Núria Brunet Reverté

“Programa de estimulación cognitiva en pacientes mayores de 65 años con deterioro cognitivo leve/demencia leve: estudio piloto en la Asociación de Familiares del Alzheimer en la ciudad de Amposta.”

TRABAJO DE FIN DE MÁSTER

Dirigido por la Dra. Úrsula Catalán Santos

Máster de Envejecimiento y Salud

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Reus

2020

RESUMEN/*ABSTRACT*

INTRODUCCIÓN: La demencia es un síndrome mayormente de naturaleza crónica o progresiva, en el cual existe una alteración de múltiples funciones corticales superiores. El abordaje de la demencia debe ser integral, combinando tratamientos farmacológicos y no farmacológicos que mejoren la calidad de vida y enlentezcan la progresión de la demencia, su pérdida cognitiva y la funcional. Dentro de las terapias no farmacológicas los programas con más evidencias científicas son los de intervención cognitiva.

OBJETIVO: Evaluar la efectividad de la estimulación cognitiva en personas mayores de 65 años diagnosticados de deterioro cognitivo leve/demencia leve.

METODOLOGIA: Estudio piloto de intervención paralelo, controlado y aleatorizado en participantes con deterioro cognitivo leve y deterioro cognitivo moderado/demencia leve asignados en grupo intervención (n=9) y grupo control (n=9). La intervención fue grupal de duración de 1h 30 minutos, dos días por semana durante 7 semanas (en total 14 sesiones). Se utilizaron el Test MiniMental-Lobo para establecer el deterioro cognitivo, la escala de Blessed y el test de Lawton y Brody para el estado funcional y la escala de Yesavage para la depresión.

RESULTADOS: Después de la intervención, el grupo control no mostró diferencias antes y después de la intervención. En cambio, el grupo intervención mejoró significativamente el deterioro cognitivo (p=0,048) aunque se mantuvieron en el mismo rango (30-35=normalidad). Además, mejoraron el estado funcional (p=0,049) todo y que se mantuvieron en el mismo rango (4-14 sospecha de demencia).

CONCLUSIONES: El presente estudio ha demostrado la efectividad de la estimulación cognitiva en personas con deterioro cognitivo leve o moderado/demencia leve ya que ha aumentado el estado cognitivo y se han mantenido a nivel funcional y emocional. Además, los participantes mostraron una mejoría en la conducta, con un menor retraimiento y una menor irritabilidad aumentando el bienestar de la persona y de su familia.

PALABRAS CLAVE: estimulación cognitiva, deterioro cognitivo leve, demencia leve.

1.-INTRODUCCIÓN JUSTIFICATIVA

La población mundial está envejeciendo suponiendo un incremento de enfermedades no transmisibles, incluyendo la demencia (1,2). La demencia es un síndrome mayormente de naturaleza crónica o progresiva, en el cual hay una alteración de múltiples funciones corticales superiores incluyendo la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el lenguaje, la capacidad de aprender y de realizar cálculos, el comportamiento y la habilidad de realizar actividades de la vida diaria (1). La progresión de la enfermedad es heterogénea. En algunas personas la evolución se acelera más en algunas capacidades mientras conserva relativamente bien otras (3). Es devastadora no sólo para quienes la padecen sino también para sus cuidadores y familiares (1). Además produce un grave deterioro de la vida social, laboral y cotidiana de la persona afectada (3). Por eso decimos que la demencia es una afección costosa a nivel social, económico y de salud (1).

En la actualidad se estima que a nivel mundial 35,6 millones de personas viven con demencia y se prevé que esta cifra se habrá casi duplicado para el año 2030 y se triplicará para el 2050 (1). Entre un 2-10% de todos los casos de demencia comienzan antes de los 65 años (1). La prevalencia de la demencia aumenta con la edad (4) y se duplica con cada intervalo de 5 años después de los 65 años de edad (1). La demencia, a nivel mundial, es una de las principales causas de dependencia y discapacidad en la vejez y se le atribuye un 11,9% de los años vividos con discapacidad a causa de una enfermedad no transmisible (1). El número total de nuevos casos de demencia en todo el mundo es de casi 7,7 millones, lo cual implica un nuevo caso cada cuatro segundos (1).

Los síntomas psicológicos y de comportamiento (SCPD) como la apatía, la irritabilidad y los trastornos afectivos asociados a la demencia afectan profundamente la calidad de vida de las personas que la sufren y la de sus cuidadores (1,4). Los SCPD complican el curso evolutivo y son causa frecuente de institucionalización precoz y necesidad de tratamiento farmacológico que a veces empeora el déficit cognitivo siendo más frecuentes y graves a medida que la enfermedad progresa (5).

El número abrumador de personas cuyas vidas alteradas por la demencia, combinado con la impactante carga sobre las familias y las naciones hace que la demencia sea una prioridad de salud pública tanto por la Organización Mundial de la salud como por Alzheimer’s Disease International (1,6).

El abordaje de la demencia debe ser integral, combinado tratamientos farmacológicos y no farmacológicos que mejoren la calidad de vida y enlentezcan la progresión de la demencia, su pérdida cognitiva y la funcional (3,5). El manejo óptimo de la demencia debe adaptarse a cada paciente y a sus circunstancias específicas para poder adaptarse a medida que la enfermedad progresa (6). Dentro de las terapias no farmacológicas los programas con más evidencias científicas son los de intervención cognitiva (5) donde se centran en la **estimulación de las funciones cognitivas** (memoria, atención, lenguaje, funciones ejecutivas,...) a partir de las capacidades que la persona mantiene preservadas para una mejora de la calidad de vida tanto de la persona afectada como de la personas cuidadora y no las que ya ha perdido para evitar así la frustración (5,7). Todo esto contribuye a una mejora global de la conducta y estado de ánimo como consecuencia de una mejora de autoeficacia y autoestima (7). Una de las bases de la estimulación cognitiva es la capacidad plástica del cerebro, el potencial de reserva cerebral y los principios de la rehabilitación neuropsicológica para adaptarse a las demandas y restablecer el desequilibrio producido por una disfunción cerebral (8).

Las revisiones de la literatura científica sobre estimulación cognitiva definen el buen pronóstico de las intervenciones demostrando beneficios en la cognición, el estado de ánimo y/o en la funcionalidad y la calidad de vida de pacientes con demencia leve-moderada pero revelan la necesidad de más estudios científicos basados en la evidencia de los modelos, el desarrollo y los tratamientos que se usan para obtener resultados (4,5). Actualmente estas terapias se consolidan como una herramienta útil y con un razonamiento coste-efecto para mejorar las manifestaciones clínicas y la calidad de vida, tanto de la persona con demencia como de sus cuidadores (7). El resumen de la revisión bibliografica consultada así como de los principales resultados se encuentran descritos en la **Tabla 1**.

La combinación de diferentes actividades incluidas en un programa de estimulación cognitiva como tareas que impliquen lectoescritura, cálculo numérico, reconocimiento de sonidos y músicas, imágenes, objetos-formas con el tacto, lenguaje, memoria, atención-concentración, manualidades planteadas como actividades individuales o en grupo guiadas y supervisadas por un profesional son clave para la mejora global de la estimulación cognitiva así como de otros factores como la calidad de vida o el estado funcional (8). Así pues, es necesario un equipo multidisciplinar formado por psicólogos, neurólogos y enfermeras, para potenciar la estimulación cognitiva en todos sus ámbitos así como la implicación de entidades del tercer sector (como asociaciones de familiares) para abastecer las necesidades reales de la población anciana.

Tabla 1. Resumen bibliografía de estudios relacionados con la estimulación cognitiva en personas con demencia.

TíTULO DEL ARTÍCULO	LUGAR Y AÑO	POBLACIÓN DIANA	QUÉ EVALUAN	CÓMO EVALUAN	SESIONES
Effect of cognitive stimulation workshops on self-steem and cognition of olders adults	Brasil, 2018	Ancianos con deterioro cognitivo leve	Autoestima y cognición	MMSE y RSS	1 sesión/semana (3 meses)
Cognitive stimulation in patients with dementia: randomized controlled trial	Italia, 2013	Deterior cognitivo leve y moderado	Cognición , y síntomas de depresión geriátrica	MMSE y examen neuropsicológico breve para el estado cognitivo, escala Yesavage para la depresión,	2 sesiones/ semana (8 semanas), 1h por sesión
Effects of a cognitive stimulation program in working memory of patients with amnestic mild cognitive impairment	Colombia, 2010	Deterioro cognitivo leve amnésico	Cognición y funcionalidad	MMSE, Barthel	3 sesiones/ semana (24 sesiones), 1h por sesión
Results of group cognitive stimulation in mild cognitive impairment: preliminary estudy	Madrid, 2014	Deterioro cognitivo leve	Cognición , depresión geriátrica y funcionalidad	MMSE, Yesavage para la depresión y para la funcionalidad: IADL y FAQ	3 sesiones/ semana (8 semanas), 1h 30 min por sesión
Effectiveness of a cognitive stimulation program in a group of people with probable mild-phase Alzheimer's. Pilot study	Madrid, 2015	Probable enfermedad. Alzheimer fase leve	Cognición, funcionalidad y estado emocional	MMSE, barthel y escala demència Blessed para la esfera funcional y Yesavage para el estado emocional	1 sesión/ semana (9 meses), 2 h por sesión
Implementation of a cognitive stimulation program for people with Alzheimer disease: a pilot study in a Chilean elderly sample	Chile, 2012	Alzheimer fase leve-moderada	Cognición, calidad de vida y funcionalidad	MMSE y ADAS-Cog para la cognición, QOL-AD para la calidad de vida, Barthel para el estado funcional	2 sesiones/ semana (7 semanas), 45 min por sesión

MMSE, Mini examen del estado mental; RSS, escala autoestima de Rosenberg; IADL, *instrumental activities of daily living scale*; FAQ, *functional activities questionaire*; ADAS-Cog, *Alzheimer's disease Assesment Scale-Cognitive*; QOL-AD, *quality of life Alzheimer disease scale.*

2.-HIPÓTESIS

Los programas de estimulación cognitiva mejoran el estado cognitivo de los pacientes con deterioro cognitivo leve/demencia leve así como el estado funcional y el estado emocional de los participantes de la Asociación de Familiares del Alzheimer en Amposta.

OBJETIVOS

Objetivo general: Evaluar la efectividad de la estimulación cognitiva en personas mayores de 65 años diagnosticados de deterioro cognitivo leve/demencia leve.

Objetivos específicos:

- Evaluar el estado cognitivo de los pacientes antes y después de la intervención
- Evaluar el estado emocional antes y después de la intervención
- Evaluar el estado funcional antes y después de la intervención

3.-METODOLOGIA

3.1. DISEÑO DEL ESTUDIO

Se realizó una búsqueda bibliográfica mediante las bases de datos de PubMed (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/), Google Scholar (https://scholar.google.es/schhp?hl=ca&as_sdt=0,5) y dialnet (https://dialnet.unirioja.es/) para conocer el estado actual en referencia al tema objetivo del estudio.

