

El **NTG- Detección temprana de la demencia**, adaptado del DSQIID*, puede usarse para la detección temprana de adultos con discapacidad intelectual que se sospecha o puedan mostrar signos tempranos de déficit cognitivo leve o demencia. El NTG-EDSD no es un instrumento para evaluación o diagnóstico, sino un instrumento de detección que puede usar el personal y cuidadores de la familia para detectar el declive funcional y problemas de salud y registrar información útil para una evaluación más profunda, así como servir como parte de la revisión de evaluación cognitiva obligatoria que forma parte de la visita anual de bienestar establecido por la Affordable Care Act para receptores de Medicare. Este instrumento cumple con la Acción 2.B del Plan Nacional De US de atención a la enfermedad de Alzheimer.

Se recomienda utilizar este instrumento anualmente o como base con adultos con síndrome de Down con una edad de comienzo de 40 años, y otras personas con discapacidad intelectual o del desarrollo en situación de riesgo cuando se sospeche o experimenten cambios cognitivos. Puede completar el formulario cualquier persona que esté familiarizada con la persona (es decir, que le/la conozca hace más de seis meses), como un miembro de la familia, un trabajador de apoyo de la agencia, o especialista en conducta o salud que utilice información derivada de observación o del registro personal del adulto.

El tiempo necesario estimado para completar este formulario está entre 15 y 60 minutos. Puede recabarse cierta información de observación o un registro personal del adulto. Consulte el Manual del NTG-EDSD para más instrucciones (aadmd.org/ntg/screening).

(1) Archivo nº.: _____ (2) Fecha: _____

Nombre de la persona: (3) First _____ (4) Apellido: _____

(5) Fecha de nacimiento: _____ (6) Edad: _____

(7) Sexo/ género:

<input type="checkbox"/>	Mujer
<input type="checkbox"/>	Hombre

(8) Descripción más adecuada del nivel de discapacidad intelectual
*CI = Coeficiente de inteligencia

<input type="checkbox"/>	Discapacidad intelectual no discernible
<input type="checkbox"/>	Límite (CI 70-75)
<input type="checkbox"/>	DI leve (CI 55-69)
<input type="checkbox"/>	DI moderada (CI 40-54)
<input type="checkbox"/>	DI severa (CI 25-39)
<input type="checkbox"/>	DI profunda (CI 24 y menor)
<input type="checkbox"/>	Desconocida

(9) Diagnóstico (marcar todas las que proceda)

<input type="checkbox"/>	Autismo
<input type="checkbox"/>	Parálisis cerebral
<input type="checkbox"/>	Síndrome de Down
<input type="checkbox"/>	Síndrome de X frágil
<input type="checkbox"/>	Discapacidad Intelectual
<input type="checkbox"/>	Síndrome de Prader-Willi
<input type="checkbox"/>	Otros:

Instrucciones:

Para cada bloque de preguntas, marque el ítem que mejor se aplique a la persona o situación

Situación de vida actual de la persona:

- Vive solo
- Vive con su cónyuge o amigos/as
- Vive con sus padres u otros familiares
- Vive con un cuidado remunerado
- Vive en un hogar comunitario, apartamento, vivienda tutelada, etc.
- Vive en una vivienda para mayores
- Vive en un entorno residencial
- Vive en un servicio de atención continuada/a largo plazo
- Vive en otro: _____

(10) Calificación general del estado de salud física actual:

	Excelente
	Muy bueno
	Bueno
	Aceptable
	Malo

(11) Comparado a hace un año, el estado de salud física actual es::

	Mucho mejor
	Algo mejor
	Parecido
	Algo peor
	Mucho peor

(12) Comparado a hace un año, el estado de salud física actual es:

	Mucho mejor
	Algo mejor
	Parecido
	Algo peor
	Mucho peor

(13) Problemas presentes (marque todos los que proceda)

	Problemas de visión
	Ciego/a (visión muy limitada o ceguera)
	Visión corregidas por lentes
	Deficiencia auditiva
	Sordo/a (muy limitado/a o sordo/a)
	Audición corregida por audífonos
	Limitaciones de movilidad
	Usa silla de ruedas
	Es movido en silla de ruedas

