

**GUÍA PARA A ASIGNACIÓN  
DE SERVIZOS SOCIAIS A  
PERSOAS EN SITUACIÓN DE  
DEPENDENCIA**



# **GUÍA PARA A ASIGNACIÓN DE SERVIZOS SOCIAIS A PERSOAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA**

DOCUMENTO ELABORADO PARA A CONSELLERÍA DE  
TRABALLO E BENESTAR DA XUNTA DE GALICIA

SANTIAGO DE COMPOSTELA, OUTUBRO DE 2013

Grupo de investigación Dra. Eva M<sup>a</sup> Taboada Ares  
Dra. Patricia M<sup>a</sup> Iglesias Souto  
Dr. Agustín Dosil Maceira

Equipo de redacción Dra. Eva M<sup>a</sup> Taboada Ares  
Dra. Patricia M<sup>a</sup> Iglesias Souto  
Dr. Agustín Dosil Maceira

Colaboraron na elaboración de perfís Dr. Fernando Lino Vázquez González  
*Enfermidade mental*  
Dr. Santiago López Gómez  
*Discapacidade intelectual*  
TEA

---

Edita: Xunta de Galicia  
Consellería de Traballo e Benestar  
Secretaría Xeral de Política Social

D.L.: C 2196-2013

Maquetación: ográfico

Impresión: Gráficas Garabal s.l.

1<sup>a</sup> edición 2013

## RECOÑECEMENTOS

O Modelo de toma de decisións que se expón nesta guía representa un complemento á *Carreira de servizos sociais para a promoción da autonomía persoal e a atención ás persoas en situación de dependencia*. O seu obxectivo é facilitar aos profesionais a toma de decisións no proceso de asignación dos servizos ás persoas en situación de dependencia.

A súa elaboración final é froito dos acordos alcanzados tras un proceso de reflexión, discusión e síntese das achegas de diferentes profesionais que, coa súa experiencia, contribuíron á validación técnica deste.

Por iso, o grupo de investigación quere deixar constancia do seu agradecemento á colaboración dos profesionais que participaron nos diferentes grupos de traballo: técnicos dos equipos de valoración de dependencia, técnicos de servizos sociais comunitarios e técnicos de centros de atención a persoas en situación de dependencia.

### **Técnicos dos equipos de Valoración de Dependencia**

Marta Dores Becerra Mouzo (Servizo de dependencia de Lugo)  
Olga Patricia Blanco Vázquez (Unidade de Coordinación de Dependencia)  
Pilar Blázquez Ballesteros (Servizo de dependencia de Vigo)  
Bárbara Mansilla Barreiro (Servizo de dependencia da Coruña)  
José Antonio Méndez Amado (Servizo de dependencia de Ourense)  
M<sup>a</sup> Lourdes Regueira Fandiño (Sub. Xeral de Recursos Residenciais a Atención Diúrna)  
Myriam Sarmiento Picos (Servizo de dependencia da Coruña)  
Manuela Vence Arias (Servizo de dependencia de Vigo)

### **Técnicos dos servizos sociais comunitarios. Colexio Oficial de Traballo Social de Galicia**

Ana Belén Iglesias Rodríguez (Lugo)  
M<sup>a</sup> Jesús de León Rodríguez (Ourense)  
Mónica Rodríguez Palacios (A Coruña)  
Lucía Vecino Bouzas (Pontevedra)

### **Técnicos de centros de atención. Xefaturas territoriais**

Óscar Arroyo Riaño (Director de residencia)  
M<sup>a</sup> Carmen Calviño Rodríguez (Sub. X. de Recursos Residenciais e de Atención Diúrna)  
Purificación Carreira Expósito (Xefa do Servizo de Recursos Común e Atención ao Alzheimer)  
Fernando Crespo Díaz (Psicólogo Servizo de Recursos Especializados para a Discapacidade)  
Rosa Igrexas Alonso (Xefa do Servizo de Recursos Especializados para a Discapacidade)  
Modesto Rouco Vilar (Sub. X. de Promoción da Autonomía Persoal)  
Mercedes Vinjoy Suárez (Traballadora social)  
Sandra Milena Guerrero Caro (Médica de residencia)  
Jorge Losada López (Coordinador de enfermaría de residencia)  
M<sup>a</sup> del Carmen Martínez de la Escalera (Directora de residencia)

# ÍNDICE

Introdución	8
<b>A. Perfís dos usuarios da Carteira de servizos</b>	<b>10</b>
1. Alzheimer e outras demencias	11
2. Discapacidade física, parálise cerebral e dano cerebral adquirido	16
3. Discapacidade intelectual	20
4. Trastornos do espectro autista	26
5. Enfermidade mental	30
Referencias bibliográficas	32
<b>B. Avaliación das áreas funcionais, cognitiva e social</b>	<b>34</b>
6. Avaliación da capacidade funcional	35
6.1. Avaliación das actividades básicas da vida diaria (ABVD)	35
6.2. Avaliación das actividades instrumentais da vida diaria (AIVD)	36
6.3. Avaliación das actividades da vida diaria (AVD): Escala de Valoración Específica e Baremo de Valoración da Dependencia	38
7. Avaliación do estado cognitivo	43
7.1. Escalas de detección de deterioro cognitivo	43
7.2. Escalas de graduación de deterioro cognitivo	45
8. Avaliación do apoio social	49
9. Síntese	53
Referencias bibliográficas	54
<b>C. Modelo de toma de decisións para a asignación de servizos</b>	<b>62</b>
10. Descrición do Modelo de toma de decisións	62
11. Representación gráfica do Modelo por colectivos	67

## ÍNDICE DE ABREVIATURAS

**AD:** Atención diurna  
**ADP:** Atención diurna psicosocial  
**ADPO:** Atención diurna psicosocial ocupacional  
**ADT:** Atención diurna terapéutica  
**ADTO:** Atención diurna terapéutica ocupacional  
**AN:** Atención nocturna  
**ADO:** Atención diurna Ocupacional  
**AR:** Atención residencial  
**ARP:** Atención residencial psicosocial  
**ARPO:** Atención residencial psicosocial ocupacional  
**ART:** Atención residencial terapéutica  
**ARTO:** Atención residencial terapéutica ocupacional  
**AT:** Atención temperá  
**DCA:** Dano cerebral adquirido  
**DF:** Discapacidade física  
**DEI:** Discapacidade intelectual  
**EM:** Enfermidade mental  
**PC:** Parálise cerebral  
**SAD:** Servizo de axuda a domicilio  
**TEA:** Trastorno do espectro autista

## INTRODUCCIÓN

A Consellería de Traballo e Benestar da Xunta de Galicia elaborou a *“Carteira de servizos para persoas dependentes, prevención da dependencia e promoción da autonomía persoal”*. Como se recolle na citada Carteira, a súa formulación leva consigo un cambio de paradigma no modo de atender as persoas en situación de dependencia. Este cambio paradigmático implica pasar dun modelo baseado en centros de atención a outro baseado en servizos. Os seus principais beneficios son unha maior flexibilidade, economía, innovación e ter contado coa participación do sector na súa elaboración.

A Carteira recolle servizos comúns a diferentes colectivos, servizos específicos e o servizo de asistente persoal.

Nos servizos comúns inclúense: 1) os servizos de prevención da dependencia e promoción da autonomía persoal, 2) o servizo de axuda a domicilio, 3) o servizo de teleasistencia e xeolocalización, 4) os servizos de atención diúrna e nocturna e 5) os servizos de atención residencial.

Os servizos específicos dirixense aos seguintes colectivos: Alzheimer, discapacidade física, parálise cerebral, dano cerebral adquirido, discapacidade intelectual, trastornos do espectro autista e enfermidade mental.

Co fin de complementar unha Carteira que, sen lugar a dúbidas, supón un avance no sistema de prestacións sociais da nosa Comunidade, faise necesario deseñar un modelo que permita situar ás persoas en situación de dependencia de forma obxectiva e sistemática nos distintos servizos, respectando, en todo momento, tanto a filosofía e as directrices establecidas na Carteira, coma o criterio profesional e, por suposto, o principio de liberdade de elección do individuo.

Tendo en conta o anterior, o obxectivo do presente traballo, é elaborar un modelo de toma de decisións que conxugue as características e necesidades dos usuarios cos obxectivos e finalidades dos servizos.

O Modelo que se presenta parte do estudo dos distintos colectivos que se inclúen na Carteira. Para cada un deles analízase o concepto, a clasificación e os criterios que deben ser tidos en conta, para, por último, definir os seus perfís.

A descrición dos perfís, incluídos na primeira parte do traballo, realizouse considerando os tres graos de dependencia establecidos na actual Lei de Autonomía Persoal: moderado, severo e gran dependencia. Trátase, necesariamente, de perfís xerais xa que, mesmo dentro do mesmo grao, existe unha importante heteroxeneidade. Non obstante, ofrecen unha visión global das necesidades das persoas en situación de dependencia en función das características específicas da súa problemática.

O Modelo ten en conta tres variables para a asignación de servizos: apoio social, capacidade funcional e estado cognitivo. Por esta razón, incluíuse un segundo apartado dedicado á avaliación, no que se presentan os principais instrumentos utilizados tanto no ámbito científico como profesional. A súa análise permitiunos seleccionar aqueles máis axeitados para establecer dentro das variables (apoiado social, capacidade funcional e estado cognitivo) distintas categorías (adecuado–insuficiente–precario, dependencia moderado–dependencia severa–grande dependencia e alterado–non alterado, respectivamente).



O terceiro e último apartado recolle a descrición do Modelo. Nel distribúense, partindo das variables establecidas, os servizos que se consideran máis axeitados en función das necesidades das persoas en situación de dependencia, que veñen dadas pola súa problemática e idade (consideráronse os seguintes grupos de idade: 0-6, 7-16, 17-59 e >59 anos). Tómase, a xeito de exemplo, unha variable (apoio social insuficiente) e especifícanse as diferentes modalidades de intervención que poderían levarse a cabo en cada servizo. Por último, buscando unha maior operatividade, preséntase a distribución dos servizos colectivo a colectivo.

Para finalizar, destacar que, tras esta primeira fase de elaboración do Modelo, é necesario continuar o traballo. Para iso será necesario:

- Someter este modelo á consideración de especialistas e persoal técnico dos diferentes colectivos que traballa no campo da dependencia.
- Diseñar unha escala de avaliación social co fin de unificar criterios.
- Implementar e realizar o seguimento do Modelo, que permita evidenciar as súas debilidades e fortalezas, co fin de avanzar cara a un Modelo definitivo.

A.

# PERFÍS DOS USUARIOS DA CARTEIRA DE SERVIZOS

# 1. ALZHEIMER E OUTRAS DEMENCIAS

## CONCEPTO E CLASIFICACIÓN

A Organización Mundial da Saúde (OMS), na décima versión da Clasificación Internacional das Enfermidades (CIE 10) (OMS, 1992) define a *demencia* como unha síndrome da natureza crónica ou progresiva na que se producen déficits de múltiples funcións cognitivas superiores. Estes déficits acompañanse e poden estar precedidos dunha deterioración no control emocional, do compartimento social ou da motivación.

A Asociación Americana de Psiquiatría (APA), na quinta edición do *manual diagnóstico e estatístico dos trastornos mentais* (DSM-V) (APA, 2013), inclúe a demencia dentro dos trastornos neurocognitivos (TN). Esta categoría diagnóstica engloba un grupo de trastornos nos que está alterada a función cognitiva (o delirium e os trastornos neurocognitivos maior e moderado). Aunque na maioría dos trastornos mentais (esquizofrenia bipolar, etc.) está alterada esta función só se inclúen na categoría de neurocognitivos aqueles cuxos rasgos centrais son de tipo cognitivo. Ademais, esta deterioración non estaría presente no nacemento nin nos primeiros anos de vida, senón que representaría un declive respecto do nivel previo do funcionamento alcanzado.

O termo demencia non se exclúe e séguese mantendo nun afán continuista, especialmente, en referencia a subtipos etiolóxicos propios do colectivo de persoas maiores. No obstante, no DSM-V, adóptase a denominación "trastorno neurocognitivo" porque facilita a inclusión de condicións que afectan a individuos mozos, como o dano cerebral adquirido e /ou a infección por VIH.

Na Táboa 1 recóllense os diferentes subtipos de demencia propostos pola CIE-10 e os subtipos etiolóxicos de trastorno neurocognitivo especificados no DSM-V.

**Táboa 1.**  
*Tipos de demencia segundo o DSM-V e a CIE-10*

DSM-V	CIE-10
<b>Trastorno neurocognitivo debido a:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfermidade de alzhéimer</li> <li>- Dexeneración dos lóbulos frontotemporales</li> <li>- Enfermidade por corpos de Lewy</li> <li>- Enfermidade vascular</li> <li>- Dano cerebral adquirido</li> <li>- Uso de sustancias/medicamentos</li> <li>- Infección VIH</li> <li>- Enfermidade por priones</li> <li>- Enfermidade de Parkinson</li> <li>- Enfermidade de Huntington</li> <li>- Outras condicións médicas</li> <li>- Múltiples etioloxías</li> <li>- Sen especificar</li> </ul>	<b>Demencia en:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfermidade de alzhéimer</li> <li>- Enfermidade vascular</li> <li>- Enfermidade de Pick</li> <li>- Enfermidade de Creutzfeldt-Jakob</li> <li>- Enfermidade de Huntington</li> <li>- Enfermidade de Parkinson</li> <li>- Infección por VIH</li> <li>- Outras enfermidades específicas</li> <li>- Sen especificar</li> </ul>

## CRITERIOS QUE HAI QUE TER EN CONTA

As clasificacións internacionais como o DSM-V e A CIE-10 establecen unha serie de *criterios comúns* para os diferentes tipos de "Trastorno neurocognitivo maior e moderado" e de "Demencia", respectivamente.

### a) Criterios DSM-V

1. Evidencia, significativa ou moderada, da deterioración cognitiva con respecto ao nivel previo de funcionamento nun ou máis dos dominios cognitivos (atención, función executiva, aprendizaxe e memoria, linguaxe, perceptivo-motor ou cognición social).
2. No TN Maior os déficits cognitivos interfíren na realización das actividades da vida diaria (como mínimo require axuda para as actividades instrumentais complexas, como pagar facturas e o control da medicación). No o TN Moderado os déficits cognitivos non interfíren na realización das actividades, aínda que se necesitan estratexias de compensación ou certa axuda.
3. Os déficits cognitivos non acontecen exclusivamente nun contexto de delirium.
4. Os déficits cognitivos non son mellor explicados por outros trastornos mentais.

### b) Criterios CIE-10

1. Deterioro evidente da memoria, sobre todo, para a aprendizaxe de nova información, aínda que nos casos máis graves pode afectar á información adquirida previamente.
2. Deterioro no xuízo e pensamento (habilidades cognitivas relacionadas coa planificación, organización e procesamento xeral da información).
3. A conciencia está preservada.
4. Deterioro do control emocional, motivación ou cambio no comportamento social.
5. Os síntomas dos criterios 1 e 2 deben estar presentes como mínimo seis meses.

## PERFÍS NA DEMENCIA: PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS

Existen escalas que permiten a graduación do deterioración cognitiva. Entre as máis utilizadas encóntranse a Escala de deterioración global (*Global Deterioration Scale*) (*GDS*) de Reisberg, Ferris, De León e Crook (1982) e a Escala de avaliación funcional da enfermidade de alzhéimer (*Functional Assessment Staging of Alzheimer's Disease*) (*FAST*) de Sclam e Reisberg (1992). Aínda que non foi especialmente deseñado para a valoración da gravidade da demencia, é frecuente a utilización do Tde Folstein, Folstein e McHugh (1975) e da súa adaptación española, o *miniexame cognoscitivo* (MEC) de Lobo e Ezquerra (1979), establecendo unha correspondencia entre as súas puntuacións e as anteriores escalas. Existe consenso á hora de situar a demencia leve a partir do estadio 4 de GDS e FAST (Estanque, 2006). Véxase táboa 2.

**Táboa 2. Tipos de demencia según grao de demencia e a súa correlación coa puntuación en escalas de graduación de deterioro cognitivo**

	GDS	FAST	MMSE	MEC
Demencia leve	4	4	18/30	16-23/35
Demencia moderada	5	5	12-19/30	10-19/35
Demencia grave	6 e 7	6 e 7	<12/30	0-12/35

A continuación preséntase unha caracterización de cada un destes graos:

### Demencia leve

- **Memoria e rendemento intelectual:** a función cognitiva na que comezan a observarse as alteracións é a memoria, especialmente, para os acontecementos recentes (non recorda o que fixo, leu ou viu na televisión; esquece citas ou datos importantes), estando máis conservados os recordos e a orientación temporoespacial. Non obstante, presentan dificultades para orientarse en sitios pouco familiares e tamén pode observarse certo déficit no recordo da súa historia persoal. O rendemento intelectual non presenta grandes alteracións, aínda que xa é posible detectar dificultades, e moi especialmente, no razoamento abstracto. O grao de perda de memoria e o déficit nas capacidades cognitivas é suficiente para interferir en actividades cotiás aínda que non impide unha vida independente.
- **Comunicación:** sen alteracións importantes na capacidade comunicativa. Aparecen dificultades para evocar algunhas palabras, para seguir conversacións complexas e na fluidez verbal.
- **Conduta:** poden presentarse síntomas depresivos. Neste estadio rara vez aparecen ideas delirantes ou problemas de conduta.
- **Capacidade funcional:** non hai alteracións na locomoción e na marcha; manteñen as capacidades básicas ou de autocoidado. As principais dificultades prodúcense fóra do fogar, na realización de tarefas complexas (traballo, control da propia economía, realización de compras, etc.) e na planificación e toma de decisións (por exemplo, organizar unha comida familiar).

## A. PERFÍS DOS USUARIOS DA CARTEIRA DE SERVIZOS

- **Adaptación á vida social:** nesta etapa obsérvase unha diminución da vida social aínda que se mantén a capacidade para recoñecer persoas e caras familiares, e para viaxar a lugares habituais.

### Demencia moderada

- **Memoria e rendemento intelectual:** perda de memoria evidente. Perde obxectos de valor, comeza a esquecer datos biográficos, feitos, citas importantes e aspectos relevantes da súa vida actual (endereço, número de teléfono que non cambiaron dende hai moitos anos, nomes de familiares próximos como os netos, nome da escola ou instituto). Non obstante, mantén o coñecemento de feitos de interese que lle afectan a si mesmo e a outras persoas. Coñece o seu nome e, en xeral, o nome do cónxuxe e fillos. Obsérvase unha incapacidade para aprender (repete as mesmas preguntas) e ten dificultades para contar cara a atrás. Presenta desorientación temporal manifesta (pregunta as datas continuamente) e/ou espacial. Desoriéntase en lugares non moi habituais e, cara ao final desta etapa, a persoa é incapaz de saír soa.
- **Comunicación:** mantén a capacidade de comunicación, aínda que con alteracións evidentes. A linguaxe está afectada, a nivel de contido e de comprensión. Neste sentido, é evidente a súa dificultade para a denominación (non atopa as palabras axeitadas), é frecuente o uso de perífrases e circunloquios, e a redución do seu léxico. A súa conversación é pouco fluída, non intervéen en conversacións complexas e faise necesario repetirlle as cousas.
- **Conduta:** son frecuentes as ideas delirantes e poden aparecer alucinacións. Ao final do estadio xorden falsas percepcións e identificacións. Móstrase pasivo, apático e non colaborador. Ao final do día adoitan aparecer síntomas de axitación.
- **Capacidade funcional:** a axuda é imprescindible para a súa supervivencia. Presenta alteracións importantes da marcha e son frecuentes as caídas. É incapaz de planificar, traballar e realizar as actividades instrumentais da vida diaria e presenta algunhas dificultades en relación ás básicas: en xeral, non require asistencia para asearse e comer pero non é capaz de elixir a roupa ou indumentaria axeitada.
- **Adaptación á vida social:** como consecuencia das súas alteracións cognitivas e funcionais as súas relacións sociais son reducidas.

### Demencia grave

- **Memoria e rendemento intelectual:** todas as funcións cognitivas presentan unha gran deterioración e, ao final do estadio, apenas hai actividade intelectual. As alteracións en memoria son moi evidentes. Xeralmente pode recordar nomes de persoas moi achegadas pero, en ocasións, esquece o dos seus familiares e cuidadores máis próximos, dos que depende totalmente. Recorda o seu nome e é capaz de distinguir entre persoas familiares e non familiares do seu ámbito. Ignora a maior parte dos acontecementos e experiencias recentes da súa vida, aínda que pode manter certos recordos fragmentados da súa biografía. O grao de desorientación é moi importante tanto a nivel espacial (pérdese no seu fogar, non recoñece o seu ámbito) como temporal (non sabe a estación nin o ano). Ao final deste estadio perde a capacidade para recordar, e é incapaz de recoñecer e utilizar os obxectos.

- **Comunicación:** a capacidade de comunicación está gravemente alterada. A linguaxe está moi afectada tanto a nivel de expresión (xeralmente reducido a unhas poucas palabras) como de comprensión. Ao final desta etapa é incapaz de expresarse por medio da linguaxe, tan só pode emitir sons.
- **Conduta:** obsérvanse cambios emocionais e de personalidade: conduta delirante (acusar o cuidador de impostor, falar con persoas imaxinarias ou coa súa imaxe no espello), alucinacións, síntomas obsesivos, síntomas de ansiedade (axitación) e mesmo conduta violenta previamente inexistente, abulia cognitiva (perda de desexos por falta do desenvolvemento suficiente do seu pensamento para determinar unha acción positiva).
- **Capacidade funcional:** nesta etapa é necesaria unha supervisión continua. A capacidade para levar a cabo as actividades básicas vaise perdendo progresivamente. O paciente perde as pautas hixiénicas e é incapaz de bañarse e asearse sen axuda. Apréciase tamén unha diminución na habilidade para vestirse ata chegar a ser totalmente incapaz de facelo por si mesmo (apraxia do vestido). Ten dificultades para utilizar o WC (non se limpa ou non deposita axeitadamente o papel hixiénico) e na última etapa xa non controla esfínteres. Respecto ao control postural e á mobilidade, obsérvanse alteracións importantes. Presenta rixidez e alteracións posturais evidentes. Progresivamente vaise perdendo as habilidades motoras básicas (camiñar, manterse sentado, soste a cabeza ergueita) ata que na fase terminal a persoa necesita ser encamada. Ao principio pode comer por si mesma se se lle preparan os alimentos. A medida que avanza o estadio necesitará da axuda dun cuidador para que lle dea a comida, e presentará dificultades na masticación e deglución. Á súa vez, o ciclo sono-vixilia tamén está alterado.
- **Adaptación á vida social:** a vida social está totalmente limitada. Non é capaz de recoñecer as persoas familiares.

## 2.

## DISCAPACIDADE FÍSICA, PARÁLISE CEREBRAL E DANO CEREBRAL ADQUIRIDO

### CONCEPTO

A discapacidade física (DF) inclúe unha ampla variedade de trastornos con causas, prognóstico, implicacións e limitacións moi diversas. O Real decreto 1971/1999<sup>1</sup>, do 23 de decembro, do procedemento para o recoñecemento, declaración e cualificación do grao de discapacidade (BOE n.º 22, do 26 de xaneiro de 2000) recolle as deficiencias permanentes dos distintos órganos, aparatos ou sistemas que poden causar discapacidade. Partindo da Clasificación Internacional do Funcionamento, a Discapacidade e a Saúde (OMS, 2001), pódense asociar como causa da DF, as alteracións producidas en: o sistema musculoesquelético, o sistema nervioso, o sistema respiratorio, o sistema cardiovascular, o sistema hematopoiético, o aparato dixestivo, o aparato xenitourinario, o sistema endócrino, a pel e anexos e as neoplasias.

Xunto coas limitacións a *nivel físico* poden observarse, en ocasións, outras relacionadas co *nivel intelectual* e o estado cognitivo. Falariamos entón de discapacidades mixtas, entre as que se incluírían a Parálise Cerebral (Gestal e Montes, 2003) e o Dano Cerebral Adquirido.

### Discapacidade física (DF)

Como se comentou, a DF produce limitacións moi heteroxéneas, polo que é habitual clasificala seguindo dous criterios: os seus efectos funcionais e a súa topografía corporal (Véxase táboa 3).

**Táboa 3. Discapacidade física segundo os seus efectos funcionais e a súa topografía corporal**

Criterio	Tipos
Efectos funcionais	Espástica: incremento do ton muscular que leva consigo gran dificultade para a tensión e a flexión muscular
	Atetósica: dificultade no control e coordinación de movementos
	Atáxica: alteración do equilibrio e da precisión do movemento
Topografía corporal	Monoplexía: afectación dunha extremidade
	Paraplexía: afectación das extremidades inferiores
	Hemiplexía: afectación do hemicorpo
	Diplexía: afectación das extremidades inferiores e das superiores de forma incompleta
	Triplicía: menor afectación dunha extremidade superior respecto ás outras tres
	Tetraplexía: afectación das extremidades superiores e inferiores

<sup>1</sup>Nota: O RD 1971/1999 foi modificado polo Real decreto 1364/2012, do 27 de setembro, que actualiza os baremos para o recoñecemento, declaración e cualificación do grao de discapacidade.



### Parálise cerebral (PC)

O PC aglutina diversos trastornos caracterizados pola perda do control motor, como consecuencia dunha lesión no encéfalo, producida na etapa prenatal, perinatal ou postnatal. Esta afectación encefálica ocasiona unha alteración persistente, aínda que non invariable, do ton, a postura, o equilibrio, e a coordinación e a precisión do movemento (Barraquer, Ponces, Corominas e Torras, 1964; Basil, 1991). A disfunción motora adoita ir asociada a outras limitacións de carácter cognitivo ou sensorial que, con frecuencia, afectan as facultades intelectuais e moitas outras funcións cerebrais. De feito, a porcentaxe da discapacidade intelectual entre os afectados por PC é maior que entre a poboación infantil non afectada. Estes déficits e atrasos no desenvolvemento cognitivo poden interpretarse como consecuencia das dificultades da persoa con PC para interactuar co ámbito físico e social (Basil, 1991).