El tipo de estudio que se realiza es un estudio piloto de intervención de tipo pretest y postest, aleatorizado, paralelo y controlado en el que los participantes se asignan de manera aleatoria a los dos grupos de estudio (grupo intervención y grupo control). Al tratarse de un estudio de intervención, se han seguido los criterios *Consolidated Standards of Reporting Trials* (CONSORT) (9) tal y como se muestra en el checklist del **ANEXO 1.**

El estudio se ha llevado a cabo en la Asociación de Familiares del Alzheimer (AFAM) de la Comarca del Montsià, ubicada en la ciudad de Amposta, provincia de Tarragona. Se escogió a los participantes a partir de un listado facilitado por el neurólogo del hospital referente (Hospital Virgen de la Cinta) que cada 15 días acude a mi centro de salud en el cual trabajo diariamente (Centre d'Atenció Primària; CAP Amposta), donde todos los candidatos dentro de la escala de deterioro global (GDS) están en un nivel 3-4 (https://www.hipocampo.org/reisberg.asp). El nivel 3 corresponde a un deterioro cognitivo leve y el 4 a un deterioro cognitivo moderado / demencia leve.

3.2. SELECCIÓN DE PARTICIPANTES

Se realizaron llamadas telefónicas para reclutar a los posibles participantes con un grado de GDS 3-4 para explicarles el objetivo del estudio y se les citó para explicarles con más detalle el procedimiento del estudio.

En la misma entrevista personal, se les facilitó una hoja de información para el participante (**ANEXO 2**) en la cual se les detallaba toda la intervención especificando los beneficios y riesgos derivados de dicha intervención y donde se les explicaba el estudio para que valoraran si estaban o no interesados en participar. En el caso que sí estuvieran interesados en participante manera voluntaria, se les daba el consentimiento informado (**ANEXO 3**) para que los propios participantes o sus representantes familiares lo firmaran, explicando bien que siempre se podían retirar del en el momento que ellos lo pidiesen.

Criterios de inclusión:

- Usuarios de ambos sexos mayores de 65 años
- Diagnosticados de un deterioro cognitivo leve o demencia leve (GDS 3-4)
- No presentar problemas de comunicación, sensoriales y/o motores que limiten la participación en las actividades.

Criterios de exclusión:

- Presencia de algún trastorno de conducta activo
- Pacientes con demencia moderada (GDS >4)
- Pacientes con dificultad de acudir a la Asociación
- Pacientes que estén en pleno tratamiento de estimulación cognitiva o que hayan terminado recientemente (mínimo 1 año sin ningún tipo de estimulación)
- Faltar a más del 20% del estudio de intervención.

3.3. CÁLCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

La variable principal del estudio es el estado cognitivo y en la bibliografía se ha encontrado un artículo muy relacionado con el tema que se está estudiando(10) y ha servido para poder hacer una aproximación del cálculo del tamaño de la muestra que se necesita para poder ponerlo en práctica.

Como se quiere hacer un estudio piloto de intervención de tipo pretest y postest, aleatorizado y controlado donde los participantes se asignen de manera aleatoria a los dos grupos de estudio (grupo intervención y grupo control) se intenta buscar las medias independientes. Como resultado se puede decir que aceptando un riesgo alfa de 0,05 y un riesgo beta inferior al 0,2 en un contraste bilateral, se precisan **11** sujetos en el grupo intervención y **11** en el grupo control para detectar una diferencia igual o superior a 5 unidades. Se asume que la desviación estándar común es de 3,8. Se ha estimado una tasa de pérdidas de seguimiento del 10%.

En cuanto al número de desviación estándar se ha escogido la del artículo por ser muy parecido al tipo de estudio propuesto. La diferencia mínima a detectar es de 5 unidades porque según mi punto de vista clínico una bajada de 5 puntos en el test MiniMental-Lobo (rango de valores: 1 - 30) consideraremos que la intervención es efectiva y me refiero a un 10% de pérdidas ya que existe la posibilidad que mientras dure el estudio

haya pérdidas o bien porque presenten trastornos de conducta y tengan que abandonar del estudio o bien por la posibilidad de ingresar por ello.

Para llevar a cabo el cálculo del tamaño de la muestra se ha utilizado la calculadora de tamaño de la muestra GRANMO (https://www.imim.cat/ofertadeserveis/software-public/granmo/).

Al tratarse de un estudio piloto y no llegar al tamaño de la muestra requerido, se han incluido a un total de 18 participantes, 9 participantes en cada grupo (intervención y control).

3.3.1 VARIABLES DEL ESTUDIO

- ✓ Variable principal: estado cognitivo
- ✓ Variables secundarias: estado emocional, autonomía en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) e instrumentales (AIVD).
    - Otras variables en este caso sociodemográficas (**ANEXO 4**) son: sexo, edad (años), estado civil, estudios, tipo de demencia y grado (GDS) y tratamiento farmacológico. Todas son cualitativas ya que nos explican características de la población menos la edad y el GDS que son cuantitativas.

Las variables cuantitativas se expresaron en media y desviación estándar (DE) y las variables cualitativas se expresaron en porcentajes (%).

En cuanto al grupo control no se les realizó ningún tipo de intervención cognitiva pero sí se les pasó los mismos cuestionarios que al grupo intervención tanto al inicio como al final del estudio.

3.4. DESARROLLO DEL ESTUDIO DE INTERVENCIÓN Y EVALUACIÓN DE LA RESPUESTA

La estimulación cognitiva está destinada a mantener y estimular las capacidades del paciente, intentando conseguir la mejor situación funcional posible y con ello ralentizar el declive de ella.

La intervención se llevó a cabo de forma grupal, con los 9 participantes del grupo intervención a la vez. Las sesiones tuvieron una duración de 1h 30 minutos con una frecuencia de dos días por semana (martes y jueves, de 16:00h a 17:30h). El periodo de intervención inicial establecido según la bibliografía de referencia (**Tabla 1**) fue de 12

semanas (24 sesiones en total) pero debido a la pandemia actual del Coronavirus se tuvo que parar a la semana 7 (empezó la semana del 23 de enero 2020 y finalizó el 10 de marzo); en total fueron 14 sesiones. Las actividades se llevaron a cabo en la AFAM donde hay una sala específica para ello. El esquema del estudio se muestra en la **Figura1.**

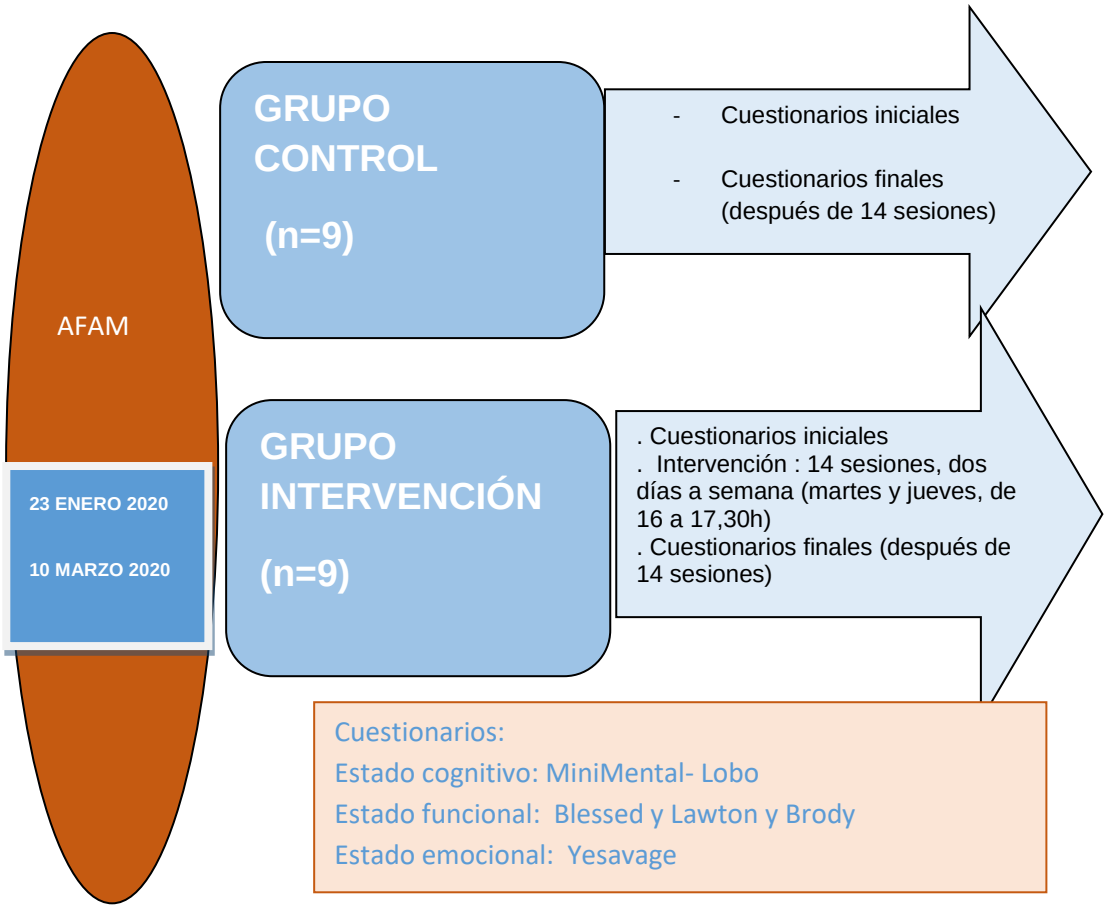


Figura 1.- Esquema del estudio

Previamente a la intervención (una semana antes concretamente) a ambos grupos se les pasó diferentes cuestionarios validados para conocer su estado inicial: se valoró el estado cognitivo a través del test MiniMental-Lobo (11) (**ANEXO 5**), el estado funcional a través de la escala de Blessed (12) (**ANEXO 6**) y el test de Lawton y Brody (13) (**ANEXO 7**) y para el cribaje de la depresión se utilizó la escala de Yesavage (14). (**ANEXO 8**). Se han utilizado dos escalas diferentes para medir el estado funcional porque la primera, la escala de Blessed es específica para la demencia y a parte de medir la capacidad funcional mide si hay cambios en el comportamiento de las personas. En cambio, la segunda, el test de Lawton y Brody, es más genérico y mide sólo las actividades instrumentales de la vida diaria.

Test MiniMental-Lobo: Es la versión adaptada y validada al español del Mini Examen del Estado Mental (MMSE) de Folstein. El Mini Examen Cognoscitivo (MEC) de Lobo valora un amplio rango de aspectos cognitivos, con una estructura bien organizada y componentes bien definidos. Consta de 30 ítems, agrupados en 11 secciones. Valora aspectos como la orientación, fijación, concentración y calculo, memoria y lenguaje. Presenta limitación en los pacientes con trastornos de la comunicación o déficits sensoriales. Puntuación: de 30-35 (normal) hasta menos o igual que 14 (deterioro grave). Escala estructurada que se caracteriza por su sencillez y el tiempo necesario para su administración puede oscilar entre los 5 y 10 minutos aproximadamente. (15)

Escala de Blessed: instrumento específico para demencia, evalúa la capacidad funcional del paciente para desenvolverse en el día a día. Recoge tres áreas: en la ejecución de las actividades diarias (8 ítems), cambios en hábitos (3 ítems) y cambios en personalidad y conducta (11 ítems). Puntuación máxima de 28 puntos (dependiente) y mínima de 0 (independiente). No influenciada por nivel cultural ni edad. El tiempo necesario para su administración es inferior a 10 minutos. (16)

Test Lawton y Brody: Es un instrumento estructurado que consta de 8 ítems. Valora la capacidad del paciente para realizar actividades instrumentales necesarias en el día a día para vivir de manera independiente. Valora 8 áreas: capacidad para usar el teléfono, hacer compras, preparación de la comida (sólo mujeres), cuidado de la casa (sólo mujeres), lavado de la ropa (sólo mujeres), uso de medios de transporte, responsabilidad frente a su medicación, manejos de asuntos económicos. Para evaluar correctamente los ítems resulta importante diferenciar si el paciente podía llevar a cabo anteriormente esa actividad. Además, esta escala da mucha importancia a las tareas domésticas por lo que en nuestro entorno los hombres suelen obtener menor puntuación. Puntuación: Rango entre 0 y 8 puntos, 0 máxima dependencia y 8 independencia total (en Hombres 5). Cada ítem se puntúa entre 0 y 1. El tiempo necesario es inferior a 10 minutos(17).

