

**UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE PSICOLOGÍA
SEMINARIO DE TÍTULO EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**IMPLEMENTACIÓN PILOTO DE UN PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN
COGNITIVA EN PACIENTES CON DEMENCIA TIPO ALZHEIMER**

POR

**FRANCO MARAY
FRANCO MASCAYANO
ANDREA ROA
LUCIANA SERRAINO**

**PROFESOR GUÍA
CLAUDIA MIRANDA**

VALPARAÍSO, ENERO 2011

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	7
II. MARCO CONCEPTUAL	9
2.1. Envejecimiento.....	9
2.2. Demencia.....	10
2.3. Prevalencia del Deterioro Cognitivo y Demencias.....	11
2.4. Demencia Tipo Alzheimer.....	12
2.5. Progresión de la Sintomatología Cognitiva y Funcional en EA.....	15
2.6. Intervenciones Psicosociales en Demencia.....	17
2.7. Terapias Psicosociales.....	23
2.7.1. Terapia de Orientación a la Realidad.....	23
2.7.2. Terapia de Reminiscencia.....	24
2.7.3. Programa de Estimulación Cognitiva Activa.....	25
2.7.4. Terapia Cognitiva Específica.....	26
2.7.5. Adaptación Cognitiva y Funcional del entorno físico.....	27
2.7.6. Actividades significativas (ocupacionales) y de la vida diaria.....	27
2.7.7. Prevención y tratamiento de los Trastornos Psicológicos y del comportamiento de la Demencia.....	27
2.7.8. Terapia de Validación.....	28
2.8. Terapia de Estimulación Cognitiva (TEC).....	29
2.8.1. Descripción de la Terapia.....	30
2.9. Intervenciones y Tratamientos para la Demencia y Trastorno Cognitivo en Chile.....	32
III. DEFINICIONES CONCEPTUALES	33
3.1. Estimulación Cognitiva.....	33
3.2. Calidad de Vida.....	33
3.3. Nivel de Funcionalidad.....	33
3.4. Demencia tipo Alzheimer leve.....	33

3.5. Demencia tipo Alzheimer Moderada.....	34
3.6. Cognición.....	34

IV DEFINICIONES OPERACIONALES **35**

4.1. Estimulación Cognitiva.....	35
4.2. Calidad de Vida.....	35
4.3. Nivel de Funcionalidad.....	35
4.4. Demencia tipo Alzheimer leve.....	35
4.5. Demencia tipo Alzheimer Moderada.....	36
4.6 Cognición.....	36

V. PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA **37**

5.1. Pregunta de Investigación.....	37
5.2. Objetivo General.....	37
5.3. Objetivos Específicos.....	37
5.4. Justificación.....	37

VI. HIPÓTESIS **39**

6.1. Hipótesis Generales.....	39
-------------------------------	----

VII. MARCO METODOLÓGICO **40**

7.1. Diseño de Investigación.....	40
7.2. Muestra.....	40
7.3. Procedimientos.....	41
7.3.1. Traducción y Adaptación del Manual de TEC : “Making a Difference”	41
7.3.2. Reclutamiento de Centros.....	41
7.3.3. Presentación del Consentimiento Informado.....	42
7.3.4. Evaluaciones.....	42
7.3.5. Aplicación de TEC.....	43
7.4. Instrumentos.....	44
7.4.1. Mini mental State Examination (MMSE).....	44

7.4.2. The Quality of Life-Alzheimer Disease Scale (QoL-AD).....	45
7.4.3. Alzheimer’s Disease Assesment Scale (Adas).....	46
7.4.4. Índice Barthel.....	48
7.4.5. Pauta de Monitoreo de Avances.....	49
7.5. Procedimiento de Análisis de Datos.....	49

VIII. RESULTADOS **51**

8.1. Participantes.....	51
8.2. Características de la Muestra Previo a Aplicación de TEC.....	51
8.2.1. Análisis Descriptivo de variables Sociodemográficas, pre-TEC.....	51
8.2.2. Análisis Comparativo de variables Sociodemográficas entre Grupo Control y Grupo de intervención, pre-TEC.....	54
8.2.3. Análisis Descriptivo de variable de variables Clínicas, pre-TEC.....	55
8.2.3.1. <i>Rendimiento Cognitivo</i>	55
8.2.3.2. <i>Calidad de Vida</i>	56
8.2.3.3. <i>Nivel de Funcionalidad</i>	56
8.2.4. Análisis Comparativo de variables clínicas entre Grupo Control y Grupo de Intervención, pre-TEC.....	56
8.3. Características de la Muestra luego de Aplicación de TEC.....	58
8.3.1. Análisis Descriptivo de las Variables Clínicas post-TEC.....	58
8.3.1.1. <i>Rendimiento Cognitivo</i>	58
8.3.1.2. <i>Calidad de Vida</i>	58
8.3.1.3. <i>Nivel de Funcionalidad</i>	59
8.3.2. Análisis Comparativo de variables clínicas entre Grupo Control y Grupo de Intervención, post-TEC.....	59
8.3.3. Análisis Comparativo de variables clínicas pre y post TEC para Grupo Control y Grupo de Intervención.....	60
8.3.3.1. <i>Grupo Control (GC), post-TEC</i>	60
8.3.3.2. <i>Grupo de Intervención, post-TEC</i>	62
8.4. Análisis Descriptivo del Monitoreo de GI durante el proceso de Intervención.....	63

<u>IX DISCUSIÓN</u>	<u>65</u>
9.1. Variables Sociodemográficas.....	65
9.2 Variables Clínicas.....	66
9.2.1. Funcionamiento Cognitivo Global.....	66
9.2.2. Calidad de Vida.....	70
9.2.3. Nivel de Funcionalidad.....	72
9.3. Limitaciones del Estudio.....	73
9.4. Futuras Proyecciones.....	75
<u>X CONCLUSIONES</u>	<u>77</u>
<u>XI REFERENCIAS</u>	<u>79</u>
<u>XII ANEXOS</u>	<u>93</u>
Anexo A: Criterios diagnósticos para Demencia tipo Alzheimer.....	93
Anexo B: Hoja Informativa para el Familiar/Cuidador y para el Participante.....	94
Anexo C: Consentimiento Informado del Familiar/Cuidador.....	100
Anexo D: Consentimiento Informado del Participante.....	101
Anexo E: MMSE modificado.....	102
Anexo F: Calidad de Vida: EA para familiar o cuidador.....	104
Anexo G: Calidad de Vida: EA.....	105
Anexo H: Escala para la evaluación de la enfermedad de Alzheimer Adas-Cog.....	106
Anexo I: Índice de Barthel.....	111
Anexo J: Pauta de monitoreo de Avances, Making a Difference.....	113

LISTA DE TABLAS **N°**

Tabla 8.1. Resumen de variables Sociodemográficas de la Muestra. Análisis de muestras Independientes.....	55
Tabla 8.2. Resumen de variables Clínicas, pre TEC. Análisis de muestras Independientes.....	57
Tabla 8.3. Resumen de variables Clínicas, post TEC. Análisis de muestras Independientes.....	60
Tabla 8.4. Análisis Comparativo de variables Clínicas Pre/Post para GC y GI. Análisis de Muestras Dependientes.....	63

LISTA DE GRÁFICOS **N°**

Gráfico 8.1. Variable Demográfica, Género para MT, GC y GI.....	51
Gráfico 8.2. Variable Demográfica, Edad para MT, GC y GI.....	52
Gráfico 8.3. Variable Demográfica, Institucionalización para MT, GC y GI.....	52
Gráfico 8.4. Variable Demográfica, Estado Civil para MT, GC y GI.....	53
Gráfico 8.5. Variable Demográfica, Escolaridad para MT, GC y GI.....	53
Gráfico 8.6. Comparación de variables Clínicas Pre/Post para GC.....	61
Gráfico 8.7. Comparación de variables Clínicas Pre/Post para GI.....	62

INTRODUCCIÓN

Debido a los progresos tanto sociales como económicos, en las últimas décadas se ha observado una baja en las tasas de natalidad y de mortalidad provocando un constante envejecimiento de la población mundial. Según Vinuesa (2004) este comportamiento demográfico es explicado por la teoría de la “Transición Demográfica”, que define un mismo proceso de transformaciones que se repite en las poblaciones de las distintas regiones y países del mundo (universalidad del proceso), pero con notables diferencias en sus cronologías y ritmos. Es por lo anterior, que el autor subraya que las poblaciones que han comenzado más tarde el cambio de régimen demográfico, como es el caso de Chile, viven un proceso mucho más rápido y, por tanto, más problemático que en países europeos en los que estos cambios han tardado más de un siglo en realizarse.

Los cambios demográficos señalados anteriormente, conducen a prestar mayor atención al grupo etario de la adultez mayor, considerando especialmente aquellos padecimientos que de alguna manera les dificultan para tener una buena calidad de vida y desenvolverse con independencia. De acuerdo a Oliver et al. (2009) uno de los problemas más importantes en la etapa de adulto mayor es la pérdida de las capacidades funcionales, emocionales y cognoscitivas, las cuales conducen a diversos grados de discapacidad. La Organización Mundial de la Salud (OMS), habría postulado que la pérdida de visión era la enfermedad más discapacitante en la tercera edad, pero un estudio realizado por Sousa et al. (2009) plantea que, por lo menos en países con menos recursos (zonas urbanas de Cuba, República Dominicana y Venezuela y de las áreas rurales y urbanas de México, Perú, China y la India) la demencia sería la mayor causa de discapacidad en los ancianos.

En el caso de Chile, se estima que más de 100.000 personas presentan en la actualidad una demencia, siendo el Alzheimer una de las diez primeras causas de muerte en la tercera edad (Fuentes y Slachevsky, 2005). A pesar de la contundente evidencia sobre los resultados favorables de las terapias psicosociales, en la actualidad el tratamiento para las demencias en Chile se enfoca principalmente en el tratamiento farmacológico utilizando sustancias procolinérgicas (donepezilo y la rivastigmina) y, generalmente, no incluye la utilización de terapias no farmacológicas.

La efectividad de las terapias de carácter Psicosocial, estriba en que se entiende al paciente como un sujeto biopsicosocial, de forma que la intervención que se lleva a cabo en este ámbito repercute positivamente en su entorno social, familiar, entre otros, además de tratar sus alteraciones cognitivas y comportamentales (Escarabajal M, 2010).

Las terapias de estimulación cognitiva pretenden realizar tareas tendentes a activar y mantener las capacidades mentales utilizando un conjunto de técnicas que incluyen actividades de estimulación de la memoria, la comunicación verbal, el reconocimiento, el ritmo y la coordinación y el esquema corporal (Deus J, 2006). Estas han reportado resultados positivos en la mejora de la cognición global, la comunicación y ciertos indicadores relacionados con la calidad de vida. Dentro de este tipo de terapia se encuentra un manejo terapéutico iniciado por un equipo de investigadores del “University College of London”, denominada “Terapia de Estimulación Cognitiva (TEC)” (Spector et al., 2003; Orrell et al., 2005; Woods et al., 2006). Dicha intervención, que encuentra sus antecedentes en varios programas de estimulación cognitiva (Breuil, DeRotrou y Forette, 1994), en la terapia de orientación a la realidad (Zanetti, 1995), reminiscencia (Hala, 1975) y validación (Bleathman y Morton, 1996), se define como un programa de apoyo y potenciación global de las personas en las etapas tempranas de la demencia, y que abarcaría dimensiones como la cognición, afectividad, relaciones interpersonales, comunicación y lenguaje, etc. Se comprobó su eficacia en ensayos controlados aleatorios (Spector et al, 2003), y además se evidenciaron sus ventajas en la relación costo-beneficio en comparación a los tratamientos habituales, por medio de un análisis del “London School of Economics” (Knapp et al, 2006).

En el Reino Unido esta terapia ya es reconocida por la NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence), y se recomienda para todas las personas con demencia leve a moderada (Knowles, 2010).

La presente investigación busca como objetivo principal, realizar una implementación piloto de la Terapia de Estimulación Cognitiva (TEC) en una muestra nacional de individuos que evidencie Enfermedad de Alzheimer leve o moderada.

MARCO CONCEPTUAL

2.1 ENVEJECIMIENTO

Es ampliamente conocido el hecho de que la población mundial ha expuesto un notable y progresivo envejecimiento. De acuerdo al Instituto Nacional de Estadística (INE, 2004) la proporción de Adultos Mayores en los países desarrollados es mayor que la de los países en vías de desarrollo siendo de un 21% y 8% de la población total, respectivamente. Según United Nations Population Division, en la década del 50 solo tres países tenían más de 10 millones de personas sobre los 60 años, estos eran; China (42 millones), India (20 millones) y Estados Unidos (20 millones). Sin embargo, el año 2000 se presencié un importante incremento de estas cifras, elevándose el número de países con más de 10 millones de personas sobre los 60 años a doce, incluyendo cinco con más de 20 millones de adultos mayores: China (129 millones), India (77 millones), USA (46 millones), Japón (30 millones) y la Federación Rusa (27 millones).

El Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE, 2002) entrega información con respecto a la situación demográfica en Latinoamérica y el Caribe, explicando que en esta región el envejecimiento está ocurriendo a una velocidad mayor. En la actualidad, esta situación está más avanzada en Uruguay, Argentina, Cuba, Chile y en varios otros países del Caribe, siendo más del 10 % de la población mayor de 60 años. De acuerdo al INE (2003) se estima que entre 1950 y el 2000, las personas mayores de 60 años aumentaron desde el 6% al 8% su participación en la población total de la región y los menores de 15 la redujeron de 41% a 32%. A lo largo de estos cincuenta años, la población total se triplicó y el número de adultos mayores se quintuplicó, hasta llegar a 40 millones.

En nuestro país, el último censo realizado el año 2002, indicó que un 11,4% de la población tenía 60 o más años. En cambio en 1960 este mismo grupo de edad representaba el 6,8% de la población nacional. Este cambio demográfico en Chile es reflejado en datos más recientes (INE, 2004), que revelan que una de cada diez personas pertenece al grupo etario del Adulto Mayor y se espera que para el año 2025 esta proporción sea de uno por cada cinco.

2.2 DEMENCIA

Utilizada en primera instancia para describir cualquier tipo de deterioro cognitivo o del comportamiento, actualmente demencia hace alusión, como lo mencionan Gil y Martín (2006), a un síndrome en el que declinan las funciones superiores, entre ellas la memoria, en relación con el nivel previo de los pacientes o, como lo define más específicamente Deus J. (2006), sería un:

“síndrome clínico adquirido por una causa orgánica, que hace referencia a un deterioro de las funciones cognitivas o superiores, respecto al nivel premórbido, progresivo o no progresivo, de lenta instauración y persistente, sin alteración del nivel de conciencia, irreversible y con tratamiento paliativo o reversible y, frecuentemente, acompañado de otras manifestaciones psicopatológicas o conductuales, que afectan al normal funcionamiento social y ocupacional del individuo... puede tener un inicio focal, con un curso clínico progresivo, afectando a una única función cognitiva y/o conductual, o bien alterar a diversas capacidades cognoscitivas...”(pág. 2)

Es un síndrome que puede ser causado por múltiples etiologías y en base a esto puede clasificarse en tres tipos distintos: demencias degenerativas primarias, en donde se encuentran las de predominio cortical y subcortical; las demencias vasculares y, por último, las demencias secundarias. Dentro de las demencias primarias, en las de predominio cortical se encuentran la enfermedad de Alzheimer, demencias frontotemporales (enfermedad de Pick) y degeneraciones focales (afasia, apraxia, etc.); mientras que en las subcorticales se encuentran las degeneraciones corticobasales, demencia por cuerpos de Lewy, Enfermedad de Parkinson, Huntington, etc. En cuanto a las demencias vasculares, pueden nombrarse las causadas por multi-infarto, por infarto único, enfermedad de pequeños vasos (estado lacunar, angiopatía cerebral amiloidea), por hipoperfusión, hemorrágicas o por otros mecanismos vasculares. Por último, dentro del espectro de las demencias secundarias se enmarcan las de origen metabólico, carencial, endocrino, infecciosas, expansivas cerebrales, debidas a fármacos, tóxicas, psiquiátricas, postraumáticas, debidas a colágeno, por depósito o misceláneas (Gil y Martín, 2006).

De acuerdo a los mismos autores (2006) las diferencias entre ellas abarcan tanto el conjunto sintomático como la presentación y progresión. Así, las demencias corticales, suelen ser de instalación gradual y continua y con afectación de la memoria y otras funciones superiores. Las frontotemporales se caracterizan por un inicio insidioso y progresión lenta y se acompañan de alteraciones conductuales, sociales, de las funciones ejecutivas y del lenguaje, muy significativas en relación al perjuicio de la memoria. Las subcorticales suelen asociarse principalmente a problemas motrices tales como problemas en la marcha, bradicinesia o con producción de movimientos anormales, pueden afectar la cognición y la alerta, generar alucinaciones e incluso llevar a variaciones de los niveles de conciencia. En cuanto a las demencias vasculares, estas se presentan mayormente en población masculina y su manifestación sintomática depende de la localización y magnitud del daño provocado por el accidente vascular. Tienen un inicio abrupto, deterioro más escalonado, curso fluctuante y signos neurológicos focales. Por último, las demencias secundarias dependen de un proceso de abuso o carencia de algún factor orgánico o farmacológico para producir el deterioro cognitivo.

2.3 PREVALENCIA DEL DETERIORO COGNITIVO Y DEMENCIAS

De acuerdo a Oliver et al. (2009) uno de los problemas más importantes en la adultez mayor es la pérdida de las capacidades funcionales, emocionales y cognoscitivas. Entre las fuentes de la discapacidad encontramos la diabetes, la demencia, el infarto cerebral, la depresión, la enfermedad isquémica, artritis, problemas visuales, de oído y gastrointestinales, entre otras.

Según Fuentes et al. (2008), en estudios internacionales, la demencia afectaría aproximadamente a un 10% de los individuos de 60 años, 15% en los mayores de 65 años, y 30% en los de más de 80 años, presentándose el Alzheimer como la más frecuente suponiendo un 50-75% del total de las demencias, siendo mayor la proporción de pacientes en los grupos de mayor edad. En segundo lugar se encontraría la demencia vascular.

Por otra parte, la Encuesta Nacional de Salud (ENS) del 2004, recalca que los índices de Deterioro Cognitivo en los mayores de 60 años serían a nivel nacional un 14,9%, siendo en hombres y mujeres de un 14,5% y 15,2% respectivamente. En Chile, se estima

que más de 100.000 personas presentan en la actualidad una demencia, siendo el Alzheimer una de las diez primeras causas de muerte en la tercera edad (Fuentes y Slachevsky, 2005).

2.4 DEMENCIA TIPO ALZHEIMER

Como se mencionara anteriormente, esta enfermedad produce daño a nivel cortical, produciendo pérdida neuronal y, por ende, de sinapsis. Es reconocible anatómicamente por la presencia de placas seniles y de degeneración neurofibrilar (Donoso, 2003). Tiene una aparición insidiosa y de progresión lenta con presencia de dificultades para aprender, pero con capacidad atencional normal (SaludMadrid, 2007), reconocible en sus etapas tempranas por fallas en la memoria reciente.

A pesar de que no existe una explicación clara con respecto a sus causas, se reconoce a la edad avanzada como uno de los factores que aumenta significativamente su incidencia. Así, no suele presentarse antes de los 50 años de edad, sube a 1 de cada 1000 casos en los mayores de 60, 1 de cada 100 casos en mayores de 70 y, finalmente, 1 de cada 10 casos en mayores de 80 años (Holland, 2001).

Se presenta con mayor propensión en mujeres que en hombres y se asocia a otras patologías o problemas físicos tales como patologías tiroideas y enfermedades cardiovasculares, entre otras.

Para el adecuado diagnóstico de este tipo de demencia existen claros criterios, tales como los establecidos en el Manual Diagnóstico de los Trastornos Mentales (DSM-IV, 1994, págs. 148-149) Estos criterios son:

A. La presencia de múltiples déficits cognitivos se manifiesta por:

- 1. Deterioro de la memoria (deterioro de la capacidad para aprender nueva información o recordar información aprendida previamente)*
- 2. Una (o más) de las siguientes alteraciones cognoscitivas:*
 - a. Afasia (alteración del lenguaje)*

- b. *Apraxia (deterioro de la capacidad para llevar a cabo actividades motoras, a pesar de que la función motora está intacta)*
 - c. *Agnosia (fallo en el reconocimiento o identificación de objetos, a pesar de que la función sensorial está intacta)*
 - d. *Alteración de la ejecución (p. ej. planificación, organización, secuenciación y abstracción)*
- B. *Los déficits cognoscitivos en cada uno de los criterios A1 y A2 provocan un deterioro significativo de la actividad social o laboral y representan una merma importante del nivel previo de actividad*
- C. *El curso se caracteriza por un inicio gradual y un deterioro cognoscitivo continuo*
- D. *Los déficits cognoscitivos de los criterios A1 y A2 no se deben a otras enfermedades*
- E. *Los déficits no aparecen exclusivamente en el transcurso de un Delirium*
- F. *La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno del eje I*

En base a estos, entonces, se puede clasificar la enfermedad de acuerdo a su inicio en aquellas de inicio temprano cuando comienza antes de los 65 años de edad y tardía cuando se presenta después de los 65.

De acuerdo a lo señalado por Donoso (2003), su curso clínico se caracteriza por tres etapas, cada una con su sintomatología específica. En la primera se aprecian fallas de memoria, principalmente episódica reciente, fallas en los niveles de atención-concentración, memoria remota, semántica, aprendizaje procedural y capacidad ejecutiva; mientras que en lo conductual puede darse la aparición de conflictos con terceros.

En la segunda etapa aparecen afasias, apraxias y elementos del síndrome de Gerstmann (agrafia, agnosia, acalculia, desorientación izquierda-derecha). Se mantiene la movilidad y empeoran los trastornos conductuales (depresión, delirios, estados confusionales, ansiedad, etc.).

Por último, en la tercera etapa el enfermo requiere cuidados permanentes, existe total dependencia de terceros, hay un deterioro marcado de casi todas las funciones superiores, se acentúa la rigidez muscular y se dificultan los cambios posturales, se pierde el reconocimiento de los familiares y personas cercanas y aumenta la apatía. Más adelante se presentan incontinencia urinaria y fecal y, por último, el paciente termina, en la mayoría de los casos, postrado y con alimentación asistida hasta la muerte.

Actualmente, se ha caracterizado a la EA como una enfermedad altamente heterogénea, sobre todo en cuanto a la variabilidad de su presentación y las distintas variantes en que la misma puede encontrarse en los casos afectados. Como lo describen Donoso y Behrens (2005) en sus seis clasificaciones y, flexibilizando los criterios del DSM-IV, la progresión de la demencia no siempre se presenta a la misma velocidad, reconociéndose casos de progresión rápida, en relación a los 8 o 9 años promedio de supervivencia de la generalidad de los enfermos con EA. Así también, las manifestaciones cognitivas especificadas en el criterio A2 del DSM-IV pueden tener presentación exclusiva, sin otra sintomatología asociada, o pueden agregarse síntomas neuropsiquiátricos tales como alucinaciones, predominantemente visuales; delirios, principalmente sobre temáticas de engaños, robos o perjuicio personal (Reich, 1999), etc.

El patrón de daño causado por la EA también influye en la mixtura de presentaciones y sintomatología específica de cada caso, pudiendo ser este asimétrico, dañando mayoritariamente sólo un hemisferio; focal, generando un daño progresivo en un área específica; o atípico, en el cual la demencia puede verse sintomatológicamente enmascarada simulando otro cuadro demencial.

Por último y a pesar del criterio D del DSM-IV, en donde se menciona que la sintomatología de la EA no debe explicarse mejor por otro cuadro clínico, si es apreciable en este tipo de demencia la asociación y, por ende, superposición sintomatológica con otros tipos demenciales como por ejemplo, demencias vasculares, con cuerpos de Lewy, síndrome de Down, etc., que afectan no solo en la evolución del cuadro, sino en su posibilidad de diagnóstico y tratamiento.

