionaban generar respuestas ambiguas. .

Se aportó evidencia a **la Validez de constructo**. Se correlacionó el EIAD con escalas de AVD reconocidas y validadas en el medio pero criticadas por no estar diseñadas para pacientes con deterioro cognoscitivo, sino para pacientes con discapacidad física. Fueron dos escalas BARTHEL Y KATZ las que se correlacionaron con el EIAD. Los resultados también fueron altos obteniendo con el índice de BARTHEL una correlación convergente positiva y con el KATZ una correlación convergente negativa. Conjuntamente se correlacionaron las tres escalas con el GDS (escala global de deterioro). En éste caso los resultados fueron muy bajos para los tres instrumentos, sólo en el caso del EIAD fue más elevado, y solo alcanzó el nivel de significancia en el evaluador dos.

En lo respectivo las personas que participaron del estudio, adultos mayores con deterioro cognoscitivo y sus familiares y/o cuidadores, los resultados han coincidido con otros trabajos de investigación que se realizaron en otras partes del mundo como ya se desarrolló anteriormente, en varios puntos como son la edad, el sexo y quienes se ocupan de la persona que comienza con fallas de memoria entre otras variables. Sin embargo creemos que debería llevarse a cabo un estudio con una muestra mayor, para caracterizar a la población, para poder generalizar los resultados, y de ésta manera obtener datos epidemiológicos fiables en nuestra región. También sería beneficioso profundizar en los cuidadores, donde las mayores dificultades radicarón en encontrar datos que se ajustaran a nuestra población, dado que en estudios llevados a cabo en países desarrollados proponían como cuidador a aquél que dedicaba entre 8 y 6 horas diarias al paciente, hecho que motivó la decisión de caracterizar la muestra de familiares y cuidadores para obtener resultados propios, no obstante, al ser una muestra pequeña, perteneciente a un nivel social homogéneo, no se pudieron extrapolar los datos, al resto de la población.

Es propio de la terapia ocupacional la evaluación del área funcional, como ya fue citado con anterioridad, es el área menos explorada en el campo de las neurociencias, por lo tanto es necesario para el desarrollo de la profesión continuar la ardua labor de algunos terapeutas como Gutrun Arnadotir, F.Oakley entre otros y además se torna indispensable contar con herramientas apropiadas.

Para finalizar se considera que el EIAD reúne las características necesarias de un instrumento de evaluación, y que podría utilizarse tanto en el ámbito de la clínica como en el de la investigación. Aporta información precisa y detallada del desempeño en las AVD en personas con trastornos mnésico- cognoscitivos y demencia tipo Alzheimer. Se cree que el EIAD, influiría en optimizar el diseño de los abordajes, realizar un seguimiento y brindar asesoramiento a los cuidadores.

Se presume que su inclusión en equipos de valoración geriátrica integral y/ o evaluaciones neuropsicológicas podría enriquecer la impresión diagnóstica, como se ha reiterado en varias oportunidades la definición de demencia incluye además de los trastornos en los dominios cognoscitivos y memoria el compromiso de las actividades cotidianas a punto tal que interfieran con su independencia. La presente investigación se encuentra en una etapa inicial de la validación del EIAD, se requerirán posteriores estudios que aporten mayor evidencia a favor de la misma. Podría aplicarse a otras poblaciones, por ejemplo a los diferentes tipos de

demencias frontales, subcorticales y comparar perfiles de desempeño. Sería interesante correlacionar el EIAD con escalas que evalúen otros dominios. También sería importante aportar información sobre su valor predictivo y su sensibilidad.

Es el deseo de las autoras despertar el interés en estas áreas, la gerontología, los trastornos mnésico-cognoscitivos y, en especial, hacia los instrumentos de valoración funcional, un campo por cierto fascinante y bastante inexplorado, favorezca el desarrollo de la profesión y aporte utilidad en las intervenciones.

También es nuestra intención disfrutar, compartir y contribuir a crear conocimiento a partir de las experiencias y necesidades de los pacientes y sus familias.

BIBLIOGRAFIA GENERAL

BIBLIOGRAFIA

- AOTA. Informe: "Conceptos fundamentales de Terapia ocupacional: Ocupación, actividad con propósito y función." *The American Journal of Occupational Therapy*. AJOT. Vol. 51, N° 10. Año 1997
- APPLGATE WILLIAMS; BLASS JOHN; WILLIAMS .T. FRANKLIN. "Instrumentos para la evaluación funcional de adultos mayores." *The New England Journal of Medicine*. Vol. 332 N° 17. Año 1990
- ÁRNADOTTIR, G. "The brain and behavior. Assessing Cortical Dysfunction Through Activities of Daily Living (ADL)". Editorial The C. V. Mosby Company. Año 1990.
- ASUMAN KIJAK, H.; TERI, L.; BORSON, S. "Physical and Functional Health Assesment in normal aging and in Alzheimer´s disease: Self-reports vs family reports". *The Gerontological Society of America*. Vol.34, N° 3, 324-330. Año 1994.
- BAUM CAROLYN ; EDWARDS DOROTHY; and the Faculty of the Program in Occupational Therapy, Washington University School of Medicine, St Louis, Missouri, for the Comission on Practice. Position Paper: "Ocupational Performance : Occupational Therapy´s. Definition of function". *The American Journal of Ocupational Therapy*. AJOT. Vol 49 N° 10. Año 1995.
- BERENSON, M. L; LEVINE, D. M. "Estadística básica en administración, conceptos y aplicaciones." 6° edición. Editorial Prentice Hispanoamericana S.A. México. Año 1996.
- BOSEMBERG, I.; FAIDUTTI, S. "Evaluación de la discapacidad en personas mayores de 65 años que sufrieron un Accidente cerebro vascular ACV". Tesis de grado de la Licenciatura en Terapia Ocupacional. Universidad Nacional de Mar del Plata. Facultad de Servicio Social y Ciencias de la Salud. Año 1993.
- BOURDIEU, P "Ideas para la acción. Los investigadores y el movimiento social". *Le Monde Diplomatique/El Dipló*. Febrero 2002.