Escala de Yesavage: escala estructurada de depresión geriátrica. Fue especialmente diseñada para detectar posible presencia de depresión. Está compuesta por 30 ítems con respuesta dicotómica si/no. Existen versiones abreviadas de 15 (Sheikh y Yesavage,1986) y 5 ítems (Hoyl y cols., 1999). En nuestro caso hemos utilizado la de 15 ítems (10 positivas y 5 negativas) que sólo requiere de 5 a 7 minutos para ser completada. Las preguntas que indican depresión están en negrita. Cada una de estas respuestas cuentan un punto.(18)

La distribución de los participantes a los dos grupos (intervención y control) se hizo de manera aleatoria mediante el programa AleatorMetod.xls para la aleatorización de ciclos (http://www4.ujaen.es/~mramos/EPIP/DescribeAleatorMetod.pdf) (19).

Una vez se aleatorizaron los grupos, al grupo de intervención se le realizó el programa de estimulación cognitiva durante 7 semanas (14 sesiones). Una vez finalizado el programa de intervención y pasados 15 días, se les realizó la evaluación final mediante la vía telefónica con los mismos cuestionarios realizados al inicio del estudio tanto al grupo intervención como al grupo control para poder evaluar la efectividad de la estimulación cognitiva.

Estructura de las actividades:

La metodología utilizada para el programa de estimulación cognitiva se basó en terapias de orientación a la realidad (TOR), terapias de estimulación integral (EI), terapias de reminiscencia y por último sesiones de gimnasia/psicomotricidad. En cada sesión se trabajaron diferentes funciones cognitivas (memoria, atención, razonamiento, percepción, orientación y el lenguaje) y funcionales (gimnasia) con una base socializadora y lúdica para que las actividades tuvieran un carácter atractivo. Todas las actividades se adaptaron a las necesidades del usuario para evitar así la angustia y la ansiedad.

En general, las clases se distribuyeron todas de la misma forma tal y como muestra la **Tabla 2**.

Tabla 2. Ejemplo de distribución de las diferentes sesiones

HORARIO	MARTES	JUEVES
16:00-16:05	Recepción y saludos	Recepción y saludos
16:05-16:20	TOR	TOR
16:20-17:00	EI	EI
	reminiscencia (cada 15 días, 30 minutos)	Reminiscencia (cada 15 días, 30 minutos)
17:00-17:25	Gimnasia/psicomotricidad	Gimnasia/psicomotricidad
17:25-17:30	Cierre de la sesión/despedida	Cierre de la sesión/despedida

TOR: Constituye uno de los métodos más utilizados en el ámbito de la psicogeriatría. Fue descrita por primera vez por Folsom en la segunda mitad de la década de 1960 como una ayuda para mejorar la calidad de vida de las personas mayores con estados de confusión(20). Esta técnica funciona a través de la presentación y la repetición de la información relacionada con la orientación temporo-espacial (tiempo, espacio y persona) para poder proporcionar a los pacientes una mejoría de la comprensión de su entorno. Con esta técnica se permite que la persona no se desconecte de su entorno personal más inmediato además de un aumento en la sensación de control y en la autoestima. Se apoya de materiales como calendarios, relojes, periódicos que ayuden a orientarse (21,22).

Se comienza habitualmente con aspectos de orientación temporal (día, mes, año), espacial (lugar donde se encuentra) y personal (nombre y edad de los participantes) y continua por el posterior análisis de eventos, generalmente del entorno más próximo al paciente.

En la **EI** se trabaja la orientación, la atención-concentración, la memoria, el lenguaje, el cálculo, las praxias y las gnosias. El cálculo es una de las capacidades cognitivas que si no se ejercita se pierde su agilidad y fluidez. Por tanto, su objetivo es preservar el reconocimiento numérico, conservar la lectura de cifras y de números. Ejemplos: se facilita una lista de números y posteriormente se dan instrucciones para que la persona ordene los números pares de menor a mayor, u ordenar de mayor a menor los números que sean superiores a cierto número. La atención tiene como objetivo potenciar las distintas variantes de la atención como por ejemplo la atención sostenida, selectiva, visual o auditiva, entre otras. Ejemplo: secuencia de números y repetirlos en el mismo orden y en orden inverso. La longitud de la secuencia irá progresivamente. Otro ejemplo sería los meses del año al revés o se visualiza un dibujo y posteriormente debe reproducirlo exactamente. Las praxias se basan en actividades para mejorar la coordinación y organización de los movimientos que permitan la ejecución adecuada de las acciones. Como objetivo tiene optimizar la motricidad fina. Ejemplo: recortar unas figuras siguiendo una serie de puntos y pegarlas encima de la misma figura que está dibujada en el papel y comprobar si encajan. Otro ejemplo sería dar instrucciones para que mediante mímica reproduzca las mismas acciones que se le han indicado oralmente. La memoria es una de las capacidades cognitivas que primero empiezan a deteriorarse como consecuencia de la edad. Para contrarrestar esto es importante mantener activa la mente para poder así ejercitar la memoria inmediata, optimizar la memoria reciente y optimizar los niveles atencionales sobre el material visual. Ejemplos: se visualiza una imagen y posteriormente se responden a unas preguntas para

comprobar los elementos que recuerda de la misma. Otro sería que la persona leyera un listado de palabras y pasado un periodo de tiempo, se le solicita que intente recordar el máximo número de palabras que le sea posible. El lenguaje es una capacidad cognitiva fundamental para que las personas puedan comunicarse con otras. Como objetivo tiene mantener y estimular la comprensión y expresión verbal y lectora, potenciar la capacidad de repetición, favorecer la fluidez verbal, maximizar las capacidades lingüísticas preservadas. Ejemplos: escribir sinónimos y antónimos de una serie de palabras, descripción de una fotografía. Los ejercicios dirigidos al control ejecutivo se basan en la realización de actividades que permitan su mejora y potenciación desde edades tempranas puesto que, al ser una de las capacidades cognitivas esenciales, está encargada de la regulación de otras funciones. Ejemplos: se presenta un listado de palabras emparejadas y la persona debe indicar qué relación mantienen, que tienen en común o que diferencia las parejas de palabras. Otro sería la interpretación de refranes. Las gnosias nos ayudan a identificar y reconocer información que ya hemos aprendido anteriormente. Ejemplos: con los ojos vendados, la persona tiene que identificar mediante el olfato, una serie de alimentos. Otro ejemplo sería tapar los ojos y mediante el tacto reconocer e identificar una serie de objetos. La orientación tiene como objetivo favorecer la orientación temporo-espacial, trabajar la localización espacial de objetos. Ejemplos: talleres temáticos sobre las fiestas y épocas del año, con tal de orientarlos a la realidad.

Terapia de reminiscencia: Proviene de los primeros trabajos de Butler en 1963 acerca de la “Revisión de la Vida”(23). Como concepto psicoanalítico fue utilizada como un componente del cuidado ocupacional. Su objetivo es la estimulación de los recuerdos, es decir, rememorar la historia personal del paciente a través de sus recuerdos personales ya sea a través del uso de canciones conocidas, fotografías, vídeos u objetos personales. Favorece las relaciones sociales y la comunicación. Además de permitir la estimulación cognitiva permite también la funcional y la social. La variante más formal puede desarrollarse por medio de los talleres grupales al estimular el intercambio entre sus participantes sobre eventos pasados. Posibilita, además, la activación de la atención y el aumento del lapso de tiempo de concentración de estos en pacientes con demencia.(21,22)

Por último la **gimnasia/psicomotricidad** tiene como objetivo estimular la motricidad voluntaria e involuntaria, la coordinación, la orientación y las funciones visuales espaciales de la persona a través del movimiento con fines terapéuticos. Ejemplo: actividades de coordinación motora, actividades para incrementar la fuerza muscular, actividades para conservar la movilidad, mantener y reconocer el esquema corporal(24).

Cada ficha de trabajo se estructuró de la misma forma. Se hizo una tabla donde constaba el tiempo estimado, la función cognitiva trabajada, objetivos que se pretendían, con una pequeña descripción de la tarea desarrollada y el material utilizado para ello. En el **ANNEXO 9** hay dos tipos de fichas para que se visualice un ejemplo de terapia de estimulación cognitiva en la AFAM. El primer ejemplo de ficha es diferente de los siguientes ya que la primera ficha tenía como objetivo informar del taller, de facilitar el contacto y el reconocimiento de los miembros del grupo y poder iniciar así relaciones interpersonales y las siguientes son ya fichas detalladas extraídas todas del mismo libro producido por la Confederación Española de Alzheimer destinadas para personas con Alzheimer u otras demencias.

3.5. ASPECTOS ÉTICOS

Se entregó a los participantes y/o familiares la hoja de información para el participante (**ANEXO 2**) y se ofreció la posibilidad de hacer preguntas y resolver sus dudas. Antes de empezar el estudio debían de tener firmado el consentimiento informado (**ANEXO 3**).

Este estudio se trata de un estudio piloto que sigue las normas de la Buena Práctica Clínica, concretamente en los aspectos metodológicos, éticos y legales además de seguir los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos según la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Este proyecto se ha sometido al Comité de Ética de Investigación Clínica (CEIC) de l'Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP Jordi Gol) obteniendo el informe favorable con el número de registro 20/030-P.

3.6. POSIBLES EFECTOS ADVERSOS

Es un trabajo donde la intervención que se llevó a cabo no se preveía que tuviera ningún efecto adverso a la salud de los participantes del grupo intervención. El único riesgo que se podía presentar era el de cansarse o no encontrarse a gusto con el grupo pero que no sucedió en ningún participante.

3.7 ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

Primero de todo, se realizaron tests de normalidad para comprobar si las variables se distribuyeron según una distribución normal, para ello se utilizó el test de Shapiro Wilk ya que la N de este estudio es < a 50.

Después de los resultados de normalidad de las variables, se han utilizado pruebas paramétricas para las variables normales y pruebas no paramétricas para la escala de Yesavage que fue la única que no tuvo una distribución normal.

Para detectar diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos, en el caso de las variables cuantitativas se utilizó el test de la t de Student y en el caso de las variables categóricas se utilizó la Chi Cuadrado. Para determinar las diferencias entre el inicio y el final de la intervención en cada uno de los grupos, se utilizó la T de Student para muestras apareadas de las variables cuantitativas y la prueba no paramétrica de Mc Nemar para las variables cualitativas. En el caso de la variable con distribución no normal, escala de de Yesavage, se utilizó la prueba no paramétrica Wilcoxon.

Se estableció una significación estadística de $p<0.05$ y un nivel de confianza del 95%. El análisis estadístico se realizó con el paquete estadístico IBM SPSS Statístics para Windows versión 26.