As persoas con PC poden presentar características moi heteroxéneas, que oscilan dende déficits motores leves ata alteracións motoras altamente incapacitantes para a realización de movementos voluntarios. Non é unha enfermidade senón un cadro patolóxico irreversible cuxas consecuencias poden variar ao longo do desenvolvemento.

Os perfís que xera unha PC incluírían, polo tanto, as características do perfil de DF, que se expoñerá a continuación, xunto coas do perfil de Discapacidade Intelectual, que se presenta no apartado 3.

### Dano Cerebral Adquirido (DCA)

O DCA é resultado dunha lesión nas estruturas cerebrais cuxas principais causas son os traumatismos craneoencefálicos (TCE) e os accidentes cerebrovasculares (ACV). Outras etioloxías son as anoxias, os tumores e as infeccións cerebrais.

O DCA provoca alteracións a nivel físico, sensorial, cognitivo e de personalidade. Polo tanto, as características dun perfil de DCA deberían conxugar fundamentalmente os perfís de DF, Discapacidade Intelectual e, en certa medida, Enfermidade Mental.

A súa gravidade é moi variable polo que non pode elaborarse un patrón xeral de afectación. As consecuencias do DCA dependen de diferentes factores como a gravidade inicial do traumatismo, o tipo e localización das lesións, a idade, a personalidade e as capacidades cognitivas previas (García Peña, Sánchez e Miján, 2002). Non obstante, en maior ou menor grao, en todos os casos de DCA adoitan verse afectadas as seguintes áreas (IMSERSO, 2007):

- **Nivel de alerta:** pode variar dende a somnolencia ata a ausencia total de reacción. Nos casos máis graves, o nivel de conciencia non se restablece permanecendo a persoa en estado vexetativo.
- **Alteracións motoras:** entre os efectos funcionais é frecuente a rixidez muscular, e en función da topografía corporal son de destacar as hemiplejías e as hemiparesias. Se ben, nos casos máis severos, a persoa non pode poñerse de pé nin camiñar, non manterse sentada ou mesmo non controlar a postura e o movemento da cabeza. Os trastornos motores tamén poden ocasionar disfaxia (dificultade para a deglución) e incapacidade para controlar esfínteres.

## A. PERFÍS DOS USUARIOS DA CARTEIRA DE SERVIZOS

- **Alteracións sensoriais, vestibulares e somáticas:** prodúcense trastornos no campo visual, alteracións no oído e no olfacto, problemas de equilibrio e perda do gusto. As alteracións no tacto relaciónanse con dificultades para discriminar a forma, textura e consistencia dos obxectos, así como percibir a temperatura ou a dor. Por último, pode verse afectada tamén a propiocepción (información procedente dos receptores situados en e arredor dos órganos internos).
- **Alteracións comunicativas:** poden estar afectadas as dúas modalidades da linguaxe (oral e escrita), tanto a nivel de expresión como de comprensión. Son frecuentes os problemas na articulación da fala (disartria e anartria) e, en ocasións, dificultades para emitir a voz (disfonía).
- **Alteracións cognitivas:** poden ter un carácter transitorio ou permanente con diferente nivel de gravidade, oscilando dende as leves e reversibles -como a confusión ou a amnesia postraumática- ata as máis severas similares aos trastornos que presentan as persoas con demencia avanzada. Estas alteracións non cursan necesariamente con trastornos nas funcións comunicativas, sensoriais ou motóricas, pero provocan, con frecuencia, que a persoa teña unha conciencia reducida do DCA e das súas implicacións no futuro.
- **Alteracións emocionais na personalidade de conducta:** é posible que aparezan desordes emocionais e no estado de ánimo (inestabilidade, depresión, perda de control sobre a expresión das emocións -choro, risa-, irritabilidade, etc.), baixa tolerancia á frustración e cambios na personalidade como a desinhibición (comportamento impulsivo, condutas socialmente inadecuadas como un trato excesivamente familiar ou comportamento invasor, entre outras) e a apatía (desmotivación e indiferenza, tendencia á inactividade e á pasividade). Xunto con estes trastornos son relativamente frecuentes condutas agresivas que dificultan a convivencia no ámbito sociofamiliar.

### PERFÍS NA DISCAPACIDADE FÍSICA: PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS

O RD 1971/1999 establece cinco graos de discapacidade física (nula, leve, moderada, grave e moi grave). Tendo en conta o grao de afectación pódense considerar os seguintes perfís (Castejón e Lameiras, 2009; Ferrer, 1996; Heward, 2005; Prieto e Arocas, 1999):

#### Discapacidade leve

- Capacidade funcional: presenza de movementos lentos e torpes que afectan a motricidade fina. Evidéncianse ao realizar actividades motoras avanzadas (correr, saltar, escribir, etc.) pero non comprometen a independencia para realizar as actividades básicas da vida diaria (ABVD) nin o desprazamento.
- Comunicación: se hai alteracións afectan a articulación do fala.

#### Discapacidade física moderada

- Capacidade funcional: limitacións na capacidade de deambulación (marcha inestable) necesitando axudas parciais para o desprazamento. Dificultades no control das mans, a manipulación e os cambios na postura, aínda que mantén o control funcional da cabeza. Os síntomas, signos ou secuelas provocan unha diminución importante ou imposibilitan a realización dalgunhas actividades da vida diaria, pero non provocan dependencia para as actividades de autocoidado.
- Comunicación: posibilidade de alteracións na fala (problemas articulatorios) e na linguaxe.

#### Discapacidade física grave

- Capacidade funcional: graves dificultades para o control das extremidades, da cabeza, do equilibrio, da postura, etc. Os síntomas, signos ou secuelas causan unha diminución importante para a realización das actividades da vida diaria, podendo estar afectadas algunhas das actividades de autocoidado. Todo iso xera a necesidade de material adaptado, axudas á mobilidade e asistencia persoal.
- Comunicación: a linguaxe está moi afectada.

#### Discapacidade física moi grave

- Capacidade funcional: capacidade motora moi reducida. Os síntomas, signos ou secuelas imposibilitan a realización de todas ou a maioría das ABVD requirindo asistencia persoal, material adaptado e axudas para a mobilidade.
- Comunicación: a comunicación pode estar parcial ou totalmente alterada. Neste último caso, e como consecuencia das limitacións funcionais, pode mesmo verse comprometida a capacidade para utilizar sistemas alternativos de comunicación.

# 3.

## DISCAPACIDADE INTELECTUAL

### CONCEPTO

A American Association on Mental Retardation, (AAMR, 1992) utilizaba o termo atraso mental para referirse a un funcionamento intelectual significativamente inferior á media, que xeralmente coexiste xunto a limitacións en dous ou máis das seguintes áreas de habilidades de adaptación: comunicación, autocoidado, vida no fogar, habilidades sociais, utilización da comunidade, autodirección, saúde e seguridade, habilidades académicas funcionais, tempo libre e traballo. O atraso mental hase de manifestar antes dos 18 anos.

Posteriormente, a American Association of Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD) (antiga AAMR), propuxo que aínda que se aceptan como sinónimos, se utilice o termo de discapacidade intelectual (DI) en vez de atraso mental. Así, a AAIDD (2010) define a discapacidade intelectual como unha limitación significativa no funcionamento intelectual (razoamento, aprendizaxe e resolución de problemas) e na conduta adaptativa, que abrangue unha serie de habilidades sociais e prácticas con inicio anterior aos 18 anos.

A APA (2013) no DSM-V xa incorpora o concepto de DEI. Pola contra CIE A-10 segue facendo referencia ao de atraso mental, definido como un trastorno caracterizado por un desenvolvemento mental incompleto ou estancado no que están alteradas as funcións propias de cada etapa do desenvolvemento que contribúen ao nivel global de intelixencia (motoras, cognitivas e sociais); o DSM-V xa incorpora o concepto de discapacidade intelectual.

### CRITERIOS QUE SE DEBEN TER EN CONTA: CAPACIDADE INTELECTUAL E HABILIDADES ADAPTATIVAS

Seguindo formulacións actuais, como se expuxo, para a valoración de DEINA deben terse en conta dous criterios: as *limitacións intelectuais* e a *conduta adaptativa*. Neste sentido, deben considerarse tanto a intelixencia conceptual (pensamento abstracto, capacidade analítica, resolución de problemas, comunicación, etc.), como a intelixencia práctica (capacidade de adaptación a contextos e situacións reais) e a intelixencia social (capacidade de comprensión, interpretación e resolución de acontecementos e eventos sociais). Estes tres tipos de intelixencia relaciónanse coas condutas adaptativas. Así, a intelixencia práctica estaría implicada nas habilidades para a vida independente, a intelixencia conceptual nas habilidades cognitivas de comunicación e académicas, e a intelixencia social nas habilidades de tipo social.

## Limitacións na capacidade intelectual

Seguindo as propostas da APA (2013) e a OMS (1992) podemos clasificar a discapacidade intelectual en catro niveis: leve, moderado, severo e profundo. Pola súa banda, a AAMR (1992) propón outro sistema de clasificación baseado nos niveis de axuda requiridos: intermitente, limitado, extenso e permanente. Dentro de cada un dos niveis de discapacidade CIE A-10 segue mantendo unha correspondencia co rango de coeficiente intelectual (CI) (véxase Táboa 4). Non obstante, o DSM-V elimina a referencia ao CI por considerar que a conduta adaptativa determina mellor o nivel de apoio requirido.

**Táboa 4. Clasificación de discapacidade intelectual en función do CI e do grao de apoio**

Tipo de D. Intelectual (APA, OMS)	Rango de CI (OMS)	Nivel de apoio (AAMR)
Leve	50-69	<b>Intermitente:</b> apoio puntual, de alta ou baixa intensidade, que se ofrece para a realización dalgunhas tarefas ou por períodos curtos de tempo (crise de saúde, perda de emprego, etc.)
Moderado	35-49	<b>Limitado:</b> axuda limitada no tempo pero relativamente intensa e consistente (non intermitente), que se require para a adaptación a cambios e épocas de transición.
Severo	20-34	<b>Extensivo:</b> axuda non limitada no tempo senón constante para determinadas tarefas.
Profundo	< 20	<b>Permanente:</b> axuda constante, moi intensa en calquera lugar e de por vida.

## Limitacións nas habilidades adaptativas

As habilidades adaptativas fan referencia ás capacidades, condutas e destrezas que unha persoa debe adquirir e desenvolver para adaptarse e vivir no seu ámbito habitual. Dentro destas inclúense:

- **Habilidades de comunicación:** fan referencia á capacidade para comprender e expresar a información a través de comportamentos simbólicos e non simbólicos (linguaxe oral e escrita, movemento corporal, expresións faciais).
- **Habilidades de coidado persoal:** estas habilidades favorecen a autonomía e inflúen na aparencia persoal. Son, polo tanto, importantes en si mesmas e por condicionar as relacións interpersoais e a integración sociolaboral. Inclúense aquí a hixiene, o aseo, a comida, o vestido, etc.
- **Vida doméstica:** aglutina habilidades como coidado da roupa, tarefas e coidado do fogar, preparación das comidas, elaboración da lista da compra, etc.
- **Habilidades sociais/interpersoais:** fan referencia á capacidade para relacionarse, facer amigos, comprender as relacións interpersoais, recoñecer sentimentos, expresar emocións ou controlar os impulsos.

## A. PERFÍS DOS USUARIOS DA CARTEIRA DE SERVIZOS

- **Utilización de recursos comunitarios:** capacidade para utilizar de forma axeitada os recursos da comunidade onde está a persoa.
- **Autocontrol/autodirección:** capacidade para gobernar a propia conduta, para elixir, planificar, tomar decisións, resolver problemas ou buscar a axuda axeitada, seguir horarios e completar tarefas necesarias ou requiridas, desenvolver habilidades de autodefensa, etc.
- **Habilidades académicas funcionais:** fan referencia ás aprendizaxes escolares prácticas que permiten unha mellor comprensión e adaptación ao medio.
- **Traballo:** inclúese a capacidade para desenvolver habilidades laborais específicas e un comportamento social apropiado.
- **Ocio:** valórase a capacidade para desenvolver intereses e actividades, individuais ou grupais, variadas e gratificantes no tempo libre.
- **Saúde e seguridade:** habilidades relacionadas co mantemento da saúde e a adopción de condutas de seguridade.

En conclusión, o DSM-V establece, para o diagnóstico de DEI, os seguintes criterios:

1. Déficits nas funcións intelectuais (razoamento, resolución de problemas, planificación, pensamento abstracto, toma de decisións e aprendizaxe, confirmadas tanto por avaliacións clínicas coma por tests estandarizados administrados individualmente.
2. Déficits na conduta adaptativa que dificultan alcanzar os estándares de funcionamento para a independencia persoal e a responsabilidade social. Sen un apoio continuo, estes déficits adaptativos limitan o funcionamento nunha ou máis das actividades da vida diaria (AVD) tales como: comunicación, participación social, vida independente en múltiples ambientes (fogar, escola, traballo e comunidade).
3. Inicio dos déficits, intelectuais e adaptativos, durante o período de desenvolvemento.

### PERFÍS NA DISCAPACIDADE INTELECTUAL: PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS

A elaboración dos perfís de DEI require valorar a influencia das limitacións intelectuais na execución das habilidades adaptativas.

#### Discapacidade intelectual leve

- **Comunicación:** a linguaxe adquirena máis tarde que o resto dos nenos. Aínda que desenvolven a capacidade para expresarse e manter unha conversación, a comunicación e a linguaxe están ligadas ao concreto e son inmaduros para a idade.
- **Coidado persoal:** as deficiencias nas áreas sensoriomotrices son mínimas polo que logran unha axeitada autonomía persoal na locomoción e independencia de movementos, na alimentación, o aseo persoal, o vestido e o control de esfínteres. Polo tanto, presentan un funcionamento adecuado no coidado persoal, aínda que necesitan axuda nas actividades complexas da vida diaria. Así, na etapa adulta, necesitarán apoio para a realización de compras, o transporte, o coidado do fogar e dos nenos, a preparación da comida e/ou dunha dieta equilibrada, o manexo do diñeiro, etc.
- **Habilidades académicas funcionais:** presentan dificultades na adquisición das técnicas instrumentais (lectura, escritura e cálculo) pero poden adquirir habilidades académicas (equivalentes a 6º de Educación Primaria ao chegar á adolescencia). Nos adultos obsérvanse limitacións no pensamento abstracto, as funcións executivas, a memoria a curto prazo e o uso funcional das habilidades académicas.
- **Adaptación á vida social e laboral:** as súas interaccións sociais son inmaduras, presentan dificultades para regular as emocións, as condutas e o risco en situacións sociais. Non obstante, poden desenvolver habilidades sociais e adaptarse social e profesionalmente cunha educación apropiada. Na vida adulta adoitan presentar dificultades emocionais, sociais e laborais; o seu xuízo social é inmaduro e corren maior risco de ser manipulados por outros. A pesar destas limitacións, cun ensino axeitado poden chegar a desempeñar actividades laborais que non resalten as habilidades conceptuais, sempre que conten co apoio e adestramento oportunos. Non obstante, necesitan vixilancia e orientación ante situacións de estrés social ou económico, así como para levar a cabo actividades de ocio e tempo libre, tomar decisións relativas á saúde, a asuntos legais e ao desenvolvemento vocacional.
- **Utilización de recursos comunitarios:** unha discapacidade mental leve permite vivir satisfactoriamente na comunidade xa sexa independentemente ou en centros supervisados.

#### Discapacidade intelectual moderada

- **Comunicación:** aprenden a falar tardiamente e presentan unha capacidade limitada para o uso da linguaxe expresiva e comprensiva. Mostran especial dificultade nos convencionalismos sociais.
- **Coidado persoal:** teñen un axeitado desenvolvemento motor e poden adquirir hábitos de autonomía persoal aínda que con limitacións para lograr as pautas de coidado persoal, aseo, vestido e alimentación. Polo xeral, necesitan axuda para o correcto desempeño destas actividades.
- **Habilidades académicas funcionais:** dificilmente chegan a adquirir as aprendizaxes instrumentais básicas de lectura, escritura e cálculo. En ocasións poden alcanzar certas habilidades académicas de primaria cunha educación especial, é dicir, necesitan adaptacións moi significativas dos programas escolares, precisando axuda e supervisión constantes.
- **Adaptación á vida social e laboral:** con axuda e supervisión continuada poden adaptarse a tarefas laborais rutinarias, de escasa dificultade, a traballos non cualificados ou semicualificados en talleres adaptados ou no mercado laboral. Os seus hábitos e relacións están condicionados polas súas limitacións, a súa dificultade para recoñecer as convencións sociais pode interferir nas relacións cos seus iguais, aínda que poden manter relacións coa familia e de amizade. Presentan unha gran dificultade para adquirir hábitos de autonomía social.
- **Utilización de recursos comunitarios:** adáptanse ben á vida na comunidade, xeralmente en institucións con supervisión. Aprenden a trasladarse de forma independente por lugares que lle son familiares.

#### Discapacidade intelectual severa

- **Comunicación:** poden aprender, moi tardiamente, a falar e comunicarse pero teñen graves dificultades para o uso da linguaxe comprensiva e expresiva, só son capaces de empregar unha linguaxe moi limitada. Poden aprender algunha linguaxe alternativa de comunicación.
- **Coidado persoal:** non conseguen ser autónomos na locomoción, na independencia de movementos, na comida, aseo persoal e vestido aínda que poden adquirir habilidades elementais de autocoidado. Poden contribuír ao seu propio mantemento baixo control total e desenvolver habilidades mínimas de autoprotección nun ambiente controlado.
- **Habilidades académicas funcionais:** non poden adquirir aprendizaxes escolares. Familiarízanse co alfabeto e o cálculo simple e poden adquirir unha lectura global de palabras moi familiares imprescindibles para a supervivencia.
- **Adaptación á vida social e laboral:** na vida adulta logran unha reducida autonomía social, precisan en todos os casos axuda constante e dificilmente alcanzan unha vida independente. Poden facer tarefas simples, cunha estreita supervisión, en institucións.
- **Utilización de recursos comunitarios:** adáptanse á vida en comunidade nunha institución ou na familia.



### Discapacidade intelectual profunda

- **Comunicación:** están limitados ao emprego de formas simples de comunicación non verbal; teñen dificultades para comprender ordes sinxelas.
- **Coidado persoal:** as súas dificultades motoras graves impídenlle a autonomía persoal mínima. En todos os casos necesitan coidados e atención ao longo de toda a vida, aínda que poden chegar a ter autonomía para desprazarse e poden participar en actividades domésticas sinxelas.
- **Habilidades académicas funcionais:** as súas graves limitacións en todos os ámbitos de desenvolvemento impídenlles a adquisición de contidos. A intervención debe estar orientada ao desenvolvemento e implementación de hábitos e destrezas moi básicas.
- **Adaptación á vida social e laboral:** debido ás múltiples limitacións descritas non conseguen ningún grao de integración laboral e non desenvolven repertorios de condutas que poidan executar sen tutela. Caracterízanse por depender doutras persoas para case todas as funcións e actividades, aínda que poden gozar das relacións cos coidadores e outros familiares.

# 4.

## TRASTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

### CONCEPTO

O autismo é un trastorno complexo que se caracteriza pola súa heteroxeneidade, tanto nas causas coma na súa gravidade e nas súas manifestacións, de aí que se lle asocie o termo de "espectro" para poñer de manifesto toda a súa "gama" sintomática. O DSM-V inclúe o autismo, xunto coa síndrome de Asperger e o trastorno desintegrativo infantil, dentro da categoría de trastornos do espectro autista (TEA), que se caracteriza por déficits persistentes na comunicación e na interacción social en múltiples contextos. Ademais destes déficits, para o diagnóstico de TEA, requírese a presenza de patróns de conduta e actividades restrinxidos e repetitivos.

CIE A-10 inclúe o autismo nos denominados trastornos xeneralizados do desenvolvemento (TGD), xunto coa síndrome de Rett, o trastorno desintegrativo da infancia, o trastorno hipercinético con atraso mental e movementos estereotipados, a síndrome de Asperger e o trastorno xeneralizado do desenvolvemento sen especificación.

### CRITERIOS QUE SE DEBEN TER EN CONTA:

Os criterios diagnósticos de TEA segundo o DSM-V son os seguintes:

- A.** Déficits persistentes na comunicación e interacción social en múltiples contextos manifestados polas seguintes características:
  1. Déficits na reciprocidade socioemocional, que van dende contactos sociais alterados e fracaso no intercambio conversacional, ata ausencia da tendencia espontánea para compartir intereses, emocións e afectos.
  2. Déficits na conduta non verbal utilizados para a interacción social, que van dende unha deficiente integración da comunicación verbal e non verbal, a alteracións no contacto visual, a linguaxe corporal e a comprensión e uso de xestos, ata unha total ausencia de expresión facial e comunicación non verbal.
  3. Déficits no desenvolvemento e mantemento das relacións, que van dende dificultades para adaptar o seu comportamento aos distintos contextos sociais, a dificultades no xogo imaxinativo e a capacidade para facer amigos, ata a ausencia de interese polos iguais.
- B.** Patróns de comportamento, intereses ou actividades restrinxidos e repetitivos que se manifestan, por, polo menos, dúas das seguintes características:
  1. Movementos motores, uso de obxectos ou fala esterotipados ou repetitivos.
  2. Insistencia na monotonía, adherencia inflexible ás rutinas, ou patróns ritualizados de conduta verbal e non verbal (por exemplo, ansiedade ante os pequenos cambios, dificultades nas transicións, patróns ríxidos de pensamento, rituais específicos, insistencia en seguir a mesma ruta ou inxerir a mesma comida todos os días).
  3. Intereses fixos e restritivos anormais tanto pola súa intensidade coma polo seu obxectivo (por exemplo, forte preocupación ou adhesión a obxectos inusuais, intereses perseverativos ou excesivamente circunscritos).

4. Hiper ou hipoactividade a estímulos sensoriais ou interese inusual por aspectos sensoriais do ambiente (por exemplo, indiferenza aparente á dor ou á temperatura, resposta hostil a texturas ou sons específicos, tendencia excesiva a ulir ou tocar os obxectos, fascinación polas luces e o movemento).
- C. Os síntomas deben estar presentes dende a primeira infancia (pero poden non chegar a manifestarse a menos que as demandas sociais excedan as limitacións das súas capacidades).
- D. Os síntomas causan limitacións clinicamente significativas no funcionamento social e ocupacional ou noutras áreas importantes deste.

Dentro do TEA existe, como se comentou, unha grande heteroxeneidade. En xeral, as características do TEA dependen de:

- A asociación do trastorno con discapacidade intelectual (que pode ser de maior ou menor grao).
- A presenza de condutas disruptivas e/ou lesivas.
- A presenza de linguaxe.
- O grao de autonomía.
- A gravidade do trastorno en si mesmo.

No estudo do autismo identificáronse dous extremos que son os denominados: *autismo de nivel de funcionamento baixo* e *autismo de nivel de funcionamento alto*. No primeiro deles incluíriáanse os casos nos que a sintomatoloxía autista é máis grave e aparece asociada cunha discapacidade intelectual severa ou profunda. No segundo caso, a capacidade mental é normal ou próxima aos límites da normalidade e o seu grao de autonomía é maior ao non ser tan importantes as limitacións comunicativas, comportamentais e de interacción social.

Pero entre os dous extremos do espectro autista obsérvanse múltiples manifestacións, caracterizadas por diferenzas nos niveis de funcionamento social, comunicativo, lingüístico, comportamental e tamén cognitivo.

## PERFÍS NO TEA: PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS

Tendo en conta o comentado, para valorar as necesidades das persoas con TEA e os apoios e recursos que é necesario proporcionarlles para satisfacer as súas necesidades, é preciso identificar e caracterizar os seus distintos perfís. Para iso, teranse en conta as características do continuo autista propostas por Wing (1988, adaptado por Rivière, 1999), os criterios publicados pola OMS (1992) e pola APA (2013), que especifica niveis de gravidade e graos e niveis de apoio en función das limitacións na comunicación e interacción social e na conduta.

### TEA leve

- **Relación, interacción social:** os déficits na comunicación social poden provocar alteracións notables, sen os apoios axeitados. En xeral, obsérvase conciencia de soidade, escasa empatía e as relacións interpersoais están afectadas. Mostran pouco interese por elas, teñen dificultade para iniciar interaccións sociais e manifestan claros exemplos de respostas atípicas ou sen éxito ás propostas sociais dos demais. As relacións fanse difíciles porque non captan as sutilezas, aínda que pode existir certa motivación e teñan acceso a diversas iniciativas de contacto social e certos comportamentos adaptativos. Poden aprender as regras de relación e contacto social pero de forma intelectual, e non "vital".
- **Comunicación:** desenvolven a linguaxe dende un punto de vista formal pero fallan na dimensión pragmática. Posúen discurso, conversación, pero teñen dificultades para diferenciar o significado literal do intencional; son frecuentes as anomalías prosódicas, a presenza de cuestións repetitivas e longos monólogos sen ter en conta o interlocutor. Poden chegar a utilizar unha linguaxe elaborada pero sen interese comunicativo.
- **Conduta:** os intereses son restrinxidos, pero poden verse orientados, en determinadas ocasións, cara a temas de carácter intelectual. Obsérvanse estereotipias, obsesión pola invariabilidade, trastornos do humor e crise de axitación. Os rituais e as condutas repetitivas causan interferencias significativas no funcionamento dun ou máis contextos. Mostran resistencias aos intentos doutros para interromper os intereses restrinxidos e condutas repetitivas ou cando se redirixen os intereses fixados. O seu grao de autonomía é medio-alto e a súa evolución, dependendo amplamente do nivel e da oportunidade dos programas de intervención, chega a ter moitas posibilidades.