- BUCKS, R.; ASHWORTH, D.; WILCOCK, G; SIEGFRIED, K. "Assessment of Activities of Daily Living in Dementia: Development of the Bristol Activities of Daily Living Scale". *Age and Ageing* 25; 113-120. Año 1996.
- BURNS, T. "Cognitive performance test (CPT). A measure of cognitive capacity for the performance of routine tasks". *Geriatric Research, Education and Clinical Center (GRECC)*. Minneapolis Veterans Administration Medical Center. Año 1991.
- CARRASCO, M; ARTASO, B. "La sobrecarga de los familiares de pacientes con Enfermedad de Alzheimer". www.societatcatalanadeneurologia.com. Fecha de consulta: 17/1/2006.
- CIERI, P.; COHN, M. "Grado de dependencia de las actividades básicas cotidianas (ABC) en adultos mayores de 60 años con trastorno cognitivo". Tesis de Licenciatura de la carrera de Terapia Ocupacional. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Universidad Nacional de Mar del Plata. Año 1997.
- CORTADO DE KOHA, N; CARRO, J. Estadística aplicada. Editorial universitaria de Bs. As. 1972
- CRUZ JENTOFT, A.J. El índice de Katz. Servicio de Geriátria. Hospital Universitario San Carlos. Madrid. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*. Vol 26 (338-348). Año 1991.
- CUMMINGS, J. "Alzheimer Disease". *The New England Journal of Medicine*. Julio Vol 351: 56-67. Nº 1. 2004.
- DABOS, E.; NAJMANOVICH, D. "El lenguaje de los vínculos" Editorial Paidós. Año 1995
- DE CILLIS, M. "Instrumentos de evaluación en Terapia Ocupacional. Concordancia entre observadores de la Evaluación de Autoatención E.N.A.". Tesis de Grado. Licenciatura en Terapia Ocupacional. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Universidad Nacional de Mar del Plata. Año 2000.
- DURANTE MOLINA, P, PEDRO TARRÉS, P. "Terapia ocupacional en geriatría: principios y práctica". Editorial Masson. España. Año 1998

- “El Proceso en Terapia Ocupacional”. *The American Journal of Occupational Therapy*. AJOT. Volume 53, Number 3. Año 1999
- FARRERAS. ROZMAN. “Medicina interna.” edición en cd- rom. 13 ed.
- GAUTHIER, L.; GAUTHIER, S. “Assesment of functional Changes in Alzheimer's Disease.” *Neuroepidemiology*. 9: 183-188. School of Physical and Occupational Therapy. Montreal, Canadá. Año 1990.
- GIFFORD, D; CUMMINGS, J. “Evaluating dementia screening test. Methodologic standards to rate their perfornance.” *Neurology*. Vol 52: 224-227. Año 1999
- GREEN, C.; MOHS, R.; SCHMEIDLER, J.; ARYAN, M.; DAVIS, K. “Functional decline in Alzheimer’s Disease: A longitudinal study”. *Journal American Geriatrics Society*. 41: 654-661. Año 1993.
- HARVEY, P; MORIARTY, P. Y OTROS. “The validation of a caregiver assesment of dementia. The dementia severity scale.” *Alzheimer Dis Assoc Disord*. Vol 19, N° 4. Año 2005.
- HERNANDEZ SAMPIERI, R; FERNANDEZ COLLADO, C; BAPTISTA LUCIO, P. “Metodología de la investigación.” 3° Editorial Mc G-raw Hill Interamericana. Editores S.A México 2003.
- HOGAN, D; MCKEITH. “Of MCI and dementia: Improving diagnosis and treatment”. *Neurology*, Vol 56: 1131- 1132. Año 2001.
- HOPKINS, H; SMITH, H.” Willard / Spackman Terapia Ocupacional” 8ª Edición. Editorial Médica Panamericana. Año 1998.
- JOHNSON, N.; BARION, A y otros. “The activities of daily living questionnaire: a validation study in patients with dementia”. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 18 (4): 223- 30. 2004.
- JUVA, K.; MÄKELA, M.; ERKINJUNTI, T.; SULKAVA, R.; YLIKOSKI, R.; VALVANNE, J; TILVIS, R. Escalas de Evaluación funcional en la detección de demencia. *Age and aging*; Vol 26:393-400. Año 1997.
- KANE, R.; SASLOW, M.; BRUNDAGE, T. “Using ADLs to Establish Eligibility for Long-Term Care Among the Cognitively Impaired.” *The Gerontologist*. Vol.31, N°1. Año 1991.