Las variables cuantitativas se representan como media y desviación estándar (DE) y las variables cualitativas se expresan en forma de porcentaje (%)

3.8. PLAN DE TRABAJO Y CRONOGRAMA

El trabajo se inició el mes de noviembre-diciembre de 2019 con la búsqueda bibliográfica.

En enero de 2020 se colaboró con el neurólogo del Cap para que pudiera facilitar pacientes que reunieran los criterios de inclusión necesarios para el estudio y se contactó con ellos, se les facilitó la hoja de información para el participante y se recogieron los consentimientos informados firmados.

A mediados de enero 2020, se aleatorizaron los grupos y a finales del mismo mes hasta mitad marzo se llevó a cabo la intervención.

A finales de marzo de 2020 se recogieron los datos y durante el mes de abril y principios de mayo se procedió al análisis estadístico de las diferentes variables para después poder redactar los resultados, discutirlos y hacer una presentación de éstos en junio de 2020.

El cronograma del estudio se detalla en la **Tabla 3**

Tabla 3.- Cronograma estudio

	2019		2020					
	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
FASES								
BUSQUEDA BIBLIOGRÁFICA								
RECLUTAMIENTO PARTICIPANTES								

HOJA INFORMACIÓN PARA EL PARTICIPANTE **CONSENTIMIENTO INFORMADO** **CREACIÓN GRUPOS-ALEATORIZACIÓN**								
ESTUDIO DE INTERVENCIÓN								
RECOGIDA DATOS								
ANÁLISIS ESTADÍSTICOS								
PRESENTACIÓN RESULTADOS								

3.9. EXPERIENCIA DEL EQUIPO INVESTIGADOR

Núria Brunet Reverté, enfermera Atención Primaria Amposta. SAP Terres Ebre. ICS (investigadora principal)

Meritxell Lluís Llansamà, psicóloga de AFAM, Amposta.

Dr Josep Zaragoza, neurólogo de Hospital Virgen de la Cinta, Tortosa.

3.10. PRESUPUESTO

A continuación, en la **Tabla 4** se detalla el presupuesto solicitado del estudio.

Tabla 4. Presupuesto solicitado del estudio.

Costes del estudio	Importe
Costes directos: - Salario del personal (3 meses) - Inscripción a congresos	 3500 euros 500 euros
Costes indirectos: - Material oficina: fotocopias, lápices, - Comité Ética	 100 euros 1500 euros
TOTAL	5600 euros

La sala utilizada fue cedida por la AFAM, lo que, para este estudio, no supuso ningún gasto adicional.

4.- RESULTADOS

4.1. DIAGRAMA DE FLUJO

El tamaño de la muestra para el presente estudio piloto es bajo (N=18). Durante la intervención se han perdido dos participantes, uno en cada grupo por motivos de enfermedad (**Figura 2**). Además, no se han podido terminar las 24 sesiones previstas dada la pandemia actual del Coronavirus, realizando así únicamente 14 correspondiente al 58,33% de las sesiones previstas en un inicio de acuerdo con la bibliografía consultada que se realiza en estudios similares. Todos los participantes han asistido a un mínimo de un 60% de sesiones; sólo hubo dos personas que fallaron un día cada uno por motivos personales.

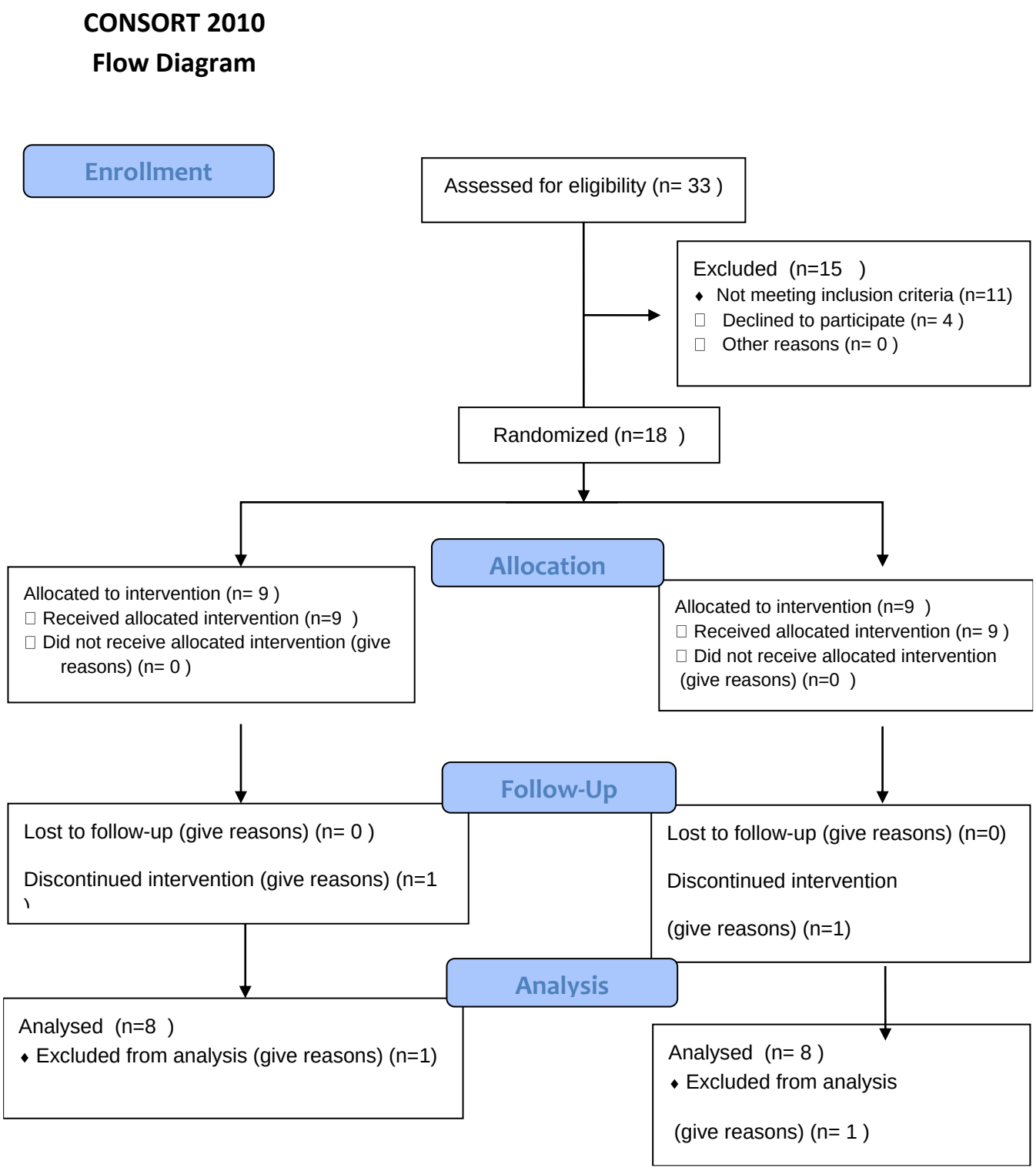


Figura 2. Diagrama de flujo del estudio de intervención de las guías CONSORT.

4.2. ANÁLISIS DE NORMALIDAD DE LAS VARIABLES

Tanto en los análisis de las variables sociodemográficas como en los diferentes tests utilizados en la pre y post intervención (test MiniMental-Lobo, escala de Blessed, Test Lawton y Brody) hemos utilizado las pruebas paramétricas ya que la significancia estadística ha resultado superior a 0,05 menos en la escala de Yesavage que fue la única que no tuvo una distribución normal por lo que hemos en la que hemos utilizado la prueba no paramétrica (p=0,021)

4.3. DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS INICIALES DE LOS PARTICIPANTES

Una vez determinada la normalidad de las variables, se analizaron el resto de variables (edad, sexo, estado civil, estudios, tipo demencia, GDS, tratamiento para la demencia y para la depresión) para determinar si los dos grupos inicialmente se encontraban bien distribuidos y aleatorizados. Con ello y según las características sociodemográficas de la población de estudio se puede observar que entre los dos grupos no hay diferencias significativas (p>0,05), por lo tanto, podemos decir que los dos grupos están bien distribuidos y aleatorizados, así que los resultados encontrados después de la intervención son resultado de dicha intervención y no dependen de las características iniciales de la población.

En cuanto a la edad observamos una diferencia significativa de edad entre los dos grupos aunque ésta fue leve (p =0,047). Se puede ver que la media de edad en el grupo control es de 77,11 con una DE de 5,81 y en el grupo intervención es de 71,77 con una DE de 4,63, por lo tanto el grupo intervención está compuesto por participantes algo más jóvenes que el grupo control.

Podemos observar que los dos grupos (grupo control e intervención) son homogéneos en cuanto al sexo (p=0,637), hay un 44,4% de hombres en el grupo control y un 55,6% en el grupo intervención. En ambos grupos la mayoría están casados (77,8% en grupo control y 88,9% en el grupo intervención), p =0,587. Si miramos el nivel de estudios seguimos sin diferencias significativas (p=0,212), destacando aquí en el grupo control los que no tienen ningún tipo de estudios con un 55,6% y en el grupo intervención con un 55,6% los que tienen estudios primarios. En ambos grupos predomina la demencia tipo Alzheimer con un 55,6% en cada grupo (p =0,572). En cuánto al GDS vemos que están distribuidos de la misma manera en ambos grupos con un 44,4%% en cada grupo de GDS 3 y con un 55,6% de GDS4 (p>0,05). En referencia al tratamiento para la

demencia y para la depresión destacar en el grupo control el 77,8% reciben tratamiento para la demencia y el 44,4% tratamiento para la depresión y en el grupo intervención, un 33,3% reciben tratamiento para la demencia y un 55,6% para la depresión (p= 0,058 y p=0,637, respectivamente). Los resultados de las características basales de los participantes se encuentran detalladas en la **Tabla 5**.

Tabla 5. Características basales de los participantes del estudio piloto de estimulación cognitiva.

VARIABLES	Grupo control (n=9)	Grupo intervención (n=9)	P
Sexo (hombres, %)	44,4%	55,6%	0,637
Edad (media(DE))	77,11(5,81)	71,77(4,63)	0,047*
Estado civil (%)			0,587
Soltero /a	11,1%	0,0%	
Casado/a	77,8%	88,9%	
Viudo/a	11,1%	11,1%	
Estudios (%)			0,212
Sin estudios	55,6%	33,3%	
Primarios	11,1%	55,6%	
Bachillerato	22,2%	11,1%	
Universidad	11,1%	0,0%	
Tipos de demencia (%)			0,572
DCL	33,3%	33,3%	
Demencia vascular	0,0%	11,1%	
Demencia mixta	11,1%	0,0%	
Demencia Alzheimer	55,6%	55,6%	
GDS (%)			0,681
GDS 3	44,4%	44,4%	
GDS 4	55,6%	55,6%	
Tratamiento demencia (Sí, %)	77,8%	33,3%	0,058
Tratamiento depresión (Sí, %)	44,4%	55,6%	0,637

DE, desviación estándar; DCL, deterioro cognitivo leve; GDS, Global Deterioration Scale
Las variables cualitativas se han analizado mediante Chi-cuadrado y las variables cuantitativas se han analizado mediante una T-Student.
*p<0,05

4.4. EFECTOS DE LA INTERVENCIÓN

En general, en los dos grupos, tanto cuantitativamente como cualitativamente se observa que no hay diferencias significativas (p>0,05) entre los diferentes tests excepto cuantitativamente en el pre y post MiniMental-Lobo en el que podemos ver que para bien o para mal sí que hay diferencias significativas aunque éstas sean leves (p=0,029) ya que aunque han permanecido dentro del mismo rango (*border line* = 25-29) las personas han mejorado tirando más al rango de normalidad que a deterioro cognitivo leve (de una media de 28,43 (DE 3,16) han pasado a una media de 28,87 (DE 2,22)). Estar en el rango border line significa estar entre la normalidad y un deterioro cognitivo leve.

