



BASE DE DATOS UNIFORMES (UDS) DEL NACC **MÓDULO FTLD**

Paquete de Visita de Seguimiento

Versión 3.0, Marzo de 2015

Copyright© 2006, 2008, 2015, 2017 Universidad de Washington. Creado y publicado por el Grupo de Trabajo Clínico del Programa ADC (John C. Morris, MD, Presidente) y el Centro Coordinador Nacional de Alzheimer (Walter A. Kukull, PhD, Director). Todos los derechos reservados.

Esta publicación fue financiada por los Institutos Nacionales de Salud a través del Instituto Nacional de Envejecimiento (Acuerdo de Cooperación UO1 AG016976).

Traducido y adaptado al Español por el Grupo de Trabajo Latino del Programa ADC y la Red Latinoamericana de Demencias (RLAD)¹ (Katya Rascovsky, PhD, Director). Todos los derechos reservados. Esta publicación fue financiada en parte por los Institutos Nacionales de Salud (AG 046499, AG017586).

¹Miembros RLAD: Diana Matalana PhD, Ángela Martínez M.A., José Manuel Santacruz MD, Carlos Cano MD, Ángela M. Iragorri MD, Pablo A. Reyes M.S., Felipe Uriza MD, Ignacio Zarante MD PhD, Paola Ayala M.S., Hernando Santamaría-García, MD (Colombia); Ana Luisa Sosa MD PhD, María Esther Gómez PhD, Jose Alberto Téllez Martínez MD, Oscar R. Marrufo (México); Ricardo Allegri MD PhD, Ezequiel I. Surace PhD, Ismael Calandri MD, Lucia Crivelli, Elisa Symth, Diego Sarasola MD (Argentina); Nilton Custodio MD, Carla Gallo, Dr.Sc., José Cuenca, Giovanni Poletti, M.Sc. (Perú)

Agradecimientos: Con la colaboración de David Salmon PhD, Tamar Gollan PhD, Mary Sano PhD, Elizabeth Guerrero-Berroa PhD, Lina D'Orazio PhD, Jennifer Manly PhD y Sandra Weintraub PhD

Guía de Abreviaturas Español/Inglés

Español	Inglés	
EA	AD	Enfermedad de Alzheimer
ADC	ADC	Centro de Enfermedad de Alzheimer, cualquiera de los 30 Centros de los Estados Unidos que participan en el Programa de los Centros de Enfermedad de Alzheimer, dirigido por NIA
ADNI	ADNI	Iniciativa de Neuroimágenes en la Enfermedad de Alzheimer
ELA	ALS	Esclerosis lateral amiotrófica
DFTvc	bvFTD	Variante conductual de la demencia frontotemporal
DCB	CBD	Degeneración corticobasal
DL	DLB	Demencia con cuerpos de Lewy
FTLD	FTLD	Degeneración lobar frontotemporal
Modulo FTLD	FTLD Module	Una colección de datos relacionados a FTLD en sujetos que hacen parte de la Base de Datos Uniformes (UDS del NACC), como suplemento a UDS
IVP	IVP	Paquete de Visita Inicial, un conjunto de formularios administrados en la evaluación inicial del sujeto para presentarlos a NACC
DCL	MCI	Deterioro cognitivo leve
MMSE	MMSE	Examen de Estado Mental Mínimo
ENM	MND	Enfermedad de neurona motora
NACC	NACC	Centro Coordinador Nacional de Alzheimer, financiado por el NIA y encargado de recaudar datos de los ADCs
NIA	NIA	Instituto Nacional de Envejecimiento, uno de los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos
ELP	PLS	Esclerosis lateral primaria
APP	PPA	Afasia progresiva primaria
AME	SMA	Atrofia muscular espinal
UDS	UDS	Base de Datos Uniformes, base de datos longitudinal mantenida por el NACC; los otros componentes de la base de datos del NACC son la Base de Datos Mínimos (MDS) y la Base de Datos Neuropatológicos (NP)
UPDRS	UPDRS	Escala Unificada para la Evaluación de la Enfermedad de Parkinson
DV	VaD	Demencia vascular

Una nota sobre la numeración de los formularios

Cada formulario del NACC tiene un número único de dos a tres caracteres (por ejemplo, B9, E2F, Z1, A3a). Con la excepción del formulario A3a, todos los formularios que forman parte del Módulo FTLD tienen números que terminan en **F**. Igual que en el UDS, el **primer carácter** del número del formulario indica qué tipo de información se recauda en el formulario:

- A: Datos de la historia familiar (genética)
- B: Datos clínicos
- C: Datos neuropsicológicos
- E: Datos de imágenes
- Z: Solo se utiliza para la lista de verificación de formularios

Formulario Z1X: Lista de verificación de formularios

Centro: _____ ID del sujeto: _____

Fecha del formulario: ____/____/____ Visita No.: ____ Iniciales del examinador: ____

INSTRUCCIONES: Este formulario debe ser completado por el personal clínico.

El NACC espera que todos los formularios UDS se administren a todos los sujetos evaluados, pero entendemos que esto puede ser imposible cuando el sujeto está en estado terminal, cuando no hay informante, o por otras razones. Se requiere una explicación abajo para los formatos no presentados.

UDS

Formulario	Idioma:		Descripción	Presentado:		Si no se presentó, especifique razón (ver clave, abajo)
	Inglés	Español		Si	No	
A1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	Información Demográfica del Sujeto			
A2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	Información Demográfica del Informante	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	— —
A3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	Historia Familiar del Sujeto	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	— —
A4	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	Medicamentos del Sujeto	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	— —
B1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	Evaluación Física	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	— —
B4	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	CDR® con NACC FTLD			
B5	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	EVALUACIÓN CONDUCTUAL NPI-Q	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	— —
B6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	EVALUACIÓN CONDUCTUAL GDS	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	— —
B7	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	EVALUACIÓN FUNCIONAL NACC FAS	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	— —
B8	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	Hallazgos de la Evaluación Neurológica			
B9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	Juicio Clínico de los Síntomas			
C1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	Puntajes Sumarios de la Batería Neuropsicológica			Se requiere C1 o C2
C2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	Puntajes Sumarios de la Batería Neuropsicológica			
D1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	Diagnóstico Clínico			
D2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	Condiciones Médicas Evaluadas Clínicamente			

MÓDULO FTLD

Formulario	Idioma:		Descripción	Presentado:		Si no se presentó, especifique razón (ver clave, abajo*)
	Inglés	Español		Si	No	
A3a	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	Registro de Consentimiento para Uso de Muestra Biológica	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	— —
B3F	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	UPDRS Complementaria			Obligatorio
B9F	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	Características clínicas de la APP y DFTvc			Obligatorio
C1F	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	Puntajes Sumarios de la Batería Neuropsicológica			Obligatorio
C2F	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	Cuestionario de Normas Sociales			Obligatorio
C3F	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	Escala de Conducta Social por Observador			Obligatorio
C4F	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	Escala de Inhibición Conductual	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	— —
C5F	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	Índice de Reactividad Personal	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	— —
C6F	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	Escala Revisada de Auto-Monitoreo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	— —
E2F	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	Imágenes Disponibles			Obligatorio
E3F	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	Imágenes en el Diagnóstico			Obligatorio

CLS

Formulario	Idioma:		Descripción	Presentado:		
	Inglés	Español		Si	No	
CLS	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	Historia Lingüística del Sujeto	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	Presentar una vez

CLAVE: Si el formulario especificado no se completó, por favor asigne uno de los siguientes códigos: 95=Problema físico 96=Problema cognitivo/conductual 97= Otro problema 98=Rechazo verbal
 *CLAVE SOLAMENTE PARA MODULO FTLD: Códigos permisibles son 95–98 como arriba, y también 99=Desconocido o falta de información.

PAQUETE DE VISITA DE SEGUIMIENTO BASE DE DATOS UNIFORMES DEL NACC (UDS) — **MÓDULO FTLD**

Formulario A3a: Registro de Consentimiento para Uso de Muestra Biológica

Centro: _____ ID del sujeto: _____

Fecha del formulario: ____/____/____ Visita No.: ____ Iniciales del examinador: ____

INSTRUCCIONES: Este formulario se debe completar por el personal clínico responsable de obtener consentimientos basado en un consentimiento existente en la clínica. Para aclaraciones y ejemplos adicionales, véase la Guía de Códigos de FTLD para el Paquete de Visita de Seguimiento, Formulario A3aF.

Se debe completar uno de estos formularios por cada familiar que provee una muestra.

1. ¿De qué familiar se registra el consentimiento en este formulario?

NOTA: “Desconocido” (9999) no es un valor aceptable para el año de nacimiento de hermanos o hijos. Si el año de nacimiento no se conoce, por favor provea un año aproximado en el **Formulario A3 de la Visita Inicial del UDS**, de manera que el hermano/a o hijo/a quede ubicado/a en el orden correcto de nacimiento en relación a otros hermanos e hijos.

“Año de nacimiento del hermano/a” o “año de nacimiento del hijo/a” en este formulario DEBE concordar con el año de nacimiento que se anotó para dicha persona en el Formulario A3 de la Visita Inicial o Visita de Seguimiento del UDS y el Formulario A3F del Módulo FTLD (Si se aplica).

- 1 Madre
- 2 Padre
- 3 Hermano/a (año de nacimiento: _____)
- 4 Hijo/a (año de nacimiento: _____)

Por favor indique si el familiar (arriba) dio su consentimiento para lo siguiente. No es necesario que las palabras sean idénticas, pero deben expresar explícitamente los mismos puntos.