- KNOPMAN, D; DEKOSKY,S; CUMMINGS, J y OTROS. “Parámetros de la práctica: Diagnóstico de demencia” (revisión de estudios de medicina basada en la evidencia) Informe del Subcomite de Standards de Calidad de la Academia Americana de Neurología. (A.A.N) ,Neurology, 56: 1143-1153. 2001.
- KOTTKE, FREDERIC J; LEHMANN, JUSTUS F. Krusen. Medicina física y rehabilitación. cuarta edición. Editorial Médica Panamericana. España. Año 1999.
- LARRIÓN, J. “Valoración Geriátrica Integral (III): Valoración de la capacidad funcional del paciente. anciano.” Servicio de Geriátria del Hospital de Navarra. Pamplona. <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/suple7/suple7.html>. Fecha de consulta: 02/06/01.
- LAWTON P. “Calidad de vida en la enfermedad de Alzheimer.” Research Institute, Philadelphia Geriatric Center, Philadelphia, Pennsylvania. USA. Año 1987.
- MANGONE, C.; ALLEGRI, F.; ARIZAGA, R.; OLLARI, J. “Demencia. Enfoque multidisciplinario”. Ediciones Sagitario. Buenos Aires. Argentina. Año 1997.
- MANGONE, C; ALLEGRI, F; ARIZAGA, R; OLLARI, J. “Demencia. Enfoque Multidisciplinario”. Ediciones Sagitario. Buenos Aires. Argentina. Año 2006
- MONTERO, R; FERNÁNDEZ GUINEA,S., PELÁEZ, E.,TORRE, C.,TORRES, M.C. “Propuestas de un nuevo cuestionario para valorar las actividades de la vida diaria en pacientes con enfermedad de Alzheimer”. Primer Congreso Internacional en Neuropsicología en Internet. <http://www.uninet.edu.com> fecha de consulta: 02/06/01.
- MOYANO, E. “Comunicar Ciencia: El artículo científico y las comunicaciones a congresos” Editorial Universidad Nacional de Lomas de Zamora. Buenos Aires. Año 2000.
- NAGLIE GARY. “Fragilidad. Status funcional Actividades de la vida diaria” Oxford Text Book .Año 2000.

- OAKLEY, T.; SUNDERLAND, T.; HILL, J.; PHILLIPS, S.; MAKAHON, R.; EBNER, J. "The Daily Activities Questionnaire: A Functional Assessment for People with Alzheimer's Disease." *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*. Vol. 10 N°2. Año 1991.
- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. "Clasificación internacional del funcionamiento, la discapacidad y la salud." Borrador final. versión completa. <http://www.who.ch/icidadh>. Año 2001.
- PAGANIZZI, L. "Actividad lenguaje particular." Editorial Edigraf S.A. Buenos Aires. Año 1997.
- PAGANIZZI, LILIANA. "Producción de conocimiento en Terapia Ocupacional." Jornadas del Litoral. 1 de mayo de 2001. <http://www.terapiaocupacional.com> fecha de consulta 3/7/2004
- PELLEGRINI, M. *Material de la carrera de especialización en neuropsicología. "Memoria"*. UBA. Año 2003.
- PINEDA, E; de CANALES, F; de ALVARADO, E. "Metodología de la investigación" Manual para el desarrollo de personal de salud. Organización Panamericana de la Salud. Año 1986.
- POLIT, D; HUNGLER, B. "Investigación científica en ciencias de la salud" 5° edición. Editorial. Mc. Graw Hill Interamericana. Editores S.A. México 1995
- POLIT, D; HUNGLER, B. "Investigación científica en ciencias de la salud." 6° edición. Editorial Mc Graw Hill Interamericana. Editores S.A. México. Año 2000
- POLONIO LOPEZ, B; DURANTE MOLINA, P; NOYA ARNAIZ, B. "Conceptos Fundamentales de Terapia Ocupacional." Editorial Médica Panamericana. España 2001.
- REISBERG, B y otros. "Memantine in moderate-to-severe Alzheimer disease". *The New England Journal of Medicine*. Vol 348: 1333-1341. N° 14. Abril 2003.
- ROJAS SORIANO, RAUL. "La evaluación". *Materia Prima*. Año 2. N° 5. Buenos Aires. Año 1997.

- SALGADO ALBA, A; ALARCON ALARCON, M. "Valoración del paciente anciano." Editorial Masson. Barcelona. Año 1993.
- SANJURJO CASTELAO, G. "Actividades de la vida diaria en Alzheimer." www.terapiaocupacional.com. Fecha de consulta: 6/4/03.
- SHOLBERG, M ; MATEER , C. "Cognitive Rehabilitation. An Integrative Neuropsychological Approach." The Guilford Press. New York. London. Año 2001.
- *The American Journal of Occupational Therapy.* "Conceptos fundamentales de Terapia ocupacional: Ocupación, actividad con propósito y función." AJOT. Vol. 51, Nº 10. Año 1997
- TROMBLY, C. "Occupational Therapy for Physical Dysfunction." Cuarta Edición. Editorial Williams and Wilkins. Año 1995.
- TROMBLY, CATHERINE A. "Terapia Ocupacional para enfermos incapacitados físicamente." traducido por Dr. Roberto Carrasco Ruiz. Ediciones científicas La Prensa Médica Mexicana, S.A. 1ª Edición. Año 1990
- TULLY, M.; MATRAKAS, Q.; MUSALLAM, K. "The Eating Behavior Scale (EBS): A simple method of assesing functional ability in patients with Alzheimer's Disease." Journal of Gerontological Nursing, Vol 23 Nº 7: 9-15. Año 1997.
- UNGERECHT THRALOW, J; SCHAUBACH RUETER, M. "Activities of daily living and cognitive levels of function in dementia." *The American Journal of Alzheimer's Care and Related Disorders & Research.* Año 1993.
- Valoración Geriátrica Global (VGG)
<http://web.usal.es/acordoso/VGG/VGGlobal.html> fecha de consulta 2/6/2001
- WILSON, BARBARA. "Rehabilitación Cognitiva: Desarrollos recientes en la teoría y la práctica." Conferencia organizada por la Sociedad de Neuropsicología de Argentina (SONEPSA). Buenos Aires. Año 2003.