### TEA moderado

- **Relación, interacción social:** marcado déficit en habilidades sociais de comunicación verbal e non verbal; deterioración social evidente, mesmo con apoios axeitados, limitada iniciación das interaccións sociais e reducida ou anormal resposta ás propostas dos demais. Non realizan contactos sociais espontáneos, pero mostran aceptación pasiva dos intentos de aproximación doutras persoas. Poden establecer contactos sociais espontáneos, pero de forma "estranxa" e moi vinculados aos seus rituais e preocupacións obsesivas. Falta de interese polas ideas e sentimentos doutros.
- **Comunicación:** nos casos máis graves a linguaxe estaría composta por palabras soltas ou ecolálicas. Non hai oracións aínda que poden comprender ordes sinxelas. Utilizan

a linguaxe para pedir ou lograr cambios no seu ámbito físico. Nos casos menos graves constrúen oracións non ecoláicas pero non configuran unha conversación. A súa comprensión é moi literal e pouco flexible, non alcanzando a comprender o discurso.

- **Conduta:** os intereses restrinxidos, as condutas repetitivas e as preocupacións ou fixacións resultan moi evidentes e interfíren co funcionamento en diversos contextos. A angustia ou frustración son evidentes cando se interrompen os seus rituais; dificultando a redirección do interese fixado. Vinculación intensa e inexplicable a certos obxectos.

### TEA grave

- **Relación, interacción social:** notable illamento; non hai apego, nin relación cos iguais ou os adultos. Non presenta expresión emocional. Non hai interese por outras persoas, polos seus pensamentos ou as súas emocións. Déficits severos nas habilidades sociais de comunicación verbal e non verbal que causan graves alteracións no funcionamento; moi limitada a iniciación das interaccións sociais e mínimas respostas ás propostas sociais dos demais. Nas formas máis profundas: illamento e indiferenza ás persoas.
- **Comunicación:** afectación e limitación marcada da linguaxe. Ausencia de motivación comunicativa. Poden darse verbalizacións pero non propiamente lingüísticas; non responden a ordes, chamadas ou indicacións verbais.
- **Conduta:** hiperactividade, condutas estereotipadas, reducidas capacidades de aprendizaxe, notables problemas de conduta, resposta esaxeradamente paradoxal a estímulos do ámbito, intolerancia á frustración que se manifesta en choros, berros, autoagresións, etc. Preocupacións, fixacións ritualizadas e/ou condutas repetitivas que interfíren notablemente co funcionamento en todos os ámbitos. Afectación marcada cando os rituais ou rutinas son interrompidas, moitas dificultades para redirixir os intereses fixados volvendo a eles rapidamente.

## 5. ENFERMIDADE MENTAL

### CONCEPTO

O concepto de enfermidade mental ou trastorno mental –segundo a denominación da APA–, refírese a un patrón comportamental ou psicolóxico con significación clínica asociado a malestar, discapacidade ou risco significativamente aumentado de morrer ou de sufrir dor, discapacidade ou perda de liberdade (APA, 2000). Atendendo a duración da sintomatoloxía, pode diferenciarse entre cadros agudos ou crónicos.

O termo crónico refírese a trastornos nos que os síntomas persisten durante un período prolongado de tempo, en xeral, toda a vida, e asóciase ademais a uns condicionantes de deterioración (Branco, 2010).

Para Goldman, Gattozzi e Taube (1981) os enfermos mentais crónicos son aquelas persoas que sofren certos trastornos mentais ou emocionais (esquizofrenia e outras psicoses, trastornos depresivos e maníaco depresivos recorrentes) así como outros trastornos que poden chegar a ser crónicos e erosionar ou impedir o desenvolvemento de polo menos tres habilidades básicas da vida cotiá (hixiene persoal e autocoidado, autonomía, relacións interpersoais, transaccións sociais e ocio) e dificultan ou impiden desenvolver a autosuficiencia económica.

Á súa vez, de acordo con Liberman (1993) existen varias formas de definir os enfermos mentais crónicos. A primeira considera dous criterios como válidos, que son: 1) diagnóstico de esquizofrenia ou trastorno afectivo maior, e 2) dependencia económica da familia e/ou dos sistemas de protección social. A segunda, realízase de acordo a tres dimensións: 1) diagnóstico clínico, 2) funcionamento social e vocacional, e 3) duración dos síntomas, incapacidade e número de hospitalizacións.

Na actualidade, utilízase o concepto trastorno mental grave (TMG) para referirse aos trastornos mentais crónicos, co fin de evitar as connotacións negativas e estigmatizantes que leva consigo o termo "crónico". O devandito concepto fai referencia a un conxunto de condicións clínicas persistentes, de gran relevancia asistencial pola súa frecuencia, que provocan unha importante disfunción nas persoas que os padecen.

Como se expuxo, non existe unha única definición sobre o constructo TMG. Non obstante, hai un consenso á hora de considerar as tres dimensións propostas por Liberman (Grupo de traballo da *Guía de práctica clínica de intervencións psicosociais no trastorno mental grave*, 2009; Mingote, Piñeiro, Gálvez, Gutiérrez e Sánchez, 2010):

- a) **Diagnóstico clínico:** en relación a esta dimensión, recoméndase realizar a valoración do TMG segundo os criterios dos sistemas de clasificación universalmente aceptados (CIE-10, DSM-V). As seguintes categorías diagnósticas son incluídas habitualmente na definición de TMG: esquizofrenia e outros trastornos psicóticos, trastornos bipolares, trastornos depresivos maiores graves recorrentes, trastornos obsesivo-compulsivos graves e trastornos da personalidade severos.
- b) **Duración:** esta oscila, segundo diferentes definicións, entre un e cinco anos dende o inicio do trastorno. A máis amplamente utilizada é a que establece a necesidade dunha persistencia do trastorno no tempo igual ou superior a dous anos. Nalgúns casos, propónse a presenza dunha deterioración progresiva e acusada do funcionamento nos seis últimos meses, co fin de discriminar entre aquelas persoas con trastornos de longa duración e os casos nos que, se ben se presentan síntomas ou diagnósticos graves, o tempo de evolución é demasiado curto para establecer un pronóstico claro.

c) **Baixo rendemento funcional e discapacidade:** esta dimensión se operativiza en función da presenza de discapacidade para a realización de actividades, tanto básicas (comer, bañarse, vestirse, etc.) como instrumentais da vida diaria (tarefas domésticas, manexo do diñeiro, controlar a propia medicación, etc.), así como para o desempeño de roles sociais, familiares e laborais. A valoración da discapacidade pode realizarse a través de diferentes escalas, entre elas o cuestionario para a valoración da discapacidade, da OMS (WHO DÁS II) (Vázquez-Barquero, Ferreira, Vázquez e Gaité, 2006), na que se adoita esixir unha puntuación de  $\geq 8$ , e a Escala de avaliación da actividade global (EEAG) (APA, 2000) sendo necesaria, neste caso, unha puntuación  $\leq 60$ .

### PERFÍS EN TRASTORNO MENTAL GRAVE

Segundo o "Baremo de enfermidade mental" recollido na corrección de erros do Real decreto 1971/1999, do 23 de decembro, de procedemento para o recoñecemento, declaración e cualificación do grao de discapacidade (BOE n.º 62, do 13 de marzo de 2000), a enfermidade mental pode dar lugar a cinco niveis de discapacidade (nula, leve, moderada, grave e moi grave). De acordo co citado Real decreto e tendo en conta o grao de interferencia dos trastornos mentais sobre a capacidade para levar a cabo unha vida independente, cabe destacar os seguintes perfís:

#### Limitación moderada

Restrición moderada na realización das actividades máis complexas da vida diaria, especialmente as relacionadas coas actividades sociais (facer e manter amizades, relacionarse con descoñecidos, etc.), o desempeño escolar (realizar as tarefas académicas), o rendemento laboral (conflitos con compañeiros de traballo, problemas para manter un emprego remunerado) e as relacións familiares. O resto de actividades da vida diaria pode levarse a cabo de forma máis ou menos normalizada aínda que requirirán de apoio puntual ou intermitente.

#### Limitación grave

Importante incapacidade para realizar as actividades da vida diaria, tanto básicas como instrumentais (desprazamento, preparación e inxestión de alimentos, hixiene persoal, vestido, realización de tarefas domésticas, comunicación e contactos sociais). Alteración importante nos procesos cognitivos (atención, memoria), na linguaxe, na capacidade de aprendizaxe, na comprensión e na resolución de problemas cotiáns. En situacións de estrés son frecuentes os episodios de descompensación. Posibilidade de levar a cabo actividade laboral en centros protexidos pero cun rendemento moi pobre, debido aos problemas de concentración e á dificultade para realizar tarefas de forma continuada. Necesidade de supervisión intermitente en espazos protexidos, e constante fose deles.

#### Limitación moi grave

Restrición extrema manifestada pola incapacidade para realizar as actividades máis básicas da vida diaria (deambular ou comer por si mesmo), necesitando a axuda doutras persoas de forma constante. Non existe capacidade para levar a cabo unha actividade laboral, nin sequera en centros ocupacionais supervisados.

Nos tres graos de dependencia descritos ha de terse en conta que a presenza de déficit cognitivo é un indicador de gravidade. Son habituais os déficits na atención sostida, o procesamento da información complexa e as funcións executivas. (capacidade de anticipación, selección de obxectivos, planificación, seguimento, retroalimentación e tarefas de execución).

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Estanque, R. (2006). Manifestacións clínicas da enfermidade de Alzheimer. En R. Estanque e S. López-Pousa (Coords.). *Enfermidade de Alzheimer e outras demencias* (pp. 225-242). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- American Association of Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD). (2010). *Discapacidade intelectual. Definición, clasificación e sistemas de apoio* (11ª ed). Madrid: Alianza.
- American Association of Mental Retardation Ad Hoc Committee on Terminology and Classification. (1992). *Mental retardation: Definition, classification, and systems of support* (9ª ed.). Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5 th ed). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Barraquer, B., Ponces, V., Corominas, V. e Torras, B. (1964). *A parálise infantil. A súa estrutura e dinámica*. Barcelona: Científico-médica.
- Basil, C. (1991). Os alumnos con parálise cerebral e outras alteracións motoras. Na. Marchesi, C. Coll e J. Pazos (Coords.). *Desenvolvemento psicolóxico e educación. Vol. 3. Trastornos do desenvolvemento e necesidades educativas especiais* (pp. 303-328). Madrid: Alianza.
- Branco, A. (2010). O enfermo mental con enfermidades psicosociais. Na. Pastor, A. Branco e D. Navarro (Coords.). *Manual de rehabilitación do trastorno mental grave*. Madrid: Síntese.
- Castejón, J.L. e Lameiras, L. (2009). *Unhas bases psicolóxicas da Educación Especial*. Alicante: Club Universitario.
- Ferrer, A. M. (1996). O desenvolvemento dos nenos con déficit motores. En M. C. Fortes del Valle, A. M. Ferrer e M. D. Gil (Coords.). *Bases psicolóxicas da educación especial*. Valencia: Promolibro.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., McHugh, PÁX. R., e Fanjiang, G. (2001). *Mini-Mental State Examination user's guide*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- García Peña, M., Sánchez, A. e Miján, E. (2002). Avaliación funcional e terapia ocupacional no dano cerebral adquirido. *Rehabilitación*, 36 (3), 167-175.
- Gestal, J.J. e Montes, A. (2003). Discapacidades físicas, mentais e sensoriais. Incapacidad. Rehabilitación. En, G. Piedrola (Ed.). *Medicina preventiva e saúde pública*. Barcelona: Massón.
- Goldman, H.H., Gattozzi, A.A. e Taube, C.A. (1981). Defining and counting the chronically mentally ill. *Hospital Community Psychiatry*, 32 (1), 21-27.
- Grupo de Traballo da Guía de Práctica Clínica de Intervencións Psicosociais no Trastorno Mental Grave. (2009). *Guía de Práctica Clínica de Intervencións Psicosociais no Trastorno Mental Grave*. Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación.
- Heward, W. L. (2005). *Nenos excepcionais. Unha introdución á educación especial*. Madrid: Pearson.
- Instituto de Maiores e Servizos Sociais (IMSERSO). (2007). *Modelo de atención ás persoas con dano cerebral*. Madrid: IMSERSO.
- Lieberman R.P. (1993). *Rehabilitación integral do enfermo mental crónico*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lobo, A. e Ezquerro, J. (1979). O Mini-Examen Cognoscitivo: un test sinxelo, práctico, para detectar alteracións intelectivas en pacientes médicos. *Actas Luso-Españolas de Neuroloxía e Psiquiatría*, 7 (3), 189-202.
- Mingote, J.C., Piñeiro, PÁX., Gálvez, M., Gutiérrez, M.D. e Sánchez, R. (2010). Utilidade preventiva do constructo "trastorno mental grave" no ámbito sociosanitario. *Medicina e Seguridade do Traballo*, 56 (22), 306-322. Recuperado de <http://gesdoc.isciii.es/gesdoccontroller?action=download&id=13/09/2012-bf0791dcc0>.



- Organización Mundial da Saúde (OMS) (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic criteria for research*. World Health Organization (WHO) (Trad. Cast. (1992), CIE-10. *Trastornos Mentais e do Comportamento. Descricións clínicas e pautas para o diagnóstico*. 10ª Rev. Madrid: Meditor.
- Organización Mundial da Saúde (OMS). (2001). *Clasificación Internacional do Funcionamento, da Discapacidade e da Saúde (CIF)*. Madrid: Instituto de Miores e Servizos Sociais.
- Prieto, J. e Arocas, E. (1999). Desenvolvemento psioevolutivo e atención educativa dos nenos con deficiencias motóricas. En J. Prieto (Coord.). *O desenvolvemento dos nenos con necesidades educativas especiais. Unha resposta educativa integrada*. Valencia: Promolibro.
- Reisberg, B., Ferris, S. H., De Leon, M. J., e Crook, T. (1982). The global deterioration scale for assessment of primary degenerative dementia. *American Journal of Psychiatry*, 139 (9), 1136-1139.
- Rivière, A. (1999). O autismo e os trastornos xeneralizados do desenvolvemento. Na. Marchesi, C. Coll e J. Pazos (Comps.). *Desenvolvemento psicolóxico e educación. 3. Trastornos do desenvolvemento e necesidades educativas especiais* (pp. 329-360). Madrid: Alianza.
- Sclam, S. G. e Reisberg, B. (1992). Functional Assessment Staging (FAST) in Alzheimer ' s Disease: Reability, Validity, and Ordinarity. *Internationals Psychogeriatrics*, 4 (3), 55-69.
- Vázquez-Barqueiro JL, Ferreira S, Vázquez E, Gaité I. (2006). *Cuestionario para a avaliación de Discapacidade da Organización Mundial da Saúde - WHO-DÁS II* (versión española do World Health Organization Disability Assessment Schedule II). Madrid: Ministerio de Traballo e Asuntos Sociais.

B.

**AVALIACIÓN DAS  
ÁREAS FUNCIONAL,  
COGNITIVA E SOCIAL**

# 6.

## AVALIACIÓN DA CAPACIDADE FUNCIONAL

### 6.1

#### AVALIACIÓN DAS ACTIVIDADES BÁSICAS DA VIDA DIARIA (ABVD): ÍNDICE DE KATZ E ÍNDICE DE BARTHEL

A avaliación da capacidade funcional ten como obxectivo determinar a capacidade do individuo para levar unha vida independente no seu ambiente ou contexto habitual, ou o que é o mesmo, a capacidade para facer fronte ás demandas do ámbito familiar e social. Para determinar se existe dependencia inclúese a avaliación de dous tipos de actividades da vida diaria: básicas e instrumentais.

Son múltiples os instrumentos elaborados para a avaliación da capacidade funcional (véxase táboa 5, ao final do apartado). A continuación preséntase unha breve descrición das escalas máis utilizadas, tanto a nivel de investigación como na práctica profesional, e o instrumento elaborado para o recoñecemento da situación de dependencia derivado da actual Lei 39/2006 de autonomía persoal.

A maioría das escalas elaboradas para a avaliación das ABVD inclúen unha combinación de actividades que está integrada pola capacidade para vestirse, ducharse, asearse, camiñar e alimentarse. Outros ítemes como o control de esfínteres e a mobilidade son tamén frecuentes neste tipo de instrumentos.

Habitualmente aválase a dependencia-independencia do suxeito para cada ítem, considerando a independencia no caso de que poida realizalo sen axuda e a dependencia cando necesite axuda para a súa realización ou sinxelamente non poida facelo de ningún modo. A puntuación total das escalas adoita permitir establecer o nivel de dependencia segundo distintos graos de severidade.

Os instrumentos máis utilizados para a avaliación das ABVD son o *Índice de Katz* (Katz, Ford, Moscovitz, Jackson e Jaffe, 1963) e o *Índice de Barthel* (Mahoney e Barthel, 1965).

O *Índice de Katz* avalía seis ABVD ordenadas xerarquicamente de maior a menor nivel de independencia. A orde dos ítemes é semellante ao patrón de desenvolvemento dos nenos, xa que a dependencia e a súa recuperación seguen unha orde establecida. Pérdense máis tarde e recupéranse antes as capacidades que se alcanzaron evolutivamente máis temperán (alimentación, control de esfínteres) e se perden en último lugar e recuperan con maior dificultade as últimas en ser adquiridas (vestido, baño) (Katz, 1983; Katz e Akpom, 1976).

A puntuación pode obterse de dous modos diferentes: a) de forma xerárquica, o paciente é clasificado nunha de sete posibles categorías, de maior a menor independencia, denominadas polas letras de A á G e, b) de forma dicotómica, ao suxeito asígnaselle en cada ítem un 0 (se é dependente) ou un 1 (se é independente) de modo que poida clasificarse en sete posibles grupos numéricos (0-6).

As súas propiedades psicométricas convértena nun instrumento moi aconsellable que se utilizou como patrón para validar outras escalas (Asberg e Sonn, 1989; Reuben e Siu, 1990). A pesar diso presenta tamén algunhas limitacións (Cruz, 1991), entre as que cabe destacar unha menor capacidade que outros índices para detectar cambios pequenos (Applegate, 1987; Branch, Katz, Kniepman e Papsidero, 1984; Gresham, Phillips e Labi, 1980), a imposibilidade de clasificar algúns suxeitos, ou que a súa eficacia diminúe cando se utiliza con persoas que non sofren altos niveis de dependencia.

O *Índice de Barthel* avalía a capacidade para realizar dez ABVD, a cada unha das cales se lle asigna, en intervalos de 5, unha puntuación que varía entre 0 e 15 puntos. A puntuación

## B. AVALIACIÓN DAS ÁREAS FUNCIONAL, COGNITIVA E SOCIAL

máxima, e que reflicte a maior independencia, é 100 (90 para pacientes en cadeira de rodas). Existen varias propostas para clasificar as persoas en distintos niveis de dependencia en función da puntuación obtida (Baztán, González e Do Ser, 1994; Baztán, Pérez, Alarcón, San Cristóbal, Izquierdo e Manzarbeitia, 1993; Kane and Kane, 1993; Shah, Vanclay e Cooper, 1989). Baztán et al. (1994) diferencian catro graos (véxase táboa 6).

**Táboa 6. Graos de dependencia en función do Índice de Barthel. Proposta de Baztán et al. (1994)**

Dependencia leve	≥ 60
Dependencia moderada	40-55
Dependencia grave	20-35
Dependencia total	< 20

Posteriormente á súa publicación elaboráronse algunhas variantes como o Barthel Self-Care Ratings (Sherwood, Morris, Mor e Gutkin, 1977) ou Funcional (Functional Independence Measure, FIM) (Hamilton, Granger e Shervin, 1987), e versións cun maior número de ítemes (Granger, Albrecht e Hamilton, 1979), ou para ser autoadministradas (McGinnis, Seward, De-Jong e Scott, 1986), ningunha das cales supuxo unha vantaxe substancial sobre o orixinal.

As propiedades psicométricas do Índice de Barthel son moi axeitadas. Posúe, sobre todo, bos índices de fiabilidade intraobservador (0.84-0.97) (Loewen e Anderson, 1988; Roy, Tognery, Hay e Pentland, 1988). Ten boa validez predictiva (Bennet e Ryall, 2000; Cid-Ruzafa e Damián-Moreno, 1997) e boa capacidade para detectar cambios en persoas con puntuacións intermedias, reducíndose esta capacidade nos casos máis extremos.

## 6.2

### AVALIACIÓN DAS ACTIVIDADES INSTRUMENTAIS DA VIDA DIARIA (AIVD): ÍNDICE DE LAWTON E BRODY

As AIVD están influídas por cuestións sociais que dificultan ou impiden, en ocasións, comparacións transculturais. Ademais, a súa avaliación pode resultar difícil en determinados contextos, como o residencial, onde as persoas ven limitada a súa autonomía polas regras da propia institución. As actividades que se avalían dentro desta categoría poden estar nesgadas en función do sexo xa que algunhas, como a preparación da comida ou o coidado da casa, poden entenderse asociadas ao rol tradicional da muller, mentres que outros ítemes que poderían explorar a capacidade instrumental nos varóns, como realizar tarefas de xardinaría ou facer pequenos arranxos na casa, non adoitan ser incluídos nas escalas. De feito, en distintos estudos, comprobouse que o perfil de incapacidade para as actividades instrumentais non é homoxéneo en ambos os dous sexos (Gutiérrez, Galeano e Solano, 1998).

A avaliación das actividades instrumentais é de vital importancia, en tanto en canto a dependencia instrumental pode ser considerada como un estadio de transición entre a autonomía e a dependencia severa.

A *Escala de Lawton e Brody* ou *Philadelphia Geriatric Center Activities of Daily Living* (Lawton, 1972; Lawton e Brody, 1969;) é a máis recomendada para a valoración das AIVD. Consta de oito ítemes subdivididos en tarefas específicas. Aínda que existen diferentes sistemas de puntuación (Vittengl, White, McGovern e Morton, 2006), habitualmente, asígnase a cada elemento un 0 ou un 1 en función de que o suxeito sexa dependente ou independente nel, respectivamente.

Criticouse que recolla un número excesivo de tarefas asociadas ao rol feminino. Para emendar esta limitación óptase, en ocasións, por modificar a puntuación final posible en función do sexo, puntuando no caso dos homes entre 0 e 5 ao omitirse os ítemes referidos a preparación da comida, facer compras e coidar da casa (Menéndez e San José, 1995).

Aínda que as actividades instrumentais non teñen o carácter universal das básicas e están influídas por condicionantes culturais e sociais, non se encontraron distintas versións da escala dentro da sociedade occidental.

Posúe boas propiedades psicométricas (Montorio, 1994), e a pesar de non existir unha versión adaptada e validada no noso país, é a escala de AIVD máis utilizada xa que ten múltiples aplicacións. Como limitación cabe destacar que o rendemento das persoas na escala depende máis da motivación, a variación do estado de ánimo, a capacidade mental e o ámbito social do individuo que do propio estado físico.

**Táboa 7. Escalas de avaliación da capacidade funcional**

Nome, autor e ano	Finalidade e características
Cuestionario de actividade funcional (Funcional Activities Questionnaire-FAQ) (Pffefer, Kuroski, Harrah, Chance e Fios, 1982)	Valora a capacidade instrumental, con elevada fiabilidade para o diagnóstico de deterioro cognitivo en fases iniciais. Os datos obtéñense dun informador fiable.
Escala de saúde funcional (Functional Health Scale) Rosow e Breslau, 1966	Primeira escala desenvolvida especificamente para a avaliación das AAVD. Consiste nunha entrevista estruturada xerárquicamente composta por seis ítemes. Avalía a capacidade para realizar tarefas físicas que requiren mobilidade e forza como realizar traballos domésticos pesados ou camiñar distancias longas.
Escala de execución de actividades da vida diaria (PADL) Kuriansky e Gurland, 1976	Escala de observación directa creada para tratar de diferenciar entre a capacidade e a oportunidade de executar determinadas AAVD, mediante a demostración por parte do suxeito da súa habilidade para realizar 16 tarefas.
Perfil PULSES (Moskowitz e McCann, 1957; Moskowitz, 1985; Granger, Albrecht e Hamilton, 1979)	Escala de avaliación multidimensional inicialmente deseñada para a avaliación das AIVD en persoas maiores institucionalizadas e enfermos crónicos. O acrónimo, en inglés, correspóndese coas áreas que avalía: condición física, funcionamento dos membros superiores e inferiores, capacidade sensorial, estado mental e sensorial, e continencia. Pode cumprimentarse retrospectivamente a través de informes médicos ou mediante a observación do paciente. Correlacionar ben con outras escalas de avaliación funcional como o Índice de dependencia funcional (FIM).
Índice de independencia funcional (FIM) (Research Foundation State University of New Cork, 1991)	Escala mixta para avaliar a capacidade funcional (13 ítemes) e cognitiva (5 ítemes) no contexto rehabilitador. A parte funcional é unha variante do Índice de Barthel. Puntuacións baixas indican maior dependencia. En conxunto permite discriminar pacientes en función da idade, a comorbilidade e o destino unha vez dados de alta.
Escala xerárquica de Siu e Reuben (Siu, Reuben e Hays, 1990)	Escala multidimensional que avalía de forma xerárquica as actividades avanzadas, instrumentais e básicas da vida diaria. Pode resultar útil para a detección precoz da deterioración en persoas maiores que viven na comunidade.
Escala de avaliación rápida da incapacidade-2) (Rapid Disability Rating Scale (RDS-2) (Linn e Linn, 1982)	Escala multidimensional creada para valorar o estado funcional e cognitivo de enfermos crónicos moi maiores. Composta por 18 ítemes que son cumpridos polo coidador ou un familiar do suxeito que observa o seu comportamento na realización das tarefas.

### 6.3

#### AVALIACIÓN DAS ACTIVIDADES DA VIDA DIARIA (AVD): ESCALA DE VALORACIÓN ESPECÍFICA E BAREMO DE VALORACIÓN DA DEPENDENCIA

A Lei 39/2006 de promoción de autonomía persoal e atención ás persoas en situación de dependencia establece, no seu artigo 27, que o recoñecemento do grao de dependencia debe determinarse a través da aplicación dun baremo acordado entre o Consello Territorial de Servizos Sociais e o Sistema para a Autonomía e Atención á Dependencia. O devandito baremo debe ter como referente, entre outros, a Clasificación Internacional do Funcionamento, a Discapacidade e a Saúde (CIF).