1a.	Permito que mi muestra quede almacenada y utilizada en investigaciones futuras de enfermedades neurológicas en (institución de origen).	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 1 Sí
1b.	Permito que mi muestra quede almacenada y utilizada en futuras investigaciones en (institución de origen) para aprender sobre, prevenir y tratar otros problemas de salud.	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 1 Sí
1c.	Existe una mínima posibilidad de que mi muestra en el Repositorio Nacional de Células para la Enfermedad de Alzheimer (NCRAD) resulte en algún valor comercial. Si esto llegara a ocurrir, no se me ofrecerá parte de la ganancia. Permito que (institución de origen) les facilite mi muestra a investigadores de otras instituciones.	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 1 Sí

PAQUETE DE VISITA DE SEGUIMIENTO BASE DE DATOS UNIFORMES DEL NACC (UDS) — **MÓDULO FTLD**

Formulario B3F: UPDRS Complementaria

Centro: _____ ID del sujeto: _____

Fecha del formulario: ____/____/____ Visita No.: ____ Iniciales del examinador: ____

INSTRUCCIONES: Este formulario debe ser completado por el médico u otro profesional de la salud. Para aclaración y ejemplos adicionales, véase la Guía de Códigos del Módulo FTLD para el Paquete de Visita de Seguimiento, Formulario B3F. Marque una sola casilla por pregunta.

	No a tal grado que se justifique el diagnóstico	Sí – con asimetría		Sí — sin mayor asimetría
		I>D	D>I	
SECCION A				
A1. ¿Tiene el sujeto fasciculaciones de los miembros o del torso consistentes con el diagnóstico de atrofia muscular espinal (AME) o esclerosis lateral amiotrófica (ELA)*?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
A2. ¿Tiene el sujeto debilidad en los miembros y/o hiperreflexia consistente con el diagnóstico de esclerosis lateral primaria (ELP) o ELA*?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
A3. ¿Tiene el sujeto debilidad bulbar y/o fasciculaciones consistentes con un diagnóstico de ELA*?	<input type="checkbox"/> 0			<input type="checkbox"/> 3
SECCION B Problemas de la marcha				
B1. Problemas de la marcha — severidad	<input type="checkbox"/> 0 Normal <input type="checkbox"/> 1 Alteración leve en velocidad o cadencia de la marcha <input type="checkbox"/> 2 Camina con dificultad pero no requiere asistencia <input type="checkbox"/> 3 Perturbación severa <input type="checkbox"/> 4 No puede caminar en absoluto <input type="checkbox"/> 8 No se puede examinar (ESPECIFIQUE LA RAZÓN:): _____			
B2. Problemas de la marcha — tipo	<input type="checkbox"/> 0 Normal <input type="checkbox"/> 1 Hemiparético (espástico) <input type="checkbox"/> 2 Marcha con pie caído (neurona motora inferior) <input type="checkbox"/> 3 Marcha atáxica <input type="checkbox"/> 4 Marcha parkinsoniana <input type="checkbox"/> 5 Marcha apráxica (“marcha magnética”) <input type="checkbox"/> 6 Marcha antálgica <input type="checkbox"/> 7 Otro trastorno de la marcha no mencionado arriba (ESPECIFIQUE): _____ <input type="checkbox"/> 8 No se puede examinar (ESPECIFIQUE LA RAZÓN:): _____			

*NOTA: Para los ítems marcados con asterisco, se pueden encontrar definiciones y explicaciones en el Guía de Códigos del Módulo FTLD del Paquete de Visita de Seguimiento, Formulario B3F.

PAQUETE DE VISITA DE SEGUIMIENTO BASE DE DATOS UNIFORMES DEL NACC (UDS) — **MÓDULO FTLD**

Formulario B9F: Características clínicas de la APP y DFTvc

Centro: _____ ID del sujeto: _____

Fecha del formulario: ____/____/____ Visita No.: ____ Iniciales del examinador: ____

INSTRUCCIONES: Este formulario debe ser completado por un médico con experiencia en evaluar sujetos con degeneración lobar frontotemporal. Para aclaraciones adicionales, véase el Guía de Códigos FTLD para el Paquete de Visita de Seguimiento, Formulario B9F. Marque una sola casilla por pregunta.

Pregunta de entrada para la afasia progresiva primaria (APP)

1. ¿Tiene el sujeto una dificultad adquirida del lenguaje como elemento prominente de su presentación clínica (ej., por lo menos una de las características descritas en las preguntas 2-11 esta “definitivamente presente”.)
- 0 No (SALTE A LA PREGUNTA 14)
- 1 Si

Caracterización de los síntomas del habla y el lenguaje / Asignación de subtipos de APP

¿Están presentes estas características durante el examen actual?

Nota: Varios de estos ítems también se analizan en la evaluación neuropsicológica. Las respuestas registradas aquí deben representar el consenso de la evaluación clínica y neuropsicológica.

	Ausente	Discutiblemente presente	Definitivamente presente	No evaluado
2. Denominación pobre de objetos (Característica principal del diagnóstico de la variante semántica; anormal en todas las variantes)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
3. Pobre selección / recuperación de palabras en habla o escritura espontánea (Característica principal del diagnóstico de la variante logopénica; anormal en todas las variantes)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
4. Deterioro en la comprensión de palabras (Característica principal del diagnóstico de la variante semántica; ausente en otras variantes)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
5. Conocimiento pobre de objetos / personas (Característica secundaria del diagnóstico de la variante semántica; ausente en otras variantes)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
6. Simplificación gramática o errores gramáticos en habla o escritura (Característica principal del diagnóstico de la variante no fluente/agramática)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
7. Habla forzada, vacilante (Característica principal del diagnóstico de la variante no fluente/agramática)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
8. Habla vacía, con rodeos (Característica secundaria del diagnóstico de la variante logopénica; también presente en la variante semántica)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
9. Errores de sonidos/palabras en el habla (parafasias) (Característica secundaria del diagnóstico de la variante logopénica; anormal en la variante no fluente/agramática)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9

	Ausente	Discutiblemente presente	Definitivamente presente	No evaluado
10. Repetición deficiente en el habla (inhabilidad para repetir textualmente material de la longitud de una frase) (Característica principal del diagnóstico de la variante logopélica; presente en la variante no fluente/agramática; ausente en la variante semántica)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
11. Dislexia y disgrafía de superficie — (Nota: difícil de evaluar en español) En inglés, consulte también el Test de Lectura de Palabras de la Batería Neuropsicológica de FTLD (Característica secundaria de la variante semántica)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
12. DIAGNOSTICO BASICO DE APP ¿Tiene el sujeto una dificultad adquirida y progresiva del lenguaje consistente con APP de tipo neurodegenerativo Y es el trastorno del lenguaje el déficit más prominente al iniciar los síntomas y durante la fase inicial (1-2 años) del trastorno?	<input type="checkbox"/> 0 No (PROCEDA A LA PREGUNTA 14)		<input type="checkbox"/> 1 Sí – Cumple con el diagnóstico básico de APP (PROCEDA A LA PREGUNTA 13)	
13. Diagnóstico de consenso del subtipo dominante de APP basado en el juicio del médico y el neuropsicólogo	<input type="checkbox"/> 1 APP, variante semántica (APPsem) <input type="checkbox"/> 2 APP, variante no fluente/agramática (APPnf/ag) <input type="checkbox"/> 3 APP, variante logopélica (APPip) <input type="checkbox"/> 4 APP no especificada de otra manera			

Pregunta de entrada para la variante conductual de la demencia frontotemporal (DFTvc)	
14. ¿Tiene el sujeto alteraciones adquiridas en conducta, personalidad o comportamiento como elementos importantes en su evaluación clínica (ej., por lo menos una de las características descritas en las preguntas 15-21 esta “definitivamente presente”).	<input type="checkbox"/> 0 No (SALTE A LA PREGUNTA 23) <input type="checkbox"/> 1 Si

Caracterización de los síntomas de DFTvc				
<i>¿ Los siguientes síntomas/conductas han sido prominentes, persistentes y recurrentes en los últimos tres años (aproximadamente)?</i>	Ausente	Discutiblemente presente	Definitivamente presente	No evaluado
15. Desinhibición Conducta socialmente inapropiada; pérdida de modales o decoro; acciones impulsivas, imprudentes o negligentes	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
16. Apatía o inercia Pérdida de interés, impulso y motivación; iniciación disminuida de la conducta	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
17. Pérdida de simpatía/empatía Respuesta disminuida a las necesidades o sentimientos de otras personas; disminución en el interés social, relaciones interpersonales o calidez personal	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
18. Conducta ritualista / compulsiva Movimientos repetitivos simples o comportamientos compulsivos o ritualistas complejos	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
19. Hiperoralidad y cambios en el apetito Alteración en las preferencias alimenticias, ingesta excesiva de comida, incremento en el consumo de alcohol o cigarrillos, exploración oral o consumo de objetos no comestibles	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9

	Ausente	Discutiblemente presente	Definitivamente presente	No evaluado
20. Cambios en las pruebas neuropsicológicas consistentes con DFTvc (refiérase a la evaluación neuropsicológica y la impresión del neuropsicólogo)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
21. Deterioro en el funcionamiento diario ¿Son estas alteraciones en conducta, personalidad, o comportamiento la causa principal del deterioro en las actividades cotidianas?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
22. ¿Cumple el sujeto con los criterios para el síndrome clínico de DFTvc probable* o posible** — en otras palabras, las características descritas en las Preguntas 15–20 son los síntomas mas prominentes del cuadro clínico ahora y al inicio de la enfermedad? *PROBABLE: Cumple tres de los criterios descritos en las Preguntas 15–21 arriba y: 1) presenta deterioro en el funcionamiento diario (Pregunta 21 = Definitivamente Presente); y 2) tiene imágenes consistentes con DFTvc. **POSIBLE: Cumple tres de los criterios descritos en las Preguntas 15–21 arriba pero: 1) no tiene deterioro funcional <u>0</u> 2) no tiene imágenes consistentes con DFTvc.	<input type="checkbox"/> 0 0 = No cumple criterios para DFTvc: el sujeto cumple <3 de las características descritas en las Preguntas 15–20, <u>0</u> el sujeto presenta otros síntomas prominentes no descritos en las Preguntas 15–20 que sugieren un diagnostico diferente <input type="checkbox"/> 1 DFTvc probable <input type="checkbox"/> 2 Cumple con los criterios para DFTvc posible y presenta deterioro en el funcionamiento diario pero sin evidencia de imágenes diagnósticas <input type="checkbox"/> 3 Cumple con los criterios para DFTvc posible (con o sin evidencia de imágenes diagnósticas), pero sin deterioro significativo en el funcionamiento diario			

	No	Sí	Incierto
23. ¿Se practicó un electromiograma (EMG) durante esta visita? Si la respuesta es “1 (Sí)”, PROCEDA A LA PREGUNTA 25.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	
24. ¿Se practicó un EMG el año pasado? Si la respuesta es “0 (No)”, PROCEDA A LA PREGUNTA 26.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	
25. Si se practicó un EMG, ¿mostró evidencia de enfermedad de neurona motora?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9

Si el sujeto solo tiene un diagnóstico (solo APP o solo DFTvc), TERMINE EL FORMULARIO AQUÍ.