Si miramos entre los grupos control e intervención vemos que en el grupo control no hay diferencias antes y después de la intervención (p>0,05). En cambio, en el grupo intervención sale muy significativo el Test MiniMental-Lobo (p=0,048) que aunque se hayan mantenido en el mismo rango (30-35= normalidad) ha habido un pequeño aumento en cuánto a la puntuación, pasando de una media de 30,12 (DE 2,35) a una media de 30,87 (DE 2,03). Lo mismo ha pasado con la Escala de Blessed en el grupo de intervención donde también se han mantenido en el mismo rango (4-14 sospecha de demencia) pero en este caso han disminuido de puntuación pasando de una media de 2,12 (DE 2,06) a una media de 1,81 (DE 1,92) mejorando en los cambios de comportamiento destacando menos retraimiento y menos irritabilidad (p=0,049). En cambio, en el grupo control no sé observaron diferencias antes y después del estudio (p= 0,351) **Tabla 6.**

Comparando los 4 pre tests entre los dos grupos (prueba T Student) se ha observado que tanto en el test MiniMental-Lobo como en la escala de Blessed inicialmente partían de una puntuación bien diferente. Mientras que en el test MiniMental-Lobo el grupo control partía de una media de 26,44 (DE 3,00) en el grupo intervención partía de una media de 30,22 (DE 2,22) (p= 0,008). Esto significa que el grupo control la media estaba en el rango border line (border line= 25-29) y el grupo intervención estaba en el rango de normalidad (30-35).Si miramos la escala de Blessed en el grupo control partían de una media de 4,61 (DE 2,99) y el grupo intervención media 2,00 (DE 1,96); es decir, aún manteniéndose en el mismo rango (4-14 sospecha de demencia) han disminuido de

puntuación indicando una pequeña mejoría en cuánto a cambios conducta en el grupo intervención (menos retraimiento y menos irritabilidad).

Los otros dos test (Test Lawton y Brody y la escala de Yesavage) no había diferencias entre los dos grupos (p= 0,915 y p= 0,428 respectivamente), por lo que se mantuvieron dentro del rango.

Cualitativamente se puede decir que únicamente dos personas del grupo intervención mejoraron su sintomatología depresiva (Escala de Yesavage) ya que han pasado de tener unos síntomas leves de depresión (equivale a 2 puntos) a no presentar ningún síntoma (equivale a 1 puntos) aunque estos resultados no fueron significativos. Destacar un solo participante del grupo control que tanto en la pre como en la post intervención se mantuvo en 12 puntos, es decir, una sintomatología depresiva grave.

Tabla 6. Comparativa de resultados cuantitativos pre y post intervención

VARIABLES	GRUPO CONTROL		P	GRUPO INTERVENCIÓN		P
	PRE media(DE)	POST media(DE)		PRE media(DE)	POST media(DE)	
MiniMental-Lobo	26,75(3,05)	26,87(2,99)	0,351	30,12(2,35)	30,87(2,03)	0,048*
Blessed	4,81(3,13)	4,93(3,23)	0,351	2,12(2,06)	1,81(1,92)	0,049*
LyB	5,25(2,37)	5,25(2,37)		4,87(2,16)	5(2,20)	0,351
Yesavage	4,62(3,58)	4,75(3,65)	0,351	3,12(2,35)	2,37(2,26)	0,142

DE, desviación estándar; LyB, Lawton y Brody.

Las variables cuantitativas se han analizado mediante la T Student. Para analizar de manera cualitativa se ha utilizado la prueba Mc Nemar y para la escala Yesavage, Wilcoxon.

*p<0,05

Otro resultado a tener en cuenta es que después de analizar los diferentes tests antes y después de la intervención en función del género (separando los hombres de las mujeres) tanto en las variables cuantitativas como cualitativas se observó que no hay diferencias en ninguno de los diferentes tests analizados, por lo que podemos decir que los resultados no están influenciados por el género (p>0,05).

4.5 PERCEPCIÓN SUBJETIVA POR PARTE DE LOS PARTICIPANTES DEL GRUPO INTERVENCIÓN

Viendo que no se podía seguir con las sesiones debido a la pandemia del Coronavirus el último día de intervención se propuso que escribieran en un papel cómo se habían sentido y que les había transmitido el grupo. Todos habían escrito que no se habían arrepentido de haber participado en el estudio, dejando constancia que después de la pandemia querían que siguiera el grupo ya que habían notado que estaban más contentos, más alegres y sobretodo más abiertos socialmente. Todos coincidieron que habían formado una pequeña familia y que se echarían de menos unos a los otros. Habían llegado a compartir sentimientos de miedo, tristeza e incluso de ira que en algún momento de su enfermedad habían experimentado con sus familiares y amigos.

5.- DISCUSIÓN

En este estudio piloto se evaluó la eficacia de un programa de estimulación cognitiva en personas con deterioro cognitivo leve/demencia leve. Se encontró que, tras la intervención aunque haya sido de corta duración dada la pandemia actual (7 semanas) los pacientes que han participado en la intervención se han mantenido más o menos igual tanto en el estado emocional (Escala de Yesavage) como en el estado funcional (Test Lawton y Brody). En cuánto al estado mental (Escala MiniMental-Lobo) decir que aunque se han mantenido en el mismo rango (border line=25-29) han mejorado significativamente la puntuación dentro de él. Estos resultados van en concordancia con los encontrados en otros estudios que demuestran la eficacia de la estimulación cognitiva para mejorar el estado mental frente a los que solo reciben tratamiento farmacológico (25). Lo mismo ha pasado con la Escala de Blessed que los del grupo de intervención aunque se han mantenido en el mismo rango han disminuido de puntuación mejorando sólo en los cambios de comportamiento, no a nivel funcional. (26)

Este estudio se ha llevado a cabo durante 7 semanas ya que se vio interrumpido por el Coronavirus por lo que se puede decir que tanto el tiempo de ejecución como el número de sesiones podrían influenciar para poder llegar a observar resultados de mejora en los diferentes tests. Aún así podemos afirmar al igual que los diferentes estudios revisados y presentados en la **Tabla 1** como los de la bibliografía que este estudio ha servido para poder ver que la estimulación cognitiva mejora o mantiene el estado cognitivo, emocional y funcional de las personas que padecen un deterioro cognitivo leve o demencia leve (8). Por lo tanto podemos decir que este estudio aunque haya sido piloto y haya estado limitado al tiempo apoya nuestra hipótesis inicial.

Se puede afirmar por las percepciones subjetivas de los participantes en el grupo intervención que la adhesión al grupo fue la adecuada. Esto indica que a parte de mirar el estado cognitivo, el estado funcional y el emocional también sería interesante evaluar la autoestima de los participantes (RSS: Escala de Autoestima de Rosenberg) y/o la calidad de vida antes y después de la intervención (*QoL-AD: quality of life Alzheimer disease scale*). (10,27)

Es importante mencionar, que la realización de este tipo de terapias cognitivas requiere de la colaboración de un equipo multidisciplinar formado por psicólogos, neurólogos y enfermeras, para potenciar la estimulación cognitiva en todos sus ámbitos así como la implicación de entidades del tercer sector (como asociaciones de familiares) para abastecer las necesidades reales de la población anciana. Este estudio ha sido llevado a cabo tanto por un neurólogo, por una enfermera y por una psicóloga de la Asociación de Familiares del Alzheimer del Montsià. Hay muy pocos estudios en España que se hayan realizado intervenciones en Atención Primaria por lo que es evidente que hay poca información sobre el uso de la estimulación cognitiva como tratamiento no farmacológico en personas con deterioro cognitivo leve o demencia leve que no estén ya institucionalizadas por lo que justifica el seguir este estudio en un futuro. Es muy importante la necesidad que des de Atención Primaria se potencie este tipo de estimulación cognitiva y que nos apoyemos con asociaciones como asociaciones de familiares para que todo el mundo tenga las mismas oportunidades de beneficiarse de estos tratamientos. Si estos programas formaran parte dentro de la atención a las personas crónicas a la larga se verían disminuidos los costes e incluso se retrasaría la institucionalización en personas con deterioro cognitivo leve/demencia leve ya que estos pacientes mantendrían sus capacidades más tiempo.

5.1. LIMITACIONES

La principal limitación del estudio es el reducido tamaño de la muestra y las pocas sesiones llevadas a cabo. Para poder llegar a afirmar la hipótesis del estudio hubiera sido necesario tener un tamaño más grande de la muestra, así como una mayor duración de la intervención.

Otra limitación del estudio está en la puntuación de la escala de depresión geriátrica (Escala de Yesavage), que tal y como se indica en la interpretación de la escala hay un salto donde no existe la puntuación 11, ya que pasa de 9-10 puntos (presencia de síntomas depresivos moderados) a 12-15 puntos (presencia de síntomas depresivos graves)(14) **ANEXO 8.**

6.- CONCLUSIONES

Los programas de estimulación cognitiva mantienen y/o mejorar el estado cognitivo, el estado funcional y el emocional de las personas evitando así una progresión de la enfermedad conllevando así un beneficio tanto a la persona como a sus cuidadores. El presente estudio ha demostrado que ha aumentado el estado cognitivo y se han mantenido a nivel funcional y emocional. Destacaría una leve mejoría en cuánto a la conducta, con un menor retraimiento y una menor irritabilidad hecho que ha comportado un aumento del bienestar de la persona y de su propia familia. Subjetivamente, todo ello ha hecho que no se cerrasen en sí mismos dando como resultado un aumento de la socialización.

6.1 PROPUESTAS DE FUTURO

Dado que los resultados han apoyado la efectividad de la estimulación cognitiva en personas con deterioro cognitivo leve/demencia leve propongo que este estudio se lleve a cabo con un tamaño mayor de la muestra y con una intervención más larga para poder llegar a mejorar el nivel funcional y emocional que con un periodo más breve no se ha visto mejora. Muchos de los estudios representados en la **Tabla 1** proponen una intervención que dure aproximadamente 3 meses para ver cambios significativos. Además, se podría incorporar en futuros estudios la evaluación de la autoestima, así como la calidad de vida para ver si se mejora tras la intervención.