ANEXO I

Escala por Interrogatorio

De las A. V. D. en pacientes con

Enfermedad de Alzheimer.

E. I. A. D.

E. I. A. D

Escala por Interrogatorio de las AVD en pacientes con deterioro cognoscitivo y Demencia.
Loo, Andrea; Roumec, Bettina; Sharovsky, Diana

Nombre y apellido:..... N° H.C.:... Edad:..... FECHA: / /
Sexo:..... Fecha de nacimiento: / / Estado civil: C- S- V- D
Cuidador. Nombre: Edad:..... Sexo:.....
Vínculo: C- H- OF- Otro
Convivencia con el paciente: SI- NO Horas de contacto semanales:.....
Evaluador:¹

1. CONTINENCIA URINARIA		
Iniciativa para ejecutar la actividad y el control vesical		
a) El paciente es continente		6
b) Solo controla la micción si se le recuerda que orine		5
c) El paciente tiene episodios de incontinencia ocasionales		4
d) El paciente tiene episodios de incontinencia tres veces por semana o más		2
e) El paciente es incontinente		0
Utiliza algún tipo de asistencia. Especificar		Si
protectores	orinal	sonda
		Otros
Tiempo estimativo de ayuda y/o supervisión		
2. CONTINENCIA FECAL		
Iniciativa para ejecutar la actividad y el control intestinal.		
a) El paciente es continente		6
b) Presenta episodios de incontinencia una o dos veces por semana		4
c) Presenta episodios de incontinencia tres veces por semana o más		2
d) Es incontinente		0
Utiliza algún tipo de asistencia. Especificar		Si
protectores	colector	Otros
Tiempo estimativo de ayuda y/o supervisión para realizar la actividad:		
3. ASEO incluye las siguientes acciones:		
- afeitarse y/o maquillarse		
- peinarse		
- cepillarse los dientes y/o dentadura postiza		
- lavarse la cara y las manos		
a) el paciente ejecuta las cuatro acciones de la misma forma que lo hizo siempre		6
b) se debe recordar al paciente que realice alguna de éstas acciones y/o indicarle la forma correcta de realizarlas.		5
c) Se debe permanecer junto al paciente observando y/o indicando que realice las acciones en forma adecuada.		4
d) Se debe ayudar al paciente a realizar una de las acciones.		3
e) Se debe ayudar al paciente a realizar dos de las acciones.		2
f) Se debe ayudar al paciente a realizar cuatro de las acciones		1
g) Se debe ayudar al paciente a realizar todas las acciones.		0
En caso de contestar B, C, D, E, F o G consigne con una cruz el ítem comprometido.		
Tiempo estimativo de ayuda y/o supervisión para realizar la actividad:		
4. TOILETTE incluye las siguientes acciones:		
- Evacuar en el lugar correcto		
- Higienizarse y/o usar papel sanitario		
- Acomodar su ropa		
- Apretar el botón		
a) El paciente va al baño solo cumpliendo con todas las acciones de la misma forma que lo hizo siempre		6
b) Se debe recordar al paciente que realice alguna de éstas acciones y/o indicarle la		5

¹ Estado civil: Casado/a- Soltero/a- Viudo/a- Divorciado/a
Vínculo: Cónyuge- Hijo/a- Otro Familiar- Otro.