26. En sujetos con diagnósticos de APP y DFTvc, ¿cuál diagnóstico apareció primero?	<input type="checkbox"/> 1 DFTvc <input type="checkbox"/> 2 APP, variante semántica <input type="checkbox"/> 3 APP, variante no fluente/agramática <input type="checkbox"/> 4 APP, variante logopénica <input type="checkbox"/> 5 APP no especificada de otra manera <input type="checkbox"/> 9 Desconocido
--	--

PAQUETE DE VISITA DE SEGUIMIENTO BASE DE DATOS UNIFORMES DEL NACC (UDS) — **MÓDULO FTLD**

Formulario C1F: Puntajes Sumarios de la Batería Neuropsicológica

Centro: _____ ID del sujeto: _____

Fecha del formulario: ____/____/____ Visita No.: ____ Iniciales del examinador: ____

INSTRUCCIONES: Este formulario se debe completar por personal clínico de la institución o ADC. Para instrucciones sobre administración y puntuación, véase la Guía de Códigos del Módulo FTLD para el Paquete de Visita de Seguimiento, Formulario C1F. El tiempo requerido para completar las pruebas de C1F y C2F debe anotarse al final del Formulario C3F.

CLAVE: Si el sujeto no puede completar cualquiera de las siguientes pruebas, por favor proporcione la razón ingresando uno de los siguientes códigos: **95=Problema físico** **96=Problema cognitivo/conductual** **97=Otro problema** **98=Rechazo verbal**

1. Prueba de Lectura de Palabras — Palabras Regulares e Irregulares		
<i>No administre esta prueba, ya que no aplica en español. Ya que la prueba no se puede completar, entre el código 97 y PROCEDA A LA PREGUNTA 2A.</i>		97 ____
2. Prueba Semántica de Pareo Palabra-Imagen		
2a. Total asociaciones correctas de palabra-imagen <i>(Si la prueba no se puede completar, entre el código apropiado, 95-98 y PROCEDA A LA PREGUNTA 3A.)</i>	(0-20, 95-98)	____
3. Prueba de Asociaciones Semánticas		
3a. Total de asociaciones correctas de animales <i>(Si la prueba no se puede completar, entre el código apropiado, 95-98 y PROCEDA A LA PREGUNTA 4a.)</i>	(0-8, 95-98)	____
3b. Total de asociaciones correctas de herramientas	(0-8)	____
3c. Suma de todas las asociaciones correctas (puntaje total de la Prueba de Asociaciones Semánticas)	(0-16)	____
4. Prueba de Anagramas de Northwestern — Formulario corto		
4a. Preguntas correctas — oraciones relativas al sujeto <i>(Si la prueba no se puede completar, entre el código apropiado, 95-98, y PROCEDA A LA PREGUNTA 5a.)</i>	(0-5, 95-98)	____
4b. Preguntas correctas — oraciones relativas al objeto	(0-5)	____
4c. Puntaje total: Suma de todas las preguntas correctas	(0-10)	____
5. Prueba de Repetición de Oraciones		
5a. Número de oraciones completamente precisas <i>(Si la prueba no se puede completar, entre el código apropiado, 95-98, y PROCEDA A LA PREGUNTA 6a.)</i>	(0-5, 95-98)	____
5b. Número total de palabras omitidas de las oraciones	(0-34)	____
5c. Número total de palabras reales incorrectas semánticamente relacionadas o no relacionadas	(0-20)	____

CLAVE: Si el sujeto no puede completar cualquiera de las siguientes pruebas, por favor proporcione la razón ingresando uno de los siguientes códigos: **95=Problema físico** **96=Problema cognitivo/conductual** **97=Otro problema** **98=Rechazo verbal**

5d.	Número total de palabras fonológicamente relacionadas o errores de palabras no-reales	(0-20)	___ ___
6. Prueba de Denominación de Sustantivos y Verbos			
6a.	Total de sustantivos correctos (Si la prueba no se puede completar, entre el código apropiado, 95-98, y PROCEDA A LA PREGUNTA 7a)	(0-16, 95-98)	___ ___
6b.	Total de verbos correctos	(0-16)	___ ___
6c.	Proporción sustantivo-verbo (total de sustantivos correctos / total de verbos correctos) (88.88 = No se puede calcular)		___ . ___
7. Prueba de Lectura de Oraciones			
7a.	Número de oraciones completamente precisas (Si la prueba no se puede completar, entre el código apropiado, 95-98, y TERMINE EL FORMULARIO AQUI)	(0-5, 95-98)	___ ___
7b.	Número total de palabras omitidas de las oraciones	(0-34)	___ ___
7c.	Número total de palabras reales incorrectas semánticamente relacionadas o no relacionadas	(0-20)	___ ___
7d.	Número total de palabras fonológicamente relacionadas o errores de palabras no-reales	(0-20)	___ ___

Formulario C2F: Cuestionario de Normas Sociales¹

INSTRUCCIONES PARA EL CENTRO

Este cuestionario está diseñado para ser completado **por el sujeto en presencia de un psicólogo o psicómetra calificado**, como parte de una batería de pruebas cara a cara. El examinador le debe leer y explicar las instrucciones al sujeto, luego pedir que el sujeto complete el cuestionario. Si el sujeto pide clarificación sobre el proceso o las preguntas, es aceptable que el examinador discuta el cuestionario con él o ella. Dígame al sujeto que “No sé” o “No se aplica” no son respuestas aceptables para las preguntas. Mientras que se permite ayudarle a un sujeto con deterioro cognitivo a entender y completar el cuestionario (por ejemplo, leyendo las preguntas en voz alta, o marcando por ellos sus respuestas), el examinador debe asegurarse de solo ayudarle al sujeto a entender la pregunta (por ejemplo, diciendo “¿Cree que está bien colarse en la fila si está de afán?”), pero no ayudarle a formular su respuesta. De esta manera, si el sujeto pregunta qué debe responder, está permitido responder con frases como estas, “Depende de usted. Responda lo que le parezca mejor. Está bien adivinar si no está seguro/a”.

CLAVE: Si el sujeto está tan impedido que la administración de este cuestionario es imposible, por favor ingrese la razón marcando uno de los siguientes códigos explicativos en la sección “PARA USO EXCLUSIVO DEL CENTRO MÉDICO” y no proceda con los elementos restantes.

95 = Problema físico 96 = Problema cognitivo/conductual 97 = Otro problema 98 = Rechazo verbal

Si el sujeto completa parte, pero no todo el cuestionario, las preguntas que faltan deben dejarse en blanco, y todos los puntajes sumarios correspondientes deben marcarse como “88” o “88.88”, según sea el caso.

¹Reproducido con permiso del autor, Katherine Rankin, PhD; no se puede copiar o distribuir sin autorización del autor. Formulario creado como parte del Módulo FTLD de la Base de Datos Uniforme del Centro Coordinador Nacional de Alzheimer, copyright 2013 Universidad de Washington.

PAQUETE DE VISITA DE SEGUIMIENTO BASE DE DATOS UNIFORMES DEL NACC (UDS) — **MÓDULO FTLD**

Formulario C2F: Cuestionario de Normas Sociales¹

PARA USO EXCLUSIVO DEL CENTRO MÉDICO:

Centro: _____ ID del sujeto: _____
 Fecha del formulario: ____/____/____ Visita No.: ____ Iniciales del examinador: ____
 95=Problema físico 96=Problema cognitivo/conductual 97=Otro problema 98=Rechazo verbal

Instrucciones: A continuación, hay una lista de conductas que una persona puede presentar. Por favor, decida si sería socialmente aceptable y apropiado hacer las siguientes cosas en la cultura dominante de Latinoamérica, y responda sí o no a cada pregunta. Considere estas conductas, como si ocurrieran frente a, o con un desconocido o un conocido lejano, NO con un amigo cercano o un miembro de su familia.