Na actualidade a valoración da situación de dependencia regúlase a través do Real decreto 174/2011 do 11 de febreiro de 2011, que recolle dous instrumentos: a Escala de valoración específica (EVE), para nenos de cero a tres anos, e o Baremo de valoración da dependencia (BVD) para maiores de tres anos. A puntuación final obtida no BVD permite establecer tres graos de dependencia:

- Dependencia moderada (Grao I)
- Dependencia severa (Grao II)
- Gran dependencia (Grao III)

A EVE aplícase mediante a observación do funcionamento en dous tipos de variables de desenvolvemento (a actividade motora e a función adaptativa) xunto coa valoración de tres tipos de necesidades de apoio á saúde (peso ao nacer, medidas de soporte para funcións vitais e medidas para a mobilidade).

O BVD avalía, para todos os casos, as seguintes actividades e tarefas:

- **Comer e beber:** recoñecer e alcanzar os alimentos, cortar a comida, usar os cubertos, levar o vaso á boca.
- **Hixiene persoal relacionada coa micción e a defecación:** acudir a un lugar axeitado, manipular a roupa, adoptar a postura axeitada, limparse.
- **Lavarse:** abrir e pechar billas, lavarse as mans, acceder á bañeira ou ducha, lavarse a parte superior e inferior do corpo.
- **Realizar outros coidados corporais:** peitearse, cortarse as uñas, lavar o pelo, lavarse os dentes.
- **Vestirse:** recoñecer e alcanzar a roupa e o calzado, calzarse, abotoarse botóns ou similar, vestirse as pezas da parte superior e inferior do corpo.
- **Mantemento da saúde:** solicitar asistencia terapéutica, aplicarse as medidas terapéuticas recomendadas, evitar situacións de risco dentro e fóra do domicilio, pedir axuda ante unha urxencia.
- **Cambiar e manter a posición do corpo:** cambiar de deitado a sentado na cama, permanecer sentado, levantarse da cadeira, permanecer de pé, sentarse, transferir o corpo mentres se está sentado ou deitado, cambiar o centro de gravidade do corpo estando deitado.
- **Desprazarse dentro do fogar:** realizar desprazamentos para vestirse, comer, lavarse, desprazamentos non vinculados co autocoidado, entre estanzas non comúns e acceder a todas as estanzas do fogar.
- **Desprazarse fóra do fogar:** acceder ao exterior, desprazarse arredor do edificio, desprazamentos próximos en ámbitos coñecidos e descoñecidos, desprazamentos afastados en ámbitos coñecidos e descoñecidos.
- **Realizar tarefas domésticas:** preparar comidas, facer a compra, limpar e coidar da vivenda, lavar e coidar a roupa.

No caso de persoas cuxa condición de saúde poida interferir nas súas funcións mentais inclúese ademais a valoración de capacidade para:

- **Tomar decisións:** decidir sobre a alimentación cotiá, dirixir os hábitos de hixiene persoal, planificar os desprazamentos fóra do fogar, decidir relacións interpersoais con coñecidos e descoñecidos, xestionar o diñeiro, dispoñer o tempo e as actividades cotiás, resolver o uso de servizos a disposición do público.

Na aplicación do BVD deben identificarse:

- a) O **nivel de desempeño** ou capacidade para levar a cabo dunha forma axeitada (con iniciativa, coherencia, orientación e control físico abondo), e sen a axuda doutras persoas, actividades e tarefas no ámbito habitual. Este nivel de desempeño pode considerarse: 1) positivo, cando a persoa realiza a actividade por si mesma; 2) negativo, cando require o apoio indispensable doutras persoas; e 3) non aplicable.
- b) Os **problemas de desempeño** segundo a súa relación co funcionamento global da persoa. Diferéncianse problemas de carácter físico (incapacidade física para realizar a tarefa ou para realizala co control axeitado), mental (incomprensión da tarefa, incoherencia ou desorientación na execución, falta de iniciativa) ou ambos os dous.
- c) O **tipo de apoio** necesario. Distínguense catro tipos: 1) supervisión, referida á estimulación verbal ou xestual e á orientación na toma de decisións, 2) físico parcial, que consiste na axuda física para a realización da tarefa, 3) substitución máxima, cando a persoa non pode executar por si soa a tarefa, e 4) apoio especial, nos casos nos que a prestación do apoio se ve interferida por condicións excepcionais de saúde de persoa valorada.
- d) A **frecuencia do apoio**. A graduación determínase de acordo cos intervalos que propón a escala xenérica da CIF (OMS, 2001): Case nunca (0), algunhas veces (1), bastantes veces (2), maioría das veces (3) e sempre (4).

O BVD considérase un instrumento axeitado para valorar a capacidade funcional. As áreas que inclúe coinciden coas AVD recollidas nos principais instrumentos de avaliación da capacidade funcional, citados en apartados anteriores. Recentemente, realizouse un estudo de fiabilidade sobre a primeira versión deste instrumento (González Rodríguez, 2012), aprobada polo Real decreto 504/2007, do 20 de abril. Os resultados do citado estudo, utilizando como método o índice de correlación de Pearson, indican unha alta fiabilidade tanto intra (0.97) como interobservador (0.96).

## B. AVALIACIÓN DAS ÁREAS FUNCIONAL, COGNITIVA E SOCIAL

**Táboa 9. Escalas de avaliación da capacidade funcional**

Nome, autor e ano	Finalidade e características
Índice de Katz (Katz et al., 1963)	Avalía seis ABVD a través da observación ou preguntando directamente ao suxeito ou aos seus cuidadores. As súas propiedades psicométricas son moi axeitadas e é un dos instrumentos máis difundidos para a valoración funcional, chegando a ser utilizado como patrón para a validación doutras escalas.
Índice de Barthel (Mahoney e Barthel, 1965)	Valora a capacidade para realizar 10 ABVD. Aínda que inicialmente foi deseñado para ser aplicado por un observador, actualmente a información solicítase do suxeito ou dos seus cuidadores. Existen distintas variantes e versións abreviadas con moi boas propiedades psicométricas. É un dos índices máis utilizados.
Escala de incapacidade física da Cruz Vermella (Guillén e García, 1972)	Clasifica os suxeitos en seis niveis de dependencia en función da súa capacidade para realizar as ABVD. Existen poucos traballos sobre as súas propiedades psicométricas pero correlacionan ben con outros índices como o de Barthel.
Escala de observación de actividades da vida diaria (EO-AVD) Montorio, 1990	Avalía sete tipos de actividades básicas a través de 14 condutas cuxa execución debe ser observada durante tres días por profesionais de atención directa ao ancián. As súas propiedades psicométricas son moi aceptables.
Escala de autocoidado de Kenny Schoening, Andereg, Bergstrom, Fonda, Steinke e Ulrich, 1965	Valora seis áreas básicas mediante 17 ítemes. Céntrase en actividades involucradas no autocoidado dentro do domicilio. Maior sensibilidade aos cambios que outras escalas como o Índice de Barthel ou o de Katz.
Subescalas AVD e AIVD da Olders American Resources and Services (OARS)-Multidimensional Functional Assessment Questionnaire (MFAQ). Duke University Center for the Study of Aging and Human Development, 1978	Proporciona información conxunta sobre actividades básicas e instrumentais. Avalía a capacidade para comer, se/se, arraxarse, camiñar, se/se da cama, se/se e utilizar o servizo. O apartado dedicado á avaliación instrumental é unha adaptación do Índice de Lawton e Brody. Clasifica o suxeito nunha de seis categorías posibles dende 1 (excelente funcionamento) a 6 (incapacidade absoluta). Boas propiedades psicométricas e sensibilidade para detectar cambios no estado de saúde de persoas que viven na comunidade.
Escala de Lawton e Brody ou Philadelphia Geriatric Center Activities of Daily Living Lawton, 1972; Lawton e Brody, 1969	Avalía oito actividades instrumentais a partir de información obtida directamente do suxeito ou os seus achegados. Recolle moitas actividades asociadas ao rol feminino, o que debe terse en conta á hora de puntualo. A pesar diso, e de que non foi validada no noso país, é unha das máis utilizadas.
Cuestionario de actividade funcional (Funcional Activities Questionnaire - FAQ) (Pffefer, Kurosaki, Harrah, Chance e Fíos, 1982)	Valora a capacidade instrumental, con elevada fiabilidade para o diagnóstico de deterioración cognitiva en fases iniciais. Os datos obtéñense dun informador fiable.
Escala de saúde funcional (Functional Health Scale) Rosow e Breslau, 1966	Primeira escala desenvolvida especificamente para a avaliación das AAVD. Consiste nunha entrevista estruturada xerarquicamente composta por seis ítemes. Avalía a capacidade para realizar tarefas físicas que requiren mobilidade e forza como realizar traballos domésticos pesados ou camiñar distancias longas.
Escala de execución de actividades da vida diaria (PADL) Kuriansky e Gurland, 1976	Escala de observación directa creada para tratar de diferenciar entre a capacidade e a oportunidade de executar determinadas AAVD, mediante a demostración por parte do suxeito da súa habilidade para realizar 16 tarefas.



Táboa 9. (continuación). *Escalas de avaliación da capacidade funcional*

Nome, autor e ano	Finalidade e características
Perfil PULSES (Moskowitz e McCann, 1957; Moskowitz, 1985; Granger, Albrecht e Hamilton, 1979)	Escala de avaliación multidimensional inicialmente deseñada para a avaliación das AIVD en persoas maiores institucionalizadas e enfermos crónicos. O acrónimo, en inglés, correspóndese coas áreas que avalía: condición física, funcionamento dos membros superiores e inferiores, capacidade sensorial, estado mental e sensorial, e continencia. Pode cumprimentarse retrospectivamente a través de informes médicos ou mediante a observación do paciente. Correlacionar ben con outras escalas de avaliación funcional como o Índice de Dependencia Funcional (FIM).
Índice de independencia funcional (FIM) (Research Foundation State University of New Cork, 1991)	Escala mixta para avaliar a capacidade funcional (13 ítemes) e cognitiva (5 ítemes) no contexto rehabilitador. A parte funcional é unha variante do Índice de Barthel. Puntuacións baixas indican maior dependencia. En conxunto permite discriminar pacientes en función da idade, a comorbilidade e o destino unha vez dados de alta.
Escala xerárquica de Siu e Reuben (Siu, Reuben e Hays, 1990)	Escala multidimensional que avalía de forma xerárquica as actividades avanzadas, instrumentais e básicas da vida diaria. Pode resultar útil para a detección precoz da deterioración en persoas maiores que viven na comunidade.
Escala de avaliación rápida da incapacidade-2) (Rapid Disability Rating Scale (RDS-2) (Linn e Linn, 1982)	Escala multidimensional creada para valorar o estado funcional e cognitivo de enfermos crónicos moi maiores. Composta por 18 ítemes que son cumpridos polo cuidador ou un familiar do suxeito que observa o seu comportamento na realización das tarefas.
Escala de actividades da vida diaria de Alzheimer (Deví, 1999,2002; Deus e Deví, 2003)	Deseñada para ser aplicada a suxeitos con Alzheimer "probable". Adminístrase ao cuidador que coñeza o seu estado de funcionamento global en sucesivas aplicacións, permitindo a comparación dos resultados obtidos en catro momentos distintos de evolución da enfermidade. Instrumento multidimensional que, segundo o seu autor, resulta útil para: axudar na planificación do tratamento terapéutico en AVD na enfermidade de Alzheimer, observar a evolución do enfermo, establecer o pronóstico do paciente durante o curso da enfermidade, valorar os resultados dos tratamentos, clasificar o paciente segundo a súa capacidade funcional global ou por áreas e realizar investigación.
Escala de observación para a avaliación de residentes (Honigfeld e Klett, 1965; Montorio, 1990)	Instrumento multidimensional para avaliar o funcionamento persoal en anciáns. Valora competencia e interese social, coidado persoal, irritabilidade, psicose e retardo. Cada elemento describe unha conduta que debe ser observada no suxeito, preferiblemente, por dous avaliadores distintos, durante tres días consecutivos. Foi adaptada no noso país.
Interview for Deterioration in Daily Life in Dementia (IDDD) (Teunise, Derix e Crevel, 1991; Bohm, Pena-Casanova, Aguilar, Hernández, Sol, Blesa et al., 1998)	Escala multidimensional para a avaliación do coidado persoal e as actividades complexas en persoas con demencia. Valora a gravidade da demencia a través da información achegada polo cuidador. Distingue a iniciativa para levar a cabo a acción do feito de realizala. Está formada por 33 ítemes que poden puntuarse de cinco formas distintas. Foi validada no noso país.
Sandoz Clinical Assessment Geriatric (SCAG) (Shader, Harmatz e Salzman, 1974, 1988)	Escala multidimensional desenvolvida para valorar efectos farmacolóxicos en anciáns con demencia. Valora 18 áreas, a maioría condutuais e afectivas (4 cognitivas). Ten forma de entrevista semiestruturada.

## B. AVALIACIÓN DAS ÁREAS FUNCIONAL, COGNITIVA E SOCIAL

Táboa 9. (continuación). *Escalas de avaliación da capacidade funcional*

Nome, autor e ano	Finalidade e características
Brief Psicogeriatric Assessment Scale (BPAS) (Pattie e Guilleard, 1975; Fernández de Larrinoa, Domínguez, Sáez e Bulbena, 1996)	Escala multidimensional que avalía aspectos cognitivos, funcionais e de comportamento. Formada por 19 ítemes cada uns dos cales é puntuado nunha escala de frecuencias de tres graos. Valores máis altos indican maior autonomía. Existe adaptación española.
Functional Assessment Staging of Alzheimer's Disease (FAST) (Sclam e Reisberg, 1992)	Escala especialmente deseñada para examinar cambios funcionais en pacientes con Alzheimer ao longo do curso da enfermidade. Con axeitadas propiedades psicométricas, resulta útil no diagnóstico diferencial.

# 7.

## AVALIACIÓN DO ESTADO COGNITIVO

### 7.1

#### ESCALAS DE DETECCIÓN DO DETERIORO COGNITIVO

A alteración do estado cognitivo pode ser debida á discapacidade intelectual ou á presenza de deterioración cognitiva. A avaliación da capacidade intelectual obtense mediante a aplicación dun ou máis tests de intelixencia normalizados e administrados individualmente (APA, 2000). Pode falarse de discapacidade intelectual cando o coeficiente intelectual é igual ou inferior a 70.

A valoración da deterioración cognitiva ten como obxectivo identificar posibles déficits ou trastornos que poidan afectar á capacidade de autonomía do suxeito. Existen diferentes escalas (véxase táboa 7, ao final do apartado) que poden agruparse seguindo distintos criterios. Habitualmente diferéncianse dous grandes grupos de instrumentos: escalas de detección ou *screening* de deterioración cognitiva e escalas de graduación da deterioración cognitiva (Cruz, González e Alarcón, 2004; Deus e Deví, 2003).

As principais escalas de *screening* cognitivo inclúen:

- O *Mini Mental State Examination (MMSE)* (Folstein, Folstein e McHugh, 1975).
- O *Mini Examen Cognoscitivo (MEC)* (Lobo e Ezquerro, 1979).
- O *Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ)* (Pfeiffer, 1975).
- O *Test do Debuxo do Reloxo (TDR)* (Goodglas e Kaplan, 1974; Shulman, Sheolitsky e Silver, 1986).

O *Mini Mental State Examination (MMSE)* é, probablemente, o test de *screening* de demencia máis utilizado actualmente, tanto a nivel clínico (Deus, 2006), como en estudos epidemiolóxicos (Rosselli, Ardila, Pradilla, Trastogueiro, Baptista, Rei et al., 2000; Zhang, Katzman e Salmon, 1991) e de investigación (Rodríguez Rodríguez, Xuncos e Facal, 2008).

Está formado por 30 ítemes que avalían orientación (espacial e temporal), memoria inmediata, atención e cálculo, recordo, linguaxe e praxe construtiva. A puntuación máxima, de 30 puntos, indica a correcta realización de todos os subapartados. O punto de corte utilizado máis habitualmente para o establecemento da deterioración cognitiva é unha puntuación menor ou igual a 23 (Folstein, Folstein, McHugh e Fanjiang, 2001). A pesar de non ser un instrumento deseñado orixinalmente para a graduación da severidade da deterioración, Folstein et al. (2001) propuxeron os seguintes niveis:  $\geq 27$  = funcionamento cognitivo normal; 21-26 = deterioro cognitivo leve; 11-20 = deterioro cognitivo moderado  $e \leq 10$  = deterioro cognitivo severo.

A pesar das súas boas propiedades psicométricas, utilidade e ampla difusión, poden sinalarse algunhas limitacións. Entre elas: a) a súa influencia polo nivel de escolaridade, b) a súa baixa sensibilidade nalgúns apartados, o que implica que algúns casos con deterioración cognitiva non son detectadas (Galasco, Klauber e Hofstetter, 1990), c) o seu pouco énfase na avaliación da memoria, a pesar de ser un aspecto clave nas demencias (Kokmen, Smith e Peterson, 1991), e d) que non existe unha normativa clara respecto ao seu modo de administración (Giménez-Roldán, Xovenço, Navarro, Dobato e Giménez-Zuccarelli, 1997) nin unha definición clara do punto de corte máis axeitado (López, Chárter, Mostafavi, Nibut e Smith, 2005).

O *Mini Examen Cognoscitivo (MEC)* constitúe a primeira adaptación e validación española do MMSE. Dende 1993, é a escala recomendada por Xeriatria e Xerontoloxía (SEGG) como

## B. AVALIACIÓN DAS ÁREAS FUNCIONAL, COGNITIVA E SOCIAL

instrumento de detección da deterioración cognitiva en Atención primaria (Grupo de Estudo de Demencias da SEEG, 1993).

Está formado por 35 ítemes que exploran orientación (temporal e espacial), atención e cálculo, memoria verbal (inmediata e a curto prazo), memoria verbal de traballo, razoamento verbal abstracto, linguaxe e praxe construtiva. O punto de corte para o establecemento da deterioración sitúase en 23/24 para pacientes xeriátricos e en 27/28 para non xeriátricos.

Aínda que o MEC é a adaptación do MMSE máis utilizada no noso contexto, algúns autores suxiren que o nivel de concordancia entre ambas as dúas probas é só moderado, o que non permite utilizalas indistintamente, polo menos no ámbito de Primaria e co punto de corte habitual fixado en 23/24 (Vinyoles, Vila, Argimon, Espiñas, Abos e Limón, 2002).

Os primeiros traballos de validación do MEC xa indicaban que goza de axeitadas garantías psicométricas (Lobo e Ezquerra, 1979, 1980). Posteriormente, foi sometido a revalidación e normalización con poboación xeriátrica onde se constatou que cumpre axeitadamente os criterios de fiabilidade (Caleiro, Navarro, Carballos e García-Berbén, 2000; Lobo, Salgueiro, Marcos, Día, De la Cámara, Ventura et al., 1999).

Entre as súas limitacións pode sinalarse que: a) está moi sobrecargado de aspectos lingüísticos, o que leva consigo un rendemento diferente en función do nivel cultural e educativo, que dá lugar a que, nalgúns casos, se atribúa deterioración cognitiva cando non o hai (O'Connor, Pollitt, Treasure, Brook e Reiss, 1989), e b) a execución nalgúns dos ítemes (escritura, lectura, debuxo) pode verse alterada en persoas maiores por problemas distintos ao déficit cognitivo (Carballos, Miralles, Sabartés, García-Palleiro e Cervera, 1996).

O *Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ)* está composto por 10 ítemes que avalían orientación, memoria e cálculo. Asígnase un punto a cada erro, sendo así a puntuación de 10 indicativa do maior grao de deterioración. Pfeiffer, a partir do seu traballo orixinal, estableceu catro niveis de funcionamento: sen, dubidosa ou cognitiva leve, moderada e severa.

A pesar da súa brevidade é un instrumento complexo e que entraña unha dificultade considerable para o paciente, pois é moi esixente á hora de puntuar unha resposta como válida.

Psicometricamente, demostrou unha boa correlación con outros instrumentos de avaliación cognitiva (Fillembaum, 1980; Fillembaum, Landerman e Simonsick, 1998; González Montalvo, Rodríguez, e Ruipérez, 1992; Martínez, Donas, Onís, Aguado, Albert e Luque, 2001; Roccaforte, Burke, Bayer e Wengel, 1994).

A principal obxección á súa utilización é que se constatou un funcionamento diferencial nalgúns dos seus ítemes en función de variables como o sexo, a idade ou o nivel educativo (Stump, 2005).

O *Test do Debuxo do Reloxo (TDR)* (Goodglass e Kaplan, 1974) foi deseñado inicialmente para a avaliación das funcións visoperceptivas e visoconstrutivas. O TDR consiste en pedir ao suxeito que debuxe (versión á orde) ou copie (versión á copia), a esfera dun reloxo nunha folla en branco colocando todos os números e coas agullas sinalando as once e dez.

Non existe consenso sobre o sistema de puntuación máis axeitado pero, en xeral, obtense unha puntuación global que oscila entre cero (máximo deterioro) e 10 (estado cognitivo intacto) tras a suma das puntuacións parciais obtidas respecto á exactitude con que se debuxan a esfera, os números e as agullas do reloxo.

O TDR correlaciona moi ben con outros tests de screening como o MMSE (Juby, 1999; Schramm, Berger, Müller, Kratzsch, Peters e Frölich, 2002), a Escala de Demencia de Blessed (Brodsky e Moore, 1997) ou o Short Performance Test (Schramm et al., 2002) e moderadamente ben con outros como o SPMSQ (Gruber, Varner, Chen e Lesser, 1997).

O TDR permite discriminar entre suxeitos sen deterioración cognitiva e pacientes que se encontran nun estado incipiente de demencia (Cacho, García-García, Arcaya, Vicente e Lantada, 1999; Powlishta, Von Dras, Stanford, Carr, Miller e Morris, 2002; Yamamoto, Mogi, Umegaki, Suzuki, Ando, Shimokata et al., 2004) e demostrou a súa utilidade como proba de avaliación inicial en mostras comunitarias, onde pode axudar á detección temperá de demencia en persoas maiores que empezan a experimentar cambios cognitivos (Esther, Hagen, Sandilands e Smith, 2004).

As propiedades psicométricas do TDR son adecuadas. Presenta a vantaxe sobre outras escalas de *screening* de que resulta menos intrusivo ou intimidatorio para os suxeitos, o que leva consigo unha mellor aceptación pola súa banda. Ademais, a influencia de variables como o nivel educativo ou a idade tamén é menor. Entre os seus inconvenientes destacan: a) a falta de criterios estandarizados para a súa aplicación e puntuación, e b) a limitada validez das súas versións para identificar o deterioro cognitivo moi leve.

## 7.2 ESCALAS DE GRADUACIÓN DA DETERIORACIÓN COGNITIVA

Entre as principais escalas de graduación de deterioración cognitiva encóntranse a *Mattis Dementia Rating Scale (MDRS)* (Mattis, 1973, 1976), a *Escala de incapacidade mental da Cruz Vermella* (Guillén e García, 1972) e a Escala de deterioro global (*Global Deterioration Scale*) (*GDS*) (Reisberg, Ferris, De León e Crook, 1982). Sendo esta última a máis utilizada.

A *Global Deterioration Scale (GDS)* foi desenvolvida para avaliar a demencia dexenerativa e os seus estadios de deterioración e, actualmente, é considerada unha das escalas máis completas e simples para a estimación da severidade da demencia. Establece sete niveis de gravidade -dende o GDS-1, equivalente a un funcionamento cognitivo normal, ata o GDS-7, indicador de deterioro moi grave- a partir de información que se solicita a través dunha entrevista ao paciente e/ou cuidador.

Algúns autores criticaron a GDS por considerar que a deterioración funcional e a psicopatoloxía aparecen en estados anteriores do desenvolvemento da demencia do que a escala predí (Eisdorfer, Cohen, Paveza e Ashford, 1992). Non obstante, os seus creadores seguen mantendo a súa utilidade para describir a demencia tipo alzhéimer (Reisberg, Ferris e Sclan, 1993).

A súa fiabilidade interobservador é aceptable, pero recibiu algunhas críticas en relación á validez, xa que o deseño e procedemento para asignar os suxeitos a cada un dos estadios se basea nunha fórmula teórica, non na práctica clínica, onde é amplamente utilizada (Vermello, Díaz e Porta-Etesam, 2001). Demostrou fiabilidade e validez para o seguimento evolutivo da enfermidade de Alzhéimer e ten un bo valor prognóstico.