forma correcta de realizarlas.	
c) Se debe permanecer junto al paciente observando y/o indicando que realice las acciones en forma adecuada.	4
d) Se debe ayudar al paciente a realizar una de las acciones.	3
e) Se debe ayudar al paciente a realizar dos de las acciones.	2
f) Se debe ayudar al paciente a realizar cuatro de las acciones	1
g) Se debe ayudar al paciente a realizar todas las acciones.	0
En caso de contestar B, C, D, E, F o G consigne con una cruz el ítem comprometido.	
Utiliza algún tipo de asistencia. especificar	si
Bastón simple Trípode Andador Silla de otro ruedas	
Tiempo estimativo de ayuda y/o supervisión para realizar la actividad:	
5. ALIMENTACION incluye las siguientes acciones	
- Reconocer y mantener hábitos alimenticios	
- Mantener una dieta adecuada (gustos, variedad)	
- Mantener hábitos de limpieza y conductas adecuadas durante el acto de alimentarse	
- Servirse alimentos, líquidos y/o aderezos	
- Reconocer y utilizar los utensilios correctamente	
a) El paciente se alimenta de la misma forma que lo hizo siempre	6
b) Se debe recordar al paciente que realice alguna de éstas acciones y/o indicarle la forma correcta de realizarlas.	5
c) Se debe permanecer junto al paciente observando y/o indicando que realice las acciones en forma adecuada.	4
d) Se debe ayudar al paciente a realizar una de las acciones.	3
e) Se debe ayudar al paciente a realizar dos de las acciones.	2
f) Se debe ayudar al paciente a realizar cuatro de las acciones	1
g) Se debe ayudar al paciente a realizar todas las acciones.	0
En caso de contestar B, C, D, E, F o G consigne con una cruz el ítem comprometido.	
6. MOVILIDAD incluye las siguientes acciones	
- Deambulación funcional con o sin adaptaciones	
- Realizar los pasajes de la posición sedente a bípeda y viceversa	
- Realizar los pasajes de la posición sedente a decúbito y viceversa	
- Realizar diferentes decúbitos mientras permanece acostado	
a) el paciente es capaz de incorporarse, caminar, sentarse, acostarse y darse vuelta hacia ambos lados en forma independiente	6
b) Se debe recordar al paciente que realice alguna de éstas acciones y/o indicarle la forma correcta de realizarlas.	5
c) Se debe permanecer junto al paciente observando y/o indicando que realice las acciones en forma adecuada.	4
d) Se debe ayudar al paciente a realizar una de las acciones.	3
e) Se debe ayudar al paciente a realizar dos de las acciones.	2
f) Se debe ayudar al paciente a realizar cuatro de las acciones	1
g) Se debe ayudar al paciente a realizar todas las acciones.	0
En caso de contestar B, C, D, E, F o G consigne con una cruz el ítem comprometido.	
7. TRASLADO	
a. Dentro del hogar comprende las siguientes acciones:	
- Capacidad de iniciar la acción	
- Evocar y realizar el recorrido adecuado	
- Localizar el destino	
- Vencer barreras ambientales utilizando los soportes ambientales	
a) El paciente inicia el traslado en forma independiente arribando al destino prefijado, sin haberse perdido o desorientado, de manera segura, sorteando obstáculos de su casa (escalones, desniveles, iluminación) de la misma forma que lo hacía antes	6
b) Se debe recordar al paciente que realice alguna de éstas acciones y/o indicarle la forma correcta de realizarlas.	5
c) Se debe permanecer junto al paciente observando y/o indicando que realice las acciones en forma adecuada.	4

d) Se debe ayudar al paciente a realizar una de las acciones.	3	
e) Se debe ayudar al paciente a realizar dos de las acciones.	2	
f) Se debe ayudar al paciente a realizar cuatro de las acciones	1	
g) Se debe ayudar al paciente a realizar todas las acciones.	0	
En caso de contestar B, C, D, E, F o G consigne con una cruz el ítem comprometido.		
Tiempo estimativo de ayuda y/o supervisión para realizar la actividad:		
b. Fuera del hogar. Ídem ítem a.		
a) El paciente inicia el traslado en forma independiente arribando al destino prefijado, sin haberse perdido o desorientado, de manera segura, sorteando obstáculos de la vía pública (escalones, desniveles, iluminación, cordón) de la misma forma que lo hacía antes	6	
b) Se debe recordar al paciente que realice alguna de éstas acciones y/o indicarle la forma correcta de realizarlas.	5	
c) Se debe permanecer junto al paciente observando y/o indicando que realice las acciones en forma adecuada.	4	
d) Se debe ayudar al paciente a realizar una de las acciones.	3	
e) Se debe ayudar al paciente a realizar dos de las acciones.	2	
f) Se debe ayudar al paciente a realizar cuatro de las acciones	1	
g) Se debe ayudar al paciente a realizar todas las acciones.	0	
En caso de contestar B, C, D, E, F o G consigne con una cruz el ítem comprometido.		
Tiempo estimativo de ayuda y/o supervisión para realizar la actividad:		
8. BANO comprende las siguientes acciones:		
<ul style="list-style-type: none"> - Mantener la iniciativa para realizar la actividad - Mantener la frecuencia habitual - Preparar la actividad (graduar el agua, disposición de los elementos jabón, shampoo, crema de enjuague, toalla) - Acceder y salir a la instalación en forma adecuada y segura - Efectuar enjabonado, lavado y enjuague del cuerpo y cabello - Efectuar secado del cuerpo y del cabello 		
a) el paciente se baña solo, toma la iniciativa y mantiene la frecuencia habitual realizando la actividad en forma adecuada y segura.	6	
b) Se debe recordar al paciente que realice alguna de éstas acciones y/o indicarle la forma correcta de realizarlas.	5	
c) Se debe permanecer junto al paciente observando y/o indicando que realice las acciones en forma adecuada.	4	
d) Se debe ayudar al paciente a realizar una de las acciones.	3	
e) Se debe ayudar al paciente a realizar dos de las acciones.	2	
f) Se debe ayudar al paciente a realizar cuatro de las acciones	1	
g) Se debe ayudar al paciente a realizar todas las acciones.	0	
En caso de contestar B, C, D, E, F o G consigne con una cruz el ítem comprometido.		
Barras	duchador	banco
Tiempo estimativo de ayuda y/o supervisión para realizar la actividad:		
9. VESTIDO comprende las siguientes acciones:		
<ul style="list-style-type: none"> - Mantener la iniciativa para realizar la actividad - Identificar el lugar donde se encuentran, seleccionar las prendas de acuerdo a gustos, ocasión, clima y percibir cuando requieren lavado - Vestirse y desvestirse, siguiendo un orden y una orientación correcta - Mantener habilidades de abotonado, abrochado, subir y bajar cierres, colocar cinturón, corbata, acordonado de zapatos 		
a) El paciente se viste y desviste solo, mantiene la iniciativa, busca, identifica y elige sus prendas de manera adecuada y de la misma forma que lo hizo siempre	6	
b) Se debe recordar al paciente que realice alguna de éstas acciones y/o indicarle la forma correcta de realizarlas.	5	
c) Se debe permanecer junto al paciente observando y/o indicando que realice las acciones en forma adecuada.	4	
d) Se debe ayudar al paciente a realizar una de las acciones.	3	
e) Se debe ayudar al paciente a realizar dos de las acciones.	2	
f) Se debe ayudar al paciente a realizar cuatro de las acciones	1	
g) Debe ud. Ayudar al paciente a realizar todas las acciones.	0	
En caso de contestar B, C, D, E, F o G consigne con una cruz el ítem comprometido.		