(14) Eventos significativos recientes [en el último año] (*marque todas las que proceda*)

	Muerte de alguien cercano
	Cambios en vivienda, trabajo o programa/centro de día
	Cambios en el personal cercano a la persona
	Nuevos compañeros de habitación/casa
	Enfermedad o incapacidad debida a accidente
	Reacción adversa a la medicación o exceso medicación
	Conflictos interpersonales
	Victimización/abuso
	Otros:

(15) Ataques (epilépticos)

	Comienzo reciente de ataques
	Ocurrencia de ataques a largo plazo
	Ataques en la infancia, que no ocurren en edad adulta
	Sin historial de ataques

Si se ha documentado MCI ¿¿?? O demencia complete 16, 17 v 18

(16) **Historial diagnóstico**

Deficiencia mental leve [DML] o demencia diagnosticadas (Diag.) previamente?:

[] No

[] Sí, DML

Fecha de diag.:

[] Sí, demencia

Fecha de diag.:

Tipo de demencia:

Diagnosticado/a por:

- Geriatra
- Neurólogo
- Médico
- Psiquiatra
- Psicólogo
- Otro:

(17) Fecha recogida de inicio de DML/demencia [cuando apareció por primera vez la sospecha de demencia]

Anote el año y mes aproximado:

(18) Comentarios/explicaciones sobre las sospechas de demencia::

[Marque la opción que corresponda]

	Siempre ha sido el caso	Siempre pero peor	Síntoma nuevo en el año pasado	No se aplica
⁽¹⁹⁾ Actividades de la vida diaria				
Necesita ayuda con el aseo y/o el baño				
Necesita ayuda para vestirse				
Se viste de forma inapropiada (p. ej., lo de delante atrás, incompleto, no adecuado para el clima)				
Se viste de forma inapropiada (p. ej., en público)				
Necesita ayuda para comer (cortar alimentos, cantidad en los bocados, atragantamientos)				
Necesita ayuda para usar el aseo (encontrarlo, asearse)				
Incontinente (incluyendo accidentes ocasionales))				
⁽²⁰⁾ Lenguaje y comunicación				
No inicia la conversación				
No encuentra palabras				
No sigue instrucciones simples				
Parece perderse en una conversación				
No lee				
No escribe (incluyendo escribir su propio nombre)				
⁽²¹⁾ Cambio en los patrones de sueño				
Sueño excesivo (dormir más)				
Sueño inadecuado (dormir menos)				
Se despierta con frecuencia por las noches				
Confuso por las noches				
Duerme más de lo habitual de día				
Deambula por la noche				
Se despierta antes de lo habitual				
Duerme hasta más tarde de lo habitual				
⁽²²⁾ Ambulación				
No tiene confianza al caminar por pequeñas grietas, líneas en el terreno, suelos con relieve o superficies irregulares				
Paso inestable, pierde el equilibrio				
Se cae				
Requiere ayudas para caminar				

	Siempre ha sido el caso	Siempre pero peor	Síntoma nuevo en el año pasado	No se aplica
⁽²³⁾ Memoria				
No reconocer a personas familiares (personal/familiares/amigos)				
No recuerda los nombres de personas familiares				
No recuerda eventos recientes (de hace una semana o menos)				
No encuentra el camino en entornos familiares				
Pierde la noción del tiempo (hora del día, día de la semana, estaciones)				
Pierde o extravía objetos				
Pone cosas familiares en lugares extraños				
Problemas para escribir o firmar con su propio nombre				
Problemas para aprender nuevas tareas o los nombres de nuevas personas				
⁽²⁴⁾ Conducta y afecto				
Deambula				
Se retrae de actividades sociales				
Se retrae de las personas				
Pérdida de interés en aficiones y actividades				
Parece meterse en su propio mundo				
Conducta obsesiva o repetitiva				
Esconde o acumula objetos				
No sabe qué hacer con objetos familiares				
Mayor impulsividad (tocar a otros, discutir, coger cosas)				
Parece inseguro, pierde la confianza				
Parece alterado, agitado o nervioso				
Parece deprimido				
Muestra agresión verbal				
Muestra agresión física				
Rabietas, llanto incontrolable, gritos				
Muestra letargo o apatía				
Habla consigo mismo/a				
⁽²⁵⁾ Problemas informados por el propio adulto/a				
Cambios en la capacidad para hacer cosas				
Problemas de oído				
Problemas de vista				
Cambios en el "pensamiento"				
Cambios en los intereses				
Cambios en la memoria				
⁽²⁶⁾ Cambios notables significativos observados por otras personas				
En la marcha (p. ej., tropiezos, caídas, inestabilidad)				
En la personalidad (p. ej., pausado, cuando era extrovertido)				
En la amistad (p. ej., ya no responde socialmente)				
En la atención (p. ej., no capta pistas, se distrae)				
En peso (p. ej., pérdida o ganancia de peso)				