SERÍA SOCIALMENTE ACEPTABLE:

1. ¿Decirle a un desconocido que no le gusta su peinado?	<input type="checkbox"/> 0 NO	<input type="checkbox"/> 1 SÍ
2. ¿Escupir sobre el piso?	<input type="checkbox"/> 0 NO	<input type="checkbox"/> 1 SÍ
3. ¿Sonarse la nariz en público?	<input type="checkbox"/> 0 NO	<input type="checkbox"/> 1 SÍ
4. ¿Preguntarle a un colega su edad?	<input type="checkbox"/> 0 NO	<input type="checkbox"/> 1 SÍ
5. ¿Llorar durante una película en el cine?	<input type="checkbox"/> 0 NO	<input type="checkbox"/> 1 SÍ
6. ¿Colarse en la fila cuando está de afán?	<input type="checkbox"/> 0 NO	<input type="checkbox"/> 1 SÍ
7. ¿Reír cuando usted mismo/a se resbala y se cae?	<input type="checkbox"/> 0 NO	<input type="checkbox"/> 1 SÍ
8. ¿Comer pasta con los dedos?	<input type="checkbox"/> 0 NO	<input type="checkbox"/> 1 SÍ
9. ¿Decirle a un colega su propia edad?	<input type="checkbox"/> 0 NO	<input type="checkbox"/> 1 SÍ
10. ¿Decirle a alguien su opinión sobre una película que él/ella no haya visto?	<input type="checkbox"/> 0 NO	<input type="checkbox"/> 1 SÍ
11. ¿Reír cuando alguien se resbala y se cae?	<input type="checkbox"/> 0 NO	<input type="checkbox"/> 1 SÍ
12. ¿Ponerse la misma camisa todos los días?	<input type="checkbox"/> 0 NO	<input type="checkbox"/> 1 SÍ
13. ¿Guardar el dinero que encuentra en el andén?	<input type="checkbox"/> 0 NO	<input type="checkbox"/> 1 SÍ
14. ¿Escarbarse la nariz en público?	<input type="checkbox"/> 0 NO	<input type="checkbox"/> 1 SÍ

¹Reproducido con permiso del autor, Katherine Rankin, PhD; no se puede copiar o distribuir sin autorización del autor. Formulario creado como parte del Modulo FTLD de la Base de Datos Uniforme del Centro Coordinador Nacional de Alzheimer, copyright 2013 Universidad de Washington.

15. ¿Decirle a un colega que usted piensa que él/ella está gordo/a?	<input type="checkbox"/> 0 NO	<input type="checkbox"/> 1 SÍ
16. ¿Comer costillas de cerdo con los dedos?	<input type="checkbox"/> 0 NO	<input type="checkbox"/> 1 SÍ
17. ¿Decirle a un desconocido que le gusta su peinado?	<input type="checkbox"/> 0 NO	<input type="checkbox"/> 1 SÍ
18. ¿Ponerse la misma camisa dos veces en dos semanas?	<input type="checkbox"/> 0 NO	<input type="checkbox"/> 1 SÍ
19. ¿Decirle a alguien el final de una película que él/ella no haya visto?	<input type="checkbox"/> 0 NO	<input type="checkbox"/> 1 SÍ
20. ¿Abrazar a un desconocido sin pedir permiso primero?	<input type="checkbox"/> 0 NO	<input type="checkbox"/> 1 SÍ
21. ¿Hablar en voz alta durante una película en el cine?	<input type="checkbox"/> 0 NO	<input type="checkbox"/> 1 SÍ
22. ¿Decirle a un colega que a usted le parece que él/ella ha adelgazado?	<input type="checkbox"/> 0 NO	<input type="checkbox"/> 1 SÍ

¹Reproducido con permiso del autor, Katherine Rankin, PhD; no se puede copiar o distribuir sin autorización del autor. Formulario creado como parte del Modulo FTLD de la Base de Datos Uniforme del Centro Coordinador Nacional de Alzheimer, copyright 2013 Universidad de Washington.

PARA USO EXCLUSIVO DEL CENTRO MÉDICO. Nota: El cálculo de los siguientes 4 puntajes son OPCIONALES.

23. SNQ22 Puntaje Total (0–22, 88=No sabe):	___ ___
24. Puntaje de Rompimiento (0–12, 88=No sabe):	___ ___
25. Puntaje de Sobreadherencia (0–10, 88=No sabe):	___ ___
26. Puntaje Proporción Sí-No (0–22, 88.88=No sabe):	___ ___ . ___ ___

PAQUETE DE VISITA DE SEGUIMIENTO BASE DE DATOS UNIFORMES DEL NACC (UDS) — **MÓDULO FTLD**

Formulario C3F: Escala de Conducta Social por Observador¹

Centro: _____ ID del sujeto: _____

Fecha del formulario: ____/____/____ Visita No.: ____ Iniciales del examinador: ____

INSTRUCCIONES: Este formulario se debe completar por el examinador que le administró la batería neuropsicológica al sujeto. Para clarificación y ejemplos adicionales, véase Módulo FTLD — Instrucciones para Cuestionarios Neuropsicológicos (Formularios C2F–C6F) y Pruebas Reportadas en el Formulario C1F. Marque una sola casilla por pregunta.

Instrucciones: Inmediatamente después de finalizar su evaluación del sujeto, por favor califique la conducta de este/esta durante el tiempo que él/ella estuvo con usted. Utilice las escalas tanto para los descriptores principales (es decir, 1, 2, 3...) como para los conteos de conductas (a., b., c...), y complete todos los ítems.

Su calificación de descriptores y conteos de conducta para el mismo ítem pueden ser independientes. Usted puede indicar que el sujeto presenta una característica particular en el descriptor principal, aun cuando marque “en absoluto” para todos los conteos de conducta en el mismo ítem, o vice versa.

1. Fue demasiado cohibido / avergonzado de sí mismo:	<input type="checkbox"/> 0 En absoluto	<input type="checkbox"/> 1 Un poco	<input type="checkbox"/> 2 Moderado	<input type="checkbox"/> 3 Severo
a. Mencionó espontáneamente que le estaba yendo mal en la prueba	<input type="checkbox"/> 0 Nunca	<input type="checkbox"/> 1 Una vez	<input type="checkbox"/> 2 2-3x	<input type="checkbox"/> 3 4+
b. Hizo otros comentarios de autodepreciación	<input type="checkbox"/> 0 Nunca	<input type="checkbox"/> 1 Una vez	<input type="checkbox"/> 2 2-3x	<input type="checkbox"/> 3 4+
c. Mostró angustia emocional por su desempeño / habilidades cognitivas	<input type="checkbox"/> 0 Nunca	<input type="checkbox"/> 1 Una vez	<input type="checkbox"/> 2 2-3x	<input type="checkbox"/> 3 4+
2. Mostró muy poca cohibición / vergüenza de sí mismo:	<input type="checkbox"/> 0 En absoluto	<input type="checkbox"/> 1 Un poco	<input type="checkbox"/> 2 Moderado	<input type="checkbox"/> 3 Severo
a. Se desvistió indecorosamente (se quitó los zapatos, cinturón, pantalones, etc.; se levantó la camisa, etc.)	<input type="checkbox"/> 0 Nunca	<input type="checkbox"/> 1 Una vez	<input type="checkbox"/> 2 2-3x	<input type="checkbox"/> 3 4+
b. Eructó, tuvo flatulencia, o se escarbó la nariz sin disculparse	<input type="checkbox"/> 0 Nunca	<input type="checkbox"/> 1 Una vez	<input type="checkbox"/> 2 2-3x	<input type="checkbox"/> 3 4+
c. Se rió tontamente, o hizo algún comentario o ruido infantil / inmaduro	<input type="checkbox"/> 0 Nunca	<input type="checkbox"/> 1 Una vez	<input type="checkbox"/> 2 2-3x	<input type="checkbox"/> 3 4+
3. Insensible a la vergüenza o privacidad de otros	<input type="checkbox"/> 0 En absoluto	<input type="checkbox"/> 1 Un poco	<input type="checkbox"/> 2 Moderado	<input type="checkbox"/> 3 Severo
a. Insultó o hizo un comentario negativo sobre el examinador	<input type="checkbox"/> 0 Nunca	<input type="checkbox"/> 1 Una vez	<input type="checkbox"/> 2 2-3x	<input type="checkbox"/> 3 4+
b. Hizo un comentario embarazoso sobre el examinador	<input type="checkbox"/> 0 Nunca	<input type="checkbox"/> 1 Una vez	<input type="checkbox"/> 2 2-3x	<input type="checkbox"/> 3 4+
c. Hizo un chiste inapropiado o embarazoso	<input type="checkbox"/> 0 Nunca	<input type="checkbox"/> 1 Una vez	<input type="checkbox"/> 2 2-3x	<input type="checkbox"/> 3 4+

¹Reproducido con permiso del autor, Katherine Rankin, PhD; no se puede copiar o distribuir sin autorización del autor. Formulario creado como parte del Módulo FTLD de la Base de Datos Uniforme del Centro Coordinador Nacional de Alzheimer, copyright 2013 Universidad de Washington.