## B. AVALIACIÓN DAS ÁREAS FUNCIONAL, COGNITIVA E SOCIAL

Táboa 10. Escalas de detección e graduación da deterioración cognitiva

Nome, autor e ano	Finalidade e características
Mini Mental State Examination (MMSE) (Folstein, Folstein e McHugh, 1975)	Test de <i>screening</i> formado por 30 ítems. Avalía orientación, memoria inmediata, atención, cálculo, recordo, linguaxe e praxe construtiva. Posúe boas propiedades psicométricas e, a pesar de non ser deseñado para a graduación da demencia, establecéronse distintos niveis de deterioración en función da puntuación obtida.
Mini Examen Cognoscitivo (MEC) (Lobo e Ezquerro, 1979)	Primeira adaptación do MMSE no noso país aínda que a súa correspondencia non é absoluta. Recomendada pola SEGG para a detección da deterioración cognitiva. Formado por 35 ítems, aínda que existe unha versión de 30. O punto de corte é 23/24. Ten boas propiedades psicométricas. A influencia do nivel cultural é importante podendo botar falsos positivos no caso de persoas con baixo nivel de instrución.
Mental Status Questionnaire (MSQ) (Kahn, Goldfarb, Pollack e Peck, 1960)	Está formado por 10 ítems que valoran orientación e memoria. Súmase un punto por cada erro, de modo que a maior puntuación, maior deterioración. O punto de corte para establecer a presenza de deterioración adoita establecerse en sete erros.
Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ) (Pfeiffer, 1975; Martínez, Donas, Onís, Aguado, Albert e Luque, 2001)	Inspirado no MSQ, está composto por 10 ítems que valoran orientación, memoria e cálculo. Puntúase igual que o seu predecesor. É un instrumento breve pero complexo xa que é moi esixente á hora de puntuar unha resposta como válida. Boa correlación con outros instrumentos de avaliación cognitiva. Foi validado en España.
Test do Debuxo do Reloxo (TDR) (Goodglass e Kaplan, 1974)	Test de <i>screening</i> cognitivo inicialmente deseñado para a valoración das funcións visoperceptivas e visoconstrutivas. Consiste en pedir ao suxeito que debuxe un reloxo. Non existe consenso sobre o sistema de puntuación, pero permite discriminar entre a normalidade e os estadios iniciais da demencia.
Short Orientation-Memory-Concentration Test (Katzman, Brown, Fuld, Peck, Schechter e Schimmel, 1983)	Formado por seis ítems, valora orientación, memoria e cálculo. Foi desenvolvido a partir dun instrumento máis amplo. Pode ser administrado por persoal sen unha formación médica e permite discriminar a deterioración leve, moderada e grave.
Test do Informador (Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly, IQCODE) (Jorm e Jacomb, 1989; Morais, González, do Ser e Vermello, 1992)	O seu obxectivo é detectar deterioración cognitiva e contribuír ao diagnóstico de demencia. Aplícase a familiares ou achegados comparando o comportamento actual co de dez anos antes, en aspectos relacionados coa memoria e a intelixencia. Está validado no noso país e é relativamente independente do sexo e o nivel cultural do suxeito.
The Cambridge Mental Disorders of the Elderly Examination (CAMDEX) (Roth, Tym, Mountjoy, Hupper, Hendrix, Verna et al., 1986; Roth, Huppert, Tym e Mountjoy, 1988; Llinás, Vilalta, e López-Pousa, 1991)	Entrevista estruturada para a avaliación da demencia. Trátase dun instrumento multidimensional que permite: establecer o diagnóstico clínico dos principais tipos de demencia, realizar os diagnósticos diferenciais máis frecuentes, clasificar a demencia en función do seu grao de severidade e examinar a conduta e a adaptación á vida diaria. Está formada por oito seccións. Demostra posuír unha alta fiabilidade interxuíces e permite realizar un diagnóstico fino e rigoroso da demencia, mesmo en estados incipientes. Foi adaptada ao noso medio.

Táboa 10 (Continuación) *Escalas de detección e graduación da deterioración cognitiva*

Nome, autor e ano	Finalidade e características
Cambridge Cognitive Examination (CAMCOG) (Roth, et al., 1986; Roth et al., 1988; Llinás et al., 1991)	Test neuropsicolóxico deseñado para axudar a realizar o diagnóstico de demencia en estadios temperáns, a través da avaliación das áreas de funcionamento especificadas en criterios operativizados de diagnóstico da demencia como os do <i>Manual diagnóstico e estatístico dos trastornos mentais</i> de e Psicología ou de en fermidades da OMS. Forma parte da entrevista CAMDEX. Inclúe todos os ítemes do MMSE (aínda que non todos son tidos en conta para o cálculo da puntuación final) e o Abbreviated Mental Test (AMT) de Hodkinson (1972) derivado da Escala de Demencia de Blessed (que se recolle a continuación). A súa aplicación require, aproximadamente, 20 minutos e é necesario cingirse estritamente ás instrucións. Proporciona puntuacións para cada subescala e unha puntuación final cun máximo de 105 puntos.
Escala de demencia de Blessed (BDRS) (Blessed, Tomlinson e Roth, 1968; Pena-Casanova, Monllau, Böhm, Aguilar, Sol, Hernández et al., 2005)	Avalía o impacto da deterioración cognitiva na vida do suxeito a través da avaliación de tres áreas: actividades da vida diaria, hábitos, e personalidade e conduta. Está formada por 22 ítemes e a súa aplicación é rápida e sinxela. Foi validada no noso país.
Clifton Assessment Procedure for the Elderly (CAPE) (Pattie e Guilleard, 1979)	Ten dúas escalas: a Cognitive Assessment Scale (CAS) para estado cognitivo e a Behavior Rating Scale (BRS), que valora o comportamento. A aplicación require de 15 a 25 minutos por un avaliador adestrado. Formada por 18 ítemes que se puntúan de 0 a 2. Boa fiabilidade test-retest e interobservador.
Escala de deterioración global (Global Deterioration Scale, GDS) (Reisberg et al., 1982)	Considérase unha das escalas máis útiles para estimar a severidade da demencia. Establece sete niveis de gravidade e foi validada fronte a medidas psicométricas.
Mattis Dementia Rating Scale (Mattis, 1973, 1976)	Escala de graduación da demencia formada por 38 ítemes agrupados, inicialmente, en cinco factores. Proporciona puntuacións específicas para cada área co que se poden establecer as fortalezas e debilidades de cada paciente.
Escala de incapacidade mental da Cruz Vermella (Guillén e García, 1972)	Escala de graduación da deterioración cognitiva que establece seis niveis de incapacidade mental. É unha das escalas máis utilizadas para establecer o nivel da deterioración cognitiva en anciáns no contexto hospitalario. Propiedades psicométricas aceptables.
Alzhéimer 's Disease Scale (ADÍES) (Mohs, Rosen, e Davis, 1983; Maceira, Llorca, Ledesma, e López, 1994; Pena-Casanova, Aguilar, Santacruz, Bertran-Serra, Hernández, Sol et al., 1997; Pascual, Salgueiro, Larumbe, Martínez, Muruzábal, Morais et al., 1997)	Componse de dúas subescalas: unha cognitiva (COG) e outra non cognitiva (non COG) que valora síntomas afectivos, neuropsiquiátricos e comportamentais. A puntuación total oscila entre 0 e 120 puntos, correspondéndose as puntuacións máis altas con maior deterioro. A subescala COG está formada por 11 ítemes que valoran memoria, linguaxe, praxias e orientación. A súa aplicación require en torno a 30 minutos e representa o 60% da puntuación total. Ten boa fiabilidade interavaliadores e test-retest, e elevada consistencia interna. É sensible ao cambio sintomático e pode ser utilizada en ensaios clínicos con suficiente fiabilidade. É unha das escalas máis amplamente utilizadas nos estudos clínicos de novos tratamentos para o Alzhéimer. Existe validación española.

## B. AVALIACIÓN DAS ÁREAS FUNCIONAL, COGNITIVA E SOCIAL

Táboa 10 (Continuación) *Escalas de detección e graduación da deterioración cognitiva*

Nome, autor e ano	Finalidade e características
Confusion Assessment Method (CAM) (Inouye, Van Dyck, Alessi, Balkin, Siegal e Horwitz, 1990)	Proba para o recoñecemento do delirium. Ten dúas partes: a primeira é un <i>screening</i> xeral da deterioración cognitiva, a segunda inclúe só os catro trazos con maior capacidade para distinguir o delirium doutros tipos de deterioración cognitiva. Ten boas propiedades psicométricas e correlaciona ben co MMSE e cos criterios DSM de delirium. Administrase en menos de cinco minutos. Non permite establecer a severidade da condición, polo que é pouco útil para detectar mellora ou empeoramento clínico.
Clinical Dementia Rating (CDR) (Hughes, Berg, Danziger, Coben e Martin, 1982)	Entrevista semi-estruturada para a graduación clínica da demencia. Avalía: memoria, orientación, xuízo e resolución de problemas, vida social, vida doméstica e afeccións, e coidado persoal. Establece seis niveis de graduación dende a normalidade ata a deterioración grave. As súas propiedades psicométricas son adecuadas.



# 8.

## AVALIACIÓN DO APOIO SOCIAL

O obxectivo da avaliación social é identificar situacións de risco que poidan condicionar a calidade de vida das persoas e establecer a necesidade de utilización dos recursos sociais. Trátase dun concepto amplo e multidimensional que engloba aspectos, en ocasións, difíciles de operativizar e medir. Non se dispón, na actualidade, de instrumentos globais baremados que abrangan todas as áreas do funcionamento social dende unha perspectiva integral. Tan só existen escalas que avalían áreas concretas (véxase táboa 8, ao final do apartado). A isto hai que engadir que estes instrumentos non sempre son de doado uso nin ofrecen axeitadas garantías psicométricas. De feito, a nivel psicométrico ningún destaca sobre os demais e poucos teñen unha aceptación xeral. Pola contra, o seu uso circunscríbese, na maioría dos casos, ao equipo que o creou ou aos profesionais aos que lles resulta máis cómodo ou práctico.

Aínda que non existe homoxeneidade en canto aos apartados obxecto da avaliación social, adoitan incluírse as *actividades*, as *relacións*, os *recursos* e o *soporte ou apoio* (Salgado, González e Alarcón, 1996).

A avaliación das **Actividades sociais** inclúe aspectos relacionados coa actividade profesional (previa ou actual), os gustos e afeccións, as saídas, as actividades recentes, os plans futuros e as actividades cuxa realización fose abandonada a consecuencia de enfermidades ou problemas funcionais.

A avaliación das **Relacións sociais** permite identificar persoas que sofren illamento social. Os elementos máis importantes das relacións sociais inclúen o estado civil, o modo de convivencia, a relación con familiares, amigos e veciños, e a pertenza a grupos ou asociacións. Deben incluírse, ademais dos contactos directos, os realizados a través do teléfono, o correo postal e as novas tecnoloxías.

A avaliación dos **Recursos sociais** inclúe a valoración dos recursos de tipo económico, características do domicilio e o ámbito, e as axudas percibidas por parte de organismos públicos.

A avaliación do **Apoio ou soporte social** resulta especialmente relevante. Inclúe varios aspectos, entre os que cabe destacar o tipo de apoio, a rede social e a carga dos cuidadores.

- A avaliación do *tipo de apoio ou soporte social* céntrase, fundamentalmente, no apoio de tipo informal, tanto emocional como instrumental. A maioría dos instrumentos existentes son autoinformes polo que só nos informan do apoio percibido, que non sempre coincide co real.
- Dentro da *rede social* analízase o seu tamaño, a frecuencia dos contactos, a dispersión xeográfica, a estabilidade e a reciprocidade entre os membros que a compoñen.
- O concepto *carga do cuidador* refírese á tensión física, emocional, social e económica á que se ve sometida aquela persoa que se fai cargo, normalmente de xeito exclusivo, do cuidado dunha persoa dependente.

Como se sinalou anteriormente, tampouco existe unha escala global específica para avaliar o *Apoio/Soporte Social*. No noso contexto, un instrumento amplamente utilizado é o *Inventario de recursos sociais en anciáns* - tamén denominado Escala de avaliación de apoio

## B. AVALIACIÓN DAS ÁREAS FUNCIONAL, COGNITIVA E SOCIAL

e contactos sociais- (Díaz Veiga, 1985) que analiza a rede social e o tipo de apoio. Está dividido en catro seccións correspondentes á parella, os fillos, os familiares e os amigos, e explora tanto aspectos estruturais (tamaño, frecuencia de contactos) como funcionais (apoyo emocional e instrumental) da rede social, ademais da satisfacción subxectiva das relacións.

A administración do inventario é sinxela posto que se realiza a través dun formato de entrevista estruturada. Segundo o traballo orixinal da autora, obtéñense as seguintes puntuacións:

- a) Puntuacións para características obxectivas: unha puntuación referida ao número de áreas de interacción (de 1 a 4), unha puntuación relativa ás fontes de apoio emocional (de 1 a 4), e outra relativa ás fontes de apoio instrumental (de 1 a 4), e unha puntuación correspondente á frecuencia da interacción con cada unha das áreas avaliadas.
- b) Puntuacións para características subxectivas: unha puntuación referida ao grao de satisfacción (de 1 a 3) para cada unha das áreas de interacción. Non obstante, outros autores fixeron as súas propias propostas sobre como puntuar as respostas á escala. Así, Montorio (1994) formula a suma das puntuacións dos tres elementos de tipo cuantitativo, cuxos valores oscilarían entre 0 e 12, e outro subxectivo con valores entre 0 e 3.

Aínda que a escala foi deseñada especificamente para persoas maiores, utilizouse tamén con suxeitos de menos de 65 anos, tanto na súa versión orixinal como modificada (Aranda, Pando, Aldrete, Salazar e Torres, 2004; Barrón e Chacón, 1992). A pesar de que os escasos traballos realizados para estudar as súas propiedades psicométricas indican que estas non son óptimas (Díaz Veiga, 1985, Montorio, 1990), tivo boa aceptación e foi utilizada en traballos fóra do ámbito español (Aranda e Pando, 2000).

Na Comunidade Autónoma de Galicia a información sobre as áreas anteriormente mencionadas recóllese e envócase no denominado Informe social unificado, publicado pola Consellería de Traballo e Benestar (Orde do 1 de abril de 2013, pola que se aproba o modelo de informe social unificado para a área de dependencia, discapacidade e promoción da autonomía persoal). Este propónse como un instrumento normalizado para a recollida de información nos casos de dependencia, que busca proporcionar unha perspectiva integral das necesidades, potencialidades e características, tanto da persoa valorada como da súa rede de apoio social e institucional.

Táboa 11. Escalas de avaliación do apoio social

Nome, autor e ano	Finalidade e características
Análise de redes (Network Analysis Profile) (Cohen e Sokolowsky, 1979)	Instrumento deseñado para o seu uso no contexto residencial. Trátase dunha entrevista estruturada de longa duración que valora a rede social. Non se coñecen datos sobre a súa validez pero ten boa fiabilidade.
Inventario de recursos sociais en anciáns (Díaz Veiga, 1985)	Valora aspectos estruturais e funcionais da rede social. Divídese en catro seccións (parella, fillos, outros familiares e amigos/veciños). Permite obter, tamén, información sobre as relacións sociais (frecuencia e satisfacción). A pesar de que as súas propiedades psicométricas non son óptimas o seu uso é relativamente frecuente.
Lubben Social Network Scale (LSNS) (Lubben, 1988)	Valora o apoio social percibido procedente da familia e dos amigos. Realizáronse distintas revisións e variacións no número inicial de ítemes (10), para mellorar as súas propiedades psicométricas.
Cuestionario de apoio social (Social Support Questionnaire, SSQ) de Sarason (Sarason, Levine Basham e Sarason, 1983)	Avalía apoio social percibido (persoas dispoñibles e satisfacción). Ten boas propiedades psicométricas.
Cuestionario MOS de apoio social (Sherbourne e Stewart, 1991; Revila, Lúa, Bailón e Medina, 2005)	Cuestionario autoadministrado de apoio social percibido. Explora cinco dimensións do apoio (emocional, informativo, instrumental, interacción social e afecto/cariño). Formado por 20 ítemes que se puntúan de 1 a 5, en función da frecuencia con que está dispoñible cada tipo de apoio. Foi deseñado para o seu uso con enfermos crónicos, o que debe ser tido en conta á hora de aplicalo a outras po-boacións. Foi validado en España para o seu uso en Atención Primaria.
Entrevista de apoio social de Arizona (Arizona Social Support Interview Schedule, ASSIS) (Barreira, 1980)	Avalía tamaño da rede social, necesidade de apoio e satisfacción co apoio recibido. Diferenza entre apoio recibido e apoio percibido en relación a seis dimensións do apoio: afectivo, material, consello, reforzo positivo, asistencia física e participación social. Adminístrase en forma de entrevista semi-estruturada
Inventario de condutas sociais de apoio (Inventory of Socially Supportive Behaviours, ISSB) (Barreira e Ainlay, 1983)	Instrumento composto por 40 ítemes que valora o apoio social percibido (emocional, instrumental, informativo e social) aínda que sen especificar a fonte da que procede.
Apoio social percibido da familia e amigos (Perceived Social Support from Family and Friends, PSSFA-FR) (Procidiano e Heller, 1983)	Avalía o apoio dispoñible e recibido procedente de dúas fontes: familia e amigos. Componse de dúas escalas (unha para cada fonte) de 22 ítemes cada unha.
Entrevista de interacción social (Interview Schedule for Social Interaction, ISSI) (Henderson, Duncan-Jones, Byrne e Scott, 1980)	Entrevista con 52 preguntas relativas á dispoñibilidade e adecuación das persoas en roles específicos sobre distintos tipos de apoio.
Escala de sobrecarga do cuidador de Zarit (Zarit, Reever, Bach-Peterson, 1980; Martín, Salvadó, Nadal, Miji, Rico, Lanz et al., 1996)	Mide a sobrecarga subxectiva de cuidadores de persoas maiores con trastornos mentais e é, probablemente, o instrumento máis utilizado para a avaliación da carga familiar que supón o cuidado de persoas con alzhéimer. O suxeito debe sinalar a frecuencia coa que se experimenta cada un dos 22 ítemes que a conforman, de acordo cunha escala que oscila entre 1 (nunca) e 5 (case sempre). Os puntos de corte recomendados son: <46 = ausencia de sobrecarga, 47-55 = sobrecarga leve e >56 = sobrecarga intensa. Goza de boas propiedades psicométricas e foi adaptada no noso país.

## B. AVALIACIÓN DAS ÁREAS FUNCIONAL, COGNITIVA E SOCIAL

**Táboa 11 (Continuación) Escalas de avaliación do apoio social**

Nome, autor e ano	Finalidade e características
Subescala OARS de recursos sociais (Duke University Center for the Study of Aging and Human Development, 1978)	Avalía os recursos sociais no ancián que clasifica en seis posibles categorías, dende excelentes a totalmente deteriorados.
Escala de valoración social de Gijón (Díaz-Palacios, Domínguez e Toyos, 1993)	Escala multidimensional de valoración da situación sociofamiliar no ancián para a detección de risco social. Avalía situación familiar, situación económica, vivenda, relacións sociais e apoio das redes sociais. Está formada por 25 ítemes. Establece tres niveis: situación social boa ou aceptable (5 a 9 puntos), risco social (10-14) e problema social (>15). Os estudos sobre as súas propiedades psicométricas son escasos, pero sábese que a fiabilidade interobservador é moi elevada mentres que mostra moi pouca consistencia interna.
Cuestionario DUKE-UNC (Broadhead, Gehlbach, Gruy e Kaplan, 1988; Revila, Bailón, de Deus, Delgado, Prados e Fleitas, 1991; Bellón, Delgado, Lúa e Lardelli, 1996)	Escala autoadministrada que avalía dúas dimensións do apoio social percibido (confidencial e afectivo) nos cuidadores. Está formada por 33 ítemes que se puntúan nunha escala Likert de 5 puntos. Puntuacións máis baixas indican menor apoio. Estudouse a súa validez de concepto e de constructo, e ten unha boa consistencia interna. Foi validada en España.
Escala social UC Chile (Marín, Valenzuela, Reis, Gubillos, Molina e Guidi, 1994)	Avalía a forza do apoio social instrumental (relación entre o potencial cuidador e o maior) e a dispoñibilidade deste (probable duración do apoio).
Cuestionario de valoración da saúde social (QVSS) (Casals, Llinàs, Fábregas, Hernández, Santaliestra, Bosch et al., 2005)	Instrumento multidimensional que solicita información sobre todas as áreas que son necesarias na práctica diaria dos traballadores sociais que realizan o seu labor en centros sociosanitarios (soporte informal, soporte formal, situación económica, vivenda, e integración familiar e social). Só se publicaron resultados preliminares sobre o QVSS e non dispoñemos de información sobre as súas propiedades psicométricas, pero a súa sinxeleza e a ampla gama de aspectos que cobre convérteno nun instrumento atractivo.
Escala global de valoración social das persoas maiores (VATAD) (Aretio e Sedano, 2003)	Instrumento multidimensional para identificar pacientes fráxiles ou xeriátricos dende o punto de vista social. Recolle información sobre: sexo, idade, nivel de estudos, estado civil, familia, relacións, axuda, previsións de futuro, economía, vivenda, ocio e tempo libre, malos tratos e outros. Actualmente o VATAD utilízase fundamentalmente para realizar a valoración social no programa de atención ao ancián do Servizo Rioxano de Saúde. Tamén forma parte da valoración social que se realiza ante a solicitude de admisión no servizo de estanzas diúrnas dun fogar de persoas maiores. O seu acrónimo responde ás iniciais dos nomes de pila dos traballadores sociais que o elaboraron.
Cuestionario de Barber (Barber, Wallis e McKeating, 1980)	Cuestionario para a detección de anciáns en situación de risco social. Formado por nove ítemes que valoran convivencia, apoio social, saúde, déficits sensoriais e hospitalización. Asignase un punto a cada resposta afirmativa. Un punto ou máis indican situación de risco.

### 9. SÍNTESE

Os instrumentos máis utilizados na avaliación da capacidade funcional son o Índice de Barthel e o Índice de Lawton. A maior parte das actividades consideradas nestas escalas están recollidas no Baremo de valoración da situación de dependencia (BVD) (Real decreto 174/2011, do 11 de febreiro de 2011) configurándose como un instrumento axeitado para a valoración de capacidade funcional e, polo tanto, da situación de dependencia. O BVD determina tres graos de dependencia a partir da puntuación final obtida de acordo á seguinte escala: Grao I (25-49 puntos: dependencia moderada), Grao II (50-74 puntos: dependencia severa) e Grao III (75-100 puntos: gran dependencia).

A detección da deterioración cognitiva pode realizarse a través de distintos instrumentos de cribado ou *screening*. Entre os máis utilizados e recomendados está o Mini-exame Cognoscitivo, que constitúe unha proba sinxela e de doada aplicación para identificar persoas con problemas cognitivos.

A avaliación do apoio social, malia constituír un elemento fundamental para determinar a necesidade e intensidade de recursos de apoio formais, non pode realizarse de forma sistemática e obxectiva debido á falta de instrumentos axeitados para tal fin. A maioría das escalas publicadas para a avaliación do apoio social foron elaboradas fóra do noso contexto, descoñécense as súas propiedades psicométricas ou estas non son adecuadas, non recollen todas as áreas susceptibles de avaliación nin consideran a interacción entre estas. Por todo iso, faise necesario a construción dun instrumento que supere limitacións como as expostas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Applegate, W. B. (1987). Use of assesment instruments in clinical setings. *Journal of the American Geriatric Society*, 35, 45-50.
- Aranda, C., Pando, M., Aldrete, M. G., Salazar, J. G. e Torres, T. M. (2004). Síndrome de Burnout e apoio social nos médicos familiares de base do Instituto Mexicano do Seguro Social (IMSS) Guadalajara, México. *Revista de Psiquiatría da Facultade de Medicina de Barcelona*, 31 (4), 142-150.
- Aretio, A. e Sedano, A. (2003). O VATAD: unha escala global de valoración social das persoas maiores. En M. Martín. (Ed.), *Traballo Social en Xerontoloxía* (pp. 156-173). Madrid: Síntese.
- Asberg, K. H. e Sonn, O.U. (1989). The cumulative structure of persoal and instrumental ADL. A study of elderly people in a health service distric. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*, 21 (4), 171-177.
- Barber, J. H., Wallis, J. B., e McKeating, E. (1980). A postal screening questionnaire in preventive geriatric care. *The Journal of the Royal College of Xeneral Practitioners*, 30 (210), 49-51.
- Barreira, M. (1980). A method for the assessment of social support networks in community survey research. *Connections*, 3, 8-13.
- Barreira, M. e Ainlay, S.L. (1983). The structure of social support: A conceptual and empirical analysis. *Journal of Community Psychology*, 11 (2), 133-143.
- Barrón, A. e Chacón, F. (1992). Apoio social percibido: O seu efecto protector fronte aos acontecementos vitais estresantes. *Revista de Psicoloxía Social*, 7 (1), 53-59.
- Baztán, J. J., González, J. L., e do Ser, T. (1994). Escalas de actividades da vida diaria. En T. do Ser e J. Pena-Casanova. *Avaliación neuropsicolóxica e funcional da demencia* (pp.137-144). Barcelona: Prous Editores.
- Baztán, J. J., Pérez, J., Alarcón, T., San Cristóbal, E., Izquierdo, G., e Manzarbeitia, J. (1993). Índice de Barthel: Instrumento válido para a valoración funcional de pacientes con enfermidade cerebrovascular. *Revista Española de Xeriatría e Xerontoloxía*, 28 (1), 32-40.
- Bellón, J. A., Delgado, A., Lúa, J. D., Lardelli, PÁX. (1996). Validez e fiabilidade do cuestionario de función familiar Apgar-familiar. *Atención Primaria*, 18 (6), 289-296.
- Bennett, M. e Ryall, N. (2000). Using the modified Barthel index to estimate survival in cancer patients in hospice: observational study. *British Medical Journal*, 321, 1381-1382.
- Vermello, F., Díaz, J., e Porta-Etessam. (2001). Alteración cognitiva e demencia. En F. Vermello, J. Díaz e J. Porta-Etesam (Eds.), *Cien escalas de interese en neuroloxía clínica* (pp.35-49 ). Barcelona: Prous Science.
- Blessed, G., Tomlinson, B. E., e Roth, M. (1968). The association between quantitative measures of dementia and of senile change in the cerebral grey matter of elderly subjects. *British Journal of Psychiatry*, 114, 797-811.
- Bohm, PÁX., Pena-Casanova, J., Aguilar, M., Hernández, G., Sol, J. M., Blesa, R., et al. (1998). Clinical validity and utility of the interview for deterioration of dayly living in dementia for Spanish-speaking communities. *International Psychogeriatrics*, 10 (3), 261-270.
- Branch, L. G., Katz, S., Knipmann, K., e Papsidero, J. A. (1984). A prospective study of functional status among community elders. *American Journal of Public Health*, 74 (3), 266-268.
- Broadhead, W. E., Gehlbach, S. H., Gruy, F. V., e Kaplan, B. H. (1988). The DUKE-UNC family functional social support questionnaire: Measurement of social support in family medicine patients. *Medical Care*, 26 (7), 709-723.