Tiempo estimativo de ayuda y/o supervisión para realizar la actividad:

INTERVALOS CORRESPONDIENTES AL NIVEL DE INDEPENDENCIA

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

DISPERSIGRAMA

	Continencia urinaria	Continencia fecal	Aseo	Toilette	Alimentación	Movilidad	Traslado Dentro fuera	Baño	Vestido
6									
5									
4									
3									
2									
1									

ANEXO II

Índice de Barthel

Índice de Katz

GDS

INDICE DE BARTHEL PARA AVD

Apellido y nombre:

FECHA:	//	//	//	//
INTESTINO				
0. Incontinente (necesita enema)				
1. Accidente ocasional (1 vez por semana)				
2. Continente				
VEJIGA				
0. Incontinente o sonda o incapaz de manejarse solo				
1. Accidente ocasional máximo uno en 24 hs				
2. Continente				
ASEO				
0. Necesita ayuda con el arreglo personal				
1. Independiente (cara. Pelo. Dientes. Afeitarse, Etc)				
USO DE TOILET				
0. Dependiente				
1. Necesita ayuda, pero puede hacer algo solo				
2. Independiente (entrar. Salir. Vestirse)				
COMER				
0. Incapaz				
1. Necesita ayuda para cortar, untar manteca, etc				
2. independiente				
TRASLADARSE (cama a silla y retornar)				
0. Incapaz, no tiene equilibrio sentado				
1. Ayuda mayor (física de una o dos personas)				
2. Ayuda mínima (verbal o física)				
3. Independiente				
MOVILIDAD				
0. Inmóvil				
1. Silla de ruedas independiente, inclusive esquinas				
2. Camina con ayuda de una persona (verbal o física)				
3. Independiente (puede usar cualquier bastón)				
VESTIRSE				
0. Dependiente				
1. Necesita ayuda, la mitad lo hace solo				
2. Independiente (incluye botones y lazos)				
ESCALERAS				
0. Incapaz				
1. Necesita ayuda (verbal o física)				
2. Independiente				
BAÑARSE				
0. Dependiente				
1. Independiente (o en ducha)				

VALORACION: 0 – 4 Muy severo
 5 – 9 Severo
 10 – 14 Moderado
 15- 19 leve
 20 Independiente

GUIA PARA LA UTILIZACION DEL INDICE DE BARTHEL

1. El índice debe ser utilizado como un registro de lo que el paciente hace, no como un registro de lo que el paciente podría hacer.
2. Lo principal es establecer el grado de independencia de cualquier "ayuda", física o verbal, ya sea mínima o por cualquier razón.
3. La necesidad de supervisión convierte al paciente en NO independiente.
4. La ejecución del paciente debe ser establecida utilizando la mejor evidencia disponible. Cuestionar al paciente, amigos/ familiares, enfermeras son los recursos más usuales, pero es importante también la observación directa y el sentido común. No obstante la observación directa no es necesaria.
5. Las categorías medias implican que el paciente supera el 50% del esfuerzo.
6. El uso de adaptaciones/ ayudas para ser independiente está permitido.

INTESTINOS: (semana precedente)

- Si necesita que se le efectúe enema es NO CONTINENTE
- Ocasional: una vez por semana

VEJIGA: (semana precedente)

- Un paciente cateterizado que puede manejar completamente el cateter es considerado continente.

ARREGLO PERSONAL

- Se refiere a higiene personal: lavarse los dientes, ponerse dentadura postiza, peinarse, afeitarse, lavarse la cara. Los elementos pueden ser provistos por un ayudante.

USO DEL TOILET

- Debe llegar al baño/ inodoro, desvestirse, limpiarse solo, vestirse y salir.
- Con ayuda: puede limpiarse y hacer algo de lo arriba expuesto.

ALIMENTACION

- Capaz de comer cualquier comida normal (no solo comida blanda). La comida es cocinada y servida por otros, pero no cortada por otros.
- Ayuda: si la comida está cortada y el paciente puede comer solo.