4. No logró adaptarse / adherirse a la estructura de la evaluación establecida por el examinador:	<input type="checkbox"/> 0 En absoluto	<input type="checkbox"/> 1 Un poco	<input type="checkbox"/> 2 Moderado	<input type="checkbox"/> 3 Severo
a. Resistió redirección mientras entablaba un monólogo verbal	<input type="checkbox"/> 0 Nunca	<input type="checkbox"/> 1 Una vez	<input type="checkbox"/> 2 2-3x	<input type="checkbox"/> 3 4+
b. Interrumpió al examinador	<input type="checkbox"/> 0 Nunca	<input type="checkbox"/> 1 Una vez	<input type="checkbox"/> 2 2-3x	<input type="checkbox"/> 3 4+
c. Expresó el deseo de abandonar la evaluación de manera prematura	<input type="checkbox"/> 0 Nunca	<input type="checkbox"/> 1 Una vez	<input type="checkbox"/> 2 2-3x	<input type="checkbox"/> 3 4+
d. Intento físicamente de abandonar la evaluación de manera prematura	<input type="checkbox"/> 0 Nunca	<input type="checkbox"/> 1 Una vez	<input type="checkbox"/> 2 2-3x	<input type="checkbox"/> 3 4+
e. No logró mantener el tema de la discusión, inició digresión en el discurso	<input type="checkbox"/> 0 Nunca	<input type="checkbox"/> 1 Una vez	<input type="checkbox"/> 2 2-3x	<input type="checkbox"/> 3 4+
f. Exigió que el protocolo de la prueba se rompiera para él/ella (por ejemplo, insistió en completar un ítem después de indicarle que terminara, intentó hacer trampa, intentó dar la vuelta a la página para ver el siguiente ítem en contra de la petición expresa del examinador, etc.)	<input type="checkbox"/> 0 Nunca	<input type="checkbox"/> 1 Una vez	<input type="checkbox"/> 2 2-3x	<input type="checkbox"/> 3 4+
5. Se preocupó por el tiempo o mantuvo un horario estricto:	<input type="checkbox"/> 0 En absoluto	<input type="checkbox"/> 1 Un poco	<input type="checkbox"/> 2 Moderado	<input type="checkbox"/> 3 Severo
a. Le recordó al examinador a qué hora debía terminarse la evaluación	<input type="checkbox"/> 0 Nunca	<input type="checkbox"/> 1 Una vez	<input type="checkbox"/> 2 2-3x	<input type="checkbox"/> 3 4+
6. Actuó de manera excesivamente dependiente:	<input type="checkbox"/> 0 En absoluto	<input type="checkbox"/> 1 Un poco	<input type="checkbox"/> 2 Moderado	<input type="checkbox"/> 3 Severo
a. Mencionó la ausencia del cuidador o preguntó cuándo volvería el cuidador	<input type="checkbox"/> 0 Nunca	<input type="checkbox"/> 1 Una vez	<input type="checkbox"/> 2 2-3x	<input type="checkbox"/> 3 4+
b. Pidió retroalimentación sobre su desempeño	<input type="checkbox"/> 0 Nunca	<input type="checkbox"/> 1 Una vez	<input type="checkbox"/> 2 2-3x	<input type="checkbox"/> 3 4+
c. Mostró frustración cuando el examinador no le dio retroalimentación explícita	<input type="checkbox"/> 0 Nunca	<input type="checkbox"/> 1 Una vez	<input type="checkbox"/> 2 2-3x	<input type="checkbox"/> 3 4+
7. Estaba angustiado/a:	<input type="checkbox"/> 0 En absoluto	<input type="checkbox"/> 1 Un poco	<input type="checkbox"/> 2 Moderado	<input type="checkbox"/> 3 Severo
a. Mencionó que estaba angustiado/a por la prueba / ansiedad por su desempeño	<input type="checkbox"/> 0 Nunca	<input type="checkbox"/> 1 Una vez	<input type="checkbox"/> 2 2-3x	<input type="checkbox"/> 3 4+
b. Mencionó que estaba nervioso/a por el diagnóstico o pronóstico	<input type="checkbox"/> 0 Nunca	<input type="checkbox"/> 1 Una vez	<input type="checkbox"/> 2 2-3x	<input type="checkbox"/> 3 4+
8. Estaba ligado a los estímulos (“stimulus-bound”):	<input type="checkbox"/> 0 En absoluto	<input type="checkbox"/> 1 Un poco	<input type="checkbox"/> 2 Moderado	<input type="checkbox"/> 3 Severo
a. Cometió errores ligados al estímulo en la pruebas	<input type="checkbox"/> 0 Nunca	<input type="checkbox"/> 1 Una vez	<input type="checkbox"/> 2 2-3x	<input type="checkbox"/> 3 4+
b. Tomó un objeto de la mesa sin necesidad	<input type="checkbox"/> 0 Nunca	<input type="checkbox"/> 1 Una vez	<input type="checkbox"/> 2 2-3x	<input type="checkbox"/> 3 4+
c. Habla circunstancial; demasiado enfocado en detalles, demasiado extenso	<input type="checkbox"/> 0 Nunca	<input type="checkbox"/> 1 Una vez	<input type="checkbox"/> 2 2-3x	<input type="checkbox"/> 3 4+
9. Fue perseverativo	<input type="checkbox"/> 0 En absoluto	<input type="checkbox"/> 1 Un poco	<input type="checkbox"/> 2 Moderado	<input type="checkbox"/> 3 Severo
a. Repitió una respuesta previa en la evaluación	<input type="checkbox"/> 0 Nunca	<input type="checkbox"/> 1 Una vez	<input type="checkbox"/> 2 2-3x	<input type="checkbox"/> 3 4+
b. Repitió una anécdota	<input type="checkbox"/> 0 Nunca	<input type="checkbox"/> 1 Una vez	<input type="checkbox"/> 2 2-3x	<input type="checkbox"/> 3 4+

¹Reproducido con permiso del autor, Katherine Rankin, PhD; no se puede copiar o distribuir sin autorización del autor. Formulario creado como parte del Modulo FTLD de la Base de Datos Uniforme del Centro Coordinador Nacional de Alzheimer, copyright 2013 Universidad de Washington.

10. Demostró iniciación disminuida:	<input type="checkbox"/> 0 En absoluto	<input type="checkbox"/> 1 Un poco	<input type="checkbox"/> 2 Moderado	<input type="checkbox"/> 3 Severo
a. Comenzó sus respuestas de manera notablemente retrasada (no a causa de lentitud general)	<input type="checkbox"/> 0 Nunca	<input type="checkbox"/> 1 Una vez	<input type="checkbox"/> 2 2-3x	<input type="checkbox"/> 3 4+
b. Necesitó incitación verbal adicional para iniciar la tarea	<input type="checkbox"/> 0 Nunca	<input type="checkbox"/> 1 Una vez	<input type="checkbox"/> 2 2-3x	<input type="checkbox"/> 3 4+
11. Mostró un nivel fluctuante de habilidad cognitiva durante las sesiones sin importar la complejidad del material (por ejemplo, a veces era coherente y a veces tenía una dificultad notable para comprender):	<input type="checkbox"/> 0 En absoluto	<input type="checkbox"/> 1 Un poco	<input type="checkbox"/> 2 Moderado	<input type="checkbox"/> 3 Severo
a. Perdió concentración en la tarea / se olvidó de las instrucciones después de completar la tarea correctamente	<input type="checkbox"/> 0 Nunca	<input type="checkbox"/> 1 Una vez	<input type="checkbox"/> 2 2-3x	<input type="checkbox"/> 3 4+
b. Repitió las reglas para sí mismo/a varias veces durante la prueba	<input type="checkbox"/> 0 Nunca	<input type="checkbox"/> 1 Una vez	<input type="checkbox"/> 2 2-3x	<input type="checkbox"/> 3 4+
c. Perdió el hilo al conversar o responder (demostró bloqueo del pensamiento)	<input type="checkbox"/> 0 Nunca	<input type="checkbox"/> 1 Una vez	<input type="checkbox"/> 2 2-3x	<input type="checkbox"/> 3 4+
12. Fue demasiado revelador o inapropiadamente familiar:	<input type="checkbox"/> 0 En absoluto	<input type="checkbox"/> 1 Un poco	<input type="checkbox"/> 2 Moderado	<input type="checkbox"/> 3 Severo
a. Espontáneamente reveló información inapropiadamente personal (solo) sobre sí mismo/a	<input type="checkbox"/> 0 Nunca	<input type="checkbox"/> 1 Una vez	<input type="checkbox"/> 2 2-3x	<input type="checkbox"/> 3 4+
b. Espontáneamente reveló información inapropiadamente personal sobre un familiar o amigo (también puede incluir al sujeto)	<input type="checkbox"/> 0 Nunca	<input type="checkbox"/> 1 Una vez	<input type="checkbox"/> 2 2-3x	<input type="checkbox"/> 3 4+
c. Se paró o se inclinó demasiado cerca al examinador (entró claramente en el espacio personal del examinador)	<input type="checkbox"/> 0 Nunca	<input type="checkbox"/> 1 Una vez	<input type="checkbox"/> 2 2-3x	<input type="checkbox"/> 3 4+
d. Tocó al examinador	<input type="checkbox"/> 0 Nunca	<input type="checkbox"/> 1 Una vez	<input type="checkbox"/> 2 2-3x	<input type="checkbox"/> 3 4+
13. Mostró disminución en el interés social / emocional:	<input type="checkbox"/> 0 En absoluto	<input type="checkbox"/> 1 Un poco	<input type="checkbox"/> 2 Moderado	<input type="checkbox"/> 3 Severo
14. Mostró reactividad emocional exagerada / lábil:	<input type="checkbox"/> 0 En absoluto	<input type="checkbox"/> 1 Un poco	<input type="checkbox"/> 2 Moderado	<input type="checkbox"/> 3 Severo

Rankin (2010)

15. PUNTAJE TOTAL DE DESCRIPTORES (0–42):	_____
16. PUNTAJE DE CONDUCTAS (0–105):	_____

<p>17. DURACIÓN DE LA SESIÓN COMPLETA DE LAS PRUEBAS NEUROPSICOLÓGICAS DE FTLD:</p> <p>Ingrese en minutos la duración aproximada de la evaluación en la que se basaron sus respuestas a este cuestionario. Esto debe incluir, como mínimo, el tiempo que se gastó en todas las pruebas de la batería neuropsicológica de FTLD (todas las pruebas anotadas en el Formulario C1F, más el Formulario C2F), igual que el tiempo que se gastó en la administración de cualquier otra prueba neuropsicológica.</p>	_____
---	-------

¹Reproducido con permiso del autor, Katherine Rankin, PhD; no se puede copiar o distribuir sin autorización del autor. Formulario creado como parte del Modulo FTLD de la Base de Datos Uniforme del Centro Coordinador Nacional de Alzheimer, copyright 2013 Universidad de Washington.