2.5 PROGRESIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA COGNITIVA Y FUNCIONAL EN ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Según Holtzer et al. (2003), en los estudios realizados para evaluar y determinar la progresión de la enfermedad de Alzheimer se reconoce claramente que el deterioro cognitivo es el más significativo dentro de los síntomas que se manifiestan a lo largo de su evolución, produciendo un nivel creciente de dependencia en el paciente con este cuadro demencial, que cada vez coarta más su independencia, disminuyendo su capacidad funcional. Se aprecia que ambas variables, cognición y funcionalidad, están íntimamente relacionadas en la progresión de la enfermedad, demostrando una proporcionalidad directa en su evolución a lo largo de los años, en estudios en que ambos factores han sido medidos simultáneamente, determinándose que a mayor declive de las funciones cognitivas, mayor es el riesgo de alcanzar altos niveles de dependencia. Más aún, se ha observado que ciertos síntomas tales como el parkinsonismo, que afectan directamente a la capacidad de manejo personal, pueden ser indicadores e incluso predictores del posterior empeoramiento de la capacidad cognitiva del afectado. Estudios longitudinales realizados en familias con dominancia genética para la presentación de EA, tales como el realizado en el año 2004 por Godbolt et al. indican que existiría una progresión ordenada del deterioro de las funciones cognitivas desde los niveles preclínicos de la EA hasta su evolución en el cuadro demencial como tal. En las evaluaciones preclínicas se observó que, previo a la expresión de indicadores de deterioro en el MMSE, se reconocía disminución del nivel de inteligencia general y memoria episódica, después de lo cual aparecieron déficits específicos en memoria visual y verbal. Posteriormente, en evaluaciones sintomáticas, se observaron las primeras disminuciones en el rendimiento general evaluado en el MMSE, con aumento del perjuicio en memoria visual, verbal y niveles de inteligencia. Luego se presentaron las dificultades para la realización de cálculos, pero con mantención de niveles adecuados en funciones perceptuales, de denominación y deletreo. En evaluaciones finales se observó que las funciones con menor velocidad de progresión de deterioro fueron las verbales tales como denominación y deletreo, junto con las capacidades visuoperceptivas y visuoespaciales, mientras que los niveles de inteligencia verbal y manual, rendimiento en MMSE y memoria visual y verbal se vieron ampliamente deteriorados.

Sin embargo, con el aumento de la edad, el daño cognitivo aumenta su extensión, afectando también el correcto manejo del lenguaje que progresa desde el olvido de palabras específicas al empobrecimiento del lenguaje espontáneo, aparición de anomia, neologismos y problemas en la comprensión, terminando en expresiones no lingüísticas e incluso en mutismo, en el razonamiento (problemas de planificación, organización secuencial, pensamiento abstracto, dispersión, resolución de problemas, etc.) y, posteriormente, en las capacidades perceptivas (progresión desde dificultades para la orientación espacial a incapacidad para reproducir figuras en tridimensionalidad y finalmente hasta figuras simples), procesamiento sensorial y pensamiento conciente (Reich, 1999). Se reduce significativamente la capacidad atencional y hacen aparición problemáticas a nivel conductual y neuropsicológico (Rogers y Arango, 2006).

Esta progresión sintomatológica presenta en paralelo el deterioro de los niveles de funcionalidad expresados en distintas habilidades necesarias para el diario vivir y, que por estar asociadas a las áreas cerebrales dañadas que producen el perjuicio cognitivo, mantienen también una progresión ordenada. Los estudios de Rogers y Arango sobre la teoría de la Retrogénesis (2006) y la evolución de los daños a distintos niveles en la EA brindan una clara línea de cómo se relacionan ambas variables a lo largo de la enfermedad. Así, establecen que el comienzo de los signos de pérdida de memoria tanto episódica como de corto plazo y visual, trae consigo problemas de ubicación o confusión en espacios abiertos desconocidos. Con el deterioro de las capacidades intelectuales y de razonamiento lógico se da inicio a los problemas de rendimiento en el ámbito laboral, resolución de problemas y capacidad para lidiar con las finanzas.

Posteriormente, la expansión del daño afecta ámbitos de la personalidad, determinando una disminución en las capacidades sociales y en la iniciativa y espontaneidad, así como también dificultad en la expresión de ideas y necesidades (Reich, 1999).

Con el perjuicio del pensamiento racional y de las funciones lingüísticas comienza la incapacidad para tener una buena comunicación con otros, se dificulta la capacidad de elegir la propia vestimenta, se desorganizan los algoritmos de actividades como el baño y hacen aparición problemas conductuales tales como manifestaciones agresivas tanto físicas como verbales (Reich, 1999), vagabundeo y agitación, paranoia, pérdida del control de

impulsos, etc. (Rogers y Arango, 2006), lo que lleva a complicaciones, en esta etapa de la evolución principalmente en el cuidador, para mantener la higiene global del paciente de manera adecuada.

Finalmente, cuando la expansión del daño neurológico abarca amplias zonas cerebrales, junto con la pérdida de pensamiento organizado y la abstracción y, además con la suma de síntomas neuropsiquiátricos y motores, la funcionalidad disminuye casi al mínimo, requiriendo de un cuidador constante que pueda brindar ayuda en los aspectos de aseo, incontinencia urinaria y fecal, incapacidad para caminar, dificultades para alimentación propia, poca o nula capacidad comunicacional y, por último, la total incapacidad de moverse, llegando así el paciente a una dependencia total, hasta la muerte.

2.6 INTERVENCIONES PSICOSOCIALES EN DEMENCIA

Tal como afirma Deus (2006), las intervenciones enfocadas en combatir el deterioro cognitivo y/o demencias, deben tener presentes dos aspectos esenciales. En primer lugar, los procesos de atrofización neurobiológica que traen consigo las demencias debido a la escasez de neurotransmisores como la Acetilcolina y el exceso crónico del Glutamato debido a la excitotoxicidad neuronal (Fuentes y Slachevsky, 2006). En segundo lugar, el aislamiento cognitivo y sensorial desencadenado por el cuadro demencial, que empeora directamente las dimensiones cognoscitivas y conductuales de quienes lo padecen (Guzmán, 1993). Desde la década de los 50, han surgido diversas propuestas terapéuticas, sobre todo desde una línea más bioquímica y farmacológica (Birks, Melzer y Beppu, 2000). Dichos tratamientos se han orientado a disminuir o modular los síntomas primarios y/o secundarios de las demencias corrigiendo básicamente las alteraciones del comportamiento de los sujetos que padecen dicho síndrome. Además, aproximaciones terapéuticas más actuales han encauzado sus esfuerzos en intentar enlentecer la progresión de la enfermedad y retrasar su inicio (Smith y Swash, 2004) utilizando fármacos inhibidores de la acetilcolinesterasa como la tacrina (Summer, Majovski y Marsh, 1986), el donepezil (Whitehead et al., 2004), la galantamina (Olin y Schneider, 2002), y el neuromodulador del glutamato conocido como memantina (McShane, Areosa y Minakaran, 2006). Sin embargo, a pesar de ciertos resultados favorables, la terapia farmacológica ha presentado ciertas

limitaciones clínicas, algunos cuestionamientos en su eficacia terapéutica a largo plazo en ámbitos cognoscitivos, emocionales y conductuales y, además, resultados de costo-beneficioso desfavorables (Sramek y Cutler, 1999; Ballard, Sorensen y Sharp, 2007; Spector, Woods y Orrell, 2010) por lo cual, actualmente, se considera como una terapia insuficiente, si es que se aplica unidimensionalmente (Deus, 2006).

Debido a los antecedentes señalados y con el fin de constituir tratamientos de corte más psicosocial para complementar la terapia farmacológica, ciertos autores comenzaron a diseñar, en la segunda mitad del siglo XX, programas terapéuticos encaminados a compensar o restaurar los ámbitos afectados por el síndrome demencial. Tales iniciativas, en donde se engloban diversas propuestas de manejo terapéutico, se conocen actualmente como “intervenciones no-farmacológicas para la demencia” (Escarabajal, 2010).

Los tratamientos no farmacológicos se basan en los denominados “Modelos Psicosociales”. Los modelos psicosociales (Finnema et al, 2000) se han apartado de los modelos tradicionales meramente sanitarios cuyo foco único es la enfermedad y su objetivo principal es el de curar; o de aquellos basados en las secuelas del síndrome, enfocados en el deterioro, la discapacidad o la invalidez derivados, los cuales presentan como objetivo primario compensar el déficit o rehabilitar las funciones alteradas. Por el contrario, los modelos psicosociales se hallan en una sinergia entre ambas perspectivas, centrándose principalmente en las emociones y cogniciones únicas del individuo.

Los modelos psicosociales transitan desde la funcionalidad del pensamiento de la persona con demencia, a valorar sus experiencias subjetivas y el modo individual de afrontar las consecuencias de la enfermedad (Tárraga, 2000). Según Peña-Casanova (1999), las intervenciones mencionadas anteriormente poseen, en los tiempos actuales, un rol muy relevante en el manejo y tratamiento de las demencias en general (Holland, 2001). Tales propuestas terapéuticas actúan tanto sobre las capacidades cognitivas deterioradas significativamente, como en las funciones de orden cognoscitivo que se encuentran conservadas. La intervención cognitiva en los cuadros demenciales se construye a partir de los principios de la rehabilitación neuropsicológica y de la selección de algunas de las técnicas específicamente desarrolladas para las demencias y los trastornos de memoria. En general, tales intervenciones abarcarían todo un conjunto de métodos y estrategias

cognitivos que pretenden optimizar la eficacia del rendimiento de los pacientes (Peña-Casanova, 1999).

Como lo afirma Deus (2006), intervenciones de este tipo se fundamentan puntualmente en conceptos generales como: 1) Terapias blandas, 2) la Neuroplasticidad, 3) la Reserva cerebral y 4) Psicoestimulación o estimulación cognitiva.

El término “terapia blanda”, adoptado por Tárraga (1998), y que engloba manejos terapéuticos no invasivos e incluyentes con otro tipo de terapias, se define como el conjunto de estrategias terapéuticas dirigidas a los aspectos biopsicosociales de la persona con enfermedad de Alzheimer u otra demencia, acorde con propósitos rehabilitadores de las capacidades cognitivas, modificadores de la conducta, y modulación afectiva-emocional (Tárraga, 2001; Tárraga et al., 2006).

El concepto de “Neuroplasticidad” se define sucintamente como la habilidad que posee el cerebro humano, y de otras especies también, para reorganizarse y adaptarse con el objetivo de compensar lesiones o cambios extremos que puedan ocurrir en el medio ambiente (Celnik y Cohen, 1996). Dichas respuestas buscan restablecer el desequilibrio secundario a una disfunción cerebral. El concepto antes mencionado constituye un elemento básico y clave para comprender procesos como el aprendizaje y la recuperación de funciones cognitivas y motoras tras una lesión (Bergado-Rosado y Almaguer-Melian, 2000; Machado et al., 2008). En el siglo XX, se afirmaba que las personas con cuadros demenciales presentaban una merma esencial en la capacidad de aprender, sobretodo en etapas avanzadas; por ende, las intervenciones terapéuticas arrojarían resultados poco alentadores (Zamarrón, Tárraga y Fernández-Ballesteros, 2008). A pesar de ello, los resultados de terapias pioneras, sean farmacológicas o psicosociales, han expuesto evidencia positiva de las aplicaciones de dichas terapias en pacientes con deterioro cognitivo, proponiendo, al proceso neuroplástico como marco comprensivo y explicativo del conocimiento procedimental y fáctico que tales sujetos han logrado aprender y re-aprender (Fernández et al. 2003; Calero y Navarro, 2006). Además, varios estudios han declarado que los pacientes con demencia, si cuentan con el apoyo, las condiciones adecuadas y el tiempo suficiente, probablemente conservarán la capacidad y la habilidad para aprender y retener información a pesar de las dificultades existentes (Mikkonen et al. 2001; Teter y Ashford, 2002). Por lo tanto, se han acumulado evidencias directas e

indirectas, las cuales sugieren que la estimulación cognitiva puede cambiar la neurobiología de las demencias a través de la potenciación de nuevas conexiones sinápticas, o bien, por medio de la regeneración neuronal (Kempermann et al., 2002).

Por su parte, el concepto de “reserva cognitiva y neuronal” (RCN) sugiere que el cerebro intenta activamente hacer frente a un daño cerebral mediante el uso de enfoques cognitivos preexistentes de procesamiento, que se activan de manera compensatoria (Stern, 2002). Las personas con más RCN tendrían más éxito en hacer frente a la misma cantidad de daño cerebral. Por lo tanto, similares patologías encefálicas, como en el caso de las demencias, tendrían diferentes efectos en diversas personas, incluso si el tamaño del encéfalo se mantiene constante (Stern, 2006). Dicho concepto proporciona una explicación sencilla de por qué personas con altos niveles de inteligencia y de logros educativos y laborales presentan predictores positivos para compensar y modular un mayor daño cerebral antes de demostrar déficit funcional. Como lo mencionan Stern et al. (2005), los cerebros de estos individuos no son acentuadamente diferentes cuando los comparamos con los sujetos con menor reserva; más bien, la hipótesis del RCN plantea que existe un procesamiento a nivel sináptico que les permite lidiar más efectivamente con las tareas que se le prestan cotidianamente. El mismo autor sugiere que la aplicación neuronal de la RCN puede adoptar dos formas: reserva neuronal y compensación neural. La reserva neuronal se refiere a las redes neuronales del cerebro o paradigmas cognitivos que son menos susceptibles a la disrupción por parte de una patología, tal vez porque son más eficientes o tienen mayor capacidad. La utilización de este tipo de RCN es un proceso normal que ya está en marcha en individuos sanos. Aunque los individuos sanos pueden invocar estas redes cuando se enfrentan con demandas de complejidad aumentada, estas también podrían ayudar a un individuo a combatir la patología cerebral. Por su parte, las compensaciones neuronales se refieren al proceso por el cual las personas que sufren patología cerebral que afectan la estructura encefálica, como en el caso de una enfermedad neurodegenerativa, utilizan redes y estrategias cognitivas que no suelen manipularse por los individuos con cerebros intactos, con el objetivo de subsanar el daño cerebral.

Con respecto a la “Estimulación cognitiva”, esta fue definida por los neuropsicólogos Uzzell y Gross (1986) como un conjunto de estímulos generados por la neuropsicología clínica con el fin de potenciar las principales funciones cognitivas. Uno

de sus propósitos principales, tal como afirma Cantegreil-Kallen, DeRotrou y Rigaud (2009), es optimizar el funcionamiento cognitivo de los individuos, usando un amplio abanico de actividades mentales. Dichas tareas se enfocan en un potenciamiento global de la cognición, funciones afectadas tales como la atención/concentración, orientación, memoria, habilidades visuoespaciales, funciones ejecutivas, fluencia verbal, etc. además de ciertos factores psicosociales, como el sentido de pertenencia, motivación, socialización y modularidad afectiva. Sin embargo, si bien la rehabilitación pretende restaurar o recuperar en mayor o menor medida una función/es cognitiva/s específica/s alterada/s, la psicoestimulación persigue como propósito primario maximizar las funciones cognitivas preservadas para mantener la necesidad de dependencia al mínimo posible. La estimulación cognitiva pretende realizar tareas tendentes a activar y mantener las capacidades mentales utilizando un conjunto de técnicas que incluyen actividades de estimulación de la memoria, la comunicación verbal, el reconocimiento, el ritmo y la coordinación y el esquema corporal (Peña-Casanova, 1999). Consiste principalmente en una estimulación personalizada y, por tanto, básicamente adaptada a las capacidades cognitivas residuales del paciente, posibilitando así su utilización y el despertar de los olvidos cognitivos por la falta de uso o abandono (Tárraga, 2001). Uno de los primeros trabajos en donde se patentó el término de “Estimulación Cognitiva”, en una línea de investigación en demencias, fue en el reporte clínico entregado por el equipo francés de Breuil et al. (1994). En tal instancia, el equipo desarrolló un programa de estimulación cognitiva enfocado en aplicar estrategias de rehabilitación para las personas con demencia, principalmente enfermedad de Alzheimer. Su propósito era aprovechar las habilidades conservadas, como la memoria implícita y el uso de imágenes mentales que fueron utilizadas para estimular la codificación, la consolidación y recuperación de información (Spector, 2010). De 56 participantes evaluados, se presentó en un alto porcentaje (cerca del 90%) un aumento en las capacidades cognitivas globales de los sujetos. Además de tal evidencia empírica, la estimulación cognitiva ha estado presente desde hace décadas en intervenciones terapéuticas como la “Terapia de orientación a la realidad”, “Terapia cognitiva específica”, “Terapia de Reminiscencia”, etc. Dichos programas terapéuticos se desarrollarán más detalladamente en etapas posteriores de la presente conceptualización.

Ahora bien, luego de explicitar los axiomas generales que se encuentran subyacentes a las intervenciones no farmacológicas, es relevante precisar que todos los modelos psicosociales comparten una serie de características (Tárraga, 2006):

- 1° Adoptan un perspectiva individual de las estrategias terapéuticas.
- 2° Colocan un énfasis acentuado en la validación del enfermo, maximizando sus componentes de autoestima, extendiendo sus competencias residuales o conservadas y, por último, disminuyen o detienen los déficits acarreados por el síndrome.
- 3° Instauran una visión multidimensional de los problemas conductuales.

Por ende, y teniendo presentes los parámetros generales de una estrategia psicosocial para el paciente con demencia, podemos determinar los objetivos específicos en las intervenciones para restaurar o compensar deterioros cognitivos, emocionales y conductuales (Peña Casanova, pág. 11, 1999):

a. Objetivos Iniciales

1. *Estimular o perpetuar las capacidades mentales*
2. *Impedir la desconexión con el entorno y enriquecer las relaciones interpersonales de los individuos*
3. *Entregar seguridad e incrementar la autonomía personal del paciente*
4. *Potenciar la valoración de la propia identidad. Aumento de la dignificación por parte de las personas*
5. *Disminuir las tasas de estrés nocivas y controlar reacciones psicológicas y conductuales inapropiadas*

b. Objetivos Intermedios

1. *Aumentar el rendimiento cognitivo*
2. *Mejorar las competencias funcionales*

3. *Acrecentar la autonomía personal en las actividades de la vida diaria*
4. *Potenciar el estado y sentimiento de salud*

c. *Objetivo final*

1. *Optimizar la calidad de vida*

2.7 TERAPIAS PSICOSOCIALES

2.7.1. Terapia de Orientación a la Realidad

Planteada e iniciada en 1958 por el psiquiatra James Folsom, la Terapia de Orientación a la Realidad (OR) consiste un método de tratamiento en las alteraciones relativas a la orientación y la memoria ligadas a múltiples clases de trastornos cognitivos, entre ellos, la demencia. Mediante un conjunto flexible de técnicas y estrategias basadas en la estimulación de los pacientes, es posible, como se describió inicialmente, mejorar la calidad de vida de estos, tratando la desorientación y la confusión a través de la toma de consciencia de la situación personal tanto en el tiempo (orientación temporal) como en el espacio (orientación espacial), con el objetivo de superar tales turbaciones e incrementar la autonomía personal. Opera fundamentalmente a través de la presentación de información relativa al tiempo, al espacio o lugar y a las personas, con objeto de que los pacientes comprendan o reaprendan datos e información sobre sí mismos y sus respectivos contextos (Peña-Casanova, 1999). Es decir, la RO trabaja mediante la proporción o presencia continua de información referente al entorno, apelando a su comprensión, lo que podría traducirse en una mayor sensación y percepción de control, autoeficacia y autoestima (Spector, A. et al, 2000).

Esta terapia puede realizarse de dos maneras. La primera es la “terapia de orientación de 24 horas”, la cual es un proceso continuo en que todo el personal de trabajo y los visitantes del paciente lo orientan al tiempo, lugar e identidad durante cada interacción (Holden & Woods, 1982. Citado en Gagnon, 1996). La constante repetición de esta información, a través de interacciones verbales y el uso de herramientas como el reloj o calendario es esencial (Harris & Ivory, 1976. Citado en Gagnon, 1996). La segunda manera

de realizar esta terapia es mediante reuniones de grupo, modalidad denominada “OR por sesiones”, las cuales están orientadas a sustituir la terapia de 24 horas. Los grupos de participantes en estas sesiones están conformados por 3 a 6 personas dependiendo el nivel de confusión: básico, estándar o avanzado. El objetivo es que los asistentes encuentren éxito en la orientación y comunicación (Gagnon, 1996).

Según Peña-Casanova (1999) la OR requiere de una serie de actitudes por parte de los cuidadores (Terapia de actitud). Según las características específicas de cada paciente, se adoptarán actitudes de firmeza, amabilidad activa, amabilidad pasiva, con mayor y menor exigencia. Estas actitudes determinarán reacciones interpersonales. Finalmente, el terapeuta debe alimentar la autoestima del paciente, terminando con tareas fáciles y reconfortantes.

2.7.2. Terapia de Reminiscencia

Este enfoque terapéutico particular presenta sus raíces iniciales en los primeros trabajos de Butler (2002) respecto al concepto de “Revisión de Vida”. La Revisión de Vida es definida por su autor como un proceso que ocurre de modo natural, en que la persona mira hacia atrás en su vida, trayendo a la conciencia y, reflejando, sus experiencias pasadas, incluidas las dificultades y conflictos irresueltos (Francés et al, 2003; Woods et al, 2005). Consiste, además, en una tarea del último período de vida (Peña-Casanova, 1999). El concepto de revisión de vida fue incorporado en las intervenciones psicogeríatras y psicoterapéuticas orientadas a la tercera edad, enfatizando tanto su utilidad y conveniencia en la promoción de un sentido de integridad, adaptación y ajuste (Woods et al, 2005), como su valor instrumental en la resolución de conflictos del pasado y la mantención y sustento de roles sociales, de la autoestima o auto-apreciación y el comportamiento dirigido a metas (Gagnon, 1996). Los múltiples aportes y contribuciones de Butler contribuyeron a cambiar la percepción y las perspectivas profesionales respecto a la reminiscencia. Anteriormente, como se señaló, se consideraba una contrariedad o suerte de fenómeno patológico (Gagnon, 1996), en que la persona mayor “vivía en el pasado”. Actualmente, en cambio, la reminiscencia se valora como un proceso dinámico de ajuste (Woods, 2005).

La reminiscencia, que se desarrolló como una técnica terapéutica basada principalmente en la teoría psicodinámica de Erickson, puede definirse como “un recuerdo

verbal o silencioso de sucesos de la vida de una persona, ya sea sola, o con otra persona o grupo de personas” (Woods, 1992). Peña-Casanova (1999) señala que la reminiscencia “constituye una forma de reactivar el pasado personal y de ayudar a mantener la propia identidad. Va más allá que la revisión de vida en cuanto a objetivos y técnicas, utilizando la estimulación, la comunicación, la socialización y el entendimiento”. El *modus operandi* de la terapia de reminiscencia (TR) incluye reuniones grupales al menos una vez por semana, donde se estimula a los participantes a que se refieran a eventos pasados, ayudándose, con frecuencia, en fotografías, música, videos y distinta clase de objetos del pasado.

La TR se desarrolló en principio, según Butler (2002), en el año 1963, para personas mayores con envejecimiento normal, con la finalidad de proporcionar oportunidades para recordar y organizar los sucesos más significativos de sus vidas, siendo llevados a cabo múltiples estudios respecto a los efectos de la TR en poblaciones de individuos sin padecimiento de demencia. Posteriormente, Kiernat, durante 1979, postuló su utilización en personas con padecimiento de demencia. A partir de entonces, se han publicado diversos estudios que evalúan la aplicación de la TR en estas poblaciones y sus resultados. El equipo de críticos reportó cambios significativos a través de la utilización de la TR en términos de cognición, estado anímico, tensión/agobio del cuidador y habilidades funcionales (Woods, 2005). Sin embargo, cabe señalar que la calidad de los estudios evaluados fue percibida como baja.

2.7.3. Programa de Estimulación Cognitiva Activa

Una amplia gama de modelos, enfoques y planteamientos han sido desarrollados con la finalidad de producir un aumento, mejoramiento o mantención de las capacidades o facultades cognitivas/neuropsicológicas, como la atención-concentración, la memoria, las funciones ejecutivas, el lenguaje, la orientación temporo-espacial, la capacidad visuoespacial, el cálculo y las praxias, entre otras, en personas con padecimiento de deterioro cognitivo o demencia, a través de la estimulación y la actividad, con la finalidad de preservar la autonomía de los pacientes. La consideración de estas facultades como si formaran parte de una unidad capaz de recibir el efecto de una suerte de “gimnasia mental” constituye la base del trabajo que los programas de estimulación cognitiva pretenden lograr.

En otras palabras, estos enfoques consideran que las diversas funciones neuropsicológicas, se encuentren preservadas o alteradas, pueden ser ejercitadas de manera homóloga a los músculos. Todos estos programas comparten, asimismo, la búsqueda por propiciar un entorno abundante de estímulos que favorezcan el razonamiento, la actividad psicomotriz y las relaciones interpersonales. López et al. (2002), plantean que la estimulación cognitiva consiste en una forma de rehabilitación en que las personas con padecimientos de demencia o deterioro cognitivo trabajan, junto a profesionales y familiares, con la finalidad de alcanzar estados superiores de bienestar físico, psicológico (tanto cognitivo como emocional) y social, mediante la reutilización de las habilidades instauradas. Es posible distinguir tres programas principales: (1) El método de entrenamiento de la memoria, de Israel (1992); (2) El PAC-Eurêka (programa de activación cerebral, publicado en 1987); y (3) El programa de ayuntamiento de Madrid (Montejo et al, 1997). La efectividad de estas intervenciones ha sido insuficientemente estudiada, efectuándose a la fecha pocos estudios con una metodología adecuada y estricta. Del mismo modo, no existiría claridad con respecto a los potenciales efectos que estos programas podrían generar sobre los cuidadores. Al respecto, señala Peña-Casanova (1999): “distintos autores han llamado la atención acerca de los posibles efectos negativos sobre los cuidadores cuando programas de estimulación cognitiva son utilizados”.