7.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organization WH. Dementia: a public health priority. Dement a public Heal priority [Internet]. 2012 [cited 2019 Nov 11]; Available from: https://www.cabdirect.org/cabdirect/abstract/20133159231

2. Niu H, Álvarez-Álvarez I, Guillén-Grima F, Aguinaga-Ontoso I. Prevalencia e incidencia de la enfermedad de Alzheimer en Europa: metaanálisis. Neurologia [Internet]. 2017 Oct [cited 2019 Dec 4];32(8):523–32. Available from: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0213485316300032

3. Garcia, J.J. Carro R. Programa de actuacion cognitiva integral en demencia (PACID) : [Internet]. Vol. 1, IMSERSO. 2011 [cited 2019 Dec 4]. 24–40 p. Available from: https://sid.usal.es/libros/discapacidad/26078/8-1/programa-de-actuacion-cognitiva-integral-en-demencias-pacid-centro-de-referencia-estatal-de-atencion-a-personas-con-enfermedad-de-alzheimer-y-otras-d.aspx

4. Intervenció cognitiva en l'envelliment i les demències – EnvellimentSaludable.

[cited 2019 Nov 11]; Available from: https://envellimentsaludable.com/intervencio-cognitiva-en-lenvelliment-i-les-demencies-2/

5. Ciudad Mas MJ. SCGiG - Societat Catalana de Geriatria i Gerontologia [Internet]. 2017. [cited 2019 Nov 11]. p. 26–32. Available from: http://scgig.cat/grup-demencies

6. Lane CA, Hardy J, Schott JM. Alzheimer's disease [Internet]. Vol. 25, European Journal of Neurology. 2018 [cited 2019 Nov 11]. p. 59–70. Available from: http://doi.wiley.com/10.1111/ene.13439

7. Villalba S, Tortajada E. Estimulación cognitiva: Una revisión neuropsicológica. Rev Ther [Internet]. 2014 [cited 2019 Dec 7];(6):73–93. Available from: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5149523

8. Lubrini G, Morales JAP, Ríos-Lago M. Estimulació cognitiva i rehabilitació neuropsicològica del llenguatge. Estimulació Cognitiva. 2009.

9. Schulz KF, Altman DG, Moher D, CONSORT Group. CONSORT 2010 Statement: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. BMC Med [Internet]. 2010 Mar 24 [cited 2020 Mar 1];8:18. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20334633

10. Miranda-Castillo C, Tapia FM, Herrera AR, Ghigliotto FM, Guerra LS. Implementación de un programa de estimulación cognitiva en personas con demencia tipo alzheimer: Un estudio piloto en chilenos de la tercera edad*. Univ Psychol. 2013;12(2):445–56.

11. Lobo A, Luis J, Sahun D, Faci TV, Pascual LF. Spanish Validation of the MacArthur Competence Assessment Tool for Clinical Research Interview for Assessing Patients' Mental Capacity to Consent to Clinical Research View project Depression and dementia View project [Internet]. [cited 2020 Feb 13]. Available from: http://www.psiquiatria.com/articulos/psicogeriatria/neuropsiquiatria/demencias/2518/

12. Peña-Casanova J, Monllau A, Böhm P, Aguilar M, Sol JM, Hernández G, et al. [Diagnostic value and test-retest reliability of the Blessed Dementia Rating Scale for Alzheimer's disease: data from the NORMACODEM project]. Neurologia [Internet]. 2005 Sep [cited 2020 Feb 13];20(7):349–55. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16163578

13. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist. 1969;9(3):179–86.

14. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. J Psychiatr Res. 1982;17(1):37–49.

15. Banco de Instrumentos y Metodologias en Salud Mental. Ficha técnica del instrumento [Internet]. CIBERSAM. 2015 [cited 2020 May 28]. p. 10. Available from: https://bi.cibersam.es/busqueda-de-instrumentos/ficha?Id=16

16. Banco de Instrumentos y Metodologias en Salud Mental. Ficha técnica del instrumento [Internet]. CIBERSAM. 2015 [cited 2020 May 28]. p. 10. Available from: https://bi.cibersam.es/busqueda-de-instrumentos/ficha?Id=424

17. Banco de Instrumentos y Metodologias en Salud Mental. Ficha técnica del instrumento [Internet]. CIBERSAM. 2015 [cited 2020 May 28]. p. 10. Available from: https://bi.cibersam.es/busqueda-de-instrumentos/ficha?Id=416

18. Banco de Instrumentos y Metodologias en Salud Mental. Ficha técnica del instrumento [Internet]. CIBERSAM. 2015 [cited 2020 May 28]. p. 10. Available from: https://bi.cibersam.es/busqueda-de-instrumentos/ficha?Id=241

19. Ramos MM, Catena A, Trujillo HM. Manual de métodos y técnicas de investigación en ciencias del comportamiento. Man métodos y técnicas Investig en ciencias del Comport. 2004;(September):95–148.

20. Taulbee LR, Folsom JC. Reality Orientation for Geriatric Patients. Psychiatr Serv [Internet]. 1966 May 1 [cited 2020 May 28];17(5):133–5. Available from: http://psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/ps.17.5.133

21. Centro Provincial de Información de Ciencias Médicas (Cuba) E, Sosa Coronado AM. Intervención cognitiva en pacientes con deterioro cognitivo ligero y demencia leve Cognitive intervention in patients with mild cognitive deterioration and mild dementia. Medisan [Internet]. 2010 [cited 2019 Dec 7];14(6):0–0. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192010000600015&script=sci_arttext&tlng=pt

22. Francés I, Barandiarán M, Marcellán T, Moreno L. Psychocognitive stimulation in dementias [Internet]. Vol. 26, Anales del Sistema Sanitario de Navarra. 2003 [cited 2019 Dec 7]. p. 405–22. Available from:

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14716370

23. Sabater V. Terapia de reminiscencia: recuerdos y emociones que curan [Internet]. La mente es maravillosa. 2018 [cited 2020 May 28]. Available from: https://lamenteesmaravillosa.com/terapia-de-reminiscencia-recuerdos-y-emociones-que-curan/

24. Salud y Bienestar. 12 tipos de ejercicios de estimulación cognitiva | Bitbrain [Internet]. 16/08/2018. 2018 [cited 2020 May 28]. p. 1. Available from: https://www.bitbrain.com/es/blog/ejercicios-estimulacion-cognitiva

25. Olazarán J, Reisberg B, Clare L, Cruz I, Peña-Casanova J, del Ser T, et al. Nonpharmacological Therapies in Alzheimer's Disease: A Systematic Review of Efficacy. Dement Geriatr Cogn Disord [Internet]. 2010 Sep [cited 2020 May 30];30(2):161–78. Available from: https://www.karger.com/Article/FullText/316119

26. García Herranz S. Eficacia de un Programa de Estimulación Cognitiva en un grupo de personas con probable Enfermedad de Alzheimer en fase leve: Estudio Piloto. Rev Discapacidad, Clínica y Neurociencias. 2015;2(1):24–38.

27. Schultheisz TSDV, Aquino RR de, Alves ABF, Radl ALM, Serafim A de P. Effect of cognitive stimulation workshops on the self-esteem and cognition of the elderly: A pilot project. Dement e Neuropsychol [Internet]. 2018 Dec [cited 2019 Dec 7];12(4):421–6. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1980-57642018000400421&lng=en&tlng=en

ANEXO 1. CHECKLIST

ORT 2010 checklist of information to include when reporting a randomised trial*

Section/Topic	Item No	Checklist item	Reported on page No
Title and abstract			
	1a	Identification as a randomised trial in the title	SI
	1b	Structured summary of trial design, methods, results, and conclusions (for specific guidance see CONSORT for abstracts)	2
Introduction			
Background and objectives	2a	Scientific background and explanation of rationale	3-4
	2b	Specific objectives or hypotheses	6
Methods			
Trial design	3a	Description of trial design (such as parallel, factorial) including allocation ratio	7
	3b	Important changes to methods after trial commencement (such as eligibility criteria), with reasons	-
Participants	4a	Eligibility criteria for participants	7-8
	4b	Settings and locations where the data were collected	-

Interventions	5	The interventions for each group with sufficient details to allow replication, including how and when they were actually administered	8-9
Outcomes	6a	Completely defined pre-specified primary and secondary outcome measures, including how and when they were assessed	9
	6b	Any changes to trial outcomes after the trial commenced, with reasons	-
Sample size	7a	How sample size was determined	9-10
	7b	When applicable, explanation of any interim analyses and stopping guidelines	-
Randomisation:			
Sequence generation	8a	Method used to generate the random allocation sequence	8
	8b	Type of randomisation; details of any restriction (such as blocking and block size)	-
Allocation concealment mechanism	9	Mechanism used to implement the random allocation sequence (such as sequentially numbered containers), describing any steps taken to conceal the sequence until interventions were assigned	-
Implementation	10	Who generated the random allocation sequence, who enrolled participants, and who assigned participants to interventions	7-8
Blinding	11a	If done, who was blinded after assignment to interventions (for example, participants, care providers, those assessing outcomes) and how	-
	11b	If relevant, description of the similarity of interventions	-

Statistical methods	12a	Statistical methods used to compare groups for primary and secondary outcomes	16
	12b	Methods for additional analyses, such as subgroup analyses and adjusted analyses	16
Results			
Participant flow (a diagram is strongly recommended)	13a	For each group, the numbers of participants who were randomly assigned, received intended treatment, and were analysed for the primary outcome	19
	13b	For each group, losses and exclusions after randomisation, together with reasons	-
Recruitment	14a	Dates defining the periods of recruitment and follow-up	17
	14b	Why the trial ended or was stopped	17
Baseline data	15	A table showing baseline demographic and clinical characteristics for each group	21
Numbers analysed	16	For each group, number of participants (denominator) included in each analysis and whether the analysis was by original assigned groups	22
Outcomes and estimation	17a	For each primary and secondary outcome, results for each group, and the estimated effect size and its precision (such as 95% confidence interval)	22
	17b	For binary outcomes, presentation of both absolute and relative effect sizes is recommended	-
Ancillary analyses	18	Results of any other analyses performed, including subgroup analyses and adjusted analyses, distinguishing pre-specified from exploratory	23
Harms	19	All important harms or unintended effects in each group (for specific guidance see CONSORT for harms)	10
Discussion			

Limitations	20	Trial limitations, addressing sources of potential bias, imprecision, and, if relevant, multiplicity of analyses	24
Generalisability	21	Generalisability (external validity, applicability) of the trial findings	24
Interpretation	22	Interpretation consistent with results, balancing benefits and harms, and considering other relevant evidence	24
Other information			-
Registration	23	Registration number and name of trial registry	
Protocol	24	Where the full trial protocol can be accessed, if available	-
Funding	25	Sources of funding and other support (such as supply of drugs), role of funders	-

*We strongly recommend reading this statement in conjunction with the CONSORT 2010 Explanation and Elaboration for important clarifications on all the items. If relevant, we also recommend reading CONSORT extensions for cluster randomised trials, non-inferiority and equivalence trials, non-pharmacological treatments, herbal interventions, and pragmatic trials. Additional extensions are forthcoming: for those and for up to date references relevant to this checklist, see www.consort-statement.org.

ANEXO 2. HOJA DE INFORMACIÓN PARA EL PARTICIPANTE

TITULO DEL ESTUDIO: Programa de estimulación cognitiva en pacientes mayores de 65 años con deterioro cognitivo leve/demencia leve: estudio piloto en la Asociación de Familiares del Alzheimer (AFAM) en la ciudad de Amposta controlado, paralelo y aleatorizado.

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Núria Brunet Reverté

CENTRO: Asociación Familiares del Alzheimer del Montsià (Amposta, Cataluña)

INTRODUCCIÓN

Nos dirigimos a usted para informarle sobre un estudio de investigación en el que se le invita a participar. Este estudio se trata de un estudio piloto que sigue las normas de la Buena Práctica Clínica, concretamente en los aspectos metodológicos, éticos y legales además de seguir los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos según la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Este proyecto se ha sometido al CEIC de l'Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP Jordi Gol) con el número 20/030-P.