[Marque la opción que corresponda]

	⁽²⁷⁾ Problemas crónicos de salud*	Problema reciente (el año pasado)	Problema diagnosticado en los últimos 5 años	Problema continuado	Problema no presente
	Huesos, articulaciones y músculos				
1	Artritis				
2	Osteoporosis				
	Cardiovascular				
3	Problemas de corazón				
4	Colesterol alto				
5	Presión sanguínea alta				
6	Presión sanguínea baja				
7	Infarto				
	Hormonal				
8	Diabetes (tipo 1 o 2)				
9	Trastornos del tiroides				
	Pulmón/respiratorio				
10	Asma				
11	Bronquitis crónica, enfisema				
12	Trastornos del sueño				
	Salud mental				
13	Abuso del alcohol o drogas				
14	Trastorno de ansiedad				
15	Trastorno por déficit de atención				
16	Trastorno bipolar				
17	Demencia/enfermedad de Alzheimer				
18	Depresión				
19	Trastorno de alimentación (anorexia, bulimia)				
20	Trastorno obsesivo-compulsivo				
21	Esquizofrenia				
22	Otros:				
	Dolor/molestias				
23	Dolor de espalda				
24	Estreñimiento				
25	Dolor de pies				
26	Dolor o molestias gastrointestinales				
27	Dolores de cabeza				
28	Dolor de cadera/rodilla				
29	Dolor de cuello/hombro				
	Sensorial				
30	Mareos/vértigo				
31	Deficiencia auditiva				
32	Deficiencia visual				
	Otros				
33	Cáncer – tipo:				
34	Fatiga crónica				
35	Epilepsia / convulsiones				
36	Acidez / reflujo gástrico				
37	Incontinencia urinaria				
38	Apnea del sueño				
39	Tics/trastornos del movimiento /espasticidad				
40	Dolor dental				

*Items seleccionados del Longitudinal Health and Intellectual Disability Survey (Universidad de Illinois en Chicago)

⁽²⁸⁾ **Current Medications**

Sí No Indicartipo

- Tratamiento de enfermedades crónicas
- Tratamiento de trastornos de salud mental o problemas de conducta
- Tratamiento del dolor

Para revisiones, adjunte la lista de medicaciones actuales, posología, y cuándo se prescribieron

- Se adjunta la lista para revisions

⁽²⁹⁾ **Comentarios relacionados con otros cambios o asuntos notables:**

⁽³⁰⁾ **Próximos pasos /recomendaciones**

- Derivar al médico de referencia para evaluación
- Revisión interna por parte del personal clínico
- Incluir en revisión anual /visita anual de bienestar
- Repetir en _____ meses

Formulario de información de cumplimentación

⁽³¹⁾ Fecha de cumplimentación	⁽³²⁾ Organización/agencia
Nombre de la persona que completa el informe	
Relación con la persona (profesional, familiar, asesor, etc.)	
Fecha(s) de cumplimentación(es) previas del formulario	

Agradecimientos: derivado del DSQIID (*DementiaScreeningQuestionnaireforIndividualswithIntellectualDisabilities; Deb, S., 2007), como se adaptó para el Southeast PA DementiaScreeningTool (DST) – con la asistencia de of Carl V. Tyler, Jr., MD – y el LHIDS (Longitudinal Health and IntellectualDisabilitySurvey; Rimmer&Hsieh, 2010) como se adaptó además por el NationalTaskGrouponIntellectualDisabilities and DementiaPractices como NTG EarlyDetectionScreenforDementia para su uso e E.E. U.U