2.7.4. Terapia Cognitiva Específica

Fundamentada a partir de la aplicación de los modelos de la neuropsicología cognitiva y las ciencias de la educación en estudios de rehabilitación neuropsicológica en los tópicos de demencia y envejecimiento, la terapia cognitiva específica pretende, a diferencia de los programas de estimulación cognitiva, realizar un análisis preciso y detallado de las funciones neuropsicológicas, conducente ulteriormente a intervenciones terapéuticas específicas en aspectos particulares de tales funciones, con el propósito de elaborar estrategias interventivas cimentadas tanto en aspectos teóricos como en los elementos metodológicos (Peña-Casanova, 1999).

2.7.5. Adaptación Cognitiva y Funcional del Entorno Físico

Este enfoque pretende inicialmente generar una disminución de la ansiedad y un aumento de la autoestima a través de intervenciones encausadas para la presentación y preservación de un ambiente seguro. Se parte de la base que la capacidad funcional de un paciente depende de diversos factores, como las demandas ambientales, exigencias del entorno, relaciones sociales, interacción con los cuidadores, es decir, no depende única y exclusivamente de su propia capacidad.

Una persona que padece un cuadro de demencia, un trastorno de memoria o deterioro cognitivo presenta una capacidad de adaptación menor frente a los cambios generados en su ambiente siendo más susceptible, por tanto, a problemas como la desorientación y así también a sentimientos de angustia, frustración y ansiedad. Por esta razón, se intenta proporcionarle un ambiente más estable y seguro a través de principios como la prevención y simplificación. Acorde a lo anterior, se busca realizar diferentes intervenciones y elaborar distintas estrategias tendentes a la reducción de la carga cognitivo-funcional relativa al ambiente y contexto y ligadas a las tareas diarias, limitando y minimizando los requerimientos atencionales y mnésicos, con el fin de promover la autonomía, la autovalía e independencia de las personas mayores (Peña-Casanova, 1999).

2.7.6. Actividades Significativas (ocupacionales) y de la Vida Diaria

Diversas investigaciones que han estudiado las estrategias interventivas en la demencia tipo Alzheimer postulan que tanto la realización de actividades significativas (ocupacionales o con finalidad) como las de vida cotidiana erigen un procedimiento de rehabilitación. Los tipos de actividades sugeridas contemplan la actividad física, el aseo personal, el cuidado del hogar, cocinar, bailar, acudir a acontecimientos sociales, realizar actividades con animales, realización de compras, tareas de jardinería, manualidades y arte, y deportes, entre otras (Peña-Casanova, 1999).

2.7.7. Prevención y Tratamiento de los Trastornos Psicológicos y del Comportamiento de la Demencia

Se contempla que el mejor enfoque para enfrentar las complicaciones y dificultades cognitivas y conductuales de la demencia es la prevención (Peña-Casanova, 1999). Ésta

permite optimizar el rendimiento cognitivo y la calidad de vida. La prevención utiliza recursos y elementos variados de la adaptación cognitiva y funcional del entorno físico, del entorno humano e intervenciones cognitivas. Este modo de intervención se basa, además, en la detección y el diagnóstico precoz, así como en el tratamiento a través de metodologías terapéuticas concretas y atingentes e intervenciones específicas, ya sean farmacológicas o cognitivas. Se utilizan también las llamadas “técnicas de modificación de la conducta”, cuyo objeto es el reemplazo de ciertas dificultades conductuales, como la agresión, los gritos y el vagabundeo, por conductas más adaptativas (Peña-Casanova, 1999).

2.7.8. Terapia de Validación

La terapia de validación (TV) fue desarrollada por la gerontóloga y asistente social norteamericana Naomi Feil durante el período comprendido entre los años 1963 y 1980 (Feil, 1967, 1972). Este enfoque surge, primordialmente, a partir de su descontento e insatisfacción respecto a las metodologías y líneas de trabajo tradicionales. Propone entonces un programa terapéutico alternativo centrado en la persona (Robb, Stegman & Wolanin, 1986; Neal & Barton Wright, 2003), de aproximación humanista (principalmente rogeriana; Babins, 1988) y psicodinámica (principalmente ericksoniana; Kovach, 1990), basado fundamentalmente en la relación terapéutica y enfocado en la validación, es decir, con una disposición de respeto y empatía para con los pacientes y orientado a la aceptación y validación tanto de los sentimientos como de la realidad personal de la experiencia del otro (Babins, 1988).

Es descrita, someramente, por Feil (1972) como una clase de “terapia para comunicarse con ancianos con diagnóstico de enfermedad de Alzheimer y demencia relacionada”. Más extensamente, Jones (1985) la define como el “comunicarse con personas desorientadas de edad avanzada validando y apoyando sus sentimientos en cualquier tiempo o lugar que sea real para ellos, aunque éstos puedan no corresponder a nuestra realidad del ‘aquí y ahora’”. Consiste, en esencia en tres cosas (Feil, 1993, pág 200):

- 1. Un modo de categorizar los comportamientos exhibidos por los ancianos desorientados dentro de cuatro etapas discretas y progresivas, a saber:*

- (a) desorientación, (b) confusión temporal, (c) movimiento repetitivo, (d) vegetación*
- 2. un método para comunicarse con personas en cada etapa (verbal y no verbalmente)*
 - 3. una teoría acerca de la desorientación de inicio tardío en personas mayores que han llevado vidas relativamente normales.*

La TV no ha estado libre de críticas. Inicialmente, cierta confusión surgió en relación a si estaba destinada o no para ser utilizada con las personas con padecimiento de demencia, probablemente ligada a la terminología cambiante e idiosincrática adoptada por Feil (Woods, 1996). Por otra parte, si bien numerosos estudios observacionales han indicado efectos positivos (relacionados principalmente a la cantidad y duración de las interacciones que llevan a cabo las personas con demencia o deterioro cognitivo que participan en los grupos) derivados de la utilización de este enfoque terapéutico (Bleathman y Morton, 1996; Babins, 1998), otros investigadores no han encontrado resultados significativos (Scanland & Emershaw, 1993). Respecto a los datos empíricos, se han encontrado resultados favorables en dos investigaciones, pero esto no constituye evidencia empírica suficiente para considerar a la TV como un procedimiento terapéutico efectivo. Sigue, por tanto, existiendo insuficiente información disponible respecto a la efectividad de la terapia de validación (Neal & Barton Wright, 2003). Sin embargo, las técnicas siguen siendo recomendadas por la posibilidad de poseer algún efecto transitorio (Woods, 1996).

2.8 TERAPIA DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA TEC

La TEC surge influenciada directamente por un estudio pionero en el ámbito de la estimulación cognitiva, como fue el programa presentado por Breuil et al. (1994) en el Hospital de Broca, en Francia. En dicho estudio, basado en la aplicación de un programa de cinco semanas, los autores franceses encontraron un aumento en los niveles cognitivos globales de los sujetos, cercano al 90%. Tomando tal antecedente favorable en cuenta, el equipo de Spector et al. (2000) llevaron a cabo dos de los estudios más influyentes en el ámbito de la estimulación cognitiva, primero en un estudio piloto (Spector et al., 2001) y,

luego, en un ensayo clínico aleatorizado con población anglosajona (Spector et al., 2003), arrojando ambos buenos resultados. Su objetivo era desarrollar un nuevo grupo de tratamiento para las personas con demencia, basado en los elementos de otras terapias anteriores, que habían arrojado resultados positivos. A partir de una revisión sistemática de la literatura, los autores extrajeron las características de los programas individuales que habían demostrado ser efectivas. Luego de aplicar el programa piloto inicial, éste se modificó estructurándose como se conoce actualmente, es decir, en un programa terapéutico de 14 sesiones.

2.8.1. Descripción de la Terapia

a. Contenidos: en la Terapia de Estimulación Cognitiva (TEC) (Spector, Thorgrimsen, Woods y Orrell, 2006), se abordan una serie de temáticas generales como:

- Actividad física
- Sonidos
- Exploración de Infancia
- Alimentos
- Actualidad
- Caras / escenas
- Asociación de Palabras
- Ser creativo
- Categorización de objetos
- Orientación
- Utilización de dinero
- Juegos con números
- Juegos con palabras
- Pruebas grupales

b. Duración: el programa terapéutico consiste en 14 sesiones, dos por cada semana. Cada sesión tiene una duración de aproximadamente 45 minutos, permitiendo algunos minutos finales para la reflexión personal de sus participantes. Además, es usual que se consuman varios minutos en reunir a todos los individuos que se involucrarán en la

terapia. Los grupos son dirigidos por un miembro del equipo de investigación y un facilitador que generalmente pertenece a la institución en donde se realiza la terapia.

- c. Materiales: para llevar a cabo las actividades planificadas, es necesario contar con equipamientos como (1) un cuaderno y lápices, (2) un balón o pelota suave, (3) una radio o equipo de música, (4) libros con letras de canciones, (5) discos compactos con música que les agrada a los participantes, (6) fotografías de lugares conocidos por ellos (incluyendo imágenes del “pasado”, “presente” y “futuro”), (7) mapas del país o la región geográfica, etc. (Spector, Thorgrimsen, Woods y Orrell, 2006)

- d. Estructura de las sesiones: las reuniones comienzan generalmente con una actividad de calentamiento, por ejemplo, arrojando una pelota entre los participantes y logrando que éstos mencionen cosas como su nombre o comida favorita. En la primera sesión, es usual que se incite a las personas para que seleccionen un nombre particular para sí y una canción, la cual se convertirá en una suerte de “himno”, interpretándose en los inicios de cada sesión. Con el fin de fomentar los procesos atencionales, se utiliza una pizarra grande para exponer información como el día y la hora, el nombre que se ha elegido para el grupo y sus miembros y ciertas noticias que mencionan las temáticas discutidas. La TEC, en palabras de sus creadores, fue diseñada para estimular a la gente de una manera implícita, natural, reduciendo la ansiedad que puede acompañar a interrogatorios o cuestionamientos que exigen datos fácticos directos de los individuos. Además, las sesiones se caracterizan por una estimulación multisensores, realizando tareas como hacer coincidir sonidos comunes a imágenes. Por otro lado, aspectos de reminiscencia fueron integrados como un medio de orientación, por ejemplo, a través de la comparación de monedas antiguas y nuevas con sus respectivos valores. Por último, cada período de sesiones fue diseñado para ser flexible, proporcionando una variedad de actividades para atender las necesidades de los participantes (Spector, Thorgrimsen, Woods y Orrell, 2006).

- e. Resultados: Los resultados de los primeros ensayos clínicos (Spector et al, 2001, 2003), mostraron mejorías significativas en las medidas de la función cognitiva, evaluada con

el Mini Mental State Examination (MMSE) y la Escala para la Evaluación de Alzheimer (Adas-Cog). En el MMSE, por ejemplo, el grupo de tratamiento mejoró en un promedio de 0,9 puntos, en contraste con los individuos en los grupos controles los cuales reportaron un deterioro en 0,4 puntos, con un tamaño del efecto de 0,32. También existieron diferencias importantes entre los grupos de control y de intervención, referentes a los índices de calidad de vida, medidos mediante la escala de calidad de vida en la enfermedad de Alzheimer (QoL-AD). Como mencionan Woods et al., (2006) el aumento de la capacidad cognitiva incidiría directamente en la apreciación de la calidad de vida de los sujetos. Además de lo antes mencionado, un análisis de costo-beneficio (Knapp et al., 2006) reveló que la TEC es relativamente barata y más rentable que el tratamiento farmacológico habitual, lo cual estaría ligado a la disminución del deterioro cognitivo.

2.9 INTERVENCIONES Y TRATAMIENTOS PARA LA DEMENCIA EN CHILE

De acuerdo a la guía clínica para el trastorno cognitivo y demencia (Fuentes et al. 2008), en la atención primaria de salud se realiza un proceso de prevención mediante “screening” a todos los adultos mayores con el fin de detectar estas complicaciones en sus etapas iniciales. Este “screening” se realiza de manera anual en el examen de medicina preventiva, evaluando el nivel de funcionalidad en forma integral (actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, función cognitiva, afectiva, motora, cardiovascular y riesgo de caídas). Sin embargo, en Chile, al ser detectada la presencia de algún tipo de cuadro demencial, el tratamiento principal es el farmacológico, sin contemplar la utilización de intervenciones psicosociales que puedan complementar dicho tratamiento.

Una gran variedad de autores subrayan, contrariamente a lo realizado a nivel asistencial, la importancia de emplear la terapia no farmacológica, o psicosocial, para lograr un mejor manejo de las alteraciones presentadas por estos pacientes, exponiendo como principal causal de su efectividad, el que se entiende al paciente como un sujeto biopsicosocial, de forma que la intervención que se lleva a cabo en este ámbito repercute positivamente en su entorno social y familiar, entre otros, además de tratar sus alteraciones cognitivas y comportamentales (Escarabajal M, 2010).

DEFINICIONES CONCEPTUALES

3.1 ESTIMULACIÓN COGNITIVA

También llamada psicoestimulación, corresponde a la estimulación generada vía intervenciones activas tales como talleres y actividades, que busca maximizar el nivel de funcionamiento cognitivo general, mediante la estimulación de las funciones preservadas (Deus, 2006).

3.2 CALIDAD DE VIDA

Concepto desarrollado en ciencias sociales que engloba una serie de indicadores referentes en primera instancia a condiciones objetivas de tipo económico y social y, consiguientemente a elementos subjetivos (CEPAL, 2006) comprendiendo la globalidad de las áreas de la vida, que busca determinar la percepción personal que tiene un individuo con respecto a ámbitos de su bienestar físico, emocional y social.

3.3 NIVEL DE FUNCIONALIDAD

Este nivel remite a la realización de las actividades de la vida cotidiana, tales como: alimentarse, ir al baño, subir y bajar escaleras, manejo de dinero, toma de medicamentos, etc. La funcionalidad se considera un proceso individual, aunque determinado por las normas, la cultura y las costumbres del grupo al cual pertenece la persona, siendo un proceso dinámico y cambiante que va más allá de parámetros puramente fisiológicos. (Curcio C., 2008)

3.4 DEMENCIA TIPO ALZHEIMER LEVE

Se considera que esta fase se presenta cuando aparecen los primeros olvidos o problemas con la memoria a corto plazo. Esta falla de memoria es evidente en el ámbito de lo episódico y además se presentan otros síntomas tales como problemas en la atención-concentración, aprendizaje procedural, funciones ejecutivas, leves problemas expresivos (Donoso, 2003) y perjuicio de las interacciones sociales y funcionales de la vida cotidiana (Rogers y Arango 2006).

3.5 DEMENCIA TIPO ALZHEIMER MODERADA

Fase en la que podrían presentarse síntomas de deterioro de otras áreas cognitivas además de las presentes en etapa leve tales como afasias, apraxias, acalculia y otros problemas tales como pérdida de la orientación (Donoso, 2003), procesamiento sensorial, aumento del perjuicio de la memoria con deterioro en el reconocimiento de terceros, perjuicio en la lógica del pensamiento, aparición de inquietud o agitación y aparición de pensamientos obsesivos (Rogers y Arango 2006)

3.6 COGNICIÓN

Este término engloba los procesos mentales que tienen lugar entre la recepción de estímulos y la respuesta para estos, así como las funciones complejas que operan sobre las representaciones perceptivas o recobradas de la memoria a largo plazo (Best, 2003).

DEFINICIONES OPERACIONALES

4.1 ESTIMULACIÓN COGNITIVA

Aumento en el funcionamiento cognitivo global determinado mediante un aumento en el puntaje obtenido en ADAS-Cog y en el índice de Barthel. Utilizando el QoL-AD se espera un aumento específico en habilidades comunicativas. Por último, aumento en el valor total del screening MMSE.

Todos estos valores comparando una evaluación inicial previa a la implementación de una terapia de estimulación cognitiva, con una segunda, realizada posterior a la implementación del mismo.

4.2 CALIDAD DE VIDA

Puntaje obtenido en la Escala de Calidad de vida para la enfermedad de Alzheimer Alzheimer (QoL-AD; Logsdon et al, 1999). Los resultados tanto del paciente como del cuidador se obtienen sumando los 13 ítems de la escala. La puntuación posible esta dentro del rango de 13 a 52 puntos, indicando que mientras más alto el puntaje, más alta es la apreciación de la calidad de vida.

4.3 NIVEL DE FUNCIONALIDAD

Resultado obtenido por la persona en el Índice de Barthel. Este índice entrega un puntaje que representa la funcionalidad del paciente de acuerdo a una escala de 10 ítems, describiendo lo que el paciente hace y lo que no puede hacer. El rango de puntajes oscila entre los 0 y 100 puntos, indicando a mayor puntaje mayor independencia en el desempeño de actividades cotidianas.

4.4 DEMENCIA TIPO ALZHEIMER LEVE

Puntaje total obtenido en screening Minimental MMSE entre los valores de 20 a 24 puntos. El puntaje total obtenible es de 30 puntos, siendo el rango normal entre 27 y 30.

4.5 DEMENCIA TIPO ALZHEIMER MODERADA

Puntaje total obtenido en screening Minimental MMSE entre 10 y 20 para el comienzo de la demencia moderada y de 6 a 9 para los casos con comienzo de demencia severa.

4.6 COGNICIÓN

Puntuada en primer lugar, a través del Minimental State Examination (MMSE) para las áreas de orientación de la persona en el tiempo y en el espacio, memoria reciente, registro y capacidad aritmética. En segundo lugar, por medio de la escala ADAS-cog, que incluye aspectos de memoria, lenguaje y praxis.

PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA

5.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Es efectiva la TEC en mejorar la cognición global, calidad de vida, y funcionalidad en personas con demencia de Alzheimer?

5.2 OBJETIVO GENERAL

- Evaluar la eficacia de la implementación piloto de la “Terapia de Estimulación Cognitiva (TEC)” en personas con demencia tipo Alzheimer en un ensayo clínico aleatorio.

5.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar los efectos de la implementación piloto de la TEC sobre los ámbitos cognitivos globales de los individuos.
- Determinar los efectos de la implementación piloto de la TEC sobre los niveles de calidad de vida de los individuos.
- Determinar los efectos de la implementación piloto de la TEC sobre los índices de evaluación de la actividad diaria de los individuos.

5.4 JUSTIFICACIÓN

Según lo planteado y desarrollado en páginas anteriores resulta indiscutible la relevancia e importancia que hoy, a nivel mundial, ostentan las intervenciones de orden psicosocial a modo de tratamiento para el deterioro cognitivo en poblaciones geriátricas. En Chile, lamentablemente, aunque se han bosquejado algunos esfuerzos por elaborar manejos terapéuticos no-farmacológicos (véase Donoso, Vásquez y Díaz, 1999), la efectividad de dichas proposiciones no ha sido evaluada sistemáticamente. Aunque es cierto que existen iniciativas por parte de municipalidades, hogares de ancianos o casas de acogida para instaurar talleres de reforzamiento cognitivo, tales propuestas no alcanzan un nivel suficiente como para estandarizar procesos y reportar resultados, positivos o no, de sus aplicaciones. Además, tampoco existen políticas gubernamentales que potencien manejos

terapéuticos de este estilo, ya que el Minsal (Fuentes et al, 2008), hoy por hoy, sólo se aconseja un tratamiento de enfoque farmacológico, que permite mitigar y ralentizar el proceso de atrofia neuronal, pero como ya fue mencionado, exhibe problemáticas a nivel clínico y económico.

Como menciona, Tárraga (2001), lo idóneo para combatir la florida sintomatología de los cuadros demenciales y permitir resultados que se mantengan a largo plazo, es constituir una terapia combinada entre perspectivas farmacológicas y psicosociales.

Frente a tal urgencia, es prioritario implementar intervenciones o programas terapéuticos que se sustenten en literatura científica sólida y contrastable, es decir, lo que se conoce mundialmente como “medicina basada en la evidencia”. Bajo tal prisma y, recogiendo la serie de investigaciones que avalan su eficacia en dimensiones cruciales de la demencia (cognición, afectividad, calidad de vida, comunicación, etc.), se ha decidido ejecutar en un grupo de adultos mayores chilenos un aplicación piloto del programa terapéutico propuesto por el equipo de Spector et al. (2001), denominado “Terapia de Estimulación Cognitiva (TEC)”. Esto permitiría, por un parte, adaptar el programa terapéutico a la realidad chilena y, por otra, evaluar de manera sistemática su efectividad en adultos mayores chilenos con demencia.

HIPÓTESIS

6.1 HIPÓTESIS GENERALES

1. Existirá un aumento significativo en el Funcionamiento Cognitivo Global en el Grupo de Intervención después de haber terminado el programa piloto de TEC.
2. Existirá un aumento significativo en la percepción de la Calidad de Vida en el Grupo de Intervención después de haber terminado el programa piloto de TEC.
3. Existirán diferencias significativas en el Funcionamiento Cognitivo Global entre el grupo que recibió la TEC y el grupo control después de haber terminado el programa piloto de TEC.
4. Existirán diferencias significativas en la percepción de la Calidad de Vida entre el grupo que recibió la TEC y el grupo control después de haber terminado el programa piloto de TEC.
5. No existirán diferencias significativas en el Nivel de Funcionalidad entre el grupo que recibió la TEC y el grupo control después de haber terminado el programa piloto de TEC.

MARCO METODOLÓGICO

7.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El presente diseño de investigación se clasifica como un estudio experimental de tipo pretest-posttest, ya que se realiza una manipulación deliberada de al menos una variable, en este caso actuando como variable independiente la Terapia de Estimulación Cognitiva (TEC), tratamiento psicosocial que ha sido administrado al grupo de intervención y no al grupo control.

Se pretende determinar con ello los efectos de la TEC en la cognición global, calidad de vida y nivel de funcionalidad de un grupo de pacientes que padecen demencia tipo Alzheimer.

7.2 MUESTRA

Los participantes de esta investigación fueron personas mayores de 65 años y debieron cumplir con los siguientes criterios para su inclusión en el estudio:

- a. Cumplir con los Criterios Diagnósticos de DSM-IV-TR para Enfermedad de Alzheimer (ver anexo A).
- b. Puntuar entre 10-24 puntos en el Minimental State Examination (MMSE)
- c. Tener la capacidad de ver y oír sin problemas, para de ese modo participar óptimamente en las actividades programadas.
- d. Carecer de impedimentos físicos que dificultasen el trabajo en las actividades.
- e. No tener un diagnóstico de Dificultades de aprendizaje.

Tomando en cuenta estos criterios, la muestra total obtenida fue de 22 personas de ambos sexos, en un rango etario de 65 a 95 años que mediante aleatorización fueron asignados a los grupos de intervención y control.

- a. Grupo Control: compuesto por 11 integrantes, 7 mujeres y 4 hombres, los cuales cumplen con los criterios de inclusión del estudio, pero que no se someten al programa piloto de Estimulación Cognitiva.
- b. Grupo de Intervención: compuesto por 11 integrantes, 7 mujeres y 4 hombres, que cumplen con los mismos criterios de inclusión que los utilizados en el grupo control, incorporados al programa piloto de Estimulación Cognitiva por un periodo de 7 semanas y divididos en dos grupos mixtos de trabajo, uno conformado por seis miembros y el otro por cinco.

7.3 PROCEDIMIENTOS

7.3.1. Traducción y Adaptación del Manual de TEC: “Making a Difference”

La traducción de este manual fue realizada por dos de los integrantes del grupo de trabajo, mediante la división del contenido y posterior comparación de escritura del texto, a modo de lograr un lenguaje común y claro acorde al del documento en inglés. Tras esto, se hizo revisión de los apartados que involucrasen referencias a conocimiento o relaciones de aprendizaje cultural específico, tales como proverbios o reconocimiento y relación de personajes famosos, buscando sus equivalentes para la adaptación a población Chilena. Para esto, se recurrió a un grupo de personas de la tercera edad con buena salud mental para que desarrollaran ejemplos correspondientes a la temática de cada ítem seleccionado, logrando así una variedad correspondiente al conocimiento popular de este rango etario.