- Brodaty, H. e Moore, C. M. (1997). The clock drawing test for demencia of the Alzhéimer's type: a comparison of three scoring methods in a memory disorders clinic. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 12 (6), 619-627.
- Cacho, J., García-García, R., Arcaya, J., Vicente, J. L., e Lantada, N. (1999). Unha proposta de aplicación e puntuación do test do reloxo na enfermidade de Alzhéimer. *Revista de neuroloxía*, 28 (7), 648-655.
- Caleiro, M. D., Navarro, E., Carballos, PÁX., e García-Berbén, T. M. (2000). Estudo de validez do MEC de Lobo et al. para a detección do deterioro cognitivo asociado a demencias. *Neuroloxía*, 15, 337-342.
- Casals, A. A., Llinás, N., Fábregas, N., Hernández, M. A., Santaliestra, S., Bosch, J. L. C., et al. (2005). Construción dun cuestionario de valoración da saúde social dos usuarios no ámbito sociosanitario. *Revista Española de Xeriatría e Xerontoloxía*, 40 (4), 228-234.
- Cid-Ruzafa, J. e Damián-Moreno, J. (1997). Valoración da minusvalidez física: O Índice de Barthel. *Revista Española de Saúde Pública*, 71 (2), 127-137.
- Cohen, C. I. e Sokolovsky, J. (1979). Clinical use of network analysis for psychiatric and aged populations. *Community Mental Health Journal*, 15 (3), 203-213.
- Cruz, A. J. (1991). O Índice de Katz. *Revista Española de Xeriatría e Xerontoloxía*, 26 (5), 338-348.
- Cruz, A. J., González, J. I., e Alarcón, T. (2004). *Valoración da función cognitiva*. Barcelona: Prous Sciences, S.A.
- Deus, J. (2006). Estimulación cognitiva en demencias: eficacia ou placebo. *Informacións psiquiátricas*, 184, 119-151.
- Deus, J. e Deví, J. (2003) Avaliación cognitiva e funcional do envellecemento e da demencia. En T. Gutierrez, R.M. Raich, D. Sánchez e J. Deus (Coords.), *Instrumentos de Avaliación en Psicología da Saúde* (pp. 351-382). Madrid: Alianza Editorial.
- Deví, J. (1999). *Unha escala de valoración de actividades básicas, instrumentais e avanzadas para enfermos de Alzhéimer*. Tese doutoral non publicada. Universidade Autónoma de Barcelona, Barcelona.
- Deví, J. (2002). *A valoración funcional e a Escala AVD Alzhéimer*. Barcelona: Proust Science.
- Díaz Veiga, PÁX. (1985). *Redes sociais e comportamento afectivo en anciáns*. Memoria de licenciatura non publicada. Universidade Autónoma de Madrid, Madrid.
- Díaz-Pazos, M. E., Domínguez, O. e Toyos, G. (1993). Resultados da aplicación dunha escala de valoración sociofamiliar en atención primaria. *Traballo Social e Saúde*, 16, 137-156.
- Duke University Center for the Study of Aging and Human Development. (1978). *Multidimensional functional assessment: The OARS methodology*. Durham, N.C.: Duke University.
- Eisdorfer, C., Cohen, D., Paveza, G. J., e Ashford, J. W. (1992). An empirical evaluation of the Global Deterioration Scale for staging Alzhéimer ' s disease. *American Journal of Psychiatry*, 149 (2), 190-194.
- Esther, C. A., Hagen, B., Sandilands, M., e Smith, C. (2004). Assessing cognitive impairment in older people: the Watson clock drawing test. *British Journal of Community Nursing*, 9 (8), 350-355.
- Fernández de Larrinoa, PÁX., Domínguez, A. I., Sáez, A., e Bulbena, A. (1996). Adaptación das escalas BRS e BPAS para a avaliación da capacidade funcional en pacientes psicogerítricos. *Revista de Xerontoloxía*, 6 (4), 304-312.
- Fillebaum, G. G. (1980). Comparison of two brief tests of organic brain impairment: The MSQ and the Short Portable MSQ. *Journal of the American Geriatric Society*, 28 (8), 381-384.

## B. AVALIACIÓN DAS ÁREAS FUNCIONAL, COGNITIVA E SOCIAL

- Fillebaum, G. G., Landerman, L. R., e Simonsick, E. M. (1998). Equivalence of two screens of cognitive functioning: the SPMSQ e the OMC test. *Journal of the American Geriatric Society*, 46 (12), 1512-1518.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., e McHugh, PÁX. R. (1975). Mini-Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12 (3), 189-198.
- Galasco, D., Klauber, M. R., e Hofstetter, C. R. (1990). The Mini-mental State Examination in the early diagnosis of Alzheimer's disease. *Archives of Neurology*, 47 (1), 49-52.
- Giménez-Roldán, S., Xovenço, M. J., Navarro, E. Dobato, J. L., e Giménez-Zuccarelli, M. (1997). Exame do estado Mini-Mental: proposta dunha normativa para a súa aplicación. *Revista de Neuroloxía*, 25 (140), 576-583.
- González Montalvo, J. I., Rodríguez, L., e Ruipérez, I. (1992). Validación do Cuestionario de Pfeiffer e a Escala de Incapacidade Mental da Cruz Vermella na detección do deterioro mental nos pacientes externos dun servizo de Xeriatria. *Revista Española de Xeriatria e Xerontoloxía*, 27 (3), 129-133.
- González Rodríguez, R. (2012). *Fiabilidade do instrumento para valorar a situación de dependencia en persoas maiores de tres anos en España. Real Decreto 504/2007*. Tese Doutoral. Documento sen publicar. Santiago de Compostela: USC.
- Goodglass, H. e Kaplan, E. (1974). Supplementary language tests. En H. Goodglass e E. Kaplan. *The assessment of apraxia and related disorders*. Philadelphia: Lea & Febiger.
- Granger, C. V., Albrecht, G. L., e Hamilton, B. B. (1979). Outcome of comprehensive medial rehabilitation: measurement by PULSES Profile and Barthel Index. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 60 (4), 145-154.
- Gresham, G. E., Phillips, T. F., e Labi, M.L. (1980). ADL status in stroke: relative merits of three standard indexes. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 61 (8), 355-358.
- Gruber, N. PÁX., Varner, R. V., Chen, E., e Lesser, J. M. (1997). A comparison of the clock drawing test and the Pfeiffer Short Portable Mental Status Questionnaire in a geropsychiatry clinic. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 12 (5), 526-532.
- Grupo de Estudio de Demencias de la SEGG. (1993). *O médico de familia e a demencia: guía de actuación*. Madrid: Ergón, S.A.
- Guillén, F. e García, M. A. (1972). Axuda a domicilio. Aspectos médicos en xeriatria. *Revista Española de Xerontoloxía*, 7, 339-346.
- Gutiérrez, J., Galeano, R. e Solano, J. J. (1998). Avaliación das actividades instrumentais da vida diaria. Análise dalgunhas variables que inflúen na súa medición. *Revista de Xerontoloxía*, 8, 13-19.
- Hamilton, B. B., Granger, C. V., e Shervin, F. S. (1987). A uniform national data system for medical rehabilitation. En M. J. Further (Ed.), *Rehabilitation outcomes: analysis and measurements* (pp.137-147). Baltimore: Paul H. Brooks.
- Henderson, S., Duncan-Jones, P., Byrne, D. G., e Scott, R. (1980). Measuring social relationships. The Interview Schedule for Social Interaction. *Psychological Medicine*, 10 (4), 723-34.
- Honigfeld, G. e Klett, C. J. (1965). Nurses observation scale for inpatient evaluation: A new scale for measuring improvement in chronic schizophrenia. *Journal of Clinical Psychology*, 21, 65-71.
- Hughes, C. PÁX., Berg, L., Danziger, W. L., Coben, L. A., e Martin, R. L. (1982). A new clinical scale for the staging of dementia. *British Journal of Psychiatry*, 140 (6), 566-572.
- Inouye, S. K., Van Dyck, C. H., Alessi, C. A., Balkin, S., Siegal, A. PÁX., e Horwitz, R.I. (1990). Clarifying confusion: The confusion assessment method. A new method for detection of delirium. *Annals of Internal Medicine*, 113 (12), 941-948.



## B. AVALIACIÓN DAS ÁREAS FUNCIONAL, COGNITIVA E SOCIAL

- Jorm, A. F. e Jacomb, PÁX. A. (1989). The Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE): socio-demographic correlates, reliability, validity and some norms. *Psychological Medicine*, 19 (4), 1015-1022.
- Kahn, R. L., Goldfarb, A. I., Pollack, M., e Peck, A. (1960). Brief Objective Measures for the Determination of Mental Status in the Aged. *American Journal of Psychiatry*, 117 (4), 326-328.
- Kane, R. A. e Kane, R. (1993). *Avaliación das necesidades dos anciáns. Guía práctica sobre os instrumentos de medición*. Barcelona: SG Editores.
- Katz, S. (1983) Assessing the maintenance: activities of daily living, mobility, and instrumental activities of daily living. *Journal of the American Medical Association*, 31 (12), 721-727.
- Katz, S. e Akpom, C. A. (1976). A measure of primary sociobiological functions. *International Journal of Health Services*, 1976, 6 (3), 493-508.
- Katz, S., Ford, A. B., Moscovitz, R. W., Jackson, B. A., e Jaffe, M. W. (1963). Studies of illness in the aged: The index of ADL, a standardized measure of biological and psychosocial function. *Journal of the American Medical Association*, 185 (12), 914-919.
- Katzman, R., Brown, T., Fuld, PÁX., Peck, A., Schechter, R., e Schimmel, H. (1983). Validation of a short Orientation-Memory-Concentration test of cognitive impairment. *The American journal of psychiatry*, 140 (6), 734-739.
- Kokmen, E., Smith, G. E., e Peterson, R. C. (1991). The short test of mental states. Correlations with standardized psychometric testing. *Archives of Neurology*, 48 (7), 725-728.
- Kuriansky, J. B. e Gurland, B. (1976). Performance Test of Activities of daily living. *International Journal of Aging and Human Development*, 7 (4), 343-352.
- Lawton, M. PÁX. (1972). Assessing the competence of older people. En D. Kent, R. Kastenbaum e S. Sherwood (Eds.), *Research planning and action for the elderly* (122-143). Nova York: Behavioral Publications.
- Lawton, M. PÁX. e Brody, E. M. (1969). Assessment of older people self-maintenance and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, 9 (3-1), 179-186.
- Linn M. W. e Linn B. S. (1982). The Rapid Disability Scale-2. *Journal of the American Geriatric Society*, 30 (6), 378-82.
- Llinás, J., Vilalta, J., e López-Pousa, S. (1991). CAMDEX. *Adaptación e validación españolas*. Barcelona: Ancora.
- Lobo, A. e Ezquerra, J. (1979). O Mini-Examen Cognoscitivo: un test sinxelo, práctico, para detectar alteracións intelectivas en pacientes médicos. *Actas Luso-Españolas de Neuroloxía e Psiquiatría*, 7 (3), 189-202.
- Lobo, A., Salgueiro, PÁX., Marcos, G., Día, J. L., de ara, C., Ventura, T., et al. (1999). Revalidación e normalización do Mini-Examen Cognoscitivo (primeira versión en castelán do Mini-Mental Status Examination) en poboación xeriátrica. *Medicina Clínica*, 112 (20), 767-774.
- Loewen, S. C. e Anderson, B. A. (1988). Reliability of the Modified Motor Assessment scale and the Barthel Index. *Physical Therapy*, 68 (7), 1077-1081.
- López, M. N., Chárter, R. A., Mostafavi, B., Nibut, L., e Smith, W. E. (2005). Psychometric Properties of the Folstein Mini-Mental State Examination. *Assessment*, 12 (2), 137-144.
- Lubben, J. E. (1988). Assessing social networks among elderly populations. *Family and Community Health*, 11 (3), 42-52.
- Mahoney, F. I. e Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 61-65.

## B. AVALIACIÓN DAS ÁREAS FUNCIONAL, COGNITIVA E SOCIAL

- Maceira, J. M., Llorca, G., Ledesma, A., e López, J. J. (1994). Adaptación española da Alzheimer ' s Disease Assessment Scale (ADÍES). *Actas Luso-Españolas de Neuroloxía, Psiquiatría e Ciencias Afíns*, 22 (2), 64-70.
- Marín, PÁX. PÁX., Valenzuela, E., Reis, PÁX., Cubillos, A. M., Molina, O., e Guidi, D. (1994). Avaliación xeriátrica de adultos nun Hospital Universitario. *Revista Médica de Chile*, 122, 1362-1366.
- Martín, M., Salvadó, I., Nadal, S., Miji, L. C., Rico, J. M., Lanz, PÁX., et al. (1996). Adaptación para o noso medio da Escala de Sobrecarga do Coidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. *Revista de Xerontoloxía*, 6, 338-46.
- Martínez, J., Donas, R., Onís, M. C., Aguado, C., Albert, C., e Luque, R. (2001). Adaptación e validación ao castelán do cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar a existencia de deterioro cognitivo en persoas maiores de 65 anos. *Medicina Clínica*, 117(4), 129-34.
- Mattis, S. (1973). *Dementia Rating Scale profesional manual*. Odess, FL: Psychological Assessment Resources.
- Mattis, S. (1976). Mental status examination for organic mental syndrome in the elderly patient. En R. Bellack e T.B. Kerasu (Eds.) *Geriatric Psychiatry: a Handbook for Psychiatrists and Primary Care Physicians* (pp. 79-121). New York: Grune and Stratton.
- McGinnis, G. E., Seward, M. L., DeJong, G., e Scott, M. A. (1986). Program evaluation of physical medicine and rehabilitation departments using self-report Barthel. *Arquives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 67 (2), 123-125.
- Menéndez, M. e San José, A. (1995). *Valoración xeriátrica funcional: instrumentos de avaliación funcional e sistema de información para centros asistenciais*. Barcelona: SG Editores, SA.
- Mohs, R. C., Rosen, W. G., e Davis, K. L. (1983). The Alzheimer ' s Disease Assessment Scale: An instrument for assessing treatment efficacy. *Psychopharmacological Bulletin*, 19, 448-450.
- Montorio, I. (1990). *Avaliación psicolóxica na velez: instrumentación dende un enfoque multidimensional* (Tese Doutoral non publicada). Universidade Autónoma de Madrid, Madrid.
- Montorio, I. (1994). A persoa maior. *Guía aplicada de avaliación psicolóxica*. Madrid: INSERSO.
- Morais, J. M., González, J. I., do Ser, T., e Vermello, F. (1992). Estudo de validez do S-IQCODE: A versión española do Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly. *Arquivos de Neurobioloxía*, 55, 262-266.
- Moskowitz, E. (1985). PULSES Profile in retrospect. *Arquives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 66, 647-648.
- Moskowitz, E. e McCann, C. B. (1957). Classification of disability in the chronically ill and aging. *Journal of Chronic Disease*, 5 (3), 342-346
- O'Connor, D. W., Pollitt, PÁX. A., Treasure, F. PÁX., Brook, C. PÁX. B., e Reiss, B. B. (1989). The influence of education, social class and sex on Mini-Mental State scores. *Psychological Medicine*, 19(3), 771-776.
- Organización Mundial da Saúde. (2001). *Clasificación internacional do funcionamento, da discapacidade e da saúde: CIF*. Madrid: Instituto de Maiores e Servizos Sociais.
- Pascual, L. F., Salgueiro, PÁX., Larumbe, R., Martínez, PÁX., Muruzabal, J., Morais, F., et al. (1997). Estandarización nunha poboación española da escala ADÍES (Alzheimer ' s disease Assessment Scale). *Neuroloxía*, 12 (6), 238-244.
- Pattie, A. H. e Guilleard, C. J. (1975). A Brief Psychogeriatric Assessment Schedule Validation against Psychiatric Diagnosis and Discharge from Hospital. *British journal of Psychiatry*, 127 (5), 489-493.

- Pattie, A. H. e Gilleard, C. J. (1979). *Manual of the Clifton Assessment Procedures for the Elderly (CAPE)*. London: Horder and Stoughton.
- Pena-Casanova, J., Aguilar, M., Santacruz, PÁX., Bertran-Serra, I., Hernández, G., Sol, J.M., et al. (1997). Adaptación e normalización españolas da Alzheimer ' s Disease Assessment Scale (ADÍES) (NORMACODEM) (e II). *Neuroloxía*, 12 (2), 69-77.
- Pena-Casanova, J., Monllau, A., Böhm, PÁX., Aguilar, M., Sol, J.M., Hernández, G., et al. (2005). Valor diagnóstico e fiabilidade test-retest da Escala de demencia de Blessed (BDRS) para a enfermidade de Alzheimer: datos do proxecto NORMACODEM. *Neuroloxía*, 20 (7), 349-355.
- Pfeffer, R. I., Kurosaki, T. T., Harrah, C. H., Chance, M. A., e Fíos, S. (1982). Measurement of functional activities in older adults in the community. *Journal of Gerontology, Series A: Biological Sciences and Medical Sciences* 37 A (3), M323-M329.
- Pfeiffer, E. (1975). A short portable mental status questionnaire for the assesment of organic brain deficit in elderly patients. *Journal of the American Geriatric Society*, 23, 433-411.
- Powlishta, K. K., Von Dras, D. D., Stanford, A., Carr, D. B., Miller, J. PÁX., e Morris, J. C. (2002) The clock drawing test is a poor screen for very mild dementia. *Neurology*, 59 (6), 898-903.
- Procidiano, M. E., e Heller, K. (1983). Measures of perceived social support from friends and from family: Three validation studies. *American Journal of Conzmunty Psychology*, 1 (1), 1-24.
- Real Decreto 174/2011, do 11 de febreiro, polo que se aproba o baremo de valoración da situación de dependencia establecido pola Lei 39/2006, do 14 de decembro de Promoción da Autonomía Persoal e Atención ás persoas en situación de dependencia*. (2011, 18 febreiro). Recuperado de <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2011-3174>.
- Reisberg, B., Ferris, S. H., De Leon, M. J., e Crook, T. (1982). The global deterioration scale for assesment of primary degenerative dementia. *American Journal of Psychiatry*, 139 (9), 1136-1139.
- Reisberg, B., Ferris, S. H., e Sclan, S.G. (1993). Empirical evaluation of the Global Deterioratin Scale for staging Alzheimer disease: Comment. *American Journal of Psychiatry*, 150 (4), 680-681.
- Research Foundation State University of New Cork. (1991). *Guide for use of the Uniform data set for Rehabilitation*. New York: University of New York.
- Reuben, D. B. e Siu, A. L. (1990). An objective measure of physical function of elderly outpatients. The physical performance test. *Journal of the American Geriatric Society*, 38 (10), 1105-1112.
- Revila, L., Bailón, E., de Deus, J. D., Delgado, A., Prados, M. A., e Fleitas, L. (1991). Validación dunha escala de apoio social funcional para uso na consulta do médico de familia. *Atención Primaria*, 8 (9), 688-692.
- Revila, L., Lúa, J., Bailón, E., e Medina, I. (2005). Validación do cuestionario MOS de apoio social en Atención Primaria. *Medicina de Familia*, 6 (1), 10-18.
- Carballos, M. J., Miralles, R., Sabartés, O., García-Palleiro, PÁX., e Cervera, a.m (1996). Valoración rápida da función cognoscitiva: concordancia entre o mini-mental cognoscitivo de Lobo e o cuestionario mental de Kahn. *Revista Española de Xeriatría e Xerontoloxía*, 31 (5), 297-300.
- Roccaforte, W. H., Burke, W. J., Bayer, B. L., e Wengel, S. PÁX. (1994). Reliability and validity of the Short Portable Mental Status Questionnaire administered by telephone. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 7 (1), 33-38.
- Rodríguez Rodríguez, N., Xuncos, O. e Facal, D. (2008). Discriminación mediante marcadores cognitivos do deterioro cognitivo leve fronte a envellecemento normal. *Revista Española de Xeriatría e Xerontoloxía*, 43 (5), 291-298.
- Rosow, I. e Breslau, N. A. (1966). A Guttman health scale for the aged. *Journal of Gerontology, Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 21 A (4), 556-559.

## B. AVALIACIÓN DAS ÁREAS FUNCIONAL, COGNITIVA E SOCIAL

- Rosselli, D., Esquíó, A., Pradilla, G., Trasfogueiro, L., Baptista, L., Rei, O., et al. (2000). O exame mental abreviado (Mini-Mental State Examination) como proba de selección para o diagnóstico de demencia: estudo poboacional colombiano. *Revista de neuroloxía*, 30 (5), 428-423.
- Roth, M., Huppert, F. H., Tym, E., e Mountjoy, C. Q. (1988). *CAMDEX: The Cambridge Examination for Mental Disorders of the Elderly*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Roth, M., Tym, E., Mountjoy, C. Q., Huppert, F. A., Hendrix, H., Verma, M. S., et al. (1986). CAM-DEX: A standarised instrument for the diagnose of mental disorder in the elderly with special reference to the early detection of dementia. *British Journal of Psychiatry*, 149, 698-709.
- Roy, C. W., Togneri, J., Hay, E., e Pentland, B. (1988). An inter-rater reliability study of the Barthel Index. *International Journal of Rehabilitation Research*, 11 (1), 67-70.
- Salgado, A., González, J. I., e Alarcón, M. T. (1996). *Fundamentos prácticos da asistencia ao ancián*. Barcelona: Masson.
- Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R., e Sarason, B. (1983). Assessing social support: The Social Support Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44 (1), 127-139.
- Schoening, H. A., Anderegg, L., Bergstrom, D., Fonda, M., Steinke, N., e Ulrich, PÁX. (1965). Numerical scoring of self-care status of patients. *Arquives of Physian Medical and Rehabilitation*, 46, 689-697.
- Schramm, OU., Berger, G., Müller, R., Kratzsch, T., Peters, J., e Frölich, L. (2002). Psychometric properties of Clock Drawing Test and MMSE or Short Performance Test (SKT) in dementia screening in a memory clinic population. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17 (3), 254-260.
- Sclam, S. G. e Reisberg, B. (1992). Functional Assessment Staging (FAST) in Alzheimer ' s Disease: Reability, Validity, and Ordinariness. *Internationals Psychogeriatrics*, 4 (3), 55-69.
- Shader, R. I., Harmatz, J. S., e Salzman, C. (1974). A new scale for clinical assessment in geriatric populations: Sandoz Clinical Assessment-Geriatric (SCAG). *Journal of the American Geriatric Society*, 22 (3), 107-113.
- Shader, R. I., Harmatz, J. S., e Salzman, C. (1988). Sandoz Clinical Assessment-Geriatric. *Psychopharmacological Bulletin*, 24 (4), 765-769.
- Shah, S., Vanclay, F., e Cooper, B. (1989). Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. *Journal of Clinical Epidemiology*, 42 (8), 703-709.
- Sherbourne, C. D. e Stewart, A. L. (1991). The MOS Social Support Survey. *Social Science and Medicine*, 32 (6), 705-714.
- Sherwood, S. J., Morris, J, Mor, V., e Gutkin, C. (1977). *Compendium of measures for describing and assessing long term care populations*. Boston: Hebrew Rehabilitation Center for Aged.
- Shulman, K. I., Sheoletsy, R., e Silver, I. L. (1986). The challenge of estafe: clock drawing and cognitive function in the elderly. *Journal of the American Geriatric Society*, 1, 135-140.
- Siu, A. L., Reuben, D. B., e Hays, R. D. (1990). Hierarchical measures of physical function in ambulatory geriatrics. *Journal of the American Geriatric Society*, 38 (10), 1113-1119.
- Stump, T. E. (2005). Differential item functioning in the Short Portable Mental Status Questionnaire. *Research on Aging*, 27 (3), 355-384.
- Teunisse, S., Derix, M. M. e Crevel, H. (1991). Assessing the severity of dementia. Patient and caregiver. *Arquives of Neurology*, 48, 274-277.
- Vinyoles, E., Vila, J., Argimon, J. M., Espiñas, J., Abos, T., e Limón, E. (2002). Concordancia entre o MEC e o MMSE no cribado de déficit cognitivo. *Atención Primaria*, 30 (1), 5-15.

## B. AVALIACIÓN DAS ÁREAS FUNCIONAL, COGNITIVA E SOCIAL

Vittengl, J. R., White, C. N., McGovern, R. J., e Morton, B. J. (2006). Comparative validity of seven scoring systems for the Instrumental Activities of Daily Living scale in rural elders. *Aging and Mental Health*, 10 (1), 33-39.

Yamamoto, S., Mogi, N., Umegaki, H., Suzuki, E., Ando, F., Shimokata, H., et al. (2004). The clock drawing test ás a valid screening method for mild cognitive impairment. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 18 (2), 172-179.

Zarit, S. H., Reever, K. E., e Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of impaired elderly: correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*, 20 (6), 649-55.

Zhang, MY, Katzman, R. e Salmon, D. (1991).The prevalence of demencia and Alzheimer's disease in Shangai, China: impact of age, gender and education. *Annals of Neurology*, 27 (4), 428:437.

C.

# MODELO DE TOMA DE DECISIONS PARA A ASIGNACIÓN DE SERVIZOS

# 10.

## MODELO DE TOMA DE DECISIONS PARA A ASIGNACIÓN DE SERVICIOS

A asignación de servizos realízase partindo das tres variables propostas (apoio social, capacidade funcional e estado cognitivo) e tendo en conta a interrelación existente entre estas.

O apoio social valórase tendo en conta o apoio instrumental e o tamaño da rede, podendo establecerse, conforme á denominación utilizada no Informe social unificado, tres niveis:

### Apoio social axeitado

Cando a rede pode proporcionar apoio instrumental para cubrir as necesidades básicas da persoa dependente. Esta condición establece o mínimo esixible para considerar que o suxeito se encontra nunha situación aceptable a nivel social. O apoio formal actúa de forma suplementaria (alivio da carga do coidador) ao apoio informal.

### Apoio social insuficiente

Cando a rede non pode proporcionar todo o apoio instrumental, necesitando da complementariedade do apoio formal para cubrir as necesidades básicas da persoa dependente.

### Apoio social precario/inexistente

Cando a rede é claramente incapaz de proporcionar axuda instrumental, necesitando que o apoio formal actúe en substitución desta para satisfacer as necesidades básicas da persoa dependente.