Nuestra intención es tan sólo que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y juzgar si quiere o no participar en este estudio. Para ello lea esta hoja informativa con atención y nosotros le aclararemos las dudas que le puedan surgir después de la explicación. Además, puede consultar con las personas que considere oportunas.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede dejar el decidir no participar o cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento, sin que por ello se altere la relación con su médico ni se produzca perjuicio alguno en su tratamiento.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

El estudio pretende evaluar la efectividad de la estimulación cognitiva en cuánto al estado cognitivo, el estado emocional y el estado funcional de las personas con deterioro cognitivo leve /demencia leve. La distribución de los participantes en el grupo control o grupo intervención se realizará de forma aleatoria.

Al grupo asignado como grupo intervención se les citará en el centro donde se realizará un programa de actividades durante 1hora y 30minutos, dos veces por semana y

durante un periodo de 3 meses. Las actividades se llevarán a cabo en una sala específica de la Asociación de Familiares del Alzheimer y las conducirá la psicóloga del centro. Estas actividades están compuestas por talleres de orientación a la realidad, talleres de reminiscencia, relajación, gimnasia, fichas de cálculo, etc. La estimulación cognitiva así como el estado emocional y el estado funcional se evaluarán a partir de unos cuestionarios validados al inicio del estudio y al final de la intervención. El grupo control no realizará ninguna de estas actividades propuestas relacionada con la estimulación cognitiva pero se les realizarán los mismos cuestionarios validados que el grupo intervención al principio y al final del programa. Cada grupo estará compuesto por 9 participantes.

BENEFICIOS Y RIESGOS DERIVADOS DE SU PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO.

Se espera que la estimulación cognitiva sea efectiva para mejorar el estado cognitivo, el estado emocional y el estado funcional en pacientes con deterioro cognitivo leve/demencia leve. No existen riesgos graves derivados de la intervención. EL único riesgo que puede existir es que los participantes se cansen y no quieran seguir con la intervención o no se sientan a gusto con el grupo. Si esto ocurre, se les invitará a salir del estudio.

CONFIDENCIALIDAD

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajustará a lo dispuesto en el Reglamento (EU) RGPD 2016/679, de 27 abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos, así como la Ley Orgánica 3/2018, del 5 de Diciembre, de Protección de Datos y Garantía de los Derechos Digitales (LOPD y GDD). De acuerdo a lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse al responsable del estudio.

Los datos recogidos para el estudio estarán identificados mediante un código y sólo el responsable del estudio y sus colaboradores podrán relacionar dichos datos con usted y con su historia clínica. Por lo tanto, su identidad no será revelada a persona alguna salvo excepciones, en caso de urgencia médica o requerimiento legal.

Sólo se transmitirán a terceros y a otros países los datos recogidos para el estudio que en ningún caso contendrán información que le pueda identificar directamente, como nombre y apellidos, iniciales, dirección, nº de la seguridad social, etc. En el caso de que se produzca esta cesión, será para los mismos fines del estudio descrito y garantizando

la confidencialidad como mínimo con el nivel de protección de la legislación vigente en nuestro país.

El acceso a su información personal quedará restringido al responsable del estudio/colaboradores, autoridades sanitarias, al Comité Ético de Investigación Clínica y personal autorizado por el promotor, cuando lo precisen para comprobar los datos y procedimientos del estudio, pero siempre manteniendo la confidencialidad de los mismos de acuerdo a la legislación vigente.

Este estudio así como el proceso de desarrollo del mismo se realizarán bajo la Ley 14/2007 de 3 de Julio, de Investigación Biomédica.

COMPENSACIÓN ECONÓMICA

Su participación en el estudio no le supondrá ningún gasto.

OTRA INFORMACIÓN RELEVANTE

Si usted decide retirar el consentimiento para participar en este estudio, ningún dato nuevo será añadido a la base de datos y, puede exigir la destrucción de todas las muestras identificables previamente retenidas para evitar la realización de nuevos análisis.

También debe saber que puede ser excluido del estudio si el promotor los investigadores del estudio lo consideran oportuno, ya sea por motivos de seguridad, por cualquier acontecimiento adverso que se produzca por la medicación en estudio o porque consideren que no está cumpliendo con los procedimientos establecidos. En cualquiera de los casos, usted recibirá una explicación adecuada del motivo que ha ocasionado su retirada del estudio.

Al firmar la hoja de consentimiento adjunta, se compromete a cumplir con los procedimientos del estudio que se le han expuesto.

ANEXO 3. CONSENTIMIENTO INFORMADO paciente

Título del estudio: Programa de estimulación cognitiva en pacientes mayores de 65 años con deterioro cognitivo leve/demencia leve: estudio piloto en la Asociación de Familiares del Alzheimer (AFAM) en la ciudad de Amposta controlado, paralelo y aleatorizado

Yo, (nombre y apellidos)……..……..……

- He leído la hoja de información que me han entregado
- He podido hacer preguntas sobre el estudio
- He recibido suficiente información sobre el estudio
- He hablado con:..……..(nombre y apellidos del investigador)
- Comprendo que mi participación es voluntaria
- Comprendo que puedo retirarme del estudio:
  1.- cuando quiera
  2.- sin tener que dar explicaciones
  3.- sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Doy mi consentimiento para el acceso y utilización de los datos en las condiciones detalladas en la hoja de información y para participar en dicho estudio

Firma y nombre del participante Firma y nombre del investigador

Fecha Fecha

CONSENTIMIENTO INFORMADO representante

Título del estudio: Programa de estimulación cognitiva en pacientes mayores de 65 años con deterioro cognitivo leve/demencia leve: estudio piloto en la Asociación de Familiares del Alzheimer (AFAM) en la ciudad de Amposta controlado, paralelo y aleatorizado.

Yo, (nombre y apellidos)……..…….……en calidad de ……..(relación con el participante) de…….……..(nombre y apellidos del participante)

- He leído la hoja de información que me han entregado
- He podido hacer preguntas sobre el estudio
- He recibido suficiente información sobre el estudio
- He hablado con:..……..(nombre y apellidos del investigador)
- Comprendo que la participación del paciente es voluntaria
- Comprendo que puede retirarse del estudio:
  1.- cuando quiera
  2.- sin tener que dar explicaciones
  3.- sin que esto repercuta en sus cuidados médicos.

En mi presencia se ha dado a……(nombre del participante) toda la información pertinente adaptada a su nivel de entendimiento y está de acuerdo en participar. Presto mi conformidad para que……(nombre del participante) participe en este estudio y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de los datos en las condiciones detalladas en la hoja de información.

Firma y nombre del representante Firma y nombre del investigador

Fecha Fecha

ANEXO 4. Hoja de recogida de datos sociodemográficos y de interés

1.- Sexo

1.1.- Mujer

1.2.- Hombre

2.- Edad:.....

3.- Estado civil:

3.1.- Soltero/a

3.2.- Casado/a, vive en pareja

3.3.- Divorciado/a, separado/a

3.4.- Viudo/a

4.- Estudios:

4.1.- Sin estudios

4.2.- Primarios

4.3.- Formación profesional

4.4.- Bachillerato

4.5.- Universidad

5.- Tipo de demencia:

5.1.- deterioro cognitivo leve

5.2.- demencia vascular

5.3.- demencia mixta

5.4.- demencia Alzheimer

5.5.- demencia cuerpos Lewy

5.6.- demencias secundarias

6.- GDS:

6.1.- GDS 3

6.2.- GDS 4

7.- Tratamiento Farmacológico Demencia

1.1.- SI. ¿Cual?

1.2.- NO

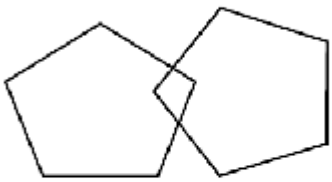
8.- Tratamiento Farmacológico Depresión

8.1.- SI. ¿Cuál?

8.2.- NO

ANEXO 5. Test MiniMental-Lobo

Mini examen cognoscitiu de Lobo

		Punts	Puntuació màxima
Orientació temporoespacial	Em sabria dir la data? Dia del mes, dia de la setmana, mes, any, estació. Un punt per cada resposta correcta.		5
	Em sabria dir a on es troba? Hospital/CAP/domicili, planta, ciutat, província, país.		5
Fixació	Repeteixi aquestes 3 paraules Cal que faci memoritzar al / la pacient les paraules "pesseta - cavall - poma". Compti un punt per cadascuna de les paraules recordades pel / per la pacient al primer intent. Si no les recorda totes, cal insistir fins que les recordi per la prova de memòria (fins a un màxim de 3 intents)		3
Concentració i càlcul	Si té 30 pessetes i me les va donant de 3 en 3, quantes li van quedant? Un punt per cada vegada que sigui capaç de restar 3 del número anterior. Cinc números.		5
	Repeteixi 5-9-2. Ara cap enrere Un punt per cada dígit correcte.		3
Memòria	Recorda les 3 paraules que li he dit abans? (Pesseta – cavall - poma)		3
Llenguatge i construcció	Mostrar un bolígraf. Què és això? Mostrar un rellotge. Què és això? Un punt per cada objecte reconegut		2
	Repeteixi aquesta frase: "El carretó duia 5 rocs"		1
	Una poma i una pera són fruites, cert? Què són un gat i un gos? Què són el verd i el vermell?		2
	Agafi un paper amb la mà dreta. Doblegui'l per la meitat amb les dues mans. Posi'l sobre la taula. Un punt per cada instrucció obeïda.		3
	Llegeixi això, i faci el que diu (Donar un paper amb la frase "TANQUI ELS ULLS")		1
	Escrigui una frase Es puntua si té sentit i te un subjecte i un verb.		1
	Copiï aquest dibuix 		1
	Puntuació total		35

Punts	Interpretació
30-35	Normalitat
25-29	Border line
20-24	Deteriorament cognitiu lleu
15-19	Deteriorament cognitiu moderat
≤14	Deteriorament cognitiu greu

ANEXO 6. Escala de Blessed

BLESSED's DEMENTIA SCALE (BDS)
Blessed, Tomlinson & Roth (1968)

Nombre: Varón [ ] Mujer [ ] Fecha:
F. nacimiento: Edad: Estudios/Profesión: N. Hª:
Observaciones: *INCAPACIDAD*

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA	Total	Parcial	Ninguna
1. Incapacidad para realizar tareas domésticas	1	0,5	0
2. Incapacidad para el uso de pequeñas cantidades de dinero	1	0,5	0
3. Incapacidad para recordar listas cortas de elementos (compras, etc.)	1	0,5	0
4. Incapacidad para orientarse en casa	1	0,5	0
5. Incapacidad para orientarse en calles familiares	1	0,5	0
6. Incapacidad para valorar el entorno (reconocer si está en casa, hospital, discriminar entre parientes, médicos, enfermeras, etc.)	1	0,5	0
7. Incapacidad para recordar hechos recientes (visitas de parientes o amigos)	1	0,5	0
8. Tendencia a rememorar el pasado	1	0,5	0
ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA			

HÁBITOS	Total	Parcial	Ninguna
9. COMER . Limpiamente, con los cubiertos adecuados			0
. Desaliñadamente, sólo con la cuchara		1	
. Sólidos simples (galletas)		2	
. Ha de ser alimentado	3		
10. VESTIR . Se viste sin ayuda			0
. Fallos ocasionales (en el abotonamiento)		1	
. Errores y olvidos frecuentes en la secuencia de vestirse		2	
. Incapaz de vestirse	3		
11. CONTROL de ESFÍNTERES . Normal			0
. Incontinencia urinaria ocasional		1	
. Incontinencia urinaria frecuente		2	
. Doble incontinencia	3		
HÁBITOS			