7.3.2. Reclutamiento de Centros

El reclutamiento se realizó de la siguiente forma: primero, se realizó una búsqueda general de centros geriátricos, casas de reposo y residenciales que contasen con una población permanente de adultos mayores, en la quinta región, específicamente en las ciudades de Quillota, Limache, Villa Alemana, Quilpué y Viña del Mar. Tras obtener los datos de contacto se llevó a cabo la primera conversación con cada uno de los centros vía telefónica. Esta primera instancia se utilizó para recabar información relevante acerca de la disponibilidad de cada centro para la participación en el estudio, cantidad de adultos

mayores ingresados, cantidad de adultos mayores con demencia tipo Alzheimer, personal encargado del cuidado de los ancianos y disponibilidad horaria para visitar el establecimiento. Posteriormente, en base a la cantidad de adultos mayores reportados en cada establecimiento, se seleccionaron dos centros que contaron con la mayor cantidad de personas diagnosticadas con EA. Luego de esto, se realizaron las evaluaciones pertinentes para determinar la cantidad de adultos mayores que cumplían con los criterios de inclusión de la investigación concluyéndose que en solo uno de estos centros había una cantidad adecuada de personas que cumplían con estos, por lo que, se procedió a realizar una reunión con la encargada del recinto con el fin de exponer las características del estudio, recibiendo de su parte una inmediata disposición a participar.

Es así como esta investigación se llevó a cabo en el Hogar San Alberto Hurtado perteneciente a la Fundación las Rosas. El establecimiento está ubicado en Vicuña Mackenna 18, en la Comuna de Quillota, Valparaíso, V Región y cuenta con una capacidad de 90 residentes de ambos sexos.

7.3.3. Presentación del Consentimiento Informado

El consentimiento informado junto con la hoja informativa sobre la investigación (ver anexos B, C y D) fueron presentados verbalmente tanto como por escrito previo al comienzo de la realización de la fase de evaluación a los pacientes del establecimiento. El documento fue presentado a la directora del Hogar, Hna. Nieves Gómez, quien lo consideró adecuado, aceptando así la investigación.

7.3.4. Evaluaciones

Existieron dos instancias de evaluación, una previa a la aplicación de la TEC y otra realizada al finalizar las sesiones de TEC.

- a. Evaluación “pre intervención”: Esta evaluación, realizada antes de la aplicación de la TEC, se llevó a cabo en dos fases. La primera de ellas consistió en la presentación del consentimiento informado a los participantes, la confirmación del diagnóstico de Enfermedad de Alzheimer utilizando la lista de chequeo de criterios diagnósticos del DSM-IV-TR y la evaluación del segundo criterio de inclusión al programa sobre

deterioro cognitivo, utilizando para ello el MMSE. Finalizando esta primera fase de evaluación, se seleccionó a aquellas personas que cumplieran con los criterios de inclusión de la muestra (planteados anteriormente), para seguir a la segunda fase de evaluación. En la segunda fase se aplicaron tres instrumentos con el objetivo de evaluar las diferentes áreas aquejadas por la EA, a saber, ADAS-cog con el fin de evaluar el ámbito cognitivo, el QoI-AD para establecer la apreciación de la calidad de vida y el Índice de Barthel para determinar el nivel de funcionalidad de cada participante, que debió ser contestado por los cuidadores de cada adulto mayor. Estas evaluaciones se llevaron a cabo por los mismos investigadores.

Luego de realizada la evaluación pre intervención, los participantes fueron asignados aleatoriamente al grupo de intervención y grupo control. Dicha asignación fue realizada por un investigador independiente (en este caso la profesora guía del seminario) quien no conocía los resultados de la evaluación.

- b. Evaluación “post Intervención”: A la semana siguiente de la finalización de la TEC se realizaron evaluaciones con el fin de generar una comparación estadística con respecto a las puntuaciones obtenidas en la evaluación pre-intervención. Así, se administraron los siguientes instrumentos: MMSE, ADAS-cog, QoI-AD e Índice de Barthel (realizado por los mismos miembros del personal del centro consultados en la instancia pre-intervención).

Con el fin de garantizar una evaluación ciega, estas se llevaron a cabo por evaluadores externos quienes desconocían los participantes pertenecientes a los grupos de intervención y/o control. Estos evaluadores tuvieron la posibilidad de notificar de manera escrita si en base a comentario de alguno de los entrevistados pudieron identificar la calidad de su participación dentro de la TEC. Lo anterior, no ocurrió en ningún caso, por lo que, se pudo asegurar una evaluación ciega.

7.3.5. Aplicación de TEC

Esta fase comenzó una vez realizada la Evaluación pre-Intervención a todos los adultos mayores y luego de haber determinado los integrantes de los dos grupos de intervención y los del grupo control.

La ejecución de las sesiones de la TEC estuvo a cargo de los mismos investigadores trabajando en dos duplas, cada una con uno de los grupos de intervención. Esto se llevó a cabo en un plazo de dos meses realizando dos sesiones semanales para cada grupo, con duración de 45 minutos aproximados por sesión.

Cada sesión de la terapia siguió un esquema de tres instancias principales: primero, una actividad de introducción en la cual se trabajó la orientación temporo-espacial y se dio continuidad con la sesión anterior mediante un resumen de las actividades realizadas; segundo, la actividad principal de la sesión, cuyo tema varió en cada oportunidad y que brindó la mayor estimulación global; y, por último, se cerró cada sesión con un resumen de lo realizado y un adelanto de la siguiente sesión.

Durante el período de realización de la investigación, el grupo control no recibió ninguna clase de intervención terapéutica que pudiese equivaler a la TEC.

7.4 INSTRUMENTOS

7.4.1. Mini Mental State Examination (MMSE)

El MMSE es un test breve de función cognitiva básica, que proporciona un diagnóstico grueso de la orientación de la persona en el tiempo y en el espacio, de la memoria reciente y el registro y la capacidad aritmética, y cuya confiabilidad y validez han sido demostradas (Cockrell y Folstein, 2002). Fue desarrollado por Folstein et al. en 1975, como un instrumento práctico para la detección de trastornos cognitivos. Se le denominó “*Mini*” porque se concentra sólo en aspectos cognitivos de la función mental excluyendo ánimo y conductas mentales anormales; mide 8 de los 11 principales aspectos del estado cognitivo: orientación, registro, memoria reciente, atención/concentración, lectoescritura, habilidad visual/espacial, comprensión y lenguaje, omitiendo abstracción, juicio y apariencia (Dowell y Newell, 1996). Aplicado al paciente, incluye 11 ítems que se encuentran divididos en dos secciones (ver anexo E). La primera sección requiere respuestas verbales para evaluar orientación, atención, memoria y lenguaje. La segunda parte requiere respuestas motoras para evaluar habilidades visoconstructivas y praxias. Mediante la suma de los puntajes obtenidos en cada ítem se obtiene un puntaje total. Si el sujeto responde correctamente a todos los ítems, obtiene el puntaje máximo de 30 puntos.

Distintos puntajes de corte fueron referidos en la literatura, entre los cuales se considera la siguiente clasificación: 27-30= normal; 25-26= posible demencia; 10-24= demencia leve a moderada; 6-9= demencia moderada a severa; y 0 a 6= demencia severa (Harvey, 1997).

Es el instrumento más utilizado para evaluar los efectos de intervenciones en pacientes con demencia así como para valorar la progresión del deterioro cognitivo (Lezak, 2004). Estudios previos han demostrado que con un punto de corte de 23/24, el test distingue entre personas con habilidades cognitivas disminuidas y aquellas cognitivamente sanas (Braekhus et al., 1992). Además de aquello, la sensibilidad del test para detectar demencia fluctúa entre 76 y 100% y la especificidad entre 78 y 100% (Gagnon et al, 1990; Fillenbaum et al., 1990).

Fue validado en Chile por Quiroga, Albala y Klaasen (1994), quienes lo aplicaron a una muestra de 94 personas (76 sujetos normales y 18 pacientes con demencia). Dicha investigación sugirió un punto de corte de 21 puntos para demencia, evidenciado una sensibilidad del 90% y una especificidad del 46%.

7.4.2. The Quality of Life-Alzheimer Disease Scale (QoL-AD)

La Escala de Calidad de vida para la Enfermedad de Alzheimer (QoL-AD; Logsdon et al, 1999) fue utilizada en un principio como una medida complementaria al cuadro demencial. Presenta 13 apartados que cubren los ámbitos de la salud física, energía, estado del ánimo, situación de vida, memoria, conformación familiar, situación conyugal, amigos, actividades, diversión, dinero, personalidad y la vida en su conjunto (ver anexos F y G).

Dicha escala es una breve medida de 13 secciones, diseñada específicamente para obtener una calificación de la calidad de vida del paciente, incluyendo a la persona que presenta un cuadro demencial y a su cuidador. Fue desarrollada para individuos con demencia, basada en la exploración de los pacientes y cuidadores, así como de los aportes de expertos, para maximizar la validez del constructo y garantizar que la medida se centra en la calidad de los principales ámbitos de la vida que fueron considerados importantes en el deterioro cognitivo en adultos mayores. Utiliza un lenguaje sencillo y directo, incluyendo la evaluación de las relaciones del individuo con los amigos y la familia, la preocupación por las finanzas, la condición física, el estado de ánimo y una evaluación global de la calidad de vida. Los cuidadores a cargo, complementan la medida con un cuestionario

sobre la calidad de vida de sus pacientes, mientras que los pacientes responden una entrevista auto-aplicada acerca de si mismos. Las 13 secciones son valoradas en una escala likert de cuatro puntos, siendo 1=Pobre y 4=Excelente. Los puntajes totales van desde los 13 a 52 puntos; entendiéndose que a más alto puntaje, se presenta una mejor calidad de vida. Por lo general, los cuidadores toman unos 5 minutos para completar la medida de sus pacientes; para las personas con demencia, en general, la entrevista dura unos 10 a 15 minutos en su administración.

La puntuación es sencilla: la suma de todas las secciones, tanto del paciente como del cuidador; además, ambas puntuaciones pueden ser evaluadas por separado y/o combinados en una sola puntuación, si se desea. Los pacientes con puntuaciones en el MMSE de 10 o superior, por lo general, pueden completar la prueba sin ningún problema.

Este breve cuestionario de autoinforme presenta una buena consistencia interna, validez y confiabilidad (Logsdon et al., 2002; Thorgrimsen et al, 2003; Hoe et al., 2005;). En el primer estudio citado, Logsdon et al., el QoL-AD presentó índices confiabilidad y validez excelentes, mostrando una consistencia interna tanto en las respuestas de los pacientes como de los cuidadores de 0,84 y 0,86, respectivamente. Además, en el estudio de Hoe et al., de un total 153 personas residentes en centros u hogares geriátricos, se reportó una media de 33,1 puntos en el caso de los pacientes, y 29,9 puntos referido a la evaluación de los cuidadores.

Cabe destacar que aún no existe una versión en español de este instrumento, por lo que, para efectos de esta investigación se tradujo desde el inglés cada ítem para su posterior aplicación.

7.4.3. Alzheimer's Disease Assesment Scale (Adas)

La escala para la medición de la enfermedad de Alzheimer (ADAS), es una prueba complementaria para evaluar los ámbitos comportamentales, emocionales y cognitivos en la demencia tipo Alzheimer (Rosen et al, 1984), presentándose como una escala más sensible de medición para las función cognitivas, incluyendo secciones que evalúan específicamente la memoria a corto plazo. Se utiliza con frecuencia en los ensayos de drogas como la principal medida cognitiva, permitiendo a los efectos de la terapia de estimulación cognitiva ser comparadas con las drogas antidemencia (Peña-Casanova et al.,

1997). La escala ADAS es un instrumento diseñado para la evaluación de alteraciones cognitivas y no cognitivas en pacientes con demencia tipo Alzheimer (DTA). La escala contiene tests neuropsicológicos breves e ítems puntuados por el examinador a partir de la observación de la conducta del paciente y de una entrevista con el cuidador. La porción cognitiva (ADAS-Cog) consta de 11 ítems que evalúan fundamentalmente memoria, lenguaje y praxis (ver anexo H). La porción no cognitiva (ADAS-Nocog) contiene 10 ítems que evalúan aspectos como depresión, llanto, ideas delirantes, alucinaciones o conducta de deambulación. Las puntuaciones máximas posibles son de puntos para el ADAS-Cog y de 50 puntos para el ADAS-Nocog.

La escala ADAS ha sido sometida a diversos estudios psicométricos (Mohs, Rosen y Davies, 1983), se ha estudiado como instrumento diagnóstico (Kramer-Ginzberg, 1988) y ha sido usada en diversos estudios farmacológicos (Knapp et al, 1994). Dichos estudios fundamentan su amplia utilización en la investigación geriátrica, posicionándola como una de las escalas con mayor sensibilidad y consistencia.

En cuanto a la confiabilidad del instrumento, el estudio de sus propiedades psicométricas realizado por Cano S. et al (2010) sostiene que el alpha de cronbach y los coeficientes de correlación test-retest fueron de 0,84 y 0,94 respectivamente lo cual soporta su confiabilidad. En referencia a la validez, en el mismo estudio se realizó una correlación entre el ADAS-Cog y el MMSE (-0,63) lo que confirma la validez de constructo.

Se inicia el test con una entrevista de unos 5-10 minutos de duración con el objetivo de evaluar diversos aspectos del lenguaje tanto receptivo como expresivo. A continuación se procede a administrar la prueba de recuerdo de palabras. Las conductas no cognitivas se evalúan a partir de la información del paciente o de un informador fiable (si el paciente tiene un cierto déficit de memoria) o de lo que se observa durante la prueba. La gradación de la escala está en el rango de 0-5 puntos, reflejando el nivel de gravedad de la disfunción. Una puntuación de 0 significa que no hay afectación en aquella tarea o bien que no está presente cierta conducta. Una puntuación de 5 se reserva para el nivel más grave de afectación o una alta frecuencia de ocurrencia de una conducta determinada. Una puntuación de 1 significa una muy leve presencia de una conducta o corresponde a una ejecución particular en una tarea (Pascual et al., 1997).

Puntuaciones de 2, 3 y 4 corresponden a los grados de leve, moderado y moderadamente grave. En la versión original de la escala, se comienza con el recuerdo de palabras, siguiéndose de la aplicación del resto de ítems 2 a 7 y valorando después los aspectos expresivos y receptivos del lenguaje (ítems 8- 11).

7.4.4. Índice de Barthel

El índice de Barthel (IB), publicado por primera vez en 1958, mide independencia funcional en movilidad y cuidado personal. Fue desarrollado por Dorotea Barthel y Florence Mahoney, con el objetivo de monitorizar la evolución de tratamientos en pacientes crónicos hospitalizados y determinar la necesidad de cuidados de enfermería. El IB es una medida simple en cuanto a su obtención e interpretación, fundamentada sobre bases empíricas. Consiste en asignar a cada paciente una puntuación en función de su grado de dependencia para realizar una serie de actividades básicas. Los valores que se asignan a cada actividad dependen del tiempo empleado en su realización y de la necesidad de ayuda para llevarla a cabo (Mahoney y Barthel, 1965). Este índice es una escala de puntajes que consta de 10 ítems, para ser completada “por un profesional de la salud a través de la observación directa, aunque también puede ser autoadministrado” (ver anexo I). Debe registrar lo que el paciente hace y lo que no puede hacer. Las actividades de la vida diaria incluidas en el índice original son diez: comer, trasladarse entre la silla y la cama, aseo personal, uso del retrete, bañarse/ ducharse, desplazarse (andar en superficie lisa o en silla de ruedas), subir/bajar escaleras, vestirse/desvestirse, control de heces y control de orina. Las actividades se valoran de forma diferente, pudiéndose asignar 0, 5, 10 o 15 puntos. El rango global puede variar entre 0 puntos (completamente dependiente) y 100 puntos (completamente independiente; Cid-Ruzafa y Damián-Moreno, 1997). La interpretación sugerida por Shah et al. (1989) sobre la puntuación del IB es: 0-20=Dependencia total; 21-60=Dependencia severa; 61-90=Dependencia moderada; 91-99=Dependencia escasa; 100=Independencia.

Con respecto a su confiabilidad, Loewen y Anderson (1988) realizaron uno de los primeros estudios con el IB en su versión original. Comprobaron la fiabilidad mediante pruebas de concordancia inter e intraobservador. De los resultados de este estudio se deduce una buena fiabilidad interobservador, con índices de Kappa entre 0,47 y 1. Con

respecto a la fiabilidad intraobservador se obtuvieron índices de Kappa entre 0,84 y 0,97. En cuanto a la evaluación de la consistencia interna, se ha observado un alpha de Cronbach de 0,86-0,92 para la versión original.

Por último, referente a su validez, las puntuaciones del IB se han relacionado con la respuesta a los tratamientos de rehabilitación en el ámbito hospitalario: aquellos pacientes con mayores puntuaciones y, por lo tanto, con un supuesto menor grado de discapacidad, presentaban una mejor respuesta a la rehabilitación que aquellos con menores puntuaciones (Wellwood, Dennis y Warlow, 1997).

7.4.5. Pauta de Monitoreo de Avances

Durante las sesiones de la Terapia de Estimulación Cognitiva (TEC), se utilizó la “Pauta de Monitoreo de Avances” que contempla la terapia y que consiste en una tabla resumen en donde se registra la asistencia de cada participante y se evalúa su participación en 4 aspectos; (1) Interés, (2) Comunicación, (3) Diversión y (4) Estado Anímico (ver anexo J). Una vez finalizada cada sesión, esta tabla debe ser completada por los monitores del grupo de intervención, puntuando estas áreas de 1 a 5. De esta manera el primer ítem, busca determinar el nivel de Interés que muestra el participante en su comportamiento durante la sesión. En segundo lugar, el ítem de Comunicación, se enfoca en establecer el nivel de comunicación que presentaron los participantes, yendo la puntuación desde nula comunicación hasta buena comunicación. En relación al tercer ítem de “Diversión”, este considera actitudes y comportamientos de los participantes que reflejen el disfrute de las actividades realizadas durante la sesión. Finalmente, el cuarto ítem determina el estado anímico durante la sesión y se puntúa desde un bajo estado anímico, donde el participante puede parecer deprimido/a o ansioso/a, hasta la puntuación máxima que refleja a una persona que se muestra feliz y relajado/a.

7.5 PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS DE DATOS

Los datos recabados en la investigación fueron introducidos y analizados por medio de estadística descriptiva e inferencial, a través del programa estadístico “Statistical Package for Social Sciences” (SPSS, 2008), versión 17 para Windows. Indicadores de

estadística descriptiva (frecuencia, media, desviación estándar y varianza) fueron utilizados tanto para resumir los datos sociodemográficos de la muestra, como para sintetizar las características y atributos asociados a cada grupo en las variables clínicas evaluadas.

Con el fin de determinar si se utilizarían técnicas paramétricas o no paramétricas en el análisis inferencial de datos, se realizó análisis de normalidad de cada variable mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra y prueba de homogeneidad de varianzas de Levene, de lo cual se obtuvo que todas ellas cumplían con distribución normal de datos y varianzas homogéneas, cumpliendo así con los supuestos requeridos para la utilización de las técnicas paramétricas T-Student y Chi-cuadrado. Para todos los análisis realizados se uso un nivel de seguridad del 95%, siendo en detalle los tres siguientes:

- a. Análisis comparativo de variables Sociodemográficas y Clínicas pre-intervención entre Grupo Control y Grupo de Intervención: este análisis se llevó a cabo mediante la utilización tanto de la técnica de Chi-cuadrado como de T-student para muestras independientes, siendo la primera, instrumento de comparación de aquellas variables Sociodemográficas caracterizadas como cualitativas, mientras que la segunda fue utilizada tanto en la comparación de las variables Sociodemográficas cuantitativas como en la totalidad de las variables clínicas evaluadas previo a TEC.
- b. Análisis comparativo de variables clínicas post-intervención entre Grupo Control y Grupo de intervención: para este análisis se hizo uso de la técnica de T-student para muestras independientes.
- c. Análisis comparativo de variables clínicas pre-post para Grupo Control y Grupo de Intervención: para este análisis se utilizó la técnica de T-student para muestras relacionadas.

RESULTADOS

8.1 PARTICIPANTES

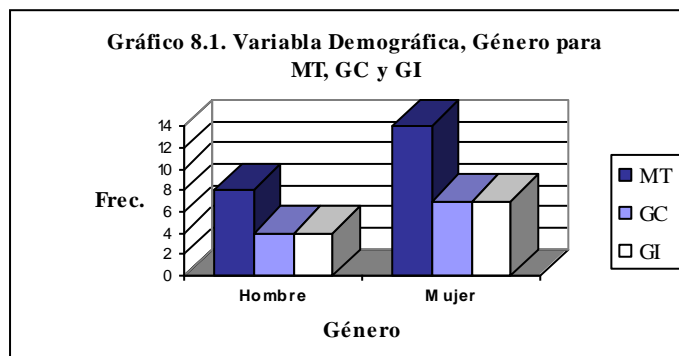
Del total de 89 residentes institucionalizados en el centro Padre Alberto Hurtado, 28 personas fueron seleccionadas a priori para ser evaluadas en los criterios de inclusión indicados para el programa piloto de la Terapia de Estimulación Cognitiva. De esta muestra preliminar, 3 personas fueron excluidas por no cumplir con condiciones auditivas y visuales requeridas para desempeñarse adecuadamente en las sesiones, 2 por reticencia a participar en el programa y 1 por hospitalización debido a problema médico, dejando una muestra final compuesta por 22 personas.

Al total de la muestra final se le entrevistó en dos ocasiones, utilizando a lo largo del proceso MMSE, QoL-AD y Adas-Cog, pudiendo todos desempeñarse adecuadamente en dichas mediciones. Además, al personal encargado del cuidado de los miembros del centro se le encuestó utilizando el Índice de Barthel para medir los niveles de funcionalidad tanto previo como post intervención.

8.2 CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA PREVIO A APLICACIÓN DE TEC

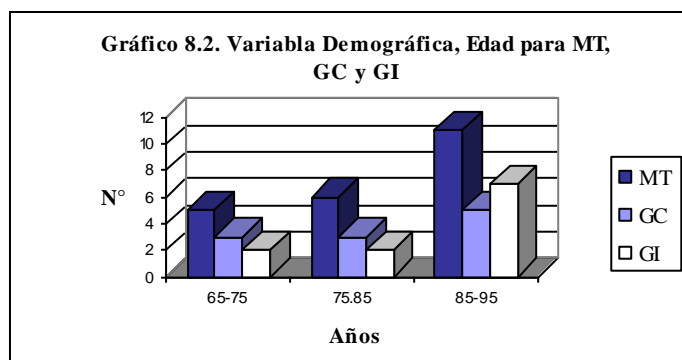
8.2.1. Análisis Descriptivo de variables Sociodemográficas, pre-TEC

En relación a la variable “Género”, como se aprecia en el gráfico 8.1, la muestra se compuso de un 64% de mujeres, correspondiente a 14 personas y un 36% de hombres, correspondiente a 8 personas. Del total, tanto el grupo control (GC) como el grupo de intervención (GI) contaron con 7 integrantes mujeres y 4 hombres, correspondientes al 63,6% y 36,4% respectivamente.



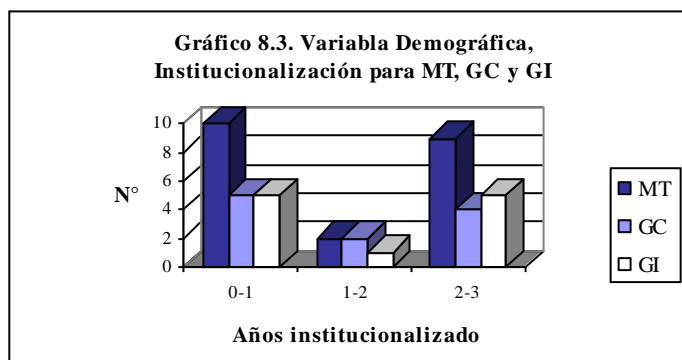
En cuanto a la “*Edad*”, (gráfico 8.2), la muestra se compuso de 5 personas en el rango de 65-75 años, 6 entre 75-85 años y 11 entre 85-95 años. La media fue de 83,68 años y la desviación estándar de 9,76 años.

Por su parte, GC se compuso de 3 personas en el primer rango etario, 3 en el segundo y 5 en el tercero (M=83,36 años, d.e. 10,37), mientras que GI presentó 2 personas en el primer rango, 2 en el segundo y 7 en el tercero (M=84 años, d.e. 9,6).