A capacidade funcional clasifícase en función dos tres graos de dependencia que establece o BVD:

### Grao I. Dependencia moderada

Necesidade de axuda para realizar varias ABVD, polo menos unha vez ao día, ou necesidade de apoio intermitente ou limitado para a autonomía persoal.

### Grao II. Dependencia severa

Necesidade de axuda para realizar varias ABVD dous ou tres veces ao día, pero sen requirir apoio permanente por parte dun coidador ou ter necesidade de apoio extenso para a autonomía persoal.

### Grao III. Gran dependencia

Necesidade de axuda para realizar varias ABVD varias veces ao día, necesidade de apoio indispensable e continuo doutra persoa ou necesidade de apoio xeneralizado para a súa autonomía persoal.

O estado cognitivo, que engloba tanto a situación de discapacidade intelectual como de deteriora cognitiva, clasifícase, con fins operativos, en dous niveis:

### Alterado

Cando o CI é < a 70 e/ou a puntuación no MEC é ≤ a 23 puntos.

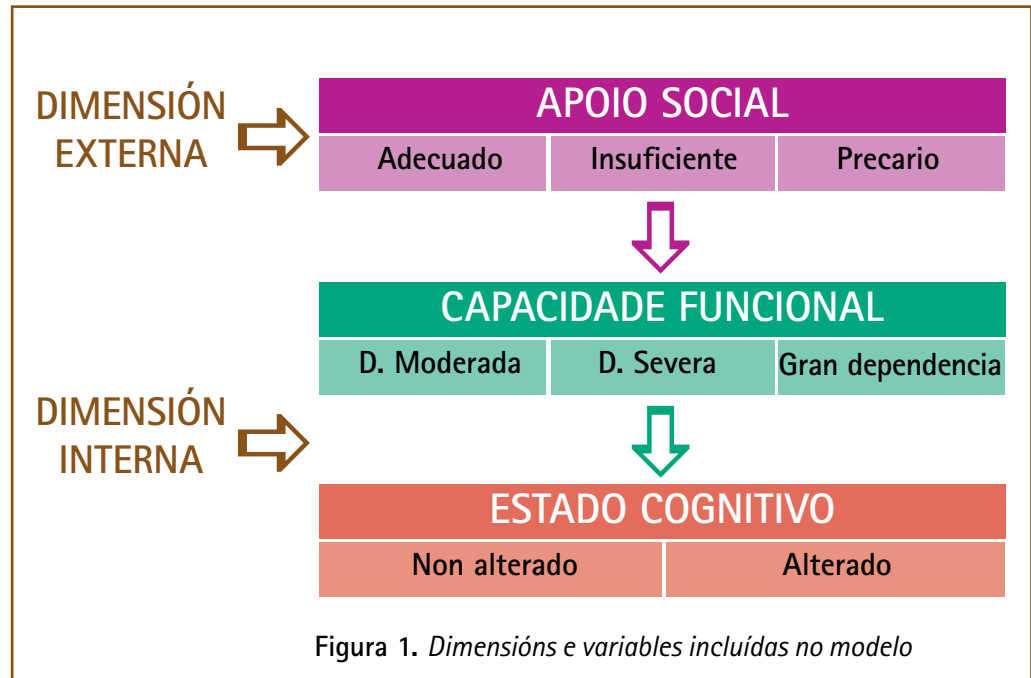
### Non alterado

Cando o CI é ≥ 70 e a puntuación no MEC é > de 23 puntos.

Apoio social, capacidade funcional e estado cognitivo, son variables que, no ámbito dos servizos sociais, xa son utilizadas para a asignación de servizos. Ademais de asumir estes factores, o modelo que se propón nesta guía ten en conta a interacción e combinación destes e estrutúraos xerarquicamente de forma sistemática.

## C. MODELO DE TOMA DE DECISIONS PARA A ASIGNACIÓN DE SERVICIOS

O modelo estrutúrase en función de dúas dimensións: a primeira delas recolle a variable externa ao suxeito (o apoio social) e a segunda inclúe as variables internas (a capacidade funcional e o estado cognitivo) (Véxase figura 1).



O proceso de toma de decisións realízase en dúas fases:

### FASE 1

O modelo parte da avaliación do apoio social xa que, independentemente do estado funcional e cognitivo da persoa, se a rede social ten capacidade para facer fronte ás necesidades básicas desta, se promove a permanencia da persoa no domicilio, proporcionando servizos non residenciais que realicen un labor suplementario ou complementario ao apoio informal. Polo tanto, o apoio social condiciona:

- O tipo de servizo (residencial ou comunitario).
- A intensidade dos servizos comunitarios.

Esta asignación realizarase tendo en conta a valoración efectuada polos profesionais do traballo social e recollida no Informe social unificado.

### FASE 2

O seguinte paso é a avaliación da capacidade funcional e do estado cognitivo. Para iso considéranse os datos obtidos a través do informe de condicións de saúde e os resultados derivados da aplicación do BVD.

- O informe de *condicións de saúde* recolle o/os principal/is diagnóstico/s referido/s a: demencias e enfermidades neurodexenerativas, limitacións sensoriais e afectación da capacidade perceptivo-cognitiva, patoloxía traumática, trastornos graves do comportamento, discapacidade intelectual, enfermidade mental, deteriora cognitiva e outras



## C. MODELO DE TOMA DE DECISIONS PARA A ASIGNACIÓN DE SERVICIOS

patoloxías (sistema nervioso, osteomusculares, aparato respiratorio, cardiovascular, xenéticas, infecciosas, neoplásicas, etc).

- O BVD informa sobre a capacidade funcional e sobre o estado cognitivo, a través dunha escala de toma de decisións que se aplica cando no informe de saúde se reflicte unha alteración no estado mental da persoa.

Para a toma de decisións debe ser tida en conta, ademais da información sobre a capacidade funcional e o estado cognitivo, a relación entre ambas as dúas variables, resultando así as seguintes condicións:

- Dependencia funcional e estado cognitivo non alterado.
- Dependencia funcional e estado cognitivo alterado.

A presenza dunha ou ambas as dúas situacións depende das características dos diferentes colectivos de persoas en situación de dependencia (alzhéimer, discapacidade física, parálise cerebral, DCA, discapacidade intelectual, TEA e enfermidade mental) (véxase táboa 12):

- Os enfermos de alzhéimer e as persoas con discapacidade intelectual presentan en todos os casos dependencia funcional e estado cognitivo alterado.
- As persoas que sofren parálise cerebral e DCA, poden encontrarse en calquera das dúas situacións (é dicir, dependencia funcional con ou sen alteración do estado cognitivo).
- Asíumese que na discapacidade física a situación de dependencia no BVD vén dada, exclusivamente, pola dependencia funcional (sen alteración no estado cognitivo).
- Nas persoas con TEA e enfermidades mentais o estado cognitivo pode estar conservado, se ben unha gran dependencia funcional, como consecuencia da gravidade destes trastornos, leva consigo unha alteración deste.

Táboa 12. Dependencia funcional e estado cognitivo (EC) en función dos distintos colectivos

	Alzhéimer	DF	PC	DCA	DEI	TEA	EM
Grao I EC. non alterado	-	X	X	X	-	X	X
Grao II EC. non alterado	-	X	X	X	-	X	X
Grao III EC. non alterado	-	X	X	X	-	-	-
Grao I EC. alterado	X	-	X	X	X	X	X
Grao II EC. alterado	X	-	X	X	X	X	X
Grao III EC. alterado	X	-	X	X	X	X	X

## C. MODELO DE TOMA DE DECISIONS PARA A ASIGNACIÓN DE SERVICIOS

As tres variables (apoio social, capacidade funcional e estado cognitivo), deben ser consideradas tendo en conta as características propias do momento evolutivo en que se encontra a persoa. Por esta razón, incluíuse a idade no proceso de toma de decisións.

Establecéronse, de acordo á Carteira, catro **grupos de idade**:

- 0 -6 anos: que abrangue a atención temperá.
- 7 -16 anos: que recolle as idades de desenvolvemento e o período de escolarización obrigatoria.
- 17 -59 anos: que engloba o inicio da preparación para a incorporación ao mercado laboral e o desenvolvemento da carreira profesional.
- > de 59 anos: que se corresponde coa adultez tardía.

O modelo céntrase na asignación do servizo ou servizos que se consideran ideais para atender as necesidades da persoa e que, polo tanto, debería constituír o de primeira elección. Non obstante, resulta necesario realizar algunhas consideracións. O modelo, que se presenta nas páxinas seguintes:

- Non pretende establecer unha asignación excluínte a servizos, de modo que podería sumarse o uso doutros servizos da Carteira non considerados no modelo (como o de teleasistencia e xeolocalización) ou a combinación de dous ou máis deles (como os servizos de atención diúrna ou nocturna e o SAD).
- Pode enviar un mesmo servizo a persoas con necesidades diferentes, considerando que a adecuación deste a estas pode establecerse a través da intensidade horaria e/ ou das prestacións específicas que nel se ofrezan.
- Prioriza a utilización dos servizos comunitarios, xa que permiten ás persoas en situación de dependencia seguir vivindo nos seus fogares.

11.