Formulario C4F: Escala de Inhibición Conductual¹ CUESTIONARIO PARA EL INFORMANTE

INSTRUCCIONES PARA EL CENTRO

Este cuestionario está diseñado para completarse **de forma independiente por el informante**, quien debe describir la conducta típica actual del sujeto. Este formulario puede ser entregado al informante para que él/ella lo complete en cualquier momento de la visita de estudio. Dígale al sujeto que “No sé” y “No se aplica” no son respuestas aceptables para ninguno de los ítems. Si el informante pide clarificación a las preguntas, es aceptable que un psicólogo o psicómetra calificado discuta el cuestionario con él o ella. No obstante, si el informante completa este cuestionario en colaboración con el personal clínico, sea cara a cara o por teléfono, **usted debe informar al NACC sobre este cambio de protocolo** marcando la casilla correspondiente en el área gris reservada “PARA USO EXCLUSIVO DEL CENTRO MÉDICO” al comienzo del cuestionario.

Antes que el informante termine la evaluación, el personal clínico debe asegurarse que el informante haya completado todas las preguntas (es decir, que ninguna haya quedado en blanco) y debe discutir los ítems faltantes con el informante para animarlo/a a que de una respuesta. Si esto no se hace, y más tarde se descubre que el informante se saltó algunos ítems, el personal clínico debe llamar al informante lo antes posible y completar los ítems faltantes por teléfono. En este caso, se considera que el cuestionario no se completó de forma independiente por el informante. La respuesta apropiada, en el área gris de la parte superior del formulario, sería entonces: “Este cuestionario se completó por el personal clínico a través de una entrevista telefónica con el informante”.

Si todavía quedan ítems faltantes, estos deben quedar en blanco, y se debe ingresar “88” como puntaje final.

¹Copyright 1994 © por la American Psychological Association. Adaptado con permiso. La cita oficial que debe ser utilizada para referenciar este material es: Tabla 1 (adaptada), p. 323, en Carver C. S., White, T. L. (1994). Behavioral inhibition, behavioral activation, and affective responses to impending reward and punishment: The BIS/BAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67 (2), 319-333. doi: 10.1037/0022-3514.67.2.319. No se permite la distribución o reproducción sin el permiso escrito de la American Psychological Association.

PAQUETE DE VISITA DE SEGUIMIENTO BASE DE DATOS UNIFORMES DEL NACC (UDS) — **MÓDULO FTLD**

Formulario C4F: Escala de Inhibición Conductual¹

PARA USO EXCLUSIVO DEL CENTRO MÉDICO:

Centro: _____ ID del sujeto: _____
 Fecha del formulario: ____ / ____ / _____ Visita No.: _____ Iniciales del examinador: _____

ESTE CUESTIONARIO SE COMPLETO:

- 0 Independientemente por el informante, como está descrito en "Instrucciones para el Centro"
- 1 Por el personal clínico a través de una entrevista cara a cara con el informante
- 2 Por el personal clínico a través de una entrevista telefónica con el informante

INSTRUCCIONES: Indique qué tan bien describe cada afirmación la conducta **ACTUAL** del sujeto. No hay respuestas correctas o incorrectas; solo queremos conocer su impresión sobre la conducta típica del sujeto.

Si tiene preguntas sobre cómo completar este cuestionario, por favor pregunte al personal, y ellos le ayudarán con gusto.

	En total desacuerdo (1)	En desacuerdo (2)	De acuerdo (3)	Totalmente de acuerdo (4)
1. Si el sujeto piensa que algo desagradable va a pasar, él/ella generalmente se pone bastante alterado/a.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2. El sujeto se preocupa por cometer errores.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
3. La crítica o el regaño le duelen bastante al sujeto.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
4. El sujeto se preocupa o se altera bastante cuando piensa que alguien está enfadado con él/ella.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
5. Aun cuando algo malo está a punto de pasar con el sujeto, él/ella raras veces siente miedo o nerviosismo.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
6. El sujeto siente preocupación cuando piensa que se ha desempeñado mal en algo.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
7. El sujeto tiene muy pocos miedos comparado/a con sus amigos.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

¹Copyright 1994 © por la American Psychological Association. Adaptado con permiso. La cita oficial que debe ser utilizada para referenciar este material es: Tabla 1 (adaptada), p. 323, en Carver C. S., White, T. L. (1994). Behavioral inhibition, behavioral activation, and affective responses to impending reward and punishment: The BIS/BAS Scales. Journal of Personality and Social Psychology, 67 (2), 319-333. doi: 10.1037/0022-3514.67.2.319. No se permite la distribución o reproducción sin el permiso escrito de la American Psychological Association.

PARA USO EXCLUSIVO DEL CENTRO MÉDICO:

8. Puntaje total de BIS (7–28, 88=No sabe): _____

Formulario C5F: Índice de Reactividad Personal¹ CUESTIONARIO PARA EL INFORMANTE

INSTRUCCIONES PARA EL CENTRO

Este cuestionario está diseñado para completarse **de forma independiente por el informante**, quien debe describir la conducta típica actual del sujeto. Este formulario puede ser entregado al informante para que él/ella lo complete en cualquier momento de la visita de estudio. Dígame al sujeto que “No sé” y “No se aplica” no son respuestas aceptables para ninguno de los ítems. Si el informante pide clarificación a las preguntas, es aceptable que un psicólogo o psicómetra calificado discuta el cuestionario con él o ella. No obstante, si el informante completa este cuestionario en colaboración con el personal clínico, sea cara a cara o por teléfono, **usted debe informar al NACC sobre este cambio de protocolo** marcando la casilla correspondiente en el área gris reservada “PARA USO EXCLUSIVO DEL CENTRO MÉDICO” al comienzo del cuestionario.

Antes que el informante termine la evaluación, el personal clínico debe asegurarse que el informante haya completado todas las preguntas (es decir, que ninguna haya quedado en blanco) y debe discutir los ítems faltantes con el informante para animarlo/a a que de una respuesta. Si esto no se hace, y más tarde se descubre que el informante se saltó algunos ítems, el personal clínico debe llamar al informante lo antes posible y completar los ítems faltantes por teléfono. En este caso, se considera que el cuestionario no se completó de forma independiente por el informante. La respuesta apropiada, en el área gris de la parte superior del formulario, sería entonces: “Este cuestionario se completó por el personal clínico a través de una entrevista telefónica con el informante”.

Si todavía quedan ítems faltantes, estos deben quedar en blanco, y se debe ingresar “88” para los puntajes de Preocupación Empática (PE) y Toma de Perspectiva (TP).

¹Reproducido con permiso del autor, Mark H. Davis, Ph.D.; se prohíbe la copia o distribución sin permiso del autor. Formulario creado como parte del Modulo FTLD de la Base de Datos Uniforme del Centro Coordinador Nacional de Alzheimer, copyright 2013 Universidad de Washington

Formulario C5F: Índice de Reactividad Personal¹ CUESTIONARIO PARA EL INFORMANTE

PARA USO EXCLUSIVO DEL CENTRO MÉDICO:

Centro: _____ ID del sujeto: _____ Fecha de formulario: ____/____/____

Visita No.: _____ Iniciales del examinador: _____

ESTE CUESTIONARIO SE COMPLETO:

- 0 Independientemente por el informante, como está descrito en "Instrucciones para el Centro"
- 1 Por el personal clínico a través de una entrevista cara a cara con el informante
- 2 Por el personal clínico a través de una entrevista telefónica con el informante

Por favor, suministre la siguiente información sobre sí mismo/a:

Su género:

- 1 Hombre
- 2 Mujer

Fecha de nacimiento (mes/año):

____/____

Relación con el sujeto:

- 1 Esposo/a o compañero/a permanente
- 2 Hijo/a
- 3 Nuera o yerno
- 4 Padre/madre
- 5 Hermano/a
- 6 Otro (otro familiar, amigo, vecino, enfermero pagado)

INSTRUCCIONES: Indique qué tan bien describe cada afirmación la conducta **ACTUAL** del sujeto. **No hay respuestas correctas o incorrectas; solo queremos conocer su impresión sobre la conducta típica del sujeto.**

Si tiene preguntas sobre cómo completar este cuestionario, por favor pregunte al personal, y ellos le ayudarán con gusto.

NO describe bien ←-----→ Describe MUY bien

	NO describe bien				Describe MUY bien
1. El sujeto muestra sentimientos tiernos y preocupación por personas menos afortunadas que él/ella.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Al sujeto a veces le parece difícil ver las cosas desde el punto de vista del "otro".	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. A veces el sujeto NO siente pena por otras personas cuando tienen problemas.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Cuando hay un desacuerdo, el sujeto intenta ver el punto de vista de cada persona antes de tomar una decisión.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. Cuando el sujeto ve que se aprovechan de alguien, tiene sentimientos de protección hacia esta persona.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. El sujeto intenta entender mejor a otras personas imaginando como se ven las cosas desde su perspectiva.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7. La desgracia de otras personas generalmente NO altera mucho al sujeto.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

¹Reproducido con permiso del autor, Mark H. Davis, Ph.D.; se prohíbe la copia o distribución sin permiso del autor. Formulario creado como parte del Modulo FTLD de la Base de Datos Uniforme del Centro Coordinador Nacional de Alzheimer, copyright 2013 Universidad de Washington

	NO describe bien	←-----→			Describe MUY bien
8. Si el sujeto está seguro de que tiene razón sobre algo, no pierde mucho tiempo escuchando los argumentos de otras personas.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9. Si el sujeto ve que tratan a una persona de manera injusta, no siente mucha lástima por él/ella.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10. Con frecuencia, el sujeto se emociona por cosas que ve pasar.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11. El sujeto cree que cada asunto tiene dos caras y trata de ver ambas.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
12. Yo describiría al sujeto como una persona bastante compasiva.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
13. Si el sujeto está enfadado con alguien, generalmente trata de ponerse "en los zapatos" de esta persona por un rato.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
14. Antes de criticarme, el sujeto tiende a imaginar cómo se sentiría si estuviera en mi lugar.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

¹Davis MH. *Measuring individual differences in empathy: evidence for a multidimensional approach*. J Pers Soc Psychol 1983; 44(1):113-126.