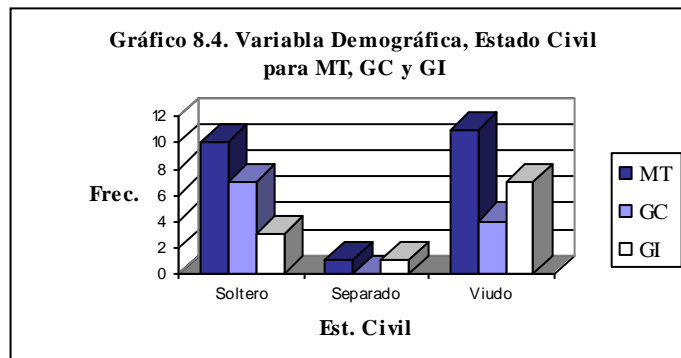
En cuanto al “*Período de Institucionalización*” (gráfico 8.3), la muestra total se compuso de 10 personas institucionalizadas por un período de hasta un año, 3 hasta dos años y 9 hasta tres años (M=1,86 años, d.e. 1,08)

Para GC la media fue de 1,72 años (d.e. 1,19), presentando 5 personas institucionalizadas por un año, 2 por hasta dos años y 4 por hasta tres años, mientras que para GI la cantidad fue de 5 personas institucionalizadas hasta por un año, 1 por hasta dos años y 5 personas institucionalizadas por hasta tres años (M=2, d.e. 1,11).



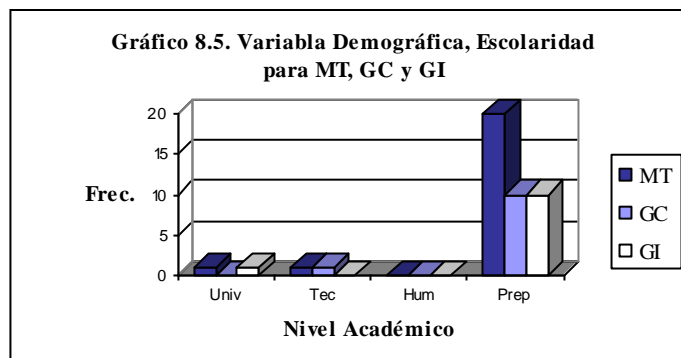
En la variable “*Estado Civil*”, que fue dividida en tres categorías: soltero, separado y viudo, se observó que la muestra total estuvo compuesta por 10 personas solteras (45,5%), 1 separado (4,5%) y 11 viudos (50%).

Del total, como se observa en el gráfico 8.4, GI se compuso por 7 personas viudas (63,6%), 3 pertenecientes a la categoría soltero (27,3%) y uno separado (9,1%), mientras que GC presentó 7 participantes pertenecientes a la categoría soltero (63,6%) y 4 pertenecientes a la categoría viudo (36,4%), no presentando participantes separados.



En lo referente al “*Nivel de Escolaridad*” de los participantes, los sujetos de ambos grupos presentaron mayoritariamente estudios de preparatoria o nivel básico (91%).

La variable fue dividida, sin embargo, en cuatro dimensiones (gráfico 8.5): Universitaria/Profesional, Técnico de Nivel Superior, Educación Media (Humanidades) y Educación Básica (preparatoria). En el grupo de intervención (GI) un sujeto cursó estudios universitarios (9,1%), mientras que en GC uno cursó estudios técnicos profesionales (9,1%).



8.2.2. Análisis Comparativo de variables Sociodemográficas entre Grupo Control y Grupo de Intervención, pre-TEC

Los resultados obtenidos previo al desarrollo del plan piloto de la TEC (tabla 8.1), indicaron que para la mayoría de las variables analizadas no hubo diferencias significativas entre el grupo de intervención (GI) y el grupo control (GC). Así, entre ambos grupos hubo equivalencia de participantes hombres y mujeres ($p=.665$), los rangos etarios fueron similares ($p=.883$), así como también el período de institucionalización en el que fueron integrados al programa de estimulación cognitiva ($p=.567$) y el nivel de escolaridad ($p=.368$).

La única diferencia significativa encontrada fue la correspondiente a la variable de “Estado Civil” ($p=.016$), en donde se aprecia para GC a más de la mitad de sus integrantes clasificados dentro de la categoría “soltero” (63%), mientras que para GI la categoría más extensiva es la correspondiente a “viudo” (63%).

Tabla 8.1

Resumen de variables Sociodemográficas de la Muestra. Análisis de Muestras Independientes

		GC		GI		Est.	p
		N	%/ M (d.e)	N	%/ M (d.e)		
Género	Hombre	4	36,4	4	36,4	$\chi^2=0,2$.665
	Mujer	7	63,6	7	63,6		
Edad		11	83,3(10,3)	11	84(9,6)	t=0,149	.883
Años de Institución		11	1,7(1,1)	11	2(1,1)	t=0,582	.567
Estado Civil	Soltero	7	63,6	3	27,3	$\chi^2=8,3$.016*
	Separado	0	0	1	9,1		
	Viudo	4	36,4	7	63,6		
Escolaridad	Univ.	0	0	1	9,1	$\chi^2=2$.368
	Técnico	1	9,1	0	0		
	Ed. Media	0	0	0	0		
	Ed. Básica	10	91,9	10	91,9		

* p<0,05; GC=grupo control; GI=grupo de intervención; Est.=análisis estadístico utilizado; N=número de integrantes; M=media; d.e=desviación estándar

8.2.3. Análisis Descriptivo de variables Clínicas, pre-TEC

En este apartado se presentarán datos descriptivos de cada variable, tanto para el grupo control (GC) como para el grupo de intervención (GI), previo a la realización de la Terapia de Estimulación Cognitiva. Todos estos datos se exponen en la tabla 8.2.

8.2.3.1. Rendimiento Cognitivo

En el MMSE, se presentó para la muestra total, una media de 19 puntos y desviación estándar de 3,87 (rango 13-24). El grupo de intervención (GI) obtuvo una

puntuación media basal de 19,08 puntos, presentado una desviación estándar de 3,8 (rango 13-24). El grupo control (GC) obtuvo una puntuación media de 18,91 puntos, con una desviación estándar de 4,13 puntos (rango 14-24).

En cuanto a la evaluación realizada con Adas-Cog., la media para el total de la muestra fue de 24,3 puntos y la desviación estándar de 8,34 puntos (rango 11,9-39). Los individuos que conformaron el GI obtuvieron una puntuación media basal de 25,42 puntos, mostrando una desviación estándar de 8,92 puntos (rango 11,9-39). En el caso del GC, los sujetos obtuvieron una puntuación media de 23,19 puntos, con una desviación estándar de 7,98 puntos (rango 12,3-36,3).

8.2.3.2. Calidad de Vida

En esta variable, se apreció que el total de los sujetos obtuvo una media correspondiente a 29,4 puntos con desviación estándar de 5,17 puntos (rango 20-40).

Por su parte, los integrantes constituyentes de GI obtuvieron una puntuación media basal de 28,18 puntos, con una desviación estándar de 5,86 puntos (rango 20-40).

En el caso de GC, la puntuación media se situó en los 30,64 puntos, con una desviación estándar de 4,29 puntos (rango 24-37).

8.2.3.3. Nivel de Funcionalidad

En el Índice de Barthel (IB), el total de la muestra obtuvo una media de 62,04 puntos con una desviación de 30,69 puntos (rango 10-100).

Por su parte, las personas pertenecientes al GI obtuvieron una puntuación media basal de 63,64 puntos, exhibiendo una desviación estándar de 29,24 puntos (rango 20-100).

Con respecto a GC, la puntuación media alcanzada fue de 60,45 puntos, con una desviación estándar de 33,42 puntos (rango 10-100).

8.2.4. Análisis Comparativo de variables clínicas entre Grupo Control y Grupo de Intervención, pre-TEC

Los resultados obtenidos (tabla 8.2) demostraron que a nivel basal, los integrantes correspondientes a uno y otro grupo no presentaron diferencias significativas en ninguna de

las variables evaluadas, indicando así igualdad de condiciones previo al inicio del programa de Estimulación Cognitiva.

En detalle, se apreció que para la variable de “Rendimiento Cognitivo”, ambos grupos presentaron un nivel similar de deterioro (p -MMSE=.916; p -Adas-Cog=.543), caracterizado en los niveles de leve a moderado. Para el GC, el porcentaje de integrantes caracterizado con deterioro leve correspondió al 63,6%, siendo para GI del 45,5%; mientras que asociado a deterioro moderado, un 36,3% correspondió a miembros de GC y un 54,5% a GI.

En cuanto a la variable de “Calidad de Vida”, los resultados obtenidos en la medición indicaron similitud en cuanto a la apreciación global de la calidad de vida (p =.276).

Por último, en cuanto a la variable de “Funcionalidad”, ambos grupos presentaron niveles de funcionalidad semejantes en la capacidad para llevar a cabo actividades cotidianas (p =.267).

Tabla 8.2.

Resumen de Variables Clínicas pre TEC. Análisis de Muestras Independientes.

		GC		GI		Est.	p
		N	M (d.e)	N	M (d.e)		
Rendimiento Cognitivo	MMSE	11	18,9 (4,1)	11	19,1 (3,8)	t= 0,1	.916
	Adas-Cog	11	23,2 (7,9)	11	25,4 (8,9)	t= 0,6	.543
Calidad de Vida	QoL-AD	11	30,6 (4,3)	11	28,2 (5,9)	t= -1,1	.276
Nivel de Funcionalidad	Barthel	11	60,5 (33,4)	11	63,6 (29,2)	t= -1,1	.267

GC=grupo control; GI=grupo de intervención; N=número de integrantes; M=media; d.e=desviación estándar; Est.=análisis estadístico utilizado

8.3 CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA LUEGO DE APLICACIÓN DE TEC

8.3.1. Análisis Descriptivo de las variables Clínicas, post-TEC

En este apartado se presentarán los datos descriptivos de cada variable, asociados tanto a las evaluaciones realizadas al grupo control (GC) como al grupo de intervención (GI), en segunda instancia, luego de transcurridos dos meses desde la evaluación basal sin intervenciones posteriores en GC y, tras la participación en la Terapia de Estimulación Cognitiva en GI. Todos estos datos se exponen en la tabla 8.3.

8.3.1.1. Rendimiento Cognitivo

En la primera evaluación realizada mediante la utilización del MMSE y, de los resultados extraídos de este, se obtuvo una media para la muestra total de 19,5 puntos con una desviación de 5,07 puntos (rango 11-28).

Se observó, por su parte, que el grupo control (GC) presentó una media de 17,91 puntos, siendo la desviación estándar de 5,41 puntos (rango 11-28); mientras que el grupo de intervención (GI) presentó una media superior de 21,09 puntos, con una desviación estándar asociada de 4,39 puntos (rango 14-28). Estos datos indican que de la muestra total el 40,9% de los participantes se encontraron en nivel leve de deterioro cognitivo (54,5% en GI, 27,3% en GC), mientras que el 59,1% presentaron deterioro cognitivo moderado (45,5% en GI, 72,7% en GC).

En cuanto a los resultados obtenidos en el Adas-Cog., la muestra total presentó una media de 23,40 puntos, con una desviación estándar de 9,81 (rango 11,6-47,9).

La media correspondiente al grupo control (GC) fue de 25,37 puntos, siendo su desviación estándar de 11,54 puntos (rango 11,6-47,9), mientras que para el grupo de intervención (GI), los valores correspondieron a 21,43 puntos para la media y 7,77 puntos para la desviación estándar (rango 13-34,6).

8.3.1.2. Calidad de Vida

En la evaluación del QoL-AD los valores para la muestra total correspondieron a una media de 32,45 puntos y una desviación estándar de 4,94 puntos (rango 24-44).

En el grupo control (GC) fueron 31,18 puntos los correspondientes a la media y 3,51 puntos para su desviación estándar (rango 26-37). En el caso del grupo de intervención

(GI), la media presentó un valor de 33,73 puntos y una desviación estándar de 5,95 puntos (rango 24-44).

8.3.1.3. Nivel de Funcionalidad

Se apreció en los resultados obtenidos en el Índice de Barthel una media para la muestra total de 59,31 puntos con una desviación estándar de 30,79 (rango 10-100).

El grupo control (GC) presentó una media de 56,82 puntos, con una desviación estándar de 36,28 puntos (rango 10-100).

Por su parte el grupo de intervención (GI) presentó valores de 61,82 para la media y 25,71 para la desviación estándar (rango 15-90).

8.3.2. Análisis Comparativo de variables clínicas entre Grupo Control y Grupo de Intervención, post-TEC

Los resultados obtenidos (tabla 8.3) demostraron que, al comparar a los participantes del GI versus los del GC tras el período de intervención, estos no diferían significativamente en ninguna de las variables evaluadas.

En detalle, se apreció que para la variable de “Rendimiento Cognitivo”, ambos grupos presentaron un nivel similar de deterioro (p -MMSE=.146; p -Adas-Cog=.359), encontrándose aun dentro de los niveles de leve a moderado. Para el caso de la muestra total, el porcentaje asociado a deterioro leve fue del 40,9%, mientras que el 59,1% se clasificó dentro de deterioro moderado. Esto, para los grupos GC y GI se manifestó como un 54,5% y 27,3% para deterioro cognitivo leve y a un 45,5% y 72,7% correspondiente a deterioro moderado, respectivamente.

En cuanto a la variable de “Calidad de Vida”, los resultados obtenidos indicaron, también, similitud en cuanto a la apreciación global de ámbitos como percepción de sí mismo, calidad de las relaciones con pares, etc. (p =.236) entre ambos grupos.

Por último, en cuanto a la variable de “Funcionalidad”, ambos grupos presentaron niveles de independencia semejantes en la capacidad para llevar a cabo actividades cotidianas (p =.713).

Tabla 8.3

Resumen de variables clínicas post TEC. Análisis de Muestras Independientes.

		GC		GI		Est.	p
		N	M (d.e)	N	M (d.e)		
Rendimiento	MMSE	11	17,9 (5,4)	11	21,1 (4,3)	t= 1,5	.146
Cognitivo	Adas-Cog	11	25,3 (11,5)	11	21,4 (7,7)	t= -9,4	.359
Calidad de Vida	QoL-AD	11	31,1 (3,5)	11	33,7 (5,9)	t= 1,2	.236
Nivel de Funcionalidad	Barthel	11	56,8 (36,2)	11	61,8 (25,7)	t= 0,4	.713

GC=grupo control; GI=grupo de intervención; N=número de integrantes; M=media; d.e=desviación estándar; Est.=análisis estadístico utilizado

8.3.3. Análisis Comparativo de variables Clínicas pre y post TEC para Grupo Control y Grupo de Intervención

En este apartado se presenta la comparación de los resultados de base obtenidos tanto para el grupo control (GC) como para el grupo de intervención (GI), con sus respectivos puntajes obtenidos tras los dos meses de duración del programa de Estimulación Cognitiva. Los resultados del análisis se presentan en la tabla 8.4.

8.3.3.1 Grupo Control (GC), pre-post TEC

En la primera variable revisada, correspondiente al “Rendimiento Cognitivo”, se apreció en el MMSE una diferencia entre la media inicial y final de 1 punto. Sin embargo esta diferencia no fue considerada estadísticamente significativa ($p=.199$). Estos cambios se asociaron a una progresión del deterioro cognitivo en ambas evaluaciones viéndose, por ejemplo, que del 63,6% de los participantes clasificados con deterioro leve en la medición inicial, en la evaluación final solo el 27,3% de ellos se mantuvo en esta categoría, mientras que el 72,7% entró al rango de deterioro moderado, en comparación con el porcentaje basal

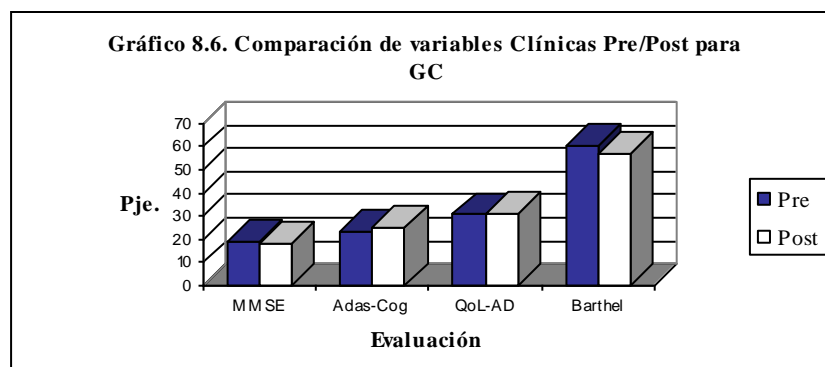
de 36,3%, lo que demuestra un aumento del deterioro de rendimiento cognitivo global para este grupo del 36,3%.

Por su parte, en las mediciones realizadas mediante Adas-Cog, se apreció un aumento de la media de puntuación total de 2,1 puntos. Si bien este aumento no fue significativo ($p=.370$), respalda la progresión del deterioro de los integrantes de GC a lo largo de los dos meses en que se realizó la TEC.

En cuanto a la variable de “Calidad de Vida”, se valoró nuevamente el cambio de puntajes como no significativo para el grupo ($p=.744$). A pesar de esto, sí se apreció una leve mejoría en la percepción de los distintos ítems pesquisados desde la medición basal (0,5 puntos).

Por último, en cuanto a la variable de “Nivel de Funcionalidad”, los resultados llevaron a una diferencia con respecto al nivel basal de -3,7 puntos, no considerándose esta variación como significativa en análisis ($p=.459$), siendo sí indicador de disminución del nivel de independencia para los integrantes de GC.

En síntesis, del total de cuatro variables evaluadas (gráfico 8.6), en ninguna de ellas se obtuvo una variación suficientemente amplia como para ser considerada significativa, a pesar de observar en la mayoría de ellas variaciones de puntajes asociadas a perjuicio de las funciones estudiadas, observándose solo una leve mejoría en los niveles de apreciación para la variable de calidad de vida.



8.3.3.2. Grupo de Intervención (GI), post-TEC

En el análisis de la variable de “Rendimiento Cognitivo”, las diferencias encontradas en la comparación de las evaluaciones pre y post intervención revelaron que existió a lo largo del proceso de aplicación de la TEC una mejoría significativa ($p=.011$) en el desempeño para este grupo, manifestado en un aumento de la media de 2 puntos.

Ese aumento pudo apreciarse en los porcentajes asociados a la clasificación de deterioro para el MMSE, en donde GI tuvo un porcentaje basal de personas incluidas en el grupo de deterioro leve del 45,5% y en deterioro moderado del 54,5%, lo que luego del transcurso de los dos meses de intervención se asoció a un aumento hasta un 54,5% de personas incluidas dentro del grupo de deterioro cognitivo leve y a una disminución a un 45,5% para aquellos en deterioro cognitivo moderado. Esto expresó finalmente, una variación en un 9% del desempeño total en MMSE para este grupo.

Así mismo, en los resultados en Adas-Cog se obtuvo una disminución significativa de la media de los puntajes de 4 puntos ($p=.042$), lo que implicó, sumado a los resultados anteriores, una mejoría del desempeño asociado a cognición de los miembros de GI tras haber participado en la TEC.

En cuanto a la variable de “Calidad de Vida”, hubo un cambio significativo ($p=.014$) tras comparar los resultados pre y post del test, indicando que tras la aplicación de la TEC, la apreciación de los factores relacionales, personales, de nivel de actividad, etc. dieron un vuelco positivo en los integrantes de GI, con un aumento general de 5,5 puntos.

Por último, la variable de “Funcionalidad” fue la única que no obtuvo resultados significativos ($p=.459$) presentando, incluso, una disminución de la media de puntajes en comparación con la medición basal de 1,8 puntos.

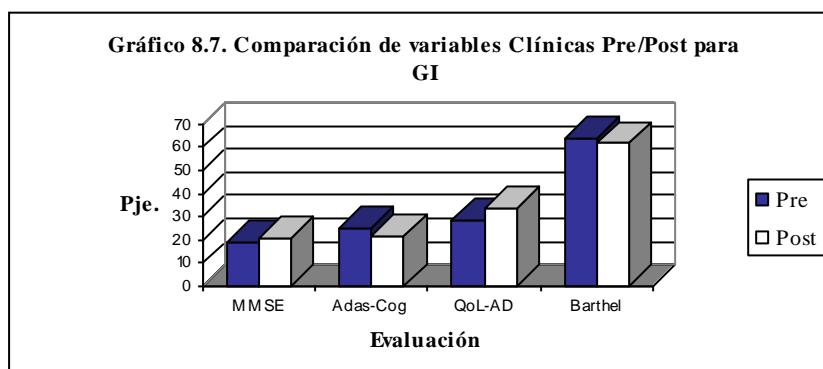


Tabla 8.4.

Análisis Comparativo de variables clínicas Pre/Post para GC y GI. Muestras Dependientes

		Evaluación				Est.	p
		Inicial		Final			
		M	d.e	M	d.e		
MMSE	GC	18,9	4,1	17,9	5,4	t= -1,4	.199
	GI	19,0	3,8	21,1	4,3	t= 3,1	.011*
Adas-Cog	GC	23,1	7,9	25,3	11,5	t= 0,9	.370
	GI	25,4	8,9	21,4	7,7	t= -2,3	.042*
QoL-AD	GC	30,6	4,2	31,1	3,5	t= 0,3	.774
	GI	28,1	5,8	33,7	5,9	t= 2,9	.014*
Barthel	GC	60,4	33,4	56,8	36,2	t= -1,2	.245
	GI	63,6	29,2	61,8	25,7	t= -0,8	.459

* p<0,05; GC= grupo control; GI= grupo de intervención; M= media; d.e= desviación estándar; Est.= análisis estadístico utilizado

8.4 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL MONITOREO DE GI DURANTE EL PROCESO DE INTERVENCIÓN

Durante el período de 7 semanas (14 sesiones) en que el Grupo de Intervención participó en el programa piloto de la Terapia de Estimulación Cognitiva (TEC) se realizó un monitoreo por sesión de cada uno de los integrantes asociados a los dos grupos de trabajo, en cinco distintas áreas.

En cuanto a la “*Asistencia*” de los participantes del grupo a cada sesión de la terapia, se obtuvo que de los 11 integrantes un 27,5% asistió a todas las sesiones, un 27,5% asistió a 13 sesiones y un 45% asistió a menos de 13 sesiones.

En cuanto a las otras áreas evaluadas, se apreció que en el ítem “*Interés*”, el grupo obtuvo una media de 4,25 puntos, con una desviación estándar de 1,09 puntos.

En el ítem que determina el nivel de “*Comunicación*” expuesto por cada participante durante las sesiones, se obtuvo una media de 4,31 puntos, y una desviación estándar de 1 punto.

Por su parte, el tercer ítem de “*Diversión*” obtuvo una puntuación media de 4,16 puntos y 1,12 puntos de desviación estándar.

Por último, en el ítem de “*Estado Anímico*” la media fue de 4,29 puntos y la desviación estándar de 1,07 puntos.

DISCUSIÓN

9.1 VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

En relación a la edad de los participantes del estudio se apreció que alrededor de un 50% de ellos se situó entre los 85-95 años, confirmando la evidencia acerca de que una edad avanzada es uno de los factores que aumenta significativamente la incidencia de la Enfermedad de Alzheimer (Martínez, J. 2002).

Por otro lado, la distribución por “Género” de la muestra total, reveló un predominio del género femenino, caracterización que se observa también en otros trabajos de estimulación cognitiva (Spector, 2003; Onder et al., 2005 y Woods et al, 2006) y que se asocia a planteamientos como el de Lobo et al. (2000, citado en Alberca, E. et al., 2002), en donde se ha demostrado que la prevalencia de Alzheimer es mayor en la mujer que en el hombre en todos los tramos etarios asociados a la patología. A su vez, el trabajo de Hy y Keller (2000, citado en Alberca, E. et al., 2002) revisa datos en 21 regiones distintas del mundo occidental confirmando, también, el predominio de mujeres con la enfermedad.

En cuanto a la variable de “Escolaridad”, en la muestra total se presentó un predominio de educación hasta el nivel básico (menos o igual a 6 años de educación). Estos datos son comparables a los obtenidos en otros estudios como el de Onder et al. (2005) en el cual la media de años de escolaridad fue de 7,3 años (d.e. 3,8) para el grupo de intervención y 7,3 años (d.e. 4,3) para el grupo control. Estos resultados llevarían a considerar la relevancia del nivel de escolaridad a la hora de aplicar las actividades de las sesiones de la TEC, para adaptarlas a la realidad de la población con la cual se está trabajando y hacerlas así más acordes a las necesidades y características estructurales de los grupos intervenidos.

Aunando todas estas variables, la Guía Clínica para el trastorno cognitivo y demencia en el adulto mayor del Ministerio de Salud (Fuentes et al. 2008) reporta que una edad avanzada, el género femenino y un bajo nivel de instrucción académica, son identificados como “factores de riesgo no modificables” para el desarrollo de demencia. De esta forma, los datos obtenidos en este estudio confirman la incidencia de esos factores en el desarrollo de la enfermedad de Alzheimer dentro de población institucionalizada. Así, en

los centros residenciales para adultos mayores, estos datos acerca de los factores de riesgo, debieran considerarse para fundamentar la aplicación de mecanismos de detección de estos, con el fin de integrar a los adultos mayores a programas de apoyo psicosocial, como una medida de prevención del desarrollo de demencia o, en su defecto, como medida de control de su progresión.