TRANSFERIRSE

- De la cama a la silla y retornar.
- Dependiente: sin equilibrio sentado (incapaz de sentarse); requiere dos personas para levantarlo.
- AYUDA MAYOR: de una persona fuerte
- AYUDA MINIMA: de una persona o necesita supervisión.

MOVILIDAD

- Se refiere a la movilidad dentro de la casa o a resguardo, puertas adentro. Puede usar "ayudas" (ej. Bastón). Si usa silla de ruedas debe sortear obstáculos esquinas, puertas sin ayuda.
- AYUDA: de una persona, incluyendo supervisión

VESTIRSE

- Debe ser capaz de seleccionar y ponerse toda la ropa, la misma puede estar adaptada.
- MITAD: ayuda con botones, cierres, etc, o necesita supervisión. Puede ponerse alguna prenda solo.

ESCALERAS

- Debe poder transportar cualquier ayuda que utilice para caminar (ej. Bastón) para ser independiente.

BAÑARSE

- Usualmente la actividad más difícil.
- Debe entrar y salir a la bañera sin supervisión y lavarse solo.
- Independiente en ducha

INDICE DE KATZ
Independencia en las AVD

Para cada tarea recordar al evaluar que la palabra *asistencia* comprende: supervisión, indicación o ayuda de otra persona.

BANARSE (con esponja, ducha o baño de inmersión)				
1. independiente				
2. requiere asistencia para higienizar más de una parte del cuerpo				
3. requiere asistencia para higienizar más de una parte del cuerpo o no se baña solo				
VESTIRSE: tomar la ropa del placard y/o cajoneras, colocarse ropa interior Vestimenta y accesorios				
1. independiente				
2. requiere ayuda para atarse los cordones				
3. Recibe asistencia en buscar las prendas, vestirse parcialmente o no se viste solo.				
TOILET: comprende: dirigirse al toilet, para orinar o defecar, higienizarse y arreglarse las prendas.				
1. independiente				
2. Recibe asistencia en ir al toilet, higienizarse o arreglarse las prendas después de la evacuación o en el uso de los dispositivos de recolección.				
3. No puede ir al ambiente denominado toilet para el proceso de evacuación.				
TRASLADO				
1. Entra y sale de la cama, se sienta e incorpora de una silla. Puede utilizar algún elemento de asistencia.				
2. Requiere asistencia para acotarse, sentarse e incorporarse.				
3. Permanece postrado.				
CONTINENCIA				
1. control completo de micción y defecación.				
2. Presenta accedentes ocasionales				
3. Requiere asistencia, usa sonda o es incontinente				
ALIMENTACION				
1. se alimenta de manera independiente				
2. Se alimenta en forma independiente pero, requiere asistencia en tareas como cortar, untar.				
3. Recibe asistencia en la alimentación parcial o completamente, o necesita de alimentación enteral o parenteral.				

- A. Independiente en alimentación, continencia, movilidad, uso del baño, vestirse y bañarse.
- B. Independiente para todas las funciones anteriores excepto una.
- C. Independiente para todas excepto bañarse y otra función adicional.
- D. Independiente para todas excepto bañarse, vestirse y otra función adicional.
- E. Independiente para todas excepto bañarse, vestirse, uso del baño y otra función adicional.
- F. Dependiente en las seis funciones.
- G. Dependiente en al menos dos funciones, pero no clasificable como C, D, E o F.

Independiente significa sin supervisión, dirección o ayuda personal activa, con las excepciones que ya se indicaron en cada función. Se basan en el estado actual y no en la capacidad de hacerlas. Se considera que un paciente que se niega a realizar una función no hace esa función, aunque se lo considere capaz.

ESCALA GLOBAL DE DETERIORO DE REISBERG (GDS)

Estadio 1: ausencia de empeoramiento cognoscitivo subjetivo u objetivo

Estadio 2: quejas subjetivas de empeoramiento cognoscitivo sin evidencia objetiva de disminución de la performance habitual en las actividades complejas de las ocupaciones laborales o vida social.

Estadio 3: empeoramiento en la performance cognoscitiva de suficiente severidad como para interferir con las actividades de las ocupaciones laborales o vida social.

Estadio 4: deficiente performance en las complejas actividades de la vida diaria.

Estadio 5: deficiente performance en actividades de la vida diaria tales como elegir la propia vestimenta, puede requerir asistencia para la higiene personal.

Estadio 6: deficiente performance para actividades de la vida diaria tales como vestirse, bañarse, efectuar la propia toilette.

Ítem a: dificultad para vestirse

Ítem b: requiere asistencia para bañarse. (miedo)

Ítem c: dificultad con los mecanismos motores que requiere la toilette

Ítem d: incontinencia urinaria

Ítem e: incontinencia fecal

Estadio 7: pérdida del lenguaje, locomoción y conciencia

Ítem a: vocabulario limitado

Ítem b: pérdida de expresión verbal inteligible

Ítem c: pérdida de la capacidad ambulatoria

Ítem d: pérdida de la capacidad para permanecer sentado

Ítem e: pérdida de la capacidad para sonreír

Ítem f: pérdida de la capacidad de mantener la cabeza erecta

Ítem g: estupor y coma

ANEXO III

Consentimiento informado

“Validación de la Escala por Interrogatorio de las Actividades de la Vida Diaria en pacientes con Enfermedad de Alzheimer E. I. A. D”

A UD. Se lo ha invitado a participar de la validación de una escala de evaluación a ser usada en pacientes con enfermedad de Alzheimer. Antes de decidir su participación, es importante para UD. Entender porque se lleva a cabo ésta validación y a quienes involucra. Por favor tómese un tiempo para leer ésta información.

