

Instrumento de análisis para detectar demencia Sudeste de Pennsylvania (DST)

También conocido como cuestionario analítico para detectar demencia en personas con discapacidades intelectuales o de desarrollo (adaptado)

DSQUIID (Agosto 2007) ha sido adaptado por la asistencia de servicios de salud de Philadelphia (PCHC) y el comando de demencia de Pennsylvania del sudeste (2009, modificado en el 2011) con apoyo clínico proveído por Carl V. Tyler Jr., MD, MS, CAQ-Geriatria, CMD, Hospital Fairview/Clinica de Cleveland

Personas con discapacidades intelectuales y de desarrollo (I/DD) pueden correr riesgo de desarrollar demencia o Alzheimer. Este instrumento de análisis fue desarrollado para ayudar a los proveedores de servicios médicos a recolectar información para intercambiar con médicos. Este cuestionario no es una evaluación médica.

Se recomienda que este instrumento:

- sea usado desde los 35 años para personas con síndrome de Down
- sea usado desde los 50 años para personas con discapacidades intelectuales y de desarrollo (o anteriormente si se notan síntomas en personas más jóvenes)
- sea repetido anualmente o más a menudo, dependiendo del caso
- sea rellenado por un individuo que ha conocido o trabajado con la persona por al menos 6 meses
- sea rellenado por varios familiares
- sea rellenado por varios miembros del personal, particularmente ellos que poseen distintos turnos

Nombre:

Fecha de nacimiento:

Femenino Masculino

Lista de medicaciones y dosis o historial de administración de medicaciones:

Diagnos/condiciones médicas (incluyendo condiciones físicas y psiquiátricas):

- Problema con la visión/ceguera
- Problema auditivos/sordera
- Diagnos/previa de enfermedad mental

Otra información

¿Ha sufrido algún cambio inesperado? (muerte de un familiar, perdida, mudanza, etc.) ¿Tiene alguna otra información que debería ser notada?

Instrumento de análisis para detectar demencia de Sudeste de Pennsylvania (DST)

Información residencial

Por favor, rellene el siguiente formulario colocando una marca en la casilla correspondiente. En la parte inferior del papel, por favor escriba su nombre, título, duración de la experiencia con el cliente, y el tiempo de observación del cliente (AM, PM).

Ejemplo: Pregunta no. 1) Incapaz de lavarse o bañarse sin ayuda.

- Si la persona siempre ha necesitado ayuda lavándose o bañándose, por favor marque "siempre ha sido el caso".
- Si la capacidad de la persona parece haber deteriorado últimamente, por favor marque "Siempre, pero parece peor."
- Si la persona tuvo la capacidad en su vida adulta, pero recientemente ha perdido esta capacidad, por favor marque "Síntoma nuevo."
- Finalmente, si la pregunta no es aplicable a la persona (en este caso, si la persona puede bañarse sin ayuda), por favor marque "No aplica".

	Siempre ha sido el caso (0)	Siempre, pero parece peor (1)	Síntoma nuevo (2)	No aplica (0)
Actividades cortidianas				
Incapaz de lavarse y/o bañarse sin ayuda				
Incapaz de vestirse sin ayuda				
Se viste inadecuadamente				
Se desviste inadecuadamente (en lugares públicos)				
Necesita ayuda para comer				
Necesita ayuda para ir al baño				
Sufre de incontinencia				
Lenguaje y comunicación				
No inicia conversaciones				
Le faltan las palabras				
Incapaz de seguir instrucciones simples				
Incapaz de hacer mas de una tarea a la vez				
Se detiene en el medio de una tarea				
No puede leer				
No puede escribir (incluyendo su propio nombre)				
Patrones de estados sueño y vigilia				
Duerme demasiado o inadecuadamente				
Se despierta con frecuencia durante la noche				
Se confunde durante la noche				
Duerme durante el día				
Deambula durante la noche				
Deambulación				
No se siente seguro caminando sobre grietas, líneas en el suelo, o superficies irregulares				
Pierde el balance, camina con paso vacilante				
Incapaz de caminar sin ayuda				

Fecha: _____.
 Completado por: _____.
 Hora: _____.

¿Hace cuánto tiempo que conoce a la persona y en qué capacidad?

**Instrumento de análisis para detectar demencia de Sudeste de Pennsylvania (DST)
Información residencial**

	Siempre ha sido el caso (0)	Siempre, pero parece peor (1)	Síntoma nuevo (2)	No aplica (0)
Memoria				
Incapaz de reconocer a personas conocidas (personal o familiares)				
Incapaz de recordar los nombres de personas conocidas				
Incapaz de recordar acontecimientos recientes				
Se pierde en entornos conocidos				
Pierde la noción del tiempo (la hora del día, el día de la semana, estaciones del año)				
Comportamiento				
Deambula				
Se niega a participar en actividades sociales				
Se aleja de otros				
Muestra pérdida de interés en pasatiempos y otras actividades				
Se pierde en sus pensamientos				
Demuestra comportamiento obsesivo o repetitivo (por ejemplo, vacía los cajones varias veces seguidas)				
Oculto o atesora objetos				
Pierde objetos				
Pone cosas familiares en lugares equivocados				
No sabe qué hacer con los objetos familiares				
Parece inseguro				
Parece ansioso o nervioso				
Parece depresivo				
Es agresivo (verbal o físicamente)				
Tiene convulsiones				
Hace movimiento involuntarios anormales				
Habla con si mismo				

Ha habido algún cambio o pérdida de habilidades que el individuo puede identificar? (si o no)
Si es así, ¿cuales son estos cambios?

Por favor, describa cualquier otro cambio en el comportamiento, la personalidad, la memoria, o las habilidades funcionales.

Fecha: _____. Completado por: _____. Hora: _____	¿Hace cuánto tiempo que conoce a la persona y en qué capacidad?
--	---

**Instrumento de análisis para detectar demencia de Sudeste de Pennsylvania (DST)
Programa del día/empleador**

	Siempre ha sido el caso (0)	Siempre, pero parece peor (1)	Síntoma nuevo (2)	No aplica (0)
Actividades Cotidianas				
No puede vestirse apropiadamente				
Sufre de incontinencia				
Lenguaje y Comunicación				
Tiene dificultad para encontrar las palabras				
Memoria				
No recuerda las ubicaciones de lugares comunes (baño, área de trabajo)				
Comportamiento				
No le interesan las amistades				
No le interesan los pasatiempos				
Es olvidadizo				
Se encuentra triste				
Es agresivo o argumentativo				
Es retraído				
Es ansioso				
Desempeño en el trabajo				
No puede completar tareas				
Tiene dificultad para aprender tareas nuevas				
Se niega a realizar su trabajo				
Pierde la noción del tiempo y/o el calendario				
Temas académicos				
No tiene noción de la hora por reloj				
No tiene noción del tiempo por asociación				
No puede leer				
No puede escribir				
Condiciones médicas				
Sufre de convulsiones				
Hace movimientos involuntarios anormales (de cabeza, cuello, extremidades, o tronco)				
Tiene dificultades para deambular				

Ha habido algún cambio o pérdida de habilidades que el individuo puede identificar? (si o no)
Si es así, ¿cuales son estos cambios?

Por favor, describa cualquier otro cambio en el comportamiento, la personalidad, la memoria, o las habilidades funcionales.

Fecha: _____ Completado por: _____ Hora: _____	¿Hace cuánto tiempo que conoce a la persona y en qué capacidad?
--	---