En relación a las variables sociodemográficas de “Estado Civil” y “Período de Institucionalización”, no se han encontrado investigaciones en estimulación cognitiva que arrojen datos con los cuales realizar una contrastación o datos que puedan demostrar incidencia alguna en el desarrollo de demencia.

9.2 VARIABLES CLÍNICAS

9.2.1. Funcionamiento Cognitivo Global

En el análisis de esta primera variable se constató, como se esperaba, una mejoría en las puntuaciones de rendimiento cognitivo global en los resultados de las evaluaciones hechas a los participantes que asistieron a la TEC confirmando, así, la primera hipótesis planteada en esta investigación (ver página 39). Este resultado coincide con hallazgos hechos en estudios previos. Uno de estos, realizado por Spector et al. (2003), utilizó la TEC para evaluar sus efectos en la cognición y calidad de vida de 115 personas con demencia a las que se les aplicó la intervención (GI), en contraposición a 86 personas que participaron del grupo control (GC), obteniéndose como resultado en las mediciones post-intervención, un aumento en las puntuaciones del MMSE por parte del GI de 0,9 puntos en la media, en comparación al grupo control que disminuyó 0,4 puntos, siendo esta diferencia significativa ($p=.044$). Se hallaron, asimismo, diferencias significativas entre grupos en la medición realizada por medio del ADAS-Cog ($p=.028$).

Por su parte, Tárraga et al. (2006) evaluaron un sistema multimedia interactivo basado en Internet (IMIS) para la estimulación cognitiva en la enfermedad de Alzheimer, dividiendo una muestra de 46 personas con el mismo tratamiento farmacológico en tres grupos: los que recibieron el IMIS junto a un Programa de Psicoestimulación Integral (PPI), otro grupo que recibió sólo el PPI y un tercer grupo compuesto por quienes no recibieron un programa de estimulación, manteniendo solo sus tratamientos

farmacológicos. Los resultados en el MMSE luego de 12 semanas de intervención, mostraron un aumento en la puntuación media del grupo que recibió el IMIS y el PPI y en el grupo que recibió solamente el PPI, mientras que se observó una disminución de la puntuación media en el grupo control, que sólo recibió el fármaco, resultando estos cambios significativos ($p < .001$).

Respecto a resultados en el ADAS-Cog, luego de 12 semanas de intervención, se registró una disminución en la puntuación media del grupo que recibió tanto IMIS como PPI y en la puntuación media de aquellos que recibieron sólo PPI. En contraste, hubo un aumento de 1,08 puntos para el grupo control, quienes solamente recibieron el fármaco. Las diferencias halladas en este instrumento resultaron también ser significativas ($p = .002$).

De esta manera, la evidencia empírica logra confirmar que los diferentes programas de estimulación cognitiva en personas con demencia poseen un impacto en las funciones cognitivas medidas a través del MMSE y/o ADAS-Cog, logrando un aumento en las puntuaciones luego de las intervenciones, en contraposición a los grupos de control que no reciben los programas de estimulación, quienes tienden a disminuir su rendimiento.

Esta confirmación de mejoría ligada a distintas investigaciones, sumada a aspectos como: (a) una notable prolongación de la expectativa de vida; (b) un cambio de la visión social respecto al envejecimiento ligado a la consideración de los ancianos ya no como personas improductivas; y (c) reconocimiento de que el deterioro en las demencias no sigue un curso incorregible, o una progresión continua irreversible, hacen patente la necesidad de implementar un sistema coordinado de apoyo psicosocial.

Ahora bien, dentro de los mecanismos generadores de estos cambios positivos a nivel de funcionamiento cognitivo global y que pueden, por ende, manifestarse en las puntuaciones del MMSE y ADAS-Cog, podemos mencionar aquellos que tienen relación con las diversas técnicas utilizadas en las sesiones de TEC, cuyos fundamentos se encuentran en otras terapias psicosociales. En este caso, las “técnicas de orientación a la realidad”, utilizadas frecuentemente en las sesiones de la TEC, deben ser consideradas un mecanismo que propicia una mejoría en cuanto a la orientación en el tiempo y espacio de los participantes, ámbito medido por los instrumentos MMSE y ADAS-Cog. Con esto se busca orientar a las personas que padecen Enfermedad de Alzheimer, quienes usualmente a lo largo de esta patología crónica y progresiva, sobre todo en sus estadios finales, no logran

hacerlo por sí solos. De este modo, las mejorías en la orientación se traducen en una mejor comprensión y adaptación al medio que les rodea, conduciendo, de manera altamente probable y consecuente, a un aumento de la sensación y percepción de control, autoeficacia y autoestima. En el caso particular del Hogar de Ancianos San Alberto Hurtado, donde la presente investigación tuvo lugar, se pudo observar la ausencia de instrumentos de orientación como calendarios o relojes en los lugares más concurridos del hogar, que pudieran favorecer a ubicar a los pacientes temporalmente, por lo que los cambios positivos en esta dimensión difícilmente pueden ser atribuibles a otro factor que no sea la terapia. Las técnicas utilizadas incluyeron, por ejemplo, la repetición constante de información referente al tiempo (día, mes, año, estación), lugar (hogar, ciudad, país) e identidad (nombre, grupo de taller al que pertenece) a través de la interacción verbal con los participantes. Parte de esta información era anotada en una pizarra que se encontraba frente al grupo para su fácil acceso y localización durante el transcurso de cada sesión. Por lo tanto, esto da un indicio acerca de la manera en que pequeños cambios ambientales pueden generar algún tipo de estimulación y orientación en las personas que se encuentran en estos hogares, por ejemplo, facilitando el acceso a calendarios, reloj, etc., medidas que son fáciles de implementar por el personal.

Otro de los mecanismos de cambio específicos que también pudo influir en el rendimiento en MMSE y ADAS-Cog, guarda relación con técnicas utilizadas en programas de “Estimulación Cognitiva Activa”, cuyos objetivos apuntan a producir un aumento, de las facultades cognitivas/neuropsicológicas, como la atención-concentración, la memoria, las funciones ejecutivas, el lenguaje, la orientación temporo-espacial, la capacidad visuoespacial, el cálculo y las praxias. Para lograr estos objetivos es que en la mayoría de las sesiones de TEC, se realizaron actividades de lo que se denomina “gimnasia mental”, realizando principalmente juegos de “entrenamiento de memoria”. Para estos fines, se realizaba al inicio de cada sesión una actividad en que una pelota era arrojada por un monitor hacia un participante, realizando el primero una pregunta al segundo, referente principalmente a las actividades realizadas en la sesión anterior y aspectos referentes a sus vidas. La captación y el lanzamiento de la pelota estimulaban consecuentemente la psicomotricidad y las praxias. Coincidente con lo anterior, varias de las temáticas principales de las sesiones de TEC, consistieron en juegos con números, palabras y

diferente clase de actividades manuales, lo cual pudo influir bastante en una mejoría en la puntuación de instrumentos como el MMSE y ADAS-Cog, que contemplan el desempeño en tareas de atención/concentración, memoria (rememoración de palabras), cálculo, lenguaje (escritura, denominación de objetos), praxis ideatoria (planificación secuencial) y praxis constructiva (realización/copia de dibujos). Otras capacidades, como la visuo-espacialidad, medida por el ADAS-Cog (reconocimiento de dibujos), fueron también estimuladas por la terapia.

Asimismo, es posible sopesar la influencia de las técnicas de reminiscencia, basadas en la estimulación a los participantes para relatar sucesos o eventos de sus particulares pasados y de las técnicas de validación, centradas en la aceptación y validación empática tanto de los sentimientos como de la realidad personal de la experiencia del otro, sobre el funcionamiento cognitivo global, de manera más genérica y, sobre la comunicación, de manera más específica. Parte del material de las sesiones, ligado a estas técnicas, pudo estimular a las personas de manera más implícita y más difícilmente objetivable o medible. En la socialización desarrollada en cada sesión, por ejemplo, se pedía habitualmente la opinión de las personas, en lugar de realizar una petición de certeras respuestas factuales. La TEC fomenta y promueve la opinión y participación de las personas respecto a diversas cuestiones, como por ejemplo, tópicos y temas de actualidad. Esto pudo alentar a los participantes a desarrollar nuevas formas (o modos más creativos) de expresarse verbalmente. Así, el hecho de explorar y compartir recuerdos de la infancia (sesión 2), asociar y jugar con palabras (sesiones 7 y 12, respectivamente), así como categorizar objetos (sesión 9), pudo atizar el desarrollo de nuevas conexiones episódicas y semánticas, así como la potenciación o fortalecimiento de algunas más antiguas, lo que se vería reflejado en las mejores puntuaciones obtenidas básicamente en el ADAS-Cog por el GI, instrumento que presta especial importancia a las habilidades verbales. Asimismo, uno de los temas primordiales de la TEC, basado en las intervenciones psicosociales de reminiscencia y validación, son las habilidades verbales y algunas sesiones, como las mencionadas con anterioridad, prestaron especial importancia a dichas habilidades, lo que pudo ayudar a entender la variación de los puntajes entre los grupos intervención y control.

Cabe señalar de todas formas, en lo referente a lo planteado en la tercera hipótesis de investigación, asociada a la variación de los resultados en comparación intergrupo (GI

versus GC; pág. 39), que los análisis obtenidos tanto en MMSE como en Adas-Cog arrojaron diferencias no significativas posterior a la aplicación de la TEC. Por ende, se deduce que, a pesar de existir aumentos significativos en el grupo que recibió la estimulación cognitiva, así como cierto nivel de cambio negativo en los valores obtenidos por el grupo control, la magnitud del efecto (cambio) no es aún lo suficientemente significativa para diferenciar ambos grupos, no pudiéndose así apoyar dicha hipótesis del presente estudio. Esto podría deberse en primer lugar, a que la muestra, al ser bastante reducida y elegida por conveniencia, no contó con la suficiente potencia estadística para que se reflejasen las diferencias intergrupales. Así también, es probable que el impacto de la terapia aún sea leve, debido a que este estudio es la primera experiencia de aplicación de la TEC a la realidad nacional, necesitándose continuas adaptaciones en el abordaje de las diferentes actividades en población chilena.

9.2.2. Calidad de Vida

Al observar los resultados obtenidos por el grupo de Intervención, se aprecia que la incorporación de la TEC en la rutina semanal implicó una mejoría significativa en la apreciación subjetiva de los participantes respecto a su calidad de vida, confirmando de esta manera la segunda hipótesis de la investigación (ver página 39), coincidiendo esto con los resultados expuestos en otras investigaciones como, por ejemplo, la realizada por Spector et al. (2003), citados anteriormente, quienes llevando a cabo el mismo programa de intervención que el realizado en el presente estudio, encontraron cambios significativos en el grupo intervenido para la evaluación general obtenida en QoL-AD, correspondiendo esta a una variación positiva de 1,3 puntos para el grupo de intervención, mientras que para el grupo control fue una diferencia negativa de -0,8 puntos.

Contrariamente, en la investigación llevada a cabo por Selwood A. Thorgrimsen L. y Orrell M. (2005), en donde se trabajó con una muestra conformada por 58 personas con demencia, con edades desde los 65 años en adelante, se trató de determinar las variaciones durante un año de seguimiento del índice de calidad de vida sin mediación de intervenciones psicosociales, no observándose cambios significativos a lo largo de la evaluación ($p=.649$), concluyendo que no habría una necesaria asociación entre la progresión del deterioro cognitivo y la apreciación de la calidad de vida. Sin embargo, a

pesar de no encontrarse una diferencia estadísticamente significativa para la variación de puntajes de la media de la muestra, si se encontraron variaciones en las puntuaciones de alrededor del 30% asociadas a una disminución en los puntajes del QoL-AD y más del 40% solo manteniendo sus valores basales, lo que deja a la vista un amplio margen de personas en las que una intervención psicosocial podría ayudar a mejorar dichas estimaciones.

El cambio positivo en la percepción de la calidad de vida que podría así, asociarse a las actividades desarrolladas en programas psicosociales como el desarrollado en este estudio con la TEC podrían cimentarse en algunas de las características específicas del manejo de las sesiones desarrolladas en la misma. Así, a pesar de no realizarse actividades directamente relacionadas con aspectos que impliquen una reevaluación o mejor consideración de la vida en general dentro del programa de actividades, sí existe un apoyo consistente a nivel de mejoría de memoria, interacción social con pares y aumento del nivel de energía mediado por el aumento de la capacidad para hacer tareas (Woods et. al, 2006), derivado fundamentalmente de la modalidad de trabajo grupal, del constante incentivo de la comunicación verbal dentro del grupo, de la búsqueda de actividades placenteras para cada sesión y, además, de ítems específicos asociados a la capacidad de resolución de problemas cotidianos (sesiones 4 y 11, por ejemplo).

Por su parte, en cuanto al segundo análisis llevado a cabo en esta variable, asociado a la comparación de los resultados obtenidos por ambos grupos a nivel post-intervención, se observó que la hipótesis 4 (ver página 39) no pudo ser soportada, no encontrándose diferencias que pudiesen al tiempo de la segunda evaluación ser consideradas como significativas ($p=.236$). Posibles explicaciones pueden asociarse a las ya mencionadas en el apartado anterior relacionadas con: primero, la posibilidad de que la muestra no posea un número de integrantes lo suficientemente representativa como para exponer con mayor peso el cambio encontrado y; segundo, la posibilidad de que variables externas asociadas al afrontamiento de la situación de vida de los miembros de GC influyesen en un decrecimiento más moderado de lo esperado en su percepción global de los factores reguladores de su calidad de vida.

9.2.3. Nivel de Funcionalidad

En los estudios revisados en donde se han utilizado programas terapéuticos semejantes al utilizado en esta investigación, muy pocos hacen referencia a la eficacia de las intervenciones cognitivas en la capacidad funcional de los pacientes. Salvo por las investigaciones en entrenamiento de memoria procedimental de Zanetti et al. (1997 y 2001), en las cuales se presentan mejorías significativas a nivel funcional y comportamental en los sujetos, los demás trabajos cotejados indican escasa o nula incidencia en dicha dimensión (Breuil et al., 1994; Spector et al. 2003; Tárraga et al., 2006; Torres Compta, 2008).

Estos resultados son congruentes con los reportados en esta investigación. En su totalidad concluyen que la influencia de los programas de estimulación cognitiva resulta intrascendente para mejorar la funcionalidad de las personas. Tal fenómeno puede explicarse por la estructura específica de dichos programas, ya que al enfocarse en la cognición en su globalidad, haciendo principal hincapié en las capacidades de memoria, atención y funciones ejecutivas, tienden a potenciar reducidamente ámbitos más ligados a la memoria procedural o entrenamiento en habilidades prácticas, las cuales se encuentran a la base de los actos motores esenciales para llevar a cabo funciones como desplazarse, usar el retrete, comer, etc. Tal argumento se sostiene en experiencias clínicas como la realizada por Zanetti et al. (2001), quienes capacitaron a 18 personas diagnosticadas con demencia tipo Alzheimer, en trece actividades básicas e instrumentales de la vida diaria (AVD). El nivel funcional se evaluó con la prueba “Physical Performance Test” (PPT), la cual mide varios dominios del funcionamiento físico con el rendimiento observado de las tareas que simulan actividades de la vida cotidiana en diversos contextos. La media registrada en tiempo necesario para efectuar las 13 actividades básicas fue medida al inicio del estudio y luego de transcurrido cuatro meses desde su implementación. Los sujetos en el grupo de intervención mostraron una mejoría en su desempeño. Por el contrario, el grupo control mostró un aumento no significativo en el rendimiento en tiempo entre el inicio y seguimiento. Estos resultados indican que para mejorar o aumentar la independencia en funciones tan necesarias como movilizarse o utilizar el baño, hace falta un trabajo específico en tales funciones. La TEC, al presentar un objetivo general de estimulación

cognitiva global de sus participantes, no presentaría en su organización actividades para cumplir dicho trabajo.

9.3 FORTALEZAS Y LIMITACIONES DEL ESTUDIO

1. La muestra fue seleccionada por conveniencia, siendo extraída exclusivamente de una institución, no cumpliendo así criterios de validez externa. Por ello, los resultados reportados en este informe no son extrapolables a la mayoría de las personas institucionalizadas que padecen demencia tipo Alzheimer leve a moderado en Chile. Sin embargo, los resultados obtenidos ofrecen una primera aproximación a la evaluación rigurosa de un programa de estimulación cognitiva implementado en una muestra nacional.
2. El tamaño de la muestra es pequeño ($n=22$), por lo que no posee una adecuada potencia estadística. Esto podría haber generado que diferencias significativas reales no fueran detectadas en este estudio (por ejemplo diferencias entre el GI y GC post TEC). Se recomienda que estudios futuros definan tamaños muestrales con mayor potencia.
3. El proceso de evaluación previo a la TEC fue conducido por un equipo diferente al que dirigió la medición post-intervención con el fin de potenciar la objetividad de la misma, ya que desconocían si las personas habían o no participado en la terapia. Ahora bien, tal medida significó que los criterios cualitativos de medición probablemente difirieron entre tiempos de medición, lo cual podría generar ciertas variaciones en la puntuación de uno u otro instrumento. Sin embargo, los instrumentos utilizados son ampliamente usados por su capacidad para medir cambios en el tiempo (especificidad), siendo altamente recomendados para evaluar efectividad de intervenciones en demencia (Moniz-Cook, 2008).
4. Las personas que aplicaron el programa recibieron formación y entrenamiento por medio de un profesional que participó en la estructuración inicial de la terapia; aún así, es probable que la formación de los ejecutores en ocasiones haya sido insuficiente para

lidar con las diferentes contingencias que significa el manejo grupal, incidiendo en cierta medida en el impacto y eficacia de las técnicas y estrategias específicas implementadas. Por otra parte, existieron dificultades en “adaptar” el material elaborado por el equipo de Spector et. al. (2006) a la realidad nacional, ya que ciertas actividades requerían conocimientos culturales más típicos y frecuentes en poblaciones anglosajonas o europeas. De todos modos, se apeló al ingenio y creatividad de los dos equipos que implementaron la terapia para lograr así la comprensión y participación de los sujetos experimentales.

5. El seguimiento de los individuos que conformaron el Grupo Control también presentó dificultades, siendo difícil constatar y evaluar las actividades que tales individuos realizaron durante el periodo en que se llevó a cabo la terapia para el grupo de intervención. De todos modos, tal como lo indican trabajos anteriores como el de Spector et. al. (2003), buena parte de los adultos mayores institucionalizados viven bajo una rutina que se remite a cubrir solamente las necesidades básicas: aseo, comida, vestimenta, etc. Por ende, es probable que dichos sujetos no hayan participado en actividades “extraprogramáticas”.
6. Además, resulta adecuado indicar que algunos instrumentos fueron utilizados de manera exploratoria en población chilena, sin contar con investigaciones que avalaran una posible estandarización. A saber, dichos instrumentos fueron el Adas-Cog (Evaluación de enfermedad de Alzheimer) y el QoL-AD (Calidad de vida). Se manejaron normativas generadas en países con los cuales se comparten cánones culturales semejantes, como sería España (Peña-Casanova et al., 1997) y México (Rosas-Carrasco et al., 2010) respectivamente, aunque tal ejercicio no asegura la validez en la contrastación de los indicadores reportados.
7. Conjuntamente, es preciso indicar que aún se desconocen los efectos a largo plazo de la TEC. En el estudio de Orrell et al. (2005), se constató que un grupo al que se le aplicó el programa terapéutico antes mencionado, perdió los beneficios ganados en cognición global y calidad de vida, luego de transcurrido algunos meses de su aplicación. Por ende, los mismos autores recomiendan la implementación de terapias de

“mantenimiento”, con el fin de consolidar los cambios logrados, estimulando sostenidamente en el tiempo a la personas.

8. Finalmente, es atingente puntualizar que a pesar de que las tasas de asistencia no fueron del 100% en el grupo de intervención, se presentaron cambios positivos en cognición y calidad de vida, cumplidas las siete semanas de duración de la TEC.

9.4 FUTURAS PROYECCIONES

En una visión prospectiva con respecto a las intervenciones psicosociales, en particular la Terapia de Estimulación Cognitiva (TEC), es posible trazar ciertas directrices valiosas de desarrollar en estudios posteriores. La aplicación piloto de la TEC implementada en este estudio, mostró que una intervención no costosa y de fácil ejecución, permite mejorar la capacidad cognitiva y la percepción de la calidad de vida. Se debe replicar este estudio con diferentes muestras de población chilena, comparando el nivel de eficacia de la intervención en diversos contextos institucionales. Los resultados y conclusiones que puedan ser extraídos de dichas investigaciones, podrían convertirse en la base de futuras implementaciones como regla general de apoyo psicosocial a tales personas, sistematizándose y validando el gran aporte que pueden entregar intervenciones de este carácter. Actualmente no se cuenta con datos empíricos que avalen su aplicación en poblaciones latinoamericanas, lo que dificulta la decisión, a nivel de políticas sanitarias, de incluirlas como uno de los tratamientos básicos para reducir el deterioro cognitivo progresivo. Considerando que la población nacional aumenta cada vez más en longevidad y prevalencia en demencias, en Chile no existen políticas claras referentes a la asistencia en salud mental para la población de adultos mayores; prueba de aquello es que la citada Guía MINSAL de Demencias, citada en este informe (Fuentes et al., 2008), sólo sea un borrador poco difundido en los centros asistenciales y hogares (menos aún en la población general), en donde residen buena parte de las personas que sufren algún cuadro demencial.

Aunque la asistencia a personas con enfermedad de Alzheimer fue indicada como una de las prioridades en el Plan de Salud Mental de Chile (Zaccaria y Minoletti, 2005), tal moción no se ha concretizado integralmente en los últimos años. Por ende, la masificación de la buena eficacia que pueden aportar las terapias de estimulación cognitiva, permitiría

visualizar alternativas válidas para manejar el deterioro cognitivo y las demencias, disminuyendo el estigma atribuido a las personas que presentan tales características como individuos que deben aguardar el fin de su ciclo vital en la más absoluta pasividad.

Tal como se estipula en los trabajos de Spector et al. (2003, 2010) referente a la implementación y desarrollo mismo de la TEC, futuras investigaciones deberían apuntar a pulir aspectos del procedimiento y aplicación de actividades con el fin de ampliar y enriquecer el aporte que este programa pueden entregar. Dichos estudios deberían apuntar a conseguir propósitos como: a) la adaptación y flexibilización de las actividades y trabajos planteados, según el bagaje sociocultural y de instrucción académica con que cuenten los participantes; b) estructurar diferentes métodos para capacitar y entrenar a los profesionales y cuidadores de las diferentes instituciones en donde se aplique, permitiendo proveer permanentemente la estimulación; c) diseñar aproximaciones de investigación de corte más cualitativo, recabando con mayor detalle y profundidad las apreciaciones generadas por los sujetos, antes, durante y después de aplicada la terapia; d) utilizar instrumentos que cuenten con mayor sensibilidad a la hora de detectar cambios en los diferentes ámbitos que puedan verse beneficiados con la TEC (cognición, calidad de vida, comunicación, etc.); e) incluir estudios que puedan constatar la eficacia de la TEC, cuando se combina su aplicación junto a un tratamiento farmacológico o de otra índole; f) diseñar estudios que puedan definir el correlato neurobiológico y neuroplástico de dicha intervención psicosocial, ya sea por medio de técnicas de neuroimagen u otros mecanismos semejantes, etc.

Las ya mencionadas directrices futuras, facilitarían la consolidación de la Terapia de Estimulación Cognitiva, como una herramienta confiable, efectiva y multifacética para lograr un manejo adecuado de los cuadros demenciales, sobre todo de aquellos que presentan una gravedad de leve a moderada.

CONCLUSIONES

El objetivo principal de la presente investigación fue realizar una evaluación respecto a la eficacia de la implementación piloto de la “Terapia de Estimulación Cognitiva (TEC)” en personas con demencia tipo Alzheimer a través de un ensayo clínico aleatorio (véase sección 5.2, pág. 37). Más específicamente, se buscó identificar y determinar los efectos de dicha implementación sobre el funcionamiento cognitivo global, la calidad de vida y nivel de funcionalidad de los participantes.