PARA USO EXCLUSIVO DEL CENTRO MÉDICO:

15. Puntaje de Preocupación Empática (PE) (7–35, 88=No sabe):

16. Puntaje de Toma de Perspectiva (TP) (7–35, 88=No sabe):

Formulario C6F: Escala Revisada de Auto-Monitoreo¹ CUESTIONARIO PARA EL INFORMANTE

INSTRUCCIONES PARA EL CENTRO

Este cuestionario está diseñado para completarse **de forma independiente por el informante**, quien debe describir la conducta típica actual del sujeto. Este formulario puede ser entregado al informante para que él/ella lo complete en cualquier momento de la visita de estudio. Dígame al sujeto que “No sé” y “No se aplica” no son respuestas aceptables para ninguno de los ítems. Si el informante pide clarificación a las preguntas, es aceptable que un psicólogo o psicómetra calificado discuta el cuestionario con él o ella. No obstante, si el informante completa este cuestionario en colaboración con el personal clínico, sea cara a cara o por teléfono, **usted debe informar al NACC sobre este cambio de protocolo** marcando la casilla correspondiente en el área gris reservada “PARA USO EXCLUSIVO DEL CENTRO MÉDICO” al comienzo del cuestionario.

Antes que el informante termine la evaluación, el personal clínico debe asegurarse que el informante haya completado todas las preguntas (es decir, que ninguna haya quedado en blanco) y debe discutir los ítems faltantes con el informante para animarlo/a a que de una respuesta. Si esto no se hace, y más tarde se descubre que el informante se saltó algunos ítems, el personal clínico debe llamar al informante lo antes posible y completar los ítems faltantes por teléfono. En este caso, se considera que el cuestionario no se completó de forma independiente por el informante. La respuesta apropiada, en el área gris de la parte superior del formulario, sería entonces: “Este cuestionario se completó por el personal clínico a través de una entrevista telefónica con el informante”.

Si todavía quedan ítems faltantes, estos deben quedar en blanco, y se debe ingresar “88” para los puntajes de Sensibilidad a la Expresividad Socio-Emocional (ES), puntaje de Capacidad para Modificar Auto-Presentación (AP) y el puntaje total de la ERAM.

¹Copyright © 1984 por la American Psychological Association. Adaptado con permiso. La cita oficial que se debe utilizar para referenciar este material es: Tabla 9 (adaptada), p. 1361, de Revisión of the Self-Monitoring Scale. Lennox, Richard D.; Wolfe, Raymond N. Journal of Personality and Social Psychology, Vol. 46(6), Jun 1984, 1349-1364. doi: 10.1037/0022-3514.46.6.1349. No se permite la distribución o reproducción sin el permiso escrito de la American Psychological Association.

Formulario C6F: Escala Revisada de Auto-Monitoreo¹ CUESTIONARIO PARA EL INFORMANTE

PARA USO EXCLUSIVO DEL CENTRO MÉDICO:

Centro: _____ ID del sujeto: _____
 Fecha del formulario: ____/____/____ Visita No.: _____ Iniciales del examinador: _____

ESTE CUESTIONARIO SE COMPLETO:

- 0 Independientemente por el informante, como está descrito en "Instrucciones para el Centro"
- 1 Por el personal clínico a través de una entrevista cara a cara con el informante
- 2 Por el personal clínico a través de una entrevista telefónica con el informante

INSTRUCCIONES: Indique qué tan bien describe cada afirmación la conducta **ACTUAL** del sujeto. No hay respuestas correctas o incorrectas; solo queremos conocer su impresión sobre la conducta típica del sujeto. Si tiene preguntas sobre cómo completar este cuestionario, por favor pregunte al personal, y ellos le ayudarán con gusto.

	Siempre falso (0)	Generalmente falso (1)	En cierto modo falso, pero con excepciones (2)	En cierto modo verdadero, pero con excepciones (3)	Generalmente verdadero (4)	Siempre verdadero (5)
1. En situaciones sociales, el sujeto tiene la capacidad de alterar su comportamiento si él/ella siente que otra conducta es adecuada.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Generalmente, el sujeto es capaz de leer las emociones verdaderas en los ojos de otras personas.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. El sujeto es capaz de controlar su forma de presentarse a otras personas, según la impresión que él/ella quiere darles.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. En conversaciones, el sujeto es sensible incluso al más mínimo cambio en la expresión facial de la persona con quien está conversando.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. Los poderes de intuición del sujeto son muy buenos a la hora de comprender a los demás.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. El sujeto generalmente se da cuenta si otros consideran que una broma es de mal gusto, aun cuando ellos se rían de forma convincente.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7. Cuando el sujeto siente que la imagen que él/ella está proyectando no funciona, puede cambiar fácilmente a otra que lo haga.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

¹Copyright © 1984 por la American Psychological Association. Adaptado con permiso. La cita oficial que se debe utilizar para referenciar este material es: Tabla 9 (adaptada), p. 1361, de Revisión of the Self-Monitoring Scale. Lennox, Richard D.; Wolfe, Raymond N. Journal of Personality and Social Psychology, Vol. 46(6), Jun 1984, 1349-1364. doi: 10.1037/0022-3514.46.6.1349. No se permite la distribución o reproducción sin el permiso escrito de la American Psychological Association.

	Siempre falso (0)	Generalmente falso (1)	En cierto modo falso, pero con excepciones (2)	En cierto modo verdadero, pero con excepciones (3)	Generalmente verdadero (4)	Siempre verdadero (5)
8. El sujeto usualmente se da cuenta si dijo algo inapropiado, al leer los ojos del oyente.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9. El sujeto tiene problemas para cambiar su comportamiento para adaptarse a diferentes personas y situaciones.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10. El sujeto puede ajustar su comportamiento para satisfacer los requisitos de cualquier situación en la que se encuentre.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11. Si alguien le miente al sujeto, él/ella usualmente lo sabe por la actitud o expresión de esa persona.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
12. Aun cuando podría ser beneficioso, el sujeto tiene dificultad para poner buena cara.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
13. Una vez el sujeto sabe lo que la situación requiere, es fácil para él/ella regular sus acciones según corresponda.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

¹Copyright © 1984 por la American Psychological Association. Adaptado con permiso. La cita oficial que se debe utilizar para referenciar este material es: Tabla 9 (adaptada), p. 1361, de Revisión of the Self-Monitoring Scale. Lennox, Richard D.; Wolfe, Raymond N. Journal of Personality and Social Psychology, Vol. 46(6), Jun 1984, 1349-1364. doi: 10.1037/0022-3514.46.6.1349. No se permite la distribución o reproducción sin el permiso escrito de la American Psychological Association.

PARA USO EXCLUSIVO DEL CENTRO MÉDICO:

14. Puntaje de Sensibilidad a la Expresividad Socio-Emocional (ES) (0–30, 88=No sabe): _____
15. Puntaje de Capacidad para Modificar la Auto-Presentación (AP) (0–35, 88=No sabe): _____
16. Puntaje Total de ERAM (0–65, 88=No sabe): _____

PAQUETE DE VISITA DE SEGUIMIENTO BASE DE DATOS UNIFORMES DEL NACC (UDS) — **MÓDULO FTLD**

Formulario E2F: Imágenes Disponibles

Centro: _____ ID del sujeto: _____

Fecha del formulario: ___/___/_____ Visita No.: _____ Iniciales del examinador: _____

INSTRUCCIONES: Este formulario debe ser completado por el médico o el especialista en imágenes que interpreta la imagen. Para clarificación y ejemplos adicionales, véase el Guía de Codificación del Módulo FTLD para el Paquete de Visita de Seguimiento, Formulario E2F. Marque una sola casilla por pregunta.

<p>1. ¿Existe una imagen de resonancia magnética (RM) estructural — obtenida como parte de la evaluación actual o de una evaluación previa aun no registrada — disponible con el fin de compartir datos? (REPORTE LA MAS RECIENTE)</p>	<p><input type="checkbox"/> 0 No</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Sí</p>
<p>SI SÍ, complete 1a--1f; si no, proceda a la Pregunta 2.</p>	
<p>1a. Fecha de la imagen (Día / mes / año): <i>NOTA: un valor de 99 (desconocido) es aceptable solo para el día.</i></p>	<p>___ / ___ / _____</p>
<p>1b. ¿Está en formato DICOM o en otro formato electrónico?</p>	<p><input type="checkbox"/> 0 No</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Sí (especificar el formato): _____</p> <p><input type="checkbox"/> 9 Desconocido</p>
<p>1c. ¿Se utilizó el protocolo ADNI?</p>	<p><input type="checkbox"/> 0 No</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Sí <i>Versión de ADNI:</i> _____</p> <p><input type="checkbox"/> 9 Desconocido</p>
<p>1d. Fabricante del resonador:</p>	<p><input type="checkbox"/> 1 GE</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Siemens</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Philips</p> <p><input type="checkbox"/> 4 Otro _____</p> <p><input type="checkbox"/> 9 Desconocido</p>
<p>1d1. Modelo del resonador:</p>	<p>_____</p>