REPRESENTACIÓN  
GRÁFICA DO MODELO  
POR COLECTIVOS



# ALZHEIMER E OUTRAS DEMENCIAS

APOIO SOCIAL INSUFICIENTE

ESTADO COGNITIVO ALTERADO

GRAO I

PeP \*\*\*

ADT \*\*\*

AN \*\*\*\*

SAD\*\*\*\*

GRAO II

PeP \*\*\*

ADT \*\*\*

AN \*\*\*\*

ART \*\*\*\*

SAD\*\*\*\*

GRAO III

AD\*\*\*\*

AN\*\*\*\*

AR \*\*\*\*

SAD\*\*\*\*

\*\*\* 17-59 anos  
\*\*\*\* ≥ 60 anos

## ALZHEÍMER E OUTRAS DEMENCIAS

APOIO SOCIAL PRECARIO/INEXISTENTE

ESTADO COGNITIVO ALTERADO

GRAO I

PeP \*\*\*  
\*\*\*\*

ADT \*\*\*  
\*\*\*\*

AN \*\*\*  
\*\*\*\*

SAD \*\*\*  
\*\*\*\*

GRAO II

ART \*\*\*  
\*\*\*\*

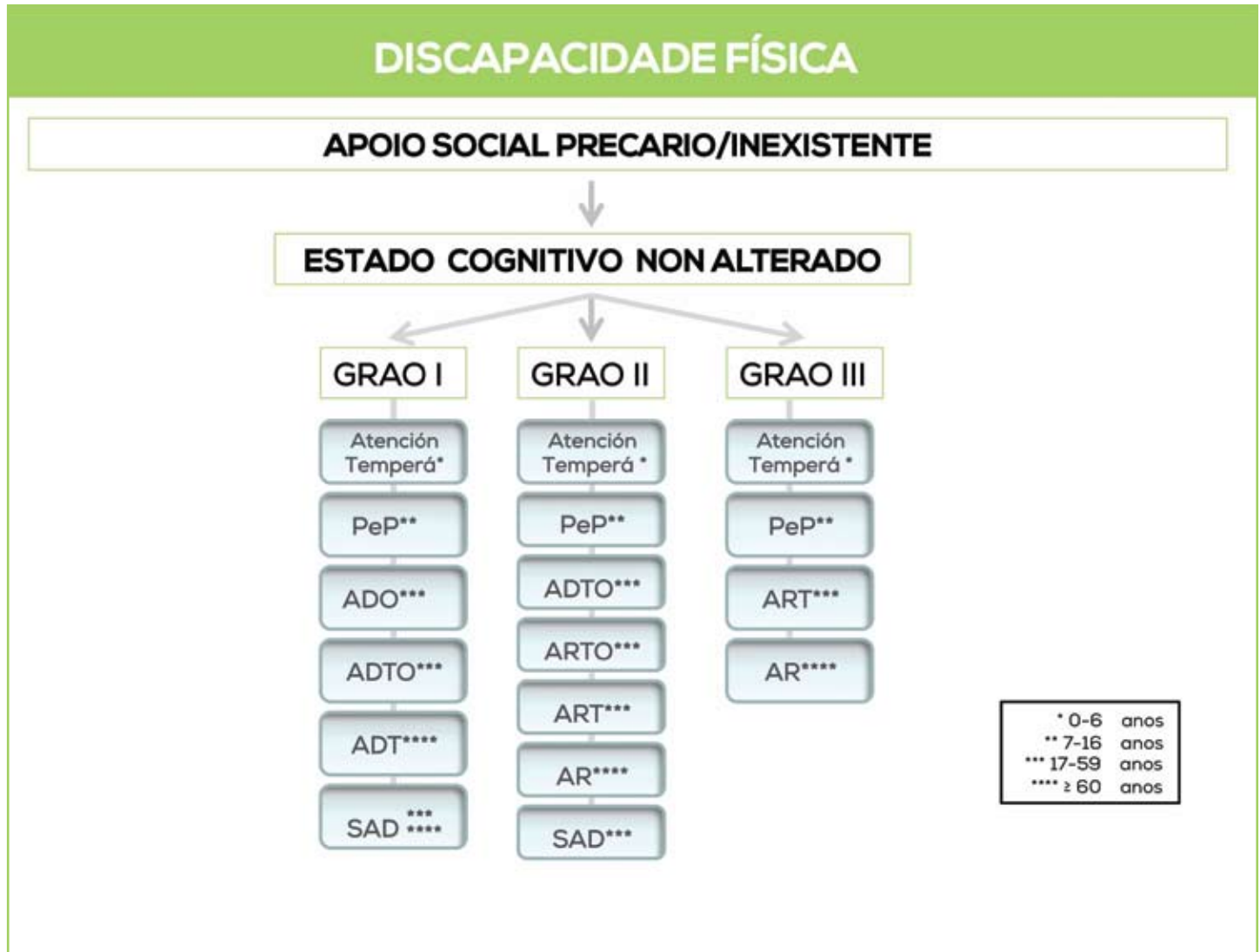
GRAO III

AR \*\*\*  
\*\*\*\*

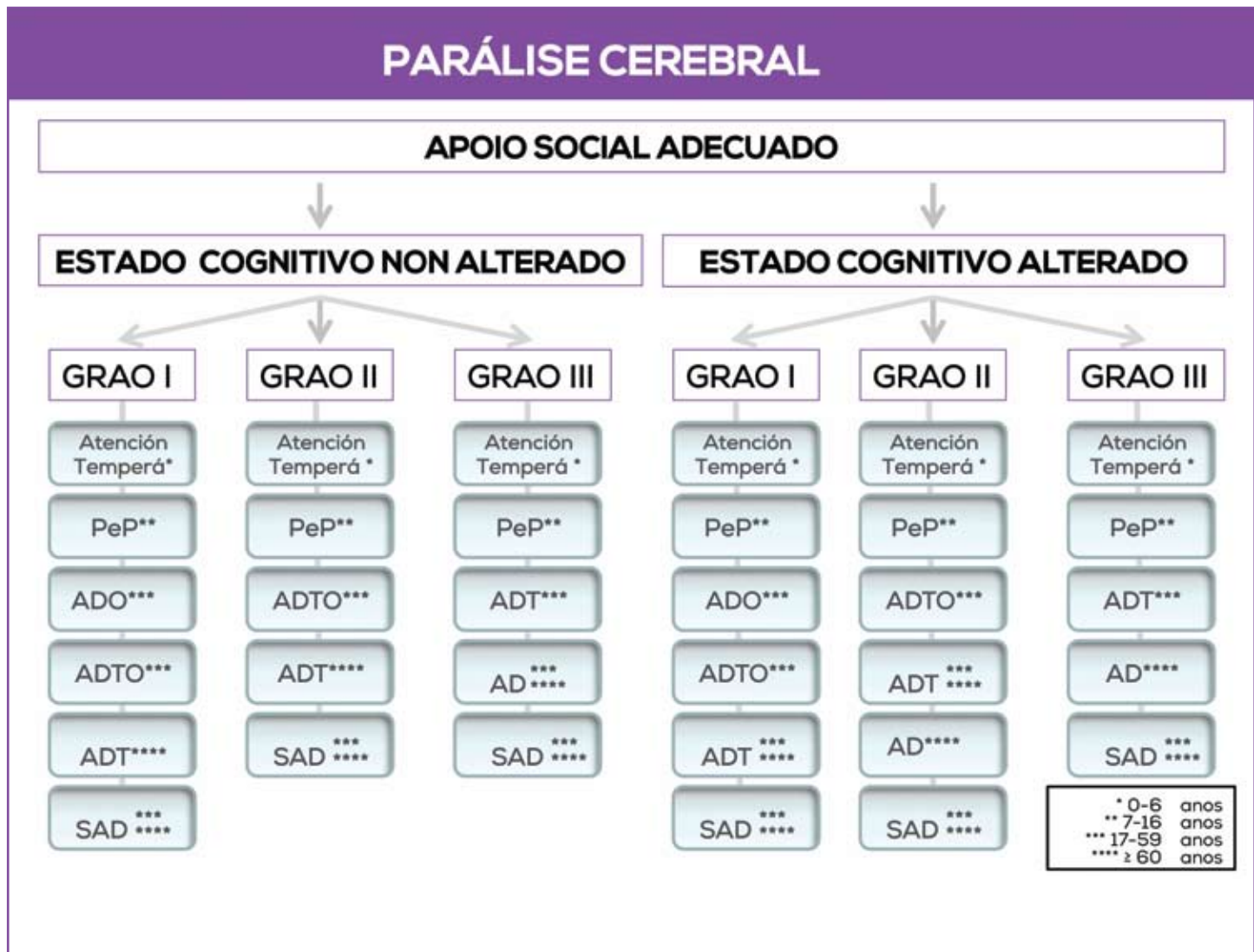
\*\*\* 17-59 anos  
\*\*\*\* ≥ 60 anos

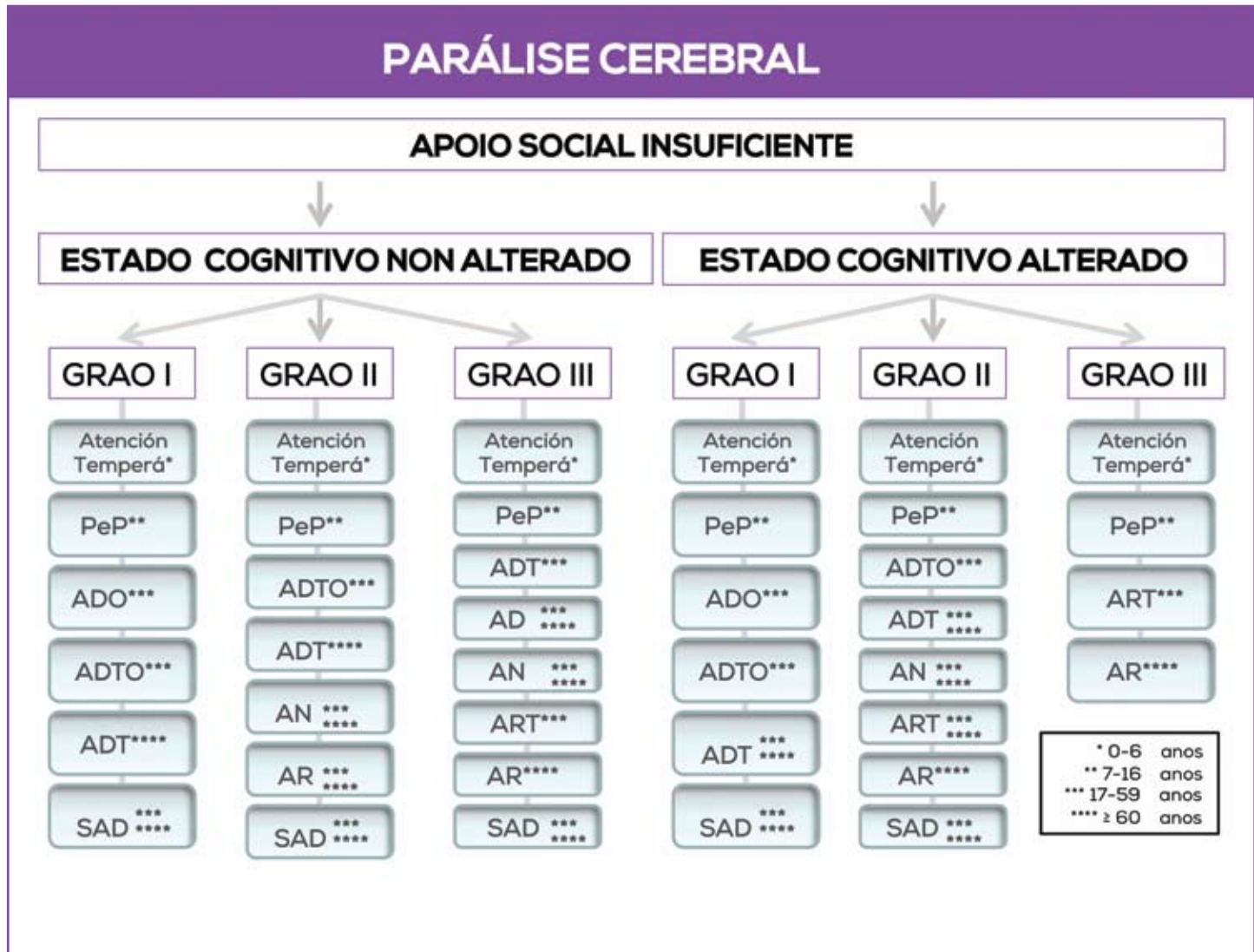


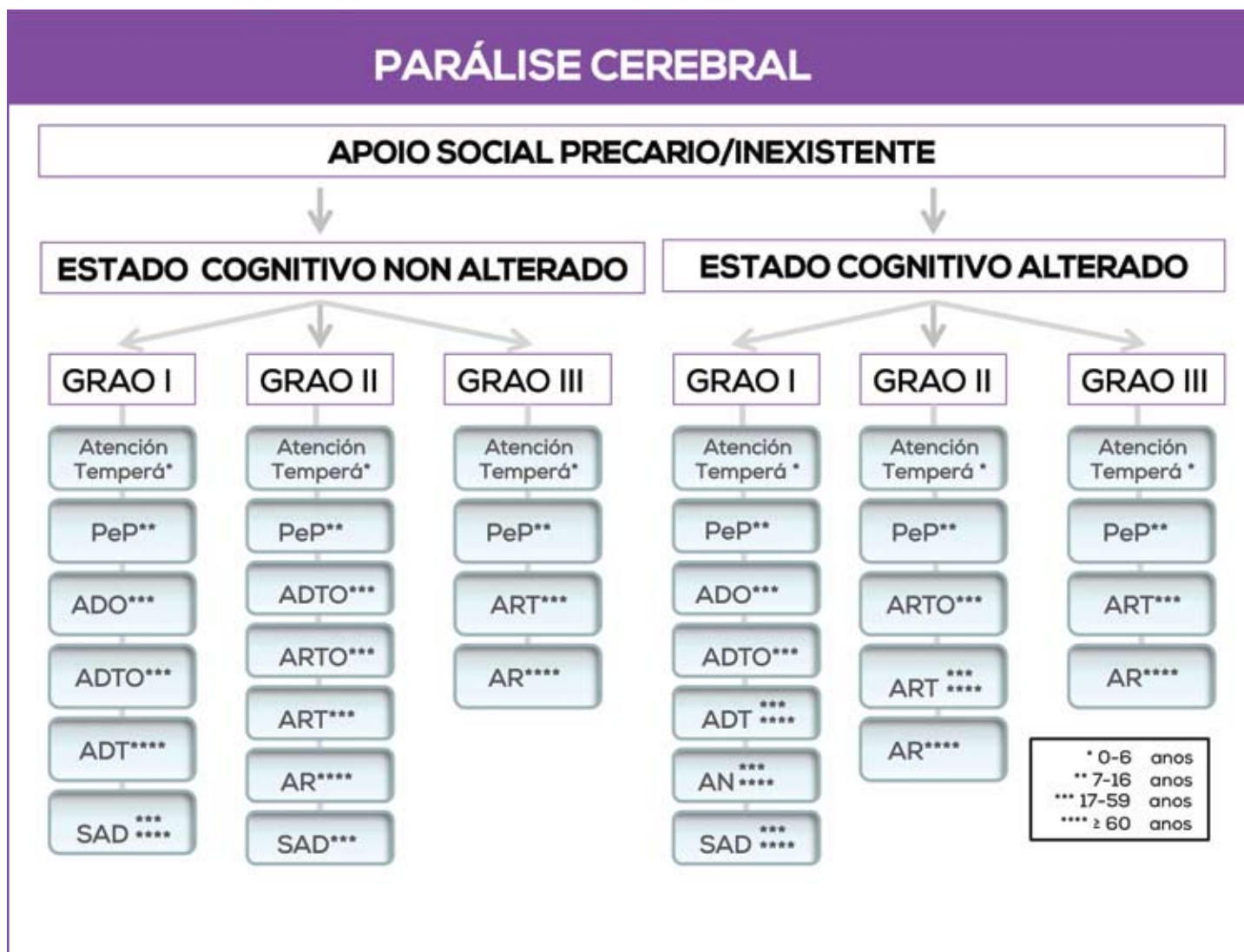


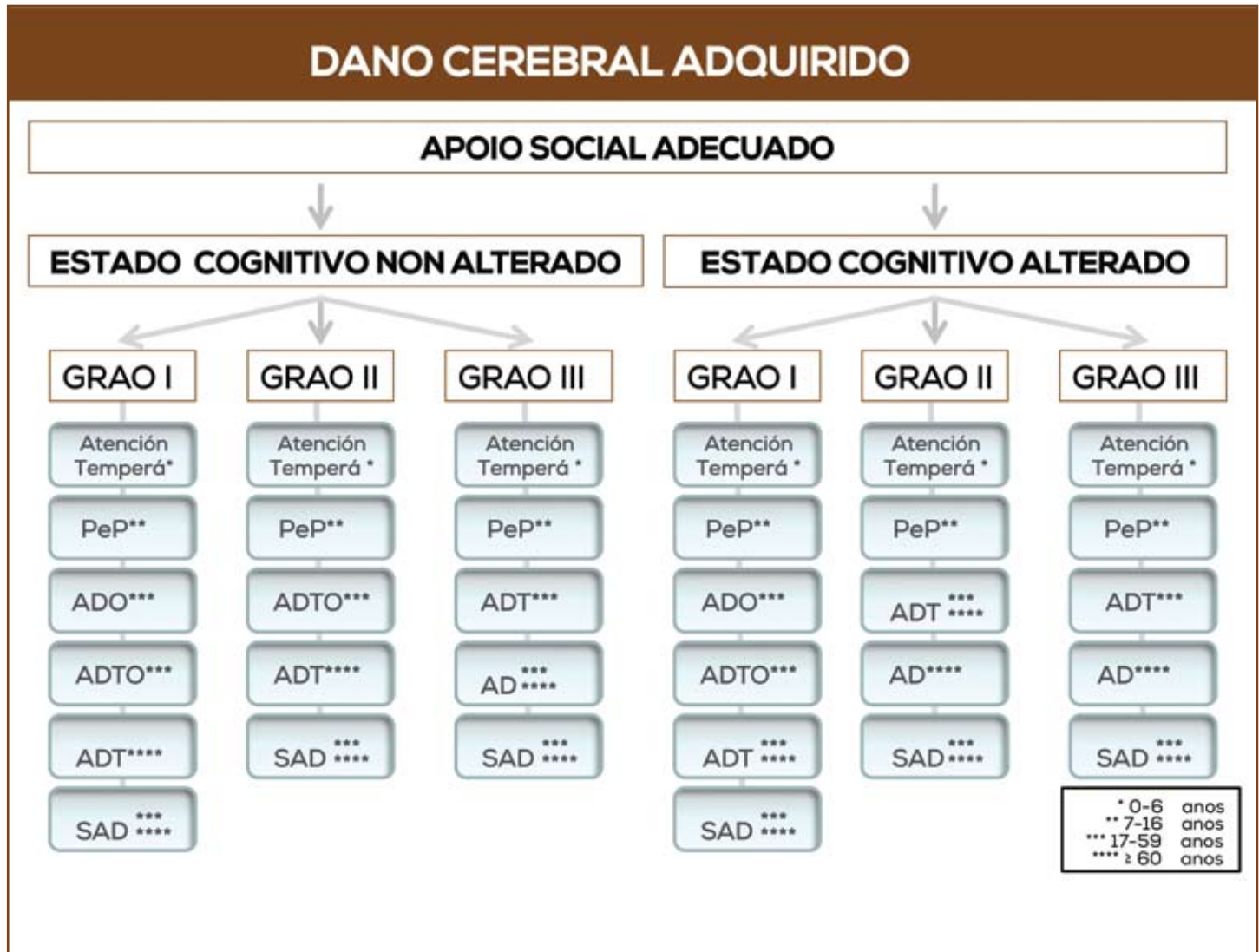


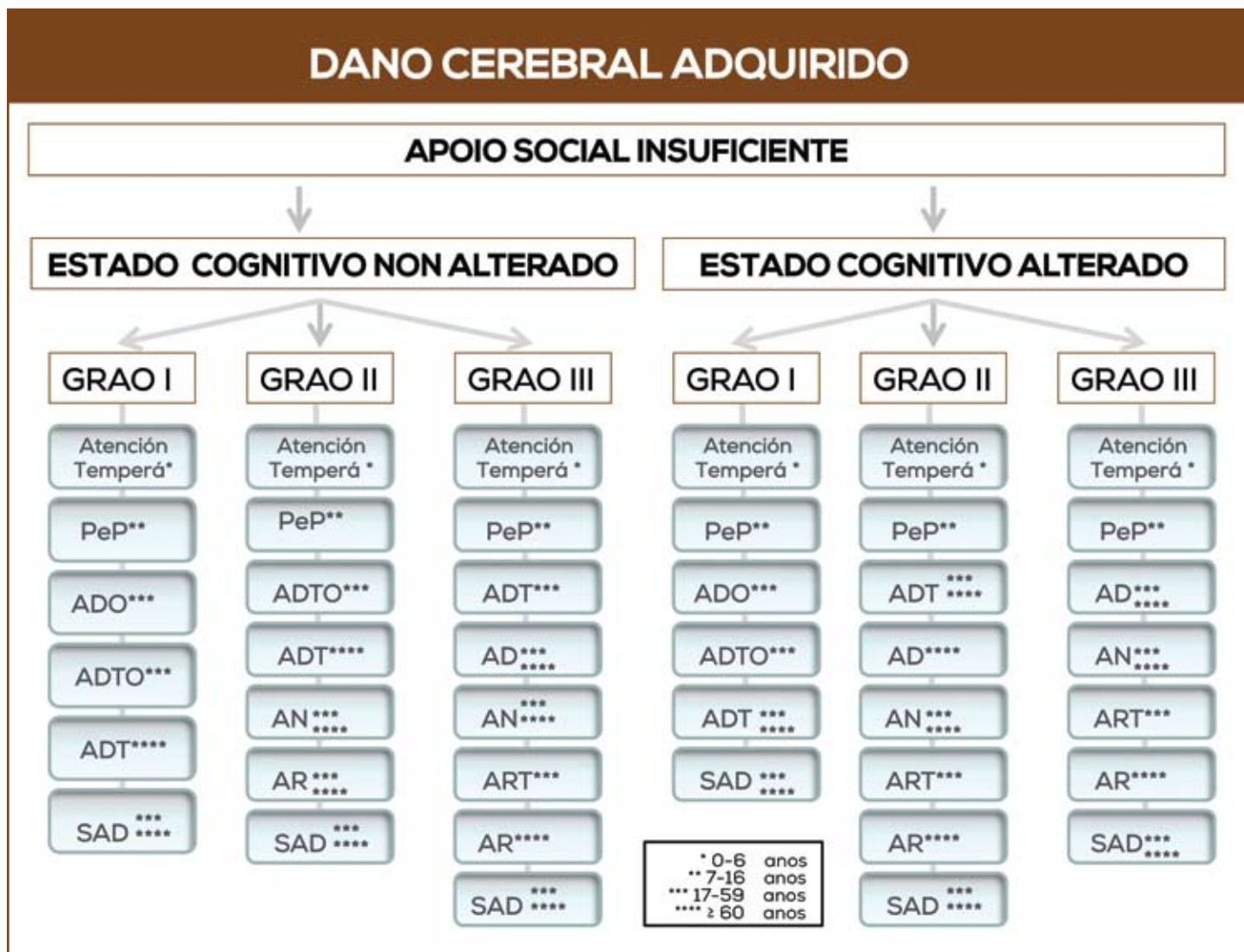


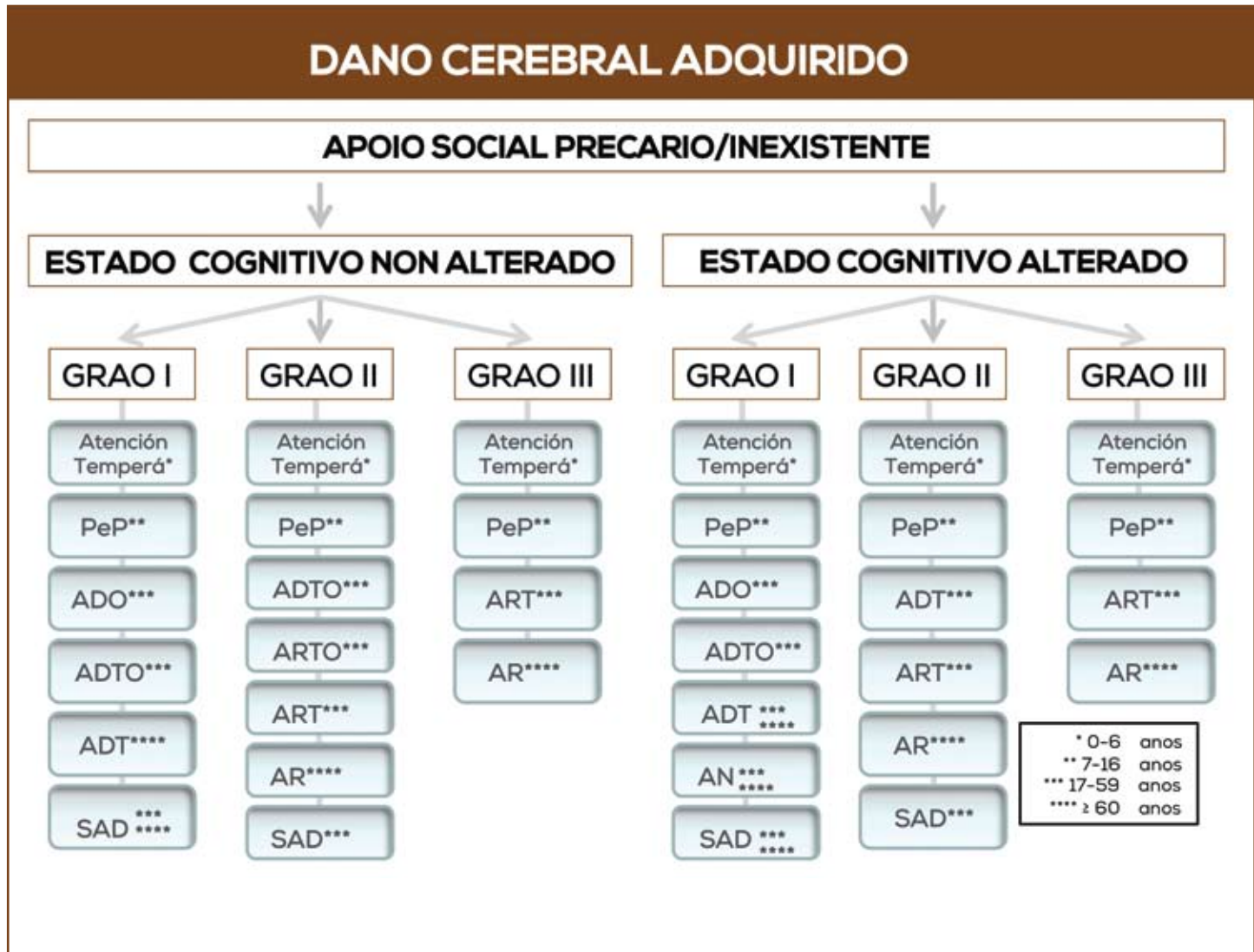












## DISCAPACIDADE INTELECTUAL



\* 0-6 anos  
 \*\* 7-16 anos  
 \*\*\* 17-59 anos  
 \*\*\*\* ≥ 60 anos





## DISCAPACIDADE INTELECTUAL

APOIO SOCIAL PRECARIO/INEXISTENTE

ESTADO COGNITIVO ALTERADO

GRAO I

GRAO II

GRAO III

Atención  
Temperá\*

Atención  
Temperá\*

Atención  
Temperá\*

PeP\*\*

PeP\*\*

PeP\*\*

ADO\*\*\*

ARTO\*\*\*

ART \*\*\*

ADTO\*\*\*

ART \*\*\*

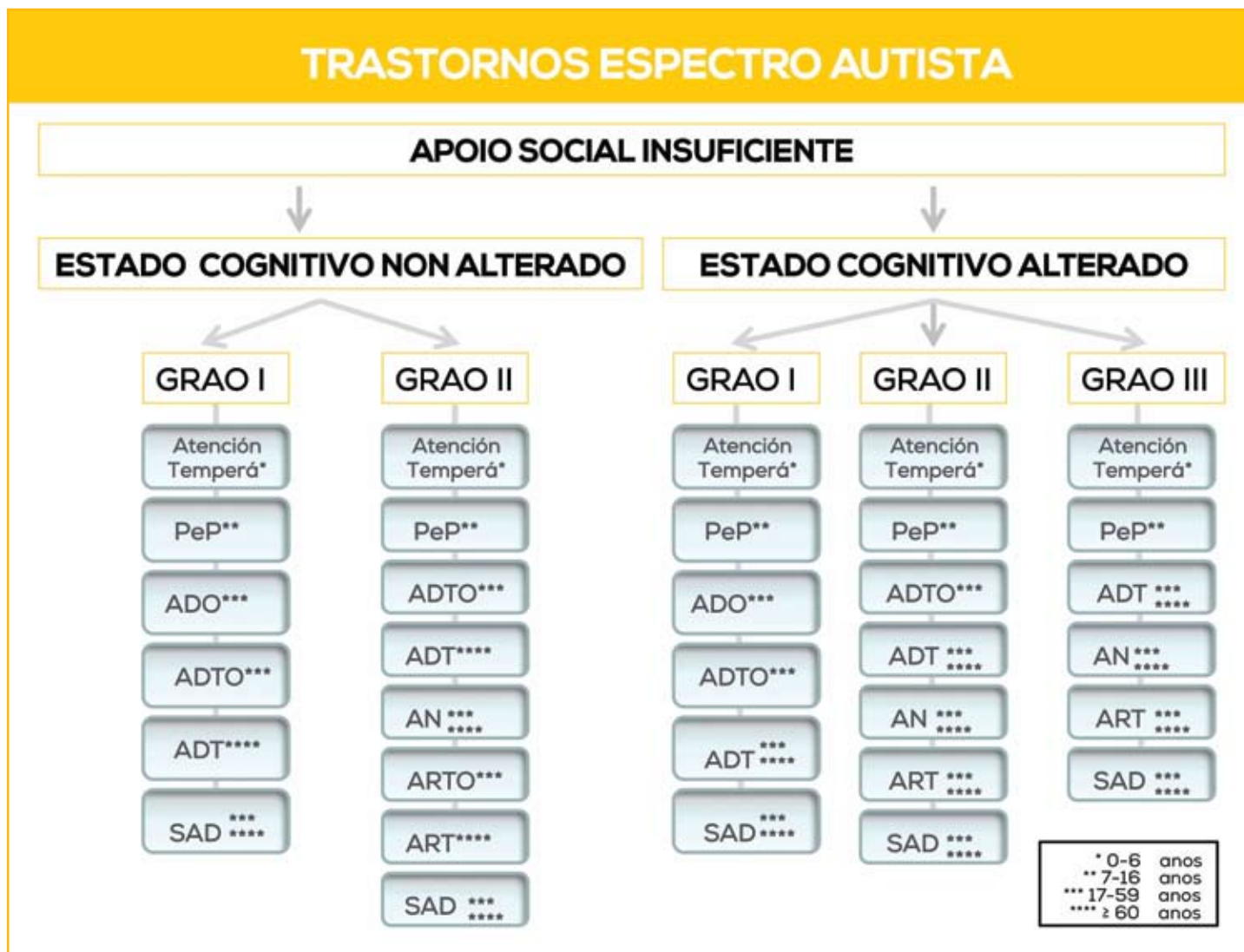
ADT\*\*\*\*

AN\*\*\*\*

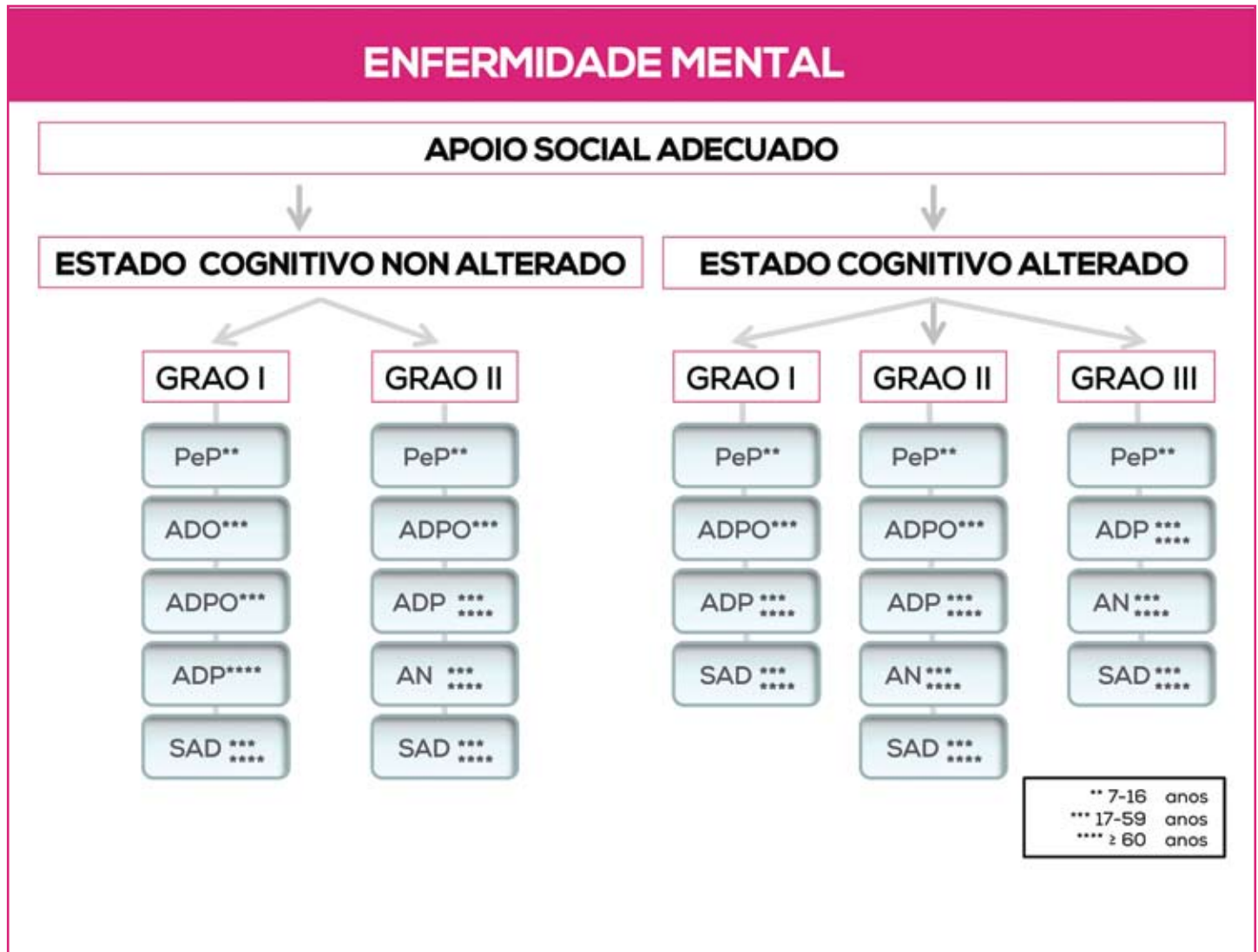
SAD\*\*\*\*

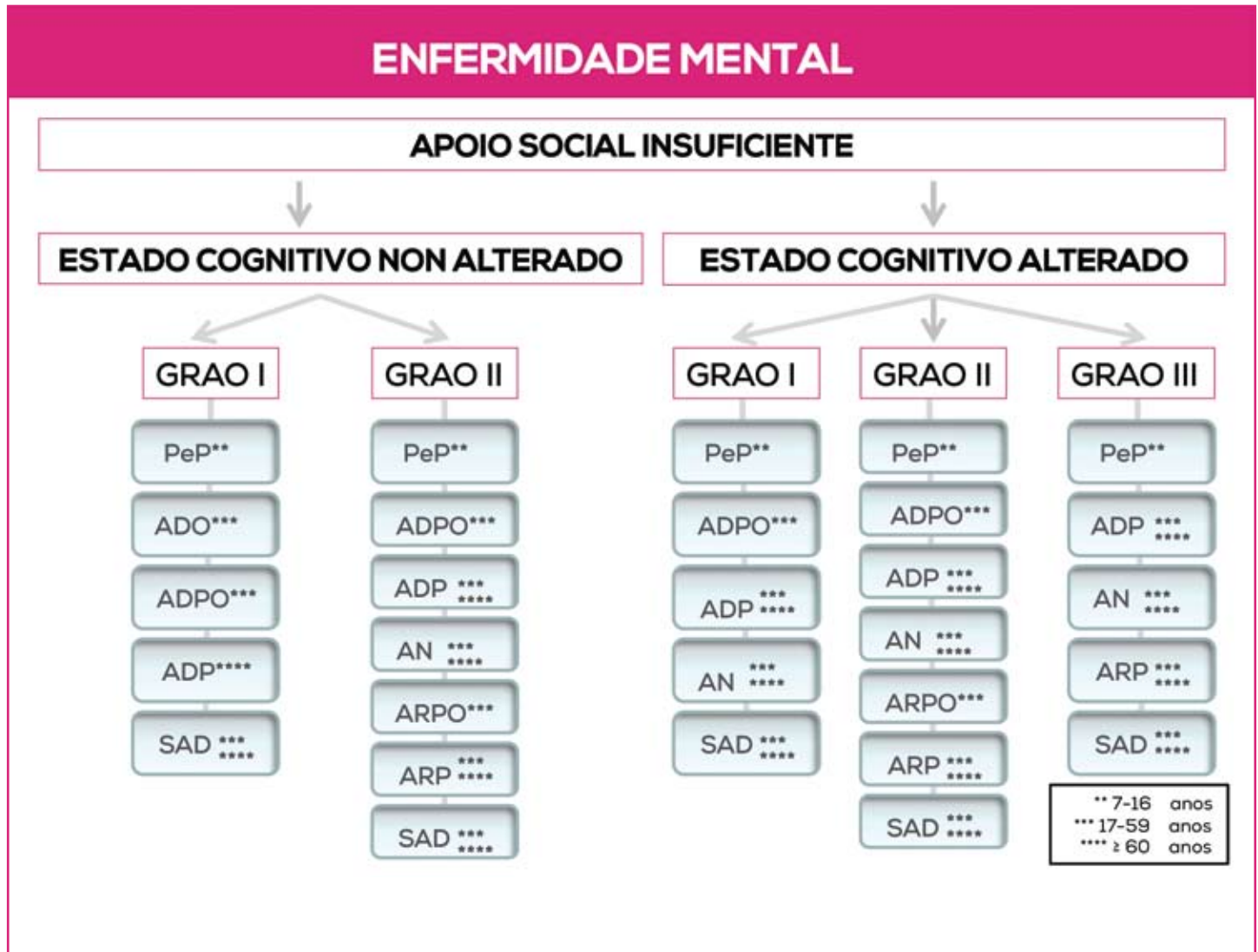
*	0-6	anos
**	7-16	anos
***	17-59	anos
****	≥ 60	anos

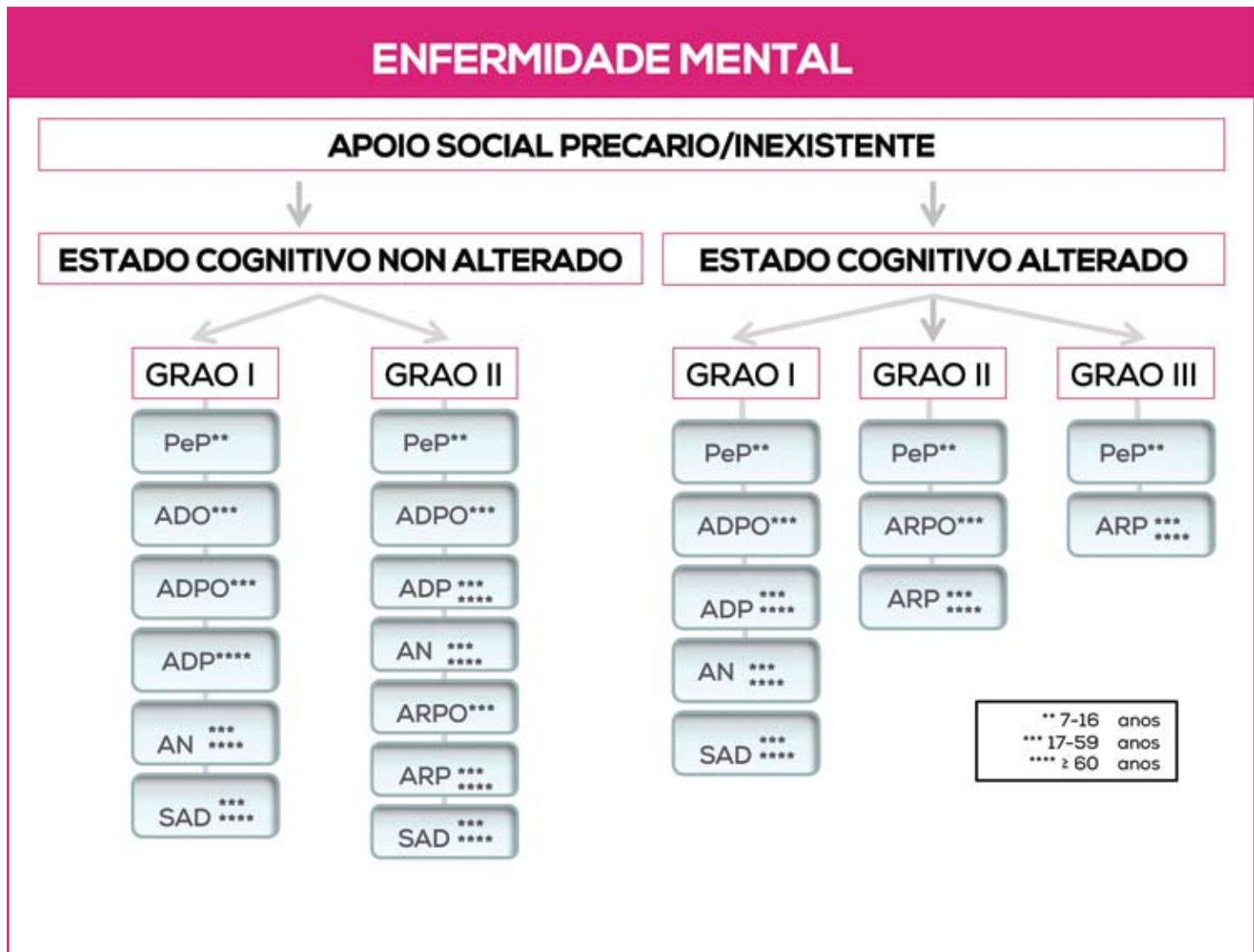




















galicia



XUNTA  
DE GALICIA