

**RED CENTINELA SANITARIA DE CASTILLA Y LEÓN**  
**PROGRAMA DE REGISTRO 2014 (MEDICINA DE FAMILIA)**  
**Prevalencia y factores asociados al deterioro cognitivo  
adquirido. (Estudio Gomez de Caso)**

**Cuestionario Alzheimer (a un informador)**

CIP:

Fecha de nacimiento:

Sexo:

**INSTRUCCIONES**

Este cuestionario se debe realizar a un informador: esposo, esposa, hijo, hija, o familiar o cuidador principal con quien conviva el paciente.

<b>MEMORIA</b>	<b>Respuesta</b>	
	<b>no</b>	<b>si</b>
¿Tiene el paciente pérdida de memoria?	0	1
Si ha perdido memoria: ¿Su memoria es peor que hace un par de años?	0	1
¿El paciente repite preguntas o frases más de una vez en el mismo día?	0	2
¿Ha tenido que recordarle fechas importantes o citas? ¿Olvida las citas?	0	1
¿Ha perdido objetos más una vez al mes? o ¿pierde objetos de forma que no puede encontrarlos?	0	1
¿Sospecha que le cambian de sitio o le roban las cosas que no puede encontrar?	0	1

<b>ORIENTACIÓN</b>	<b>no</b>	<b>si</b>
¿Olvida con frecuencia el día, mes, año, la hora o tiene que comprobarlo más de una vez al día? como el calendario, o el periódico?	0	2
¿Se desorienta en lugares que no le son familiares?	0	1
¿Se siente más confundido cuando sale de casa o cuando viaja?	0	1

<b>CAPACIDADES FUNCIONALES</b> <i>Excluyendo las limitaciones físicas (temblor, hemiparesia, etc.)</i>	<b>no</b>	<b>si</b>
¿Tiene problemas para manejar el dinero, con los cambios, propinas etc.?	0	1
¿Tiene problemas para pagar facturas? o ¿la familia se ha tenido a hacer cargo de los asuntos económicos?	0	2
¿Tiene problemas para tomar la medicación o recordar lo que ha tomado?	0	1
¿Tiene problemas para conducir? o ¿le preocupa cómo conduce? o ¿ha dejado de conducir por otros problemas que no sean limitaciones físicas?	0	1
¿Tiene problemas para manejar electrodomésticos como el horno, microondas, teléfono, mando de la tele etc.?	0	1
¿Tiene problemas para hacer tareas del hogar?	0	1
¿Ha reducido significativamente la realización de actividades de ocio?	0	1

<b>VISUAL-ESPACIAL</b>	<b>no</b>	<b>si</b>
¿Se ha perdido en su entorno habitual?	0	2
¿Ha perdido sentido de orientación?	0	1

<b>LENGUAJE</b>	<b>no</b>	<b>si</b>
¿Tiene problemas para encontrar palabras que no sean nombres propios?	0	1
¿Confunde los nombres de familiares o amigos?	0	2
¿Tiene dificultad para reconocer personas que le son familiares?	0	2

<b>PUNTUACION TOTAL</b>	
-------------------------	--

**La puntuación máxima es de 27 puntos.**

**0 – 4: normal**

**5 – 14: sugiere deterioro Cognitivo**

**15 o más: sugiere enfermedad de Alzheimer**

Los ítems puntúan 1 cuando la respuesta es SI, salvo en 6 ítems que se supone tienen un mayor peso en el diagnóstico de Enfermedad de Alzheimer, y entonces su presencia puntúa 2 en lugar de 1.

Este cuestionario **DEBE SER ENVIADO, GRAPADO** al Cuestionario de salud correspondiente, al completar cada uno de los cuatro días del estudio.