<p>1e. Fuerza del campo:</p>	<p><input type="checkbox"/> 1 1.5T <input type="checkbox"/> 2 3T <input type="checkbox"/> 3 7T <input type="checkbox"/> 4 Otro: _____ <input type="checkbox"/> 9 Desconocido</p>
<p>1f. ¿Existen resultados disponibles de análisis cuantitativos de la imagen?</p>	<p><input type="checkbox"/> 0 No <input type="checkbox"/> 1 Sí</p>
<p>2. ¿Existe una imagen de FDG-PET — obtenida como parte de la evaluación actual o de una evaluación previa aun no registrada — disponible con el fin de compartir datos? (REPORTE LA MAS RECIENTE)</p>	<p><input type="checkbox"/> 0 No <input type="checkbox"/> 1 Sí</p>
<p>SI SÍ, complete 2a—2e; si no, proceda a la Pregunta 3.</p>	
<p>2a. Fecha de la imagen (Día / mes / año): <i>NOTA: un valor de 99 (desconocido) es aceptable solo para el día.</i></p>	<p>____ / ____ / _____</p>
<p>2b. ¿Está en formato DICOM o en otro formato electrónico?</p>	<p><input type="checkbox"/> 0 No <input type="checkbox"/> 1 Sí (especificar el formato): _____ <input type="checkbox"/> 9 Desconocido</p>
<p>2c. ¿Se utilizó el protocolo ADNI?</p>	<p><input type="checkbox"/> 0 No <input type="checkbox"/> 1 Sí <i>Versión de ADNI:</i> _____ <input type="checkbox"/> 9 Desconocido</p>
<p>2d. Fabricante del resonador:</p>	<p><input type="checkbox"/> 1 GE <input type="checkbox"/> 2 Siemens <input type="checkbox"/> 3 Philips <input type="checkbox"/> 4 Otro: _____ <input type="checkbox"/> 9 Desconocido</p>
<p>2d1. Modelo del resonador:</p>	<p>_____</p>
<p>2e. ¿Existen resultados disponibles de análisis cuantitativos de la imagen?</p>	<p><input type="checkbox"/> 0 No <input type="checkbox"/> 1 Sí</p>

<p>3. ¿Existe una imagen de PET amiloide — obtenida como parte de la evaluación actual o de una evaluación previa aun no registrada — disponible con el fin de compartir datos? (REPORTE LA MAS RECIENTE)</p>	<p><input type="checkbox"/> 0 No <input type="checkbox"/> 1 Sí</p>
<p>SI SÍ, complete 3a—3f; si no, proceda a la Pregunta 4.</p>	
<p>3a. Fecha de la imagen (Día / mes / año): <i>NOTA: un valor de 99 (desconocido) es aceptable solo para el día.</i></p>	<p>____ / ____ / _____</p>
<p>3b. ¿Está en formato DICOM o en otro formato electrónico?</p>	<p><input type="checkbox"/> 0 No <input type="checkbox"/> 1 Sí (especificar el formato): _____ <input type="checkbox"/> 9 Desconocido</p>
<p>3c. Ligando utilizado:</p>	<p><input type="checkbox"/> 1 11C-PIB <input type="checkbox"/> 2 18F-AV45 <input type="checkbox"/> 3 Otro (especificar): _____ <input type="checkbox"/> 9 Desconocido</p>
<p>3d. ¿Se utilizó el protocolo ADNI?</p>	<p><input type="checkbox"/> 0 No <input type="checkbox"/> 1 Sí <i>ADNI version:</i> _____ <input type="checkbox"/> 9 Desconocido</p>
<p>3e. Fabricante del resonador:</p>	<p><input type="checkbox"/> 1 GE <input type="checkbox"/> 2 Siemens <input type="checkbox"/> 3 Philips <input type="checkbox"/> 4 Otro: _____ <input type="checkbox"/> 9 Desconocido</p>
<p>3e1. Modelo del resonador:</p>	<p>_____</p>
<p>3f. ¿Existen resultados disponibles de análisis cuantitativos de la imagen?</p>	<p><input type="checkbox"/> 0 No <input type="checkbox"/> 1 Sí</p>

<p>4. ¿Existen otras imágenes de PET o SPECT — obtenidas como parte de la evaluación actual o de una evaluación previa aun no registrada — disponibles con el fin de compartir datos? (REPORTE LA MAS RECIENTE)</p>	<p><input type="checkbox"/> 0 No</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Sí <i>(Si sí, identificar los tipos abajo)</i></p>
<p>SI SÍ, complete 4a–4d; si no, TERMINE EL FORMULARIO AQUÍ.</p>	
<p>4a. ¿Existe una imagen dopaminérgica disponible?</p>	<p><input type="checkbox"/> 0 No</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Sí</p> <p><input type="checkbox"/> 9 Desconocido</p>
<p>4b. ¿Existe una imagen serotoninérgica disponible?</p>	<p><input type="checkbox"/> 0 No</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Sí</p> <p><input type="checkbox"/> 9 Desconocido</p>
<p>4c. ¿Existe una imagen colinérgica disponible?</p>	<p><input type="checkbox"/> 0 No</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Sí</p> <p><input type="checkbox"/> 9 Desconocido</p>
<p>4d. ¿Existe otro tipo de imagen disponible?</p>	<p><input type="checkbox"/> 0 No</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Sí (ESPECIFIQUE):</p> <p>_____</p>

PAQUETE DE VISITA DE SEGUIMIENTO BASE DE DATOS UNIFORMES DEL NACC (UDS) — **MÓDULO FTLD**

Formulario E3F: Imágenes en el Diagnóstico

Centro: _____ ID del sujeto: _____

Fecha del formulario: ____/____/____ Visita No.: ____ Iniciales del examinador: ____

INSTRUCCIONES: Este formulario debe ser completado por el médico o el especialista en imágenes que interpreta la imagen. Para clarificación y ejemplos adicionales, véase el Guía de Codificación del Módulo FTLD para el Paquete de Visita de Seguimiento, Formulario E3F. Marque solo una casilla por pregunta.

	No	Sí	Desconocido
1. ¿Se obtuvieron imágenes para uso diagnóstico como parte de esta visita? Si la respuesta es "0 (No)", NO PROCEDA CON EL RESTO DE ESTE FORMULARIO.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	
RESONANCIA MAGNÉTICA ESTRUCTURAL			
2. ¿Se realizó una RM estructural? Si "No", PROCEDA A LA PREGUNTA 3	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	
2a. ¿Se detectó atrofia focal (más allá de lo que se puede esperar por edad) en inspección visual? Si "No" o "Desconocido", PROCEDA A LA PREGUNTA 3	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
¿Dónde se detectó la atrofia focal?			
2a1. Lóbulo frontal derecho	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
2a2. Lóbulo frontal izquierdo	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
2a3. Lóbulo temporal derecho	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
2a4. Lóbulo temporal izquierdo	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
2a5. Lóbulo temporal medial derecho	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
2a6. Lóbulo temporal medial izquierdo	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
2a7. Lóbulo parietal derecho	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
2a8. Lóbulo parietal izquierdo	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
2a9. Ganglios basales derechos	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
2a10. Ganglios basales izquierdos	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
2a11. Otra área del cerebro (especificar abajo): _____	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9

	No	Sí	Desconocido
FDG-PET			
3. ¿Se realizó una imagen FDG-PET? Si "No", PROCEDA A LA PREGUNTA 4	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	
3a. ¿Se detectó hipometabolismo focal en inspección visual? Si "No" o "Desconocido", PROCEDA A LA PREGUNTA 4	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
¿Dónde se detectó el hipometabolismo focal?			
3a1. Lóbulo frontal derecho	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
3a2. Lóbulo frontal izquierdo	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
3a3. Lóbulo temporal derecho	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
3a4. Lóbulo temporal izquierdo	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
3a5. Lóbulo temporal medial derecho	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
3a6. Lóbulo temporal medial izquierdo	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
3a7. Lóbulo parietal derecho	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
3a8. Lóbulo parietal izquierdo	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
3a9. Ganglios basales derechos	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
3a10. Ganglios basales izquierdos	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
3a11. Otra área del cerebro (especificar abajo): _____	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9

	No	Sí	Desconocido
PET AMILOIDE			
4. ¿Se realizó una imagen de PET amiloide? Si "No", PROCEDA A LA PREGUNTA 5	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	
4a. ¿Se detectó deposición de amiloide en inspección visual? Si "No" o "Desconocido", PROCEDA A LA PREGUNTA 5	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
¿Dónde se detectó la deposición de amiloide?			
4a1. Lóbulo frontal derecho	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
4a2. Lóbulo frontal izquierdo	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
4a3. Lóbulo temporal derecho	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
4a4. Lóbulo temporal izquierdo	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
4a5. Lóbulo temporal medial derecho	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9

	No	Sí	Desconocido
4a6. Lóbulo temporal medial izquierdo	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
4a7. Lóbulo parietal derecho	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
4a8. Lóbulo parietal izquierdo	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
4a9. Ganglios basales derechos	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
4a10. Ganglios basales izquierdos	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
4a11. Otra área del cerebro (especificar abajo): _____	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9

	No	Sí	Desconocido
CBF SPECT			
5. ¿Se realizó una imagen de CBF SPECT? Si "No", PROCEDA A LA PREGUNTA 6	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	
5a. ¿Se detectaron anomalías en inspección visual? Si "No" o "Desconocido", PROCEDA A LA PREGUNTA 6	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
¿Dónde se detectaron las anomalías?			
5a1. Lóbulo frontal derecho	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
5a2. Lóbulo frontal izquierdo	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
5a3. Lóbulo temporal derecho	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
5a4. Lóbulo temporal izquierdo	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
5a5. Lóbulo temporal medial derecho	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
5a6. Lóbulo temporal medial izquierdo	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
5a7. Lóbulo parietal derecho	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
5a8. Lóbulo parietal izquierdo	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
5a9. Ganglios basales derechos	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
5a10. Ganglios basales izquierdos	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
5a11. Otra área del cerebro (especificar abajo): _____	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9

	No	Sí	Desconocido
OTRAS IMAGENES			
6. ¿Se realizaron otras imágenes? Si "Sí", especificar: _____	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	