PERSONALIDAD Y CONDUCTA	Total	Parcial	Ninguna
SIN CAMBIOS			0
12. Retraimiento creciente	1		
13. Egocentrismo aumentado	1		
14. Pérdida de interés por los sentimientos de otros	1		
15. Afectividad embotada	1		
16. Perturbación del control emocional (aumento susceptibilidad, irritabilidad)	1		
17. Hilaridad inapropiada	1		
18. Respuesta emocional disminuida	1		
19. Indiscreciones sexuales (de aparición reciente)	1		
20. Falta de interés en las aficiones habituales	1		
21. Disminución de la iniciativa o apatía progresiva	1		
22. Hiperactividad no justificada	1		
n.o.g.(1999) PERSONALIDAD Y CONDUCTA			

Puntuación de 4 o más: sospecha de demencia Puntuación mayor de 15: demencia de moderada a grave	Puntuación Total (Máx. 28)	

ANEXO 7. Test Lawton y Brody

ESCALA DE LAWTON I BRODY	Punts
CAPACITAT PER USAR EL TELÈFON	
Utilitza el telèfon per iniciativa pròpia. Busca i marca números.	1
És capaç de marcar números ben coneguts.	1
És capaç de contestar el telèfon, però no de marcar.	1
No usa el telèfon en absolut.	0
ANAR DE COMPRES	
Realitza totes les compres necessàries de manera independent.	1
Realitza independentment petites compres.	0
Necessita acompanyament per realitzar qualsevol compra.	0
És totalment incapaç d'anar de compres	0
PREPARACIÓ DEL MENJAR (no entrevistar els homes)	
Organitza, prepara i serveix els menjars ella mateixa adequadament.	1
És capaç de preparar adequadament els menjars , si li proporcionen ingredients.	0
Escalfa, serveix i prepara menjars, però no manté una dieta adequada.	0
Necessita que li prepari i que li serveixin el menjar.	0
TENIR CURA DE LA CASA (no entrevistar els homes)	
És capaç de tenir cura de la casa per si sola o amb ajuda ocasional.	1
Realitza les tasques domèstiques lleugeres com ara rentar els plats o fer els llits.	1
Realitza tasques lleugeres, però no pot mantenir un nivell de neteja adequat.	1
Necessita ajuda en totes les tasques de la casa.	1
No participa en cap de les tasques de casa.	0
RENTAT DE LA ROBA (no entrevistar els homes)	
És capaç de rentar ella sola tota la seva roba.	1
Renta ella sola petites peces de roba, esbandeix mitjons, etc.	1
Tot el rentat de la roba, l'ha de realitzar una altra persona.	0
ÚS DE MITJANS DE TRANSPORT	
És capaç de viatjar sol en transport públic o de conduir el seu cotxe.	1
És capaç d'agafar un taxi, però no utilitza cap altre mitjà de transport.	1
Pot viatjar en transport públic quan va acompanyat duna altra persona.	1
Té capacitat per utilitzar taxi o automòbil, però amb l'ajuda d'altres.	0
No viatja en absolut.	0
RESPONSABILITAT RESPECTE A LA SEVA MEDICACIÓ	
És capaç i responsable de prendre's la seva medicació a l'hora i amb dosis correctes.	1
Pren responsablement la seva medicació, si li preparen anticipadament.	0
No és capaç de responsabilitzar-se de la seva medicació.	0
MANEIG DELS SEUS ASSUMPTES ECONÒMICS	
Maneja els assumptes financers amb independència. Recull i reconeix els seus ingressos.	1
Maneja les despeses del dia a dia, però necessita ajuda per anar al banc, grans despeses.	1
Incapaç de manejar diners.	0
Puntuació total:	

Puntuació:

DONES	*HOMES*
0-1 Dependència total	0 Dependència total
2-3 Dependència severa	1 Dependència severa
4-5 Dependència moderada	2-3 Dependència moderada
6-7 Dependència lleugera	4 Dependència lleugera
8 Autònom	5 Autònom

ANEXO 8. Escala de Yesavage.

INSTITUTO NACIONAL DE GERIATRÍA

UDAMHIE

Escala de Depresión Geriátrica
Geriatric Depression Scale (GDS)

Introducción.
La escala de depresión geriátrica fue creada por Jerome A. Yesavage y colaboradores, ha sido probada y utilizada extensamente en personas mayores. Durante su aplicación que toma alrededor de 5-7 minutos, se le pide a la persona a evaluar que responda con sí o no a las preguntas con respecto a cómo se ha sentido durante la última semana. Existen varias versiones desde 30 ítems; se revisará la versión de 15 ítems que se desarrolló en 1986; 10 ítems indican la presencia de síntomas depresivos sí se responden afirmativamente, mientras que otros 5 ítems indican síntomas depresivos cuando se les da una respuesta negativa. La escala de depresión geriátrica, se ha probado en personas mayores por lo demás sanas, enfermas o con deterioro cognitivo leve a moderado; en distintos contextos como el comunitario, hospitalario y de cuidados prolongados.

Material requerido.
Cuestionario de la versión de 15 ítems de Escala de Depresión Geriátrica y una pluma.

Instrucciones:

Vea directamente a la persona, logre su atención y explíquele:

*"Le voy a hacer algunas preguntas para evaluar su **estado de ánimo,** tome en cuenta únicamente como se ha sentido durante la **última semana,** por favor responda con **Si o No**".*

Hágale a la persona las preguntas de la Escala de Depresión Geriátrica en el orden indicado a continuación:

1. ¿En general, está satisfecho(a) con su vida?	Sí (0)	**No (1)**
2. ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	**Sí (1)**	No (0)
3. ¿Siente que su vida está vacía?	**Sí (1)**	No (0)
4. ¿Se siente con frecuencia aburrido(a)?	**Sí (1)**	No (0)
5. ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	Sí (0)	**No (1)**
6. ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	**Sí (1)**	No (0)
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	Sí (0)	**No (1)**
8. ¿Con frecuencia se siente desamparado(a), desprotegido(a)?	**Sí (1)**	No (0)
9. ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	**Sí (1)**	No (0)
10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	**Sí (1)**	No (0)
11. ¿En estos momentos, piensa que es estupendo estar vivo(a)?	Sí (0)	**No (1)**
12. ¿Actualmente se siente un(a) inútil?	**Sí (1)**	No (0)
13. ¿Se siente lleno(a) de energía?	Sí (0)	**No (1)**
14. ¿Se siente sin esperanza en este momento?	**Sí (1)**	No (0)
15. ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	**Sí (1)**	No (0)

Registre la fecha, el nombre completo, la edad y el sexo de la persona evaluada.

Este material está registrado bajo licencia *Creative Commons International,* con permiso para reproducirlo, publicarlo, descargarlo y/o distribuirlo en su totalidad únicamente con fines educativos y/o asistenciales sin ánimo de lucro, siempre que se cite como fuente al Instituto Nacional de Geriatría.

CC BY NC SA

Calificación

Se otorga 1 punto por cada respuesta que indica presencia de síntomas depresivos (**Si** o **No** en negritas)

Mientras mayor el puntaje, mayor la presencia de síntomas depresivos.

Calificación total: sumar los puntos por cada respuesta Si o No en negritas

La calificación máxima alcanzable es de 15 puntos.

Interpretación	
0-4 puntos	Se considera normal, sin síntomas depresivos.
5-8 puntos	Indica la presencia de síntomas depresivos leves.
9-10 puntos	Indica la presencia de síntomas depresivos moderados.
12-15 puntos	Indica la presencia de síntomas depresivos graves.

Referencias.

- Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, et ál. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. J Psychiatr Res. 1982-1983;17(1):37. PMID: 7183759.
- Baker FM, Espino DV. A Spanish version of the geriatric depression scale in Mexican-American elders. Int J Geriatr Psychiatry. 1997;12(1):21. PMID: 9050419.
- Marc LG, Raue PJ, Bruce ML. Screening performance of the 15-item geriatric depression scale in a diverse elderly home care population. Am J Geriatr Psychiatry. 2008;16(11):914. PMID: 18978252.
- Martínez de la Iglesia J, Onís-Vilches MC, Dueñas-Herrero R, et ál. Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. Medifam. 2002; 12(10):620. Disponible en SciELO.

Este material está registrado bajo licencia *Creative Commons International,* con permiso para reproducirlo, publicarlo, descargarlo y/o distribuirlo en su totalidad únicamente con fines educativos y/o asistenciales sin ánimo de lucro, siempre que se cite como fuente al Instituto Nacional de Geriatría.

CC BY NC SA

ANEXO 9.- FICHAS

SESIÓN: 1 BIENVENIDA + SESIÓN

Tiempo estimado	Función cognitiva	Objetivos	Descripción tarea a desarrollar	Material
5 Minutos	Atención	-Informar sobre los objetivos del taller de estimulación cognitiva	-Breve información sobre el funcionamiento de las sesiones, y que se pretende	
35 minutos	Lenguaje, reconocimiento, memòria	- Facilitar el contacto y reconocimiento entre los miembros del grupo - Establecer un clima positivo	- Dinámicas de grupo: cadena de nombres y pasarse la pelota	Pelota
20minutos	Asociación, memoria episódica y memoria a largo plazo	- Iniciar relaciones interpersonales - Conocerse entre ellos para establecer lazos	- De forma aleatoria, con el uso de un dado gigante, irán respondiendo a diferentes preguntas personales y sobre sus gustos	Dado gigante con 6 opciones: Color favorito, trabajo, hijos, comida favorita, cantante favorito y recordar nombre de un compañero
30 minutos	Gerontogimnasia	-Ejercitar el tono muscular -Estimular la motricidad gruesa	Ejercicios de gimnasia	Tabla gerontogimnasia, capitulo 5 (pág 25). "*Programa estimulación para persona con Alzheimer. CEAFA Alzheimer"*

SESIÓN: 2

Tiempo estimado	Función cognitiva	Objetivos	Descripción tarea a desarrollar	Material
5 minutos			Recepción y saludos	
15 minutos	Atención, memoria y razonamiento	-Trabajar la memoria a corto plazo, razonamiento y pensamiento abstracto	-Leer en voz alta un texto que deben recordar para luego responder a unas preguntas relacionadas con este	Folios, lápices, colores, gomas Ficha 10, 10.1 del "*Programa estimulación para persona con Alzheimer. CEAFA Alzheimer"*
45 minutos	Atención y lenguaje	-Trabajar la atención y la percepción visual - Estimular el léxico y la memoria semántica	-Ficha 51: Señalar las secuencias que sean iguales a las del modelo - Ficha 64: Escribir al menos 10 palabras que pertenezcan a una determinada categoría	Folios, lápices, colores, gomas Fichas 51, 64 del "*Programa estimulación para persona con Alzheimer. CEAFA Alzheimer"*
25 minutos	Gerontogimnasia	-Ejercitar el tono muscular -Estimular la motricidad gruesa	Ejercicios de gimnasia	Tabla gerontogimnasia, capitulo 5 (pág 25). "*Programa estimulación para persona con Alzheimer. CEAFA Alzheimer"*

5 minutos			Cierre de la sesión y despedida	