Se encontraron resultados favorables sobre las variables de Rendimiento Cognitivo Global y Calidad de Vida en el grupo de intervención tras la aplicación de la TEC, representados por una mejoría en las puntuaciones de los participantes en los instrumentos específicos. Esto indicaría, en primer lugar, que las personas del grupo de intervención presentaron un aumento significativo en su rendimiento cognitivo global después de asistir al programa, confirmando así la primera hipótesis del estudio (ver sección 6.1, pág., 39), lo que conduce a la conclusión de que la TEC resulta efectiva sobre los ámbitos de la cognición global de las personas que padecen demencia tipo Alzheimer, presentando mejorías en dichas funciones posterior a las siete semanas de intervención. Estos resultados positivos pueden asociarse al compendio de distintas técnicas utilizadas dentro de la sesiones de la terapia y que se sustentan en distintas bases teóricas relacionadas con una gama de terapias psicosociales, más allá de la estimulación cognitiva, tales como la terapia de reminiscencia, terapia de validación, terapia de orientación a la realidad, estimulación cognitiva activa, etc. y que apoyan el trabajo integral en áreas como las emociones, ubicación temporo-espacial, lenguaje, memoria, praxias, etc.

Por otra parte, el aumento significativo en la evaluación de la Calidad de Vida de los miembros integrados en la TEC confirma la segunda hipótesis general de esta investigación (ver sección 6.1, pág., 39). Es importante considerar para esta variable que, a pesar de no contemplarse dentro de la terapia actividades que se relacionen de manera evidente con un ejercicio de reevaluación o revalorización directa de la vida en general, el apoyo recibido sobre áreas como la interacción social con pares y el aumento del nivel de energía ligado a una mejor capacidad para hacer tareas, gracias a la estructura y modalidad

de trabajo grupal desarrollado en la terapia, ha mostrado resultar eficaz para mejorar la apreciación de la calidad de vida de los participantes.

Como se esperaba, el estudio mostró una ausencia de cambios significativos en la variable de funcionalidad en el grupo de intervención, lo que confirma la quinta hipótesis de trabajo (ver sección 6.1, pág., 39). Tales hallazgos, en primera instancia, resultan coincidentes con lo que la literatura al respecto ya ha señalado: resulta poco probable que las modificaciones en áreas cognitivas, fundamentalmente, puedan tener impactos significativos en las áreas de funcionamiento e independencia.

En relación al análisis comparativo de las variables clínicas a nivel intergrupar, no se hallaron diferencias significativas en ninguna de las variables, por lo que, la tercera y cuarta hipótesis general de esta investigación no pudieron ser confirmadas (véase sección 6.1, pág. 39). Esto puede deberse fundamentalmente al tamaño muestral, que en este estudio es pequeño ($n=22$), por lo que no posee una adecuada potencia estadística, lo que pudo provocar que diferencias significativas reales no fueran detectadas en el análisis.

Por último, el presente estudio sugiere la necesidad de comenzar a desarrollar e implementar intervenciones de carácter psicosocial para el manejo de personas con diagnóstico de demencia, con el fin de mejorar sus niveles de cognición, calidad de vida, comunicación, etc. Las intervenciones psicosociales han reportado indicadores positivos con respecto a su eficacia con tales personas, posicionándose como un tratamiento necesario para apoyar cualquier manejo farmacológico de base. Es misión de las instituciones, tanto particulares como gubernamentales, de carácter médico-asistencial o académico, visibilizar gradualmente las características de las personas que sufren deterioro cognitivo o demencia, comprendiendo que son individuos que necesitan asistencia constante, variada y enriquecedora para la última etapa de sus vidas. Tal cual señalan Spector, Thorgrimsen, Woods y Orrell (2006), es prioridad encontrar respuestas a la pregunta: ¿Qué hacer con las personas con demencia? La investigación acá citada, nos entrega esperanzadores resultados para definir respuestas futuras cada vez más integrales.

REFERENCIAS

- Alberca, E. et al. (2002). Enfermedad de Alzheimer y mujer. *Rev Neurol*, 35(6), 571-579.
- Babins, L. (1988). Conceptual analysis of validation therapy. *Int J Aging Hum Dev*, 26(3), 161-8.
- Ballard, C., S. Sorensen, y S. Sharp (2007). Pharmacological therapy for people with Alzheimer's disease: the balance of clinical effectiveness, ethical issues and social and healthcare costs. *J Alzheimers Dis*, 12(1), 53-9.
- Bergado-Rosado, J. y W. Almaguer-Melian (2000). Mecanismos celulares de la Neuroplasticidad. *Rev Neurol*, 31, 1074-95.
- Best, J. (2003). *Psicología Cognoscitiva 5ª Edición*. Editorial Thomson.
- Birks J, Melzer D, Beppu H. (2000). Donepezil for mild and moderate Alzheimer's disease (Cochrane Review). *Cochrane Database Syst Rev*.
- Bleathman, C. y Morton I. (1996). Validation therapy: a review of its contribution to dementia care. *Br J Nurs*, 5(14), 866-8.
- Breuil, V., DeRotrou J., y Forette, F. (1994). Cognitive stimulation of patients with dementia: preliminary results. *Int. J. Geriatr. Psychiatry*, 9, 211-217
- Braekhus A., Laake K. y Engedal K. (1992) The Mini Mental State Examination: identifying the most efficient variables for detecting cognitive impairment in the elderly. *J Am Geriatr Soc*; 40, 1139-45.
- Butler, Robert N. (2002) *Life Review*. Encyclopedia of Aging.

- Calero, M. Navarro, E. (2006) Cognitive plasticity as a modulating variable on the effects of memory training in elderly persons. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 22(1), 63-72.
- Cantegreil-Kallen, I., J. de Rotrou, y A.S. Rigaud (2009). Cognitive Stimulation for people with mild cognitive impairment and early dementia; En *Early Psychosocial Interventions in Dementia: Evidence-Based Practice*. Philadelphia. Jessica Kingsley Publishers.
- Cano S. et al (2010). The ADAS-cog in Alzheimer's disease clinical trials: psychometric evaluation of the sum and its parts. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 2081, 1363-1368.
- CELADE (2002). *Los adultos mayores en América Latina y el Caribe. Datos e Indicadores*. Ediciones Envejecimiento, Madrid, ONU.
- Celnik, P. y L. Cohen (1996). Neuroplasticidad. *Archivos de Neurología, Neurocirugía y Neuropsiquiatría*, 38-52.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2006). *Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez*. Publicación de las Naciones Unidas. Santiago de Chile.
- Cid-Ruzafa J y, Damián-Moreno J. (1997) Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. *Rev. Esp. Salud Pública*, 71(2), 127-137
- Cockrell J. y Folstein M. (2002) Mini-Mental State Examination. En Copeland J., Abou-Saleh M. y Blazer, D. *Principles and Practice of geriatric psychiatry*. John Wiley and Sons, Londres.
- Curcio C., (2008). Soporte social informal, salud y funcionalidad en el anciano. *Rev. Hacia la promoción de la salud*, 13, 42-58.

- Deus, J. (2006). Estimulación cognitiva en demencias: eficacia o placebo. *Informaciones Psiquiátricas*, (184).
- Donoso, A. Behrens, M. (2005). Variabilidad y Variantes de la Enfermedad de Alzheimer. *Rev Méd Chile*, 133, 477-482.
- Donoso, A. (2003). Enfermedad de Alzheimer. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 4(2).
- Donoso, A., Vázquez, C., y Díaz, C. (1999). Talleres de estimulación cognitiva. Estudio preliminar. *Rev Med Chil*, 127, 319-22.
- Dowell, M. y Newell I. (1996) Mental Status Testing. En *Measuring health A guide for rating scales and questionnaires. 2nd edition*. New York Oxford University Press.
- Escarabajal, M.D. (2010). Intervenciones no-farmacológicas en pacientes con demencia. *Congreso Virtual de Psiquiatría*.
- Feil, N. (1993) Validation therapy with late-onset dementia populations in Care-giving in dementia; research and applications (Eds. Gamma & Miesan), New York: Tavis/Routledge, pp. 199-218.
- Feil, N. (1972). A new approach to group therapy, research findings. Unpublished paper presented at the 25th Annual Meeting of the Gerontological Society.
- Feil, N. (1967) Group Therapy in a home for the aged. *The Gerontologist*, 7, 192-195.
- Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M.D., Tárraga, L., Moya, R., e Iñiguez, J. (2003). Cognitive plasticity in healthy, mild cognitive impairment (MCI) subjects and Alzheimer's disease patients: A research project in Spain. *European Psychologist*, 8(3), 148-159.

- Fillenbaum G., Heyman A., Williams K., Prosnitz B. y Burchett B. (1990) Sensitivity and specificity of standardized screens of cognitive impairment and dementia among elderly black and white community residents. *J Clin Epidemiol*, 43, 651-60.
- Finnema, E., et al. (2000). A review of psychosocial models in psychogeriatrics: implications for care and research. *Alzheimer Dis Assoc Disord*, 14(2), 68-80.
- Folstein M, Folstein S y McHugh P. (1975) "Mini-mental State": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiat Res.*, 19, 189-198.
- Francés, I., Barandiarán, M., Marcellán, M., Moreno, L. (2003). Estimulación psicocognoscitiva en las demencias. *Anales Sistema Sanitario Navarra*, vol.26, n.3, 383-403.
- Fuentes, P., et al. (2008). *Guía Clínica: Trastorno Cognitivo y Demencia en el Adulto Mayor*. Minsal, Santiago de Chile.
- Fuentes, P. y Slachevsky A. (2005). Enfermedad de Alzheimer: Actualización en terapia farmacológica. *Rev Med Chil*, 133(2), 224-230.
- Gagnon, D. (1996). A review of reality orientation, validation therapy, and reminiscence therapy with the Alzheimer's client. *Physical & Occupational Therapy In Geriatrics*, 14(2), 61-75.
- Gagnon M., Letenneur L., Dartigues J., Commenges D., Orgogozo J., Barberger-Gateau et al. (1990) Validity of the Mini Mental State Examination as a screening instrument for cognitive impairment and dementia in French elderly community residents. *Neuroepidemiology*, 9, 143-50.
- Gil P. y Martín J. (2006). Demencia. En *Tratado de Geriatría para Residentes*, España.

- Godbolt, A. Cipolotti, L. Watt, H. Fox, N. Janssen, J. Rossor, M. (2004). The Natural History of Alzheimer Disease. A longitudinal Presymptomatic and Symptomatic Study of a familiar Cohort. *Arch Neurol*, 60, 1743-1748.
- Guzmán E. (1993). Rehabilitación de funciones mentales superiores. Contribuciones de la neuropsicología. *Arch Neurobiol*, 2, 89-99.
- Hala, M.P. (1975). Reminiscence group therapy project. *J Gerontol Nurs*, (3), 34-41.
- Harvey R. (1997) Assessment techniques in Alzheimer's disease. *Clinician*, 15(1), 25-29.
- Hoe, J, Katona, C, Roch, B, & Livingston, G. (2005). Use of the QOL-AD for measuring quality of life in people with severe dementia—the LASER-AD study. *Age and Ageing*, 34(2), 130-135.
- Holland A.L. (2001). Rehabilitación cognitiva y conductual en la enfermedad de Alzheimer. En Martínez-Lage Jm, Khachaturian AS. *Alzheimer XXI: Ciencia y Sociedad*, Barcelona, 305-313.
- Holtzer, R. Wegesin, D. Albert, S. Marder, K. Bell, K. Albert, M. Brandt, J. Stern, Y. (2003). The rate of Cognitive Decline and Risk of reaching Clinical Milestones in Alzheimer Disease. *Arch Neuro*, 60, 1137-1142.
- INE, (2004) *Censo 2002: Síntesis de resultados*. Ministerio del Interior. Gobierno de Chile.
- INE, (2003) *Catastro de Población Adulta Mayor. Adultos Mayores por Regiones, Comunas y Porcentajes (Documento de Trabajo)*. Ministerio del Interior. Gobierno de Chile.
- Israël L. (1992). Método de entrenamiento de la memoria. Barcelona: Ed. Laboratorios Semar, 1992.

- Jones, G.M. (1985). Validation therapy: a companion to reality orientation. *Can Nurse*, 81(3), 20-3.
- Kempermann, G.; Gast, D.; Gage, F.H. (2002). Neuroplasticity in old age: sustained five fold induction of hippocampal neurogenesis by long-term environmental enrichment. *Ann Neurol*, 52, 135-143.
- Knapp, M., et al. (2006). Cognitive stimulation therapy for people with dementia: cost-effectiveness analysis. *Br J Psychiatry*, 188, 574-80.
- Knapp M, Knopman D, Solomon et al. (1994) A 30-week randomized controlled trial of high-dose tacrine in patients with Alzheimer's disease. *JAMA*, 271, 985- 991.
- Knowles, J. (2010). Cognitive Stimulation Therapy: Why it deserves better awareness and availability. En prensa.
- Kramer-Ginzberg E, Mohs RC, Aryan M, Lobel D, Silverman JM, Davidson et al. (1988) Predictors of course for Alzheimer patients in a longitudinal study. *Psychopharmacol Bull*, 24, 458-462.
- Kovach, C.R. (1990). Promise and problems in reminiscence research. *J Gerontol Nurs*, 16(4), 10-4.
- Lezak, M. (2004). *Neuropsychological assessment (4nd ed.)* New York: Oxford Univ. Press.
- Loewen S y Anderson B. (1988) Reliability of the Modified Motor Assessment scale and the Barthel Index. *Phys Ther*, 68, 1077-1081.
- Logsdon, RG, Gibbons, LE, McCurry, SM, & Teri, L (2002). Assessing quality of life in older adults with cognitive impairment. *Psychosomatic Medicine*, 64(3), 510-9.

- Logsdon, R.G., Gibbons, L.E., McCurry, S.M., & Teri, L. (1999). Quality of life in Alzheimer's disease: Patient and caregiver reports. *Journal of Mental Health & Aging, 5, 1*, 21-32.
- López García A., López Bueno L., Ariño Jordán C. (2002). Nuevas alternativas en la rehabilitación de las personas mayores: Programas de rehabilitación psicofuncional en Centros de Día GERISER. *Revista Geriatrika; 18(4)*: 18-21.
- Machado, S., et al. (2008). Aprendizaje y memoria implícita: mecanismos y neuroplasticidad. *Rev Neurol, 46*, 543-9.
- Mahoney FI, Barthel DW (1965). Functional evaluation: the Barthel Index. *Md Med J, 14*, 61-65.
- Martinez J. (2002). Factores de riesgo y de protección de la enfermedad de Alzheimer. En *Fronteras en la enfermedad de Alzheimer*, Madrid, España.
- McShane, R., A. Areosa Sastre, y N. Minakaran (2006). Memantine for dementia. *Cochrane Database Syst Rev, (2)*, 14-29.
- Mikkonen M, Soininen H, Alafuzof I, Miettinen R. (2001). Hippocampal plasticity in Alzheimer's disease. *Rev Neurosci, 12*, 311-325.
- Minoletti, A. & Zaccaria, A. (2005) Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia. *Pan American Journal of Public Health, 18(4/5)*, 346-358.
- Mohs R., Rosen WG. y Davis K. (1983) The Alzheimer's Disease Assessment Scale: an instrument for assessing treatment efficacy. *Psychopharmacol Bull, 19*, 448-450.

- Moniz-Cook, E., Vernooij-Dassen, M., Woods, R. et al. (2008) A European consensus on outcome measures for psychosocial intervention research in dementia care. *Aging & Mental Health*, 12(1), 14-29.
- Montejo, P. Montenegro, M. Reinoso, A. De Andrés, M. Claver, M. (1997). Programa de memoria. Madrid: Ayuntamiento de Madrid. Área de Salud y Consumo. Unidad de Memoria.
- Neal, M. and M. Briggs (2003). Validation therapy for dementia. *Cochrane Database Syst Rev*, (3) CD001394.
- Olin, J. y L. Schneider (2002). Galantamine for Alzheimer's disease. *Cochrane Database Syst Rev*, (3), CD001747.
- Oliver, A., et al. (2009). Modelo de ecuaciones estructurales para predecir el bienestar y la dependencia funcional en adultos mayores de la República Dominicana. *Rev Panam Salud Publica*, 26(3),189-196.
- Onder, G., et al. (2005). Reality orientation therapy combined with cholinesterase inhibitors in Alzheimer's disease: randomized controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 187, 450-455.
- Orrell, M., et al. (2005) A pilot study examining the effectiveness of maintenance Cognitive Stimulation Therapy (MTEC) for people with dementia. *Int J Geriatr Psychiatry*. 20(5), 446-51.
- Pascual LF, Saz P, Larumbe R, Martínez-Lage P, Muruzábal J, Morales F, Lobo A, Martínez-Lage JM, Sastre y Hernández M. (1997) Estandarización en una población española de la escala ADAS (Alzheimer's Disease Assessment Scale). *Neurología*, 12 (6), 24-32.

- Pattie, A.H. & Gilleard, C. J. (1979) *Clifton Assessment Procedures for the Elderly (CAPE)*. Sevenoaks: Hodder & Stoughton.
- Peña-Casanova J, Aguilar M, Santacruz P, Bertran-Serra I, Hernández G, Sol JM, Pujol A & Blesa R (1997). Adaptación y normalización españolas de la Alzheimer's Disease Assessment Scale (ADAS) (NORMACODEM) (YII). *Neurología*, 12, 69-77.
- Peña-Casanova J. (1999). Tratamiento no farmacológico (cognitivo). En Peña-Casanova J. *Enfermedad de Alzheimer. Del diagnóstico a la terapia: conceptos y hechos*. Barcelona, Fundación "La Caixa".
- Pichot, P. (2001). DSM-IV-R: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Barcelona: Masson.
- Quiroga, P., Albala, C. y Klaasen, G. (2004). Validation of a screening test for age associated cognitive impairment, in Chile. *Revista Médica de Chile*, 132(4), 467-78.
- Reich, E. (1999). Enfermedad de Alzheimer. Cuadro Clínico. *Rev Neurol Arg*, 24(1), 26-34.
- Ritchie, K. and Ledesert, B. (1991) The measurement of incapacity in the severely demented elderly: the validation of a behavioural assessment scale. *Int. J. Geriatr. Psychiat.* 6, 2, 11-226.
- Robb, S.S., C.E. Stegman, y M.O. Wolanin (1986). No research versus research with compromised results: a study of validation therapy. *Nurs Res*, 35(2), 113-8.
- Rogers, H, Arango, J. (2006). Retrogenesis Theory in Alzheimer's Disease: Evidence and clinical implications. *Anales de Psicología*, 22(2), 260-266.

- Rosas-Carrasco et al., 2010 (Cita: Rosas-Carrasco, O., Torres, L., Guerra, M., Torres, S., Gutiérrez, L. (2010). Validación de la escala Quality of Life in Alzheimer's Disease (QOL-AD) en pacientes mexicanos con demencia tipo Alzheimer, vascular y mixta. *Rev Neurol*, 51(2), 72-80.
- Rosen W., Mohs RC. y Davis KL. (1984) A new rating scale for Alzheimer disease. *Am J Psychiatry*, 141, 1.356-1.364.
- Salud Madrid (2007). Clasificación y diagnóstico diferencial de los principales tipos de demencia. En Pinto J. *La enfermedad de alzheimer y otras demencias. Detección y cuidados en las personas mayores*. Madrid, España.
- Scanland, S.G. and L.E. Emershaw (1993). Reality orientation and validation therapy. Dementia, depression, and functional status. *J Gerontol Nurs*, 19(6), 7-11.
- Selwood A, Thorgrimsen L, Orrell, M. (2005). Quality of life in dementia – a one-year follow-up study. *International Journal of geriatric psychiatry*. 20(3): 232-7
- Shah S, Vanclay F y Cooper B. (1989) Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. *J Clin Epidemiol*, 42, 703-709.
- Sousa, R.M., et al. (2009). Contribution of chronic diseases to disability in elderly people in countries with low and middle incomes: a 10/66 Dementia Research Group population-based survey. *Lancet*, 374(9704), 1821-30.
- Spector, A., M. Orrell, y B. Woods (2010). Cognitive Stimulation Therapy (TEC): effects on different areas of cognitive function for people with dementia. *Int J Geriatr Psychiatry*.

- Spector A, Thorgrimsen L, Woods B, Orrell M. (2006). Making a Difference: An Evidence-Based Group Programme to Offer Cognitive Stimulation Therapy (CST) to People with Dementia: Manual for Group Leaders. Hawker Publications: UK
- Spector, A., et al. (2003). Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy programme for people with dementia: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*, 183, 248-54.
- Spector A, Orrell M, Davies S, Woods B. (2001). The development of an evidence based package of psychological therapies for dementia groups. *Neuropsychol Rehabil*, 11(3\4), 377–397.
- Spector, A., et al. (2000). Reminiscence therapy for dementia. *Cochrane Database Syst Rev*, (2), CD001120.
- Spector, A., Davies, S., Woods, B., et al (2000b) Reality orientation for dementia: a systematic review of the evidence of effectiveness from randomized controlled trials. *Gerontologist*, 40, 206 –212.
- Sramek, J.J. y N.R. Cutler (1999). Recent developments in the drug treatment of Alzheimer's disease. *Drugs Aging*, 14(5), 359-73.
- Stern, Y. (2006). Cognitive reserve and Alzheimer disease. *Alzheimer Dis Assoc Disord*, 20(2), S69-74.
- Stern Y, Habeck C, Moeller J, et al. (2005). Brain networks associated with cognitive reserve in healthy young and old adults. *Cereb Cortex*, 15, 394–402.
- Stern Y. (2002). What is cognitive reserve? Theory and research application of the reserve concept. *J Int Neuropsychol Soc*, 8, 448–460.

- Summers W., Majovski L., Marsh G. (1986). Oral tetrahydroaminoacrydine treatment of senile dementia, Alzheimer type. *N Engl J Med*, 315, 241-5.
- Tárraga, L., Boada, M., Modinos, G., Espinosa, A., Diego, S., Morera, A., Guitart, M., Balcells, J., López, O.L., y Becker, J.T. (2006). A randomized pilot study to assess the efficacy of Smartbrain®, an interactive, multimedia tool of cognitive stimulation in Alzheimer's Disease. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 77, 1116-1121.
- Tárraga, L. (2001). Tratamientos de psicoestimulación. En R. Fernández-Ballesteros y J. Díez-Nicolás (eds.): *La enfermedad de Alzheimer y trastornos afines*; Madrid, Obra Social Caja de Madrid.
- Tárraga L. (2000). El Programa de Psicoestimulación Integral, tratamiento complementario para la enfermedad de Alzheimer. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 35(S2), 51-64.
- Tárraga L. (1998). Terapias blandas: Programa de Psicoestimulación Integral. Alternativa terapéutica para las personas con enfermedad de Alzheimer. *Rev Neurol*; 27(1), s51-s62
- Teter B, Ashford JW. (2002). Neuroplasticity in Alzheimer's disease. *J Neurosci Res*, 170, 402-437.
- Thorgrimsen, L, Selwood, A, Spector, AL, Royan, L, Lopez, MM, Woods, B, & Orrell, M (2003). Whose quality of life is it anyway? The validity and reliability of the Quality of Life-Alzheimer's Disease (QoL-AD) scale. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 17(4), 201-8.
- Torres Compta, I. (2008). Aplicación de un programa de estimulación cognitiva en enfermos de Alzheimer en una residencia psiquiátrica. *Cuadernos de Medicina psicosomática y Psiquiatría de enlace*. N°84/85. 66-83.

- Uzzell BP, Gross T. (1986) *Clinical neuropsychology of intervention*. Boston: Martinus Nijhoff.
- Vinuesa, J. (2004). Análisis del envejecimiento demográfico. *Encuentros Multidisciplinarios*, p. 1-10.
- Wellwood I, Dennis M y Warlow C. (1997) A comparison of the Barthel Index and the OPCS disability instrument used to measure outcome after acute stroke. *Age ageing*, 24, 54-57.
- Whitehead, A., et al. (2004). Donepezil for the symptomatic treatment of patients with mild to moderate Alzheimer's disease: a meta-analysis of individual patient data from randomised controlled trials. *Int J Geriatr Psychiatry*, 19(7), 624-33.
- Woods, B., et al. (2006). Improved quality of life and cognitive stimulation therapy in dementia. *Aging & Mental Health*, 10(3), 219-226.
- Woods, B., et al. (2005). Reminiscence therapy for dementia. *Cochrane Database Syst Rev*, (2), CD001120.
- Woods, B. (1996). Psychological "therapies" in dementia. In *Handbook of the Clinical Psychology of Aging*. Ed. R.T. Woods, John Wiley & Sons., 575-600.
- Woods RT., Portnoy S., Head D., Jones GMM (1992). In: Jones & Meise, ed. *Care Giving in Dementia: Research and Applications*. Routledge.
- Zamarrón, M.D., L. Tárraga, y R. Fernández-Ballesteros (2008). Plasticidad cognitiva en personas con la enfermedad de Alzheimer que reciben programas de estimulación cognitiva. *Psicothema*, 20(3), 432-437.