¿Cuál es el propósito de ésta validación?

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

Nosotros creemos que el presente instrumento que avalúa las Actividades de la Vida Diaria en pacientes con Enfermedad de Alzheimer y deterioro cognoscitivo logra identificar con mayor precisión las dificultades que se presentan en las actividades cotidianas en los pacientes.

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

¿Para que sirve detectar cambios tempranos en los pacientes?

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

¿Dónde se realizará la validación?

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

Ud. Será entrevistado por alumnas avanzadas de la carrera de Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata

¿Quiénes participaran?

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

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

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

¿Cuántas veces y cuánto tiempo?

Deberá concurrir en dos oportunidades a SATE. En la primera visita lo entrevistarán 3 alumnas avanzadas de la carrera de Lic. En Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

Para lo cual necesitará disponer de media hora en total. Quince días después volverá a concurrir donde lo entrevistarán 2 alumnas, demorará 20 minutos aproximadamente.

¿Qué días debo concurrir?

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

¿Debería participar?

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

¿Qué es lo que necesito hacer?

Ud. Deberá responder con la mayor exactitud posible a las preguntas que le hagan en las diferentes entrevistas aunque las preguntas sean similares y hasta iguales. Siempre van a ser preguntas acerca de su familiar o persona a cargo.

¿Cuáles son los posibles beneficios de participar?

La información que nosotros obtengamos en ésta validación podrá ayudar en el tratamiento de personas con Enfermedad de Alzheimer aún en los estadios mas tempranos.

¿La información será confidencial?

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

Si UD. Tiene alguna duda:

Si UD. Tiene alguna consulta acerca de su participación debe comunicarse con la Coordinadora de ésta validación a saber: Terapeuta Ocupacional Bettina Roumec. Lunes, martes, jueves y viernes de 8 a 13 hs en SATE.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

Entiendo que las entrevistas formaran parte de una investigación centrada en el estudio de las actividades cotidianas de pacientes con enfermedad de Alzheimer y ser presentada como tesis de grado de las alumnas para optar al título de Lic. En T.O.

Comprendo que seré entrevistado/a en SATE en los horarios que me convengan. Me realizarán preguntas acerca del desempeño en las Actividades de la Vida Diaria de la persona que cuido que padece enfermedad de Alzheimer, reconociendo que estoy calificado/a para hacerlo.

Serán 3 entrevistas en un mismo día que demandarán aproximadamente 45 minutos, y dos semanas después se me volverá a entrevistar en ésta ocasión sólo dos veces, lo cual llevará aproximadamente 30 minutos.

He concedido libremente ésta entrevista. Se me ha notificado que es totalmente voluntaria y aún después de iniciada puedo rehusarme a responder alguna de las preguntas o dar por finalizada la entrevista. Se me ha informado que la información que arrojen las entrevistas es confidencial y que en ningún informe de éste estudio se identificará mi nombre ni el de la persona que cuido y por la que respondo.

También se me ha informado que tanto si participo como si no lo hago o si abandono las entrevistas, no se verán afectados los servicios que recibe la persona que cuido.

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

Entiendo que los resultados de la investigación me serán proporcionados si los solicito y que la Terapeuta Ocupacional Bettina Roumec es la persona a quien debo buscar en caso de que tenga alguna pregunta acerca del estudio o de mis derechos como participante en el mismo. A Bettina Roumec puede ser localizada en SATE.

Fecha

Firma del entrevistado/a

Vinculo con el paciente

Firma del entrevistador



Fundación Médica de Mar del Plata
Hospital Privado de Comunidad
Departamento de Docencia e Investigación
Córdoba 4545. (B7602 CBM) Mar del Plata
Tel 54.223.499-0033. Fax 54.223.499-0155
Mail to: ddi@hpc.org.ar

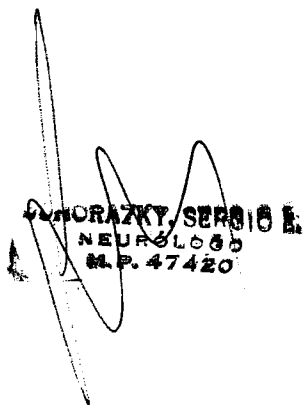


A: Lic. Betina Roumec
DE: Dpto. Investigación / CIREI
Asunto: "Estudio EIAD. Escala por interrogatorio de las AVD en pacientes con diagnóstico de Alzheimer".
Fecha: 02 de marzo de 2007

El Consejo Institucional de Revisión de Estudios de Investigación ha revisado el Trabajo de Investigación arriba mencionado y aprueba su realización dentro del ámbito del Hospital Privado de Comunidad.

Se sugiere que en el consentimiento informado se agregue que "El familiar directo o representante legal autoriza al paciente a realizar el estudio, por lo cual su cuidador va a responder a las preguntas", debiendo aclararse identificación y vínculo del cuidador acompañante.

Atentamente,


MORAZKY, SERGIO E.
NEURÓLOGO
M.P. 47420