Zanetti, O., Zanieri, G., Di Giovanni, G., De Vreese, L., Pezzini, A., Metitieri, T., Trabucchi, M. (2001). Effectiveness of procedural memory stimulation in mild Alzheimer's disease patients: A controlled study. *Neuropsychological Rehabilitation*, 11, 263-272.

Zanetti, O., Binetti, G. & Magni, E. (1997). Procedural memory stimulation in Alzheimer's Disease: Impact of a training program. *Acta Neurol Scand*, 95, 152-157

Zanetti, O., et al. (1995). Reality orientation therapy in Alzheimer disease: useful or not? A controlled study. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 9(3), 132-8.

ANEXOS

ANEXO A: CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA DEMENCIA TIPO ALZHEIMER

A. La presencia de los múltiples déficits cognoscitivos se manifiesta por:

- (1) deterioro de la memoria (deterioro de la capacidad para aprender nueva información o recordar información aprendida previamente)
- (2) una (o más) de las siguientes alteraciones cognoscitivas:
 - (a) afasia (alteración del lenguaje)
 - (b) apraxia (deterioro de la capacidad para llevar a cabo actividades motoras, a pesar de que la función motora está intacta).
 - (c) agnosia (fallo en el reconocimiento o identificación de objetos, a pesar de que la función sensorial está intacta)
 - (d) alteración de la ejecución (p. ej., planificación, organización, secuenciación y abstracción)

B. Los déficits cognoscitivos en cada uno de los criterios A1 y A2 provocan un deterioro significativo de la actividad laboral o social y representan una merma importante del nivel previo de actividad.

C. El curso se caracteriza por un inicio gradual y un deterioro cognoscitivo continuo.

D. Los déficits cognoscitivos de los Criterios A1 y A2 no se deben a ninguno de los siguientes factores:

- (1) otras enfermedades del sistema nervioso central que provocan déficit de memoria y cognoscitivos (p. ej., enfermedad cerebrovascular, enfermedad de Parkinson, corea de Huntington, hematoma subdural, hidrocefalia normotensiva, tumor cerebral)
- (2) enfermedades sistémicas que pueden provocar demencia (p. ej., hipotiroidismo, deficiencia de ácido fólico, vitamina B12 y niacina, hipercalcemia, neurosífilis, infección por VIH)
- (3) enfermedades inducidas por sustancias

E. Los déficits no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium.

F. La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno del Eje I.

ANEXO B: HOJA INFORMATIVA PARA EL FAMILIAR/CUIDADOR Y PARA EL PARTICIPANTE

Título del estudio: “Terapia de Estimulación Cognitiva (TEC) para personas con problemas de memoria”.

Invitación a participar en esta investigación

Usted ha sido invitado(a) a participar en esta investigación sobre Terapia de Estimulación Cognitiva para personas con problemas de memoria. Antes de que tome una decisión, es importante que tenga mayor información acerca de las razones de esta investigación y las implicancias de su participación. Por favor tómese un tiempo para leer cuidadosamente la siguiente información y discutirlo con otras personas si lo desea. Si hay algo que no le queda claro o necesita más información no dude en preguntar.

¿Cuál es el objetivo de la investigación?

Durante los últimos años, los grupos de terapia de estimulación cognitiva (TEC) han demostrado ser una terapia agradable y beneficiosa para las personas con problemas de memoria. Esta investigación busca evaluar si la terapia de estimulación cognitiva logra mejorar la cognición y calidad de vida de personas con problemas de memoria que viven en Chile.

¿Qué pasa dentro de un grupo de terapia de estimulación cognitiva?

La TEC consiste en 14 sesiones, realizadas dos veces a la semana durante siete semanas. Las sesiones incluyen, por ejemplo, estimulación multisensorial, discusión de noticias de actualidad, comidas, sonidos, juegos de números y de palabras entre otros. La idea es mantener la mente activa a través de actividades agradables que se realizan como un programa estructurado llevado a cabo por personas entrenadas que cuidarán a quienes participen en los grupos.

¿Por qué me han seleccionado?

Se le ha invitado a participar porque usted está a cargo o cuida a una persona que tiene algunos problemas de memoria. Para evaluar la efectividad de la TEC, debemos contar con 24 participantes en total y cada grupo de TEC puede incluir un máximo de 6 personas.

¿Es obligación que participe?

Su participación es totalmente voluntaria. Si usted decide participar en esta investigación, se le entregará esta Hoja Informativa para que la conserve y se le pedirá firmar un documento de Consentimiento Informado. Si decide participar, es libre de cancelar su participación en cualquier momento de la investigación sin tener que dar ninguna explicación al respecto. La decisión de cancelar su participación no afectará la calidad del cuidado que la persona/familiar que está a su cargo recibe en la actualidad.

¿Qué me pasará si decido participar?

Este estudio es un ensayo clínico aleatorio. Necesitamos conocer la efectividad de la TEC, por lo cual debemos evaluar los cambios experimentados por las personas que reciben la TEC comparadas con aquellas personas que no reciben dicha terapia. La forma más justa de lograr este objetivo es seleccionando personas para cada grupo al azar, por lo tanto, todos quienes acepten participar en este estudio tendrán un 50% de probabilidades de ser seleccionados para recibir la terapia en una primera fase. Esta decisión se realiza a través de un sistema computacional, el cual no tendrá ninguna información sobre usted o sobre la persona/familiar que está a su cargo.

Si decide participar, su participación en el estudio será por un período de 2 meses y medio. Después de discutir con el investigador cualquier duda que pueda tener y de firmar el Consentimiento Informado, a **todos los participantes** se les pedirá lo siguiente:

- 1) Reunirse con el investigador entre una hora y hora y media para completar algunos cuestionarios la capacidad funcional y calidad de vida de la persona/familiar que está a su cargo. El tiempo señalado para completar los cuestionarios es sólo una

aproximación. Usted se puede demorar el tiempo que necesite para responder los cuestionarios o incluso puede completarlos en dos sesiones si prefiere.

- 2) Contestar nuevamente estos cuestionarios con el investigador después de que finalicen las 14 sesiones de terapia.

El investigador acordará con usted y la persona/familiar que está a su cargo, un lugar de su conveniencia para realizar la aplicación de los cuestionarios. Generalmente, el investigador se reunirá con la persona/familiar que está a su cargo mientras usted está completando los cuestionarios.

A todos los participantes asignados al azar al grupo de intervención, se les pedirá asistir a la Terapia de Estimulación Cognitiva dos veces a la semana durante 7 semanas. Cada grupo incluirá un máximo de 6 personas y cada sesión durará aproximadamente una hora.

A todos los participantes asignados al azar al grupo que no reciba la terapia, se les pedirá contestar los cuestionarios una vez, y luego de 7 semanas, volver a contestarlos. Una vez realizado esto, podrán recibir la terapia en las próximas 7 semanas.

Siempre que sea posible, las sesiones de TEC se realizarán en la institución en la cual usted vive. En caso de no ser posible, se buscará un lugar adecuado para realizar la terapia en una ubicación de fácil acceso a través de transporte público o privado.

Costos

Se estima que las sesiones de TEC se realizarán en la institución en la cual vive la persona/familiar que está a su cargo, por lo cual no debería incurrir en costos de traslado.

¿Qué debo hacer si decido participar?

Participar en esta investigación no implica ningún cambio en su actual estilo de vida o el de la persona/familiar que está a su cargo. Mientras esté participando en el estudio, usted puede seguir realizando sus actividades diarias normalmente. Lo único que le pedimos es que trate de que la persona/familiar que está a su cargo vaya a todas las sesiones de terapia.

¿Qué pasa si la persona/familiar que está a mi cargo no puede dar su consentimiento informado o pierde la capacidad de darlo?

En cualquier investigación, se les pide a todos los participantes que entreguen su consentimiento informado antes de que la investigación empiece. A veces las personas con problemas de memoria no pueden tomar una decisión sobre participar en una investigación porque se les hace difícil entender o retener la información acerca de la investigación. Otras veces las personas con problemas de memoria pueden dar su consentimiento al principio de la investigación pero pueden perder dicha capacidad en el transcurso del tiempo que dura la investigación. En cualquiera de estas situaciones, el equipo de la investigación debe consultar a alguien (familiar/cuidador) que esté involucrado en el cuidado de la persona, si ésta debe participar o continuar su participación en la investigación. Si surge alguna duda acerca de la capacidad para consentir de la persona/familiar que está a su cargo, le consultaremos a usted si la persona con problemas de memoria debería participar y qué sentimientos o deseos cree que tendría la persona/familiar que está a su cargo sobre participar o no en esta investigación. Si la persona con problemas de memoria ha manifestado o decidido algo previamente que sea relevante para consentir la participación en esta investigación, no haremos nada que vaya en contra de su voluntad.

¿Cuáles son las posibles desventajas y riesgos de participar?

La TEC implica participar en un programa grupal que pretende ser estimulante y agradable para usted. Las sesiones incluyen discutir temas como comidas, su infancia y noticias de actualidad, de tal manera que el nivel de riesgo al participar es mínimo. Si la persona/familiar que está a su cargo se siente incómodo o angustiado mientras participa en uno de los grupos, las personas que dirigen el grupo podrán darle apoyo personalizado en caso de que lo necesite.

¿Cuáles son los posibles beneficios de participar?

Si la persona/familiar que está a su cargo decide participar, esperamos que la terapia le sea útil y de hecho personas que han asistido previamente a estos grupos han expresado que han disfrutado mucho la experiencia. Además, la información que obtendremos de esta

investigación puede servir para tratar a las personas con problemas de memoria en el futuro.

Mi participación ¿será confidencial?

Toda la información que usted y/o la persona/familiar que está a su cargo nos entregue durante el curso de la investigación, será estrictamente confidencial. La información será archivada bajo condiciones seguras sin ningún tipo de identificación personal.

¿Qué pasará si no quiero seguir participando?

Si decide participar, es libre de cancelar su participación en cualquier momento de la investigación sin tener que dar ninguna explicación al respecto. La decisión de cancelar su participación no afectará la calidad del cuidado que recibe la persona/familiar que está a su cargo en la actualidad. Nosotros utilizaremos la información entregada hasta el día que se retire.

¿Qué pasa si sufro algún daño por participar?

Si usted sufre cualquier daño o perjuicio por la manera en que ha sido tratado durante esta investigación, puede contactarnos y reclamarnos sobre esta situación. Trataremos de resolver cualquier preocupación o problema que haya sufrido y buscaremos una solución para ello.

¿Qué pasará con los resultados de esta investigación?

Los resultados serán publicados en revistas científicas de psicología. Ningún participante será identificado en ninguna publicación sobre esta investigación,

¿Quién patrocina y financia esta investigación?

Esta investigación es patrocinada por la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso y ha sido financiada por la Dirección de Investigación y Desarrollo de dicha universidad.

¿Quién ha revisado y aprobado esta investigación?

Todas las investigaciones realizadas en la Universidad de Valparaíso son revisadas por un grupo independiente de profesionales que constituyen un Comité de Ética, el cual vela por su seguridad, derechos, bienestar y dignidad como participante de una investigación. Este estudio ha sido revisado y aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso.

¿A quién puedo contactar para obtener mayor información o realizar algún reclamo?

Dra. Claudia Miranda
Profesor Adjunto
Escuela de Psicología
Universidad de Valparaíso
Av. Brasil 2140
Valparaíso

Fono: 32-2508611

Email: claudia.miranda@uv.cl

Gracias por considerar participar en esta investigación.

ANEXO C: CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL FAMILIAR/ CUIDADOR

Nombre de la Investigación: “**Terapia de Estimulación Cognitiva (TEC) para personas con problemas de memoria**”

Por favor ponga sus iniciales en los cuadros

1. Confirmo que he leído la Hoja Informativa para el Familiar/Cuidador de la investigación y que he tenido la oportunidad de preguntar y aclarar cualquier duda.

2. Entiendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme de la investigación en cualquier momento sin tener que dar ninguna explicación y sin que ello signifique ningún perjuicio para mí o para la persona/familiar que está a mi cargo.

3. Se me ha consultado sobre la participación de la persona/familiar que está a mi cargo y creo que él/ella querría participar en la investigación.

4. Entiendo que toda la información que yo entregue o que sea entregada acerca de mí o de la persona/familiar que está a mi cargo, será tratada de manera confidencial por el equipo de investigación.

5. Acepto participar en la investigación señalada más arriba.

Nombre del familiar/cuidador	Fecha	Firma
_____	_____	_____

Nombre del Investigador	Fecha	Firma
_____	_____	_____

ANEXO D: CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PARTICIPANTE

Nombre de la Investigación: **“Terapia de Estimulación Cognitiva (TEC) para personas con problemas de memoria”**

Por favor ponga sus iniciales en los cuadros

1. Confirmo que he leído la Hoja Informativa para el Participante de la investigación señalada más arriba y que he tenido la oportunidad de preguntar y aclarar cualquier duda.
2. Entiendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme de la investigación en cualquier momento sin tener que dar ninguna explicación y sin que ello signifique ningún perjuicio para mí.
3. Entiendo que toda la información que yo entregue o que sea Entregada acerca de mí, será tratada de manera confidencial por el equipo de investigación..
4. Acepto participar en la investigación señalada más arriba.

Nombre del Participante

Fecha

Firma

Nombre de la persona/familiar que está a mi cargo.

Nombre del Investigador

Fecha

Firma

ANEXO E: MMSE MODIFICADO

MMSE m

Fecha: __/__/____

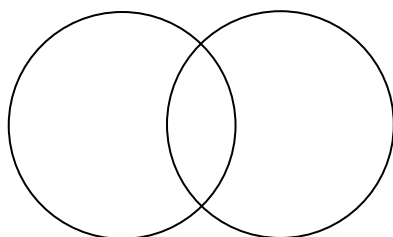
Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas para ver cómo está su memoria y concentración.

Ítem	sí	no	n/s	Respuesta
1 Que día de la semana es hoy				
2 Cual es la fecha de hoy				
3 En que mes estamos				
4 En que estación del año estamos				
Sea flexible cuando hay cambio de estación, p.ej. marzo= verano/otoño /junio= otoño/invierno; septiembre= invierno/primavera; diciembre= primavera/verano).				
5 En qué año estamos				
6 Qué dirección es esta (calle, número)				
7 En qué país estamos				
8 En qué ciudad estamos				
9 Cuáles son las 2 calles principales cerca de aquí				
10 En qué piso estamos				
Le voy a nombrar 3 objetos. Después que los diga quiero que Ud. los repita. Recuerde cuales son, porque voy a volver a preguntar en algunos momentos más. Nombre los 3 objetos siguientes demorando 1 segundo para decir cada uno: árbol, mesa, avión.				
11 Árbol				
12 Mesa				
13 Avión				
1 punto por cada respuesta correcta en el primer intento y anote el número de respuestas. NUMERO RESPUESTAS CORRECTAS () Si hay cualquier error u omisión en el primer intento, repita todos los nombres hasta que el paciente los aprenda (máximo 5 repeticiones). Registre el número de repeticiones (O si todos son correctos en el primer intento). NUMERO DE REPETICIONES ()				

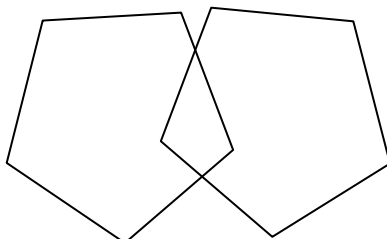
¿Puede usted restar 7 de 100 y después restar 7 de la cifra que usted obtuvo y seguir restando 7 hasta que yo lo detenga? (de 1 punto por cada respuesta correcta. Deténgase después de 5 respuestas. Cunte 1 error cuando la diferencia entre los números no sea 7).

Ítem	Si	No	n/s	Respuesta
14a. 93				
15a. 86				
16a. 79				
17a. 72				
18a. 65				
«Ahora voy a decirle un número de 5 dígitos y quiero que usted repita los dígitos al revés. El número es 1 - 3 - 5 - 7 - 9 (dígalos otra vez si es necesario, pero no después de haber comenzado a decirlos; de un punto por cada dígito correcto).				
14b. 9				
15b. 7				
16b. 5				
17b. 3				
18b. 1				

Ahora, ¿cuáles eran los 3 objetos que yo le pedí que recordara?				
Ítem	Si	No	n/s	Respuesta
19. árbol				
20. mesa				
21. avión				
Muestre un reloj de pulsera (anote 1 si es correcto)				
22. ¿Qué es esto?				
Muestre un lápiz (anote 1 si es correcto)				
23. ¿Cómo se llama esto?				
24. «Me gustaría que usted repitiera esta frase después de mi: «tres perros en un trigal». (permítame un solo intento).				
Pásele la hoja con la frase «Cierre los Ojos» (de 1 punto si el sujeto cierra los ojos)				
25a. Lea las palabras en esta hoja y luego haga lo que está escrito»				
25b. Pase una foto «un hombre levantando sus manos». (de 1 punto si responde levantando sus manos). «Mire esta foto y actúe en la misma forma».				
26. «Le voy a dar un papel. Cuando se lo pase, tome el papel con su mano derecha, dóblelo por la mitad con ambas manos y colóquelo en sus rodillas». Entréguele el papel y anote un punto por cada acción realizada correctamente				
27. «Escriba una oración completa en este papel para mí» (la oración debería tener un sujeto y un verbo, y tener sentido. No considere los errores gramaticales o de ortografía).				
«Aquí hay dos dibujos. Por favor copie los dibujos en el mismo papel, (está correcto si la intersección de las 2 figuras de 5 lados forma una figura de 4 lados y si todos los ángulos de las figuras de 5 lados se mantienen. Los círculos deben superponerse menos de la mitad).				
Ítem	Si	No	n/s	Respuesta
28a. pentágonos				
28b. círculos				



Incorrecto.....0
Correcto.....1



Incorrecto.....0
Correcto.....1

ANEXO F: CALIDAD DE VIDA: EA PARA FAMILIAR O CUIDADOR

Las siguientes preguntas son acerca de la calidad de vida de su familiar. Cuando Ud. piensa acerca de la vida de su familiar, hay diferentes aspectos, algunos de los cuales se enumeran a continuación. Por favor, piense acerca de cada ítem, y califique la calidad de vida actual de su pariente en cada área usando una de las cuatro palabras: **malo, regular, bueno o excelente**. Por favor califique estos ítems en función de la vida de su familiar **en la actualidad** (por ejemplo, en las últimas semanas). Si Ud. tiene preguntas sobre cualquier ítem, por favor consulte a la persona que le entregó este formulario para solicitar asistencia. **Encierre en un círculo sus respuestas.**

1. Salud física	Malo/a	Regular	Bueno/a	Excelente
2. Energía	Malo/a	Regular	Bueno/a	Excelente
3. Ánimo	Malo/a	Regular	Bueno/a	Excelente
4. Vivienda	Malo/a	Regular	Bueno/a	Excelente
5. Memoria	Malo/a	Regular	Bueno/a	Excelente
6. Familia	Malo/a	Regular	Bueno/a	Excelente
7. Matrimonio	Malo/a	Regular	Bueno/a	Excelente
8. Amigos	Malo/a	Regular	Bueno/a	Excelente
9. Percepción de sí mismo	Malo/a	Regular	Bueno/a	Excelente
10. Capacidad para hacer las tareas de la casa	Malo/a	Regular	Bueno/a	Excelente
11. Capacidad para hacer cosas divertidas	Malo/a	Regular	Bueno/a	Excelente
12. Situación económica	Malo/a	Regular	Bueno/a	Excelente
13. Vida como un todo	Malo/a	Regular	Bueno/a	Excelente

Comentarios:

ANEXO G: CALIDAD DE VIDA: EA

1. Salud física	Malo/a	Regular	Bueno/a	Excelente
2. Energía	Malo/a	Regular	Bueno/a	Excelente
3. Ánimo	Malo/a	Regular	Bueno/a	Excelente
4. Vivienda	Malo/a	Regular	Bueno/a	Excelente
5. Memoria	Malo/a	Regular	Bueno/a	Excelente
6. Familia	Malo/a	Regular	Bueno/a	Excelente
7. Matrimonio	Malo/a	Regular	Bueno/a	Excelente
8. Amigos	Malo/a	Regular	Bueno/a	Excelente
9. Percepción de sí mismo	Malo/a	Regular	Bueno/a	Excelente
10. Capacidad para hacer las tareas de la casa	Malo/a	Regular	Bueno/a	Excelente
11. Capacidad para hacer cosas divertidas	Malo/a	Regular	Bueno/a	Excelente
12. Situación económica	Malo/a	Regular	Bueno/a	Excelente
13. Vida como un todo	Malo/a	Regular	Bueno/a	Excelente

Comentarios:

ANEXO H: ESCALA PARA LA EVALUACIÓN DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER ADAS-COG

Nombre:	Edad:
Años Escolaridad:	Nº:
Fecha:	Evaluador:

Ítems

1. Recuento de Palabras

Lea en voz alta las palabras escritas en las siguientes tarjetas (presentación cada 2 segundos). Ahora repita todas las que recuerde.

1° Intento		2° Intento		3° Intento	
Palo		Playa		Billete	
Carta		Carta		Palo	
Mantequilla		Brazo		Cabina	
Reina		Cabina		Brazo	
Brazo		Palo		Carta	
Playa		Billete		Playa	
Hierba		Motor		Reina	
Cabina		Hierba		Mantequilla	
Billete		Mantequilla		Hierba	
Motor		Reina		Motor	

Puntaje: _____ (palabras no recordadas 1° int. + 2° int. + 3° int./ 3)

2. Órdenes

Voy a darle una serie de instrucciones, luego de lo cual usted deberá realizarlas (la orden puede repetirse una vez).

Si	No	
		1. Cierre el puño
		2. Señale al techo y luego al suelo
		3. Ponga el lápiz sobre la tarjeta y después vuélvalo a dejar donde estaba antes
		4. Ponga el reloj al otro lado del lápiz y dele la vuelta a la tarjeta
		5. Dese dos golpes a cada hombro con dos dedos manteniendo los ojos cerrados

Puntaje: _____ (0= cinco pasos correctos, 1= cuatro pasos correctos, 2= tres pasos correctos, 3= dos pasos correctos, 4= un paso correcto, 5= Cero pasos correctos)

3. Denominación de Objetos y Dedos

Diga el nombre de cada uno de los dedos de su mano.

Diga el nombre de los objetos que se encuentran en la mesa (sin tocarlos)

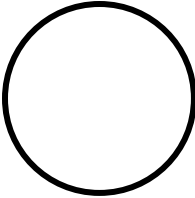
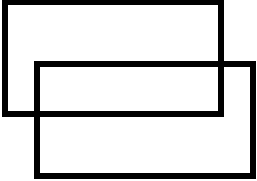
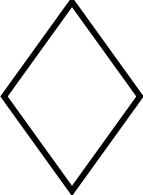
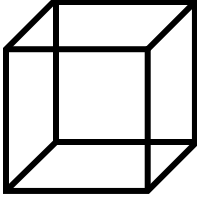
Si	No		Si	No		Si	No		Si	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pulgar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tijeras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Índice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Embudo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Silbato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Careta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Peine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonajero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Flor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Meñique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Armónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Billetero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Puntaje: _____ (0= todo correcto o un error, 1= Dos o tres dedos y/o dos objetos incorrectos, 2= dos o más dedos incorrectos y/o 3-5 objetos incorrectos, 3= tres o más dedos incorrectos y/o 6-7 objetos incorrectos, 4= tres o más dedos incorrectos y u 8-9 objetos incorrectos, 5= todo incorrecto)

4. Praxis Constructiva

¿Ve esta figura? Dibújela lo más parecida posible en esta hoja

Si	No	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Círculo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dos rectángulos superpuestos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rombo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cubo

 <p>Figura curva cerrada</p>	 <p>Deben tener 4 lados y estar superpuestos de manera similar al modelo. Cambio de tamaño no se evalúa</p>	 <p>Debe tener 4 lados orientados de forma oblicua siendo todos los lados parecidos. Se miden 4 lados</p>	 <p>Debe ser tridimensional con cara frontal con orientación correcta. Las líneas interiores deben estar correctamente ubicadas en los ángulos. Lados deben ser paralelos</p>
---	--	---	--

Puntaje: _____ (de 0 a 4 por cada dibujo incorrecto)

5. Praxis Ideatoria

Acá tiene esta hoja y este sobre. Utilícelos como si fuera a enviar una carta. Los pasos son: poner el papel doblado dentro del sobre, cerrar el sobre, escribir su dirección (nombre, calle, ciudad y provincia) y poner el sello. La instrucción puede repetirse una vez.

Si	No	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. Doblar el papel
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Poner el papel dentro del sobre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Cerrar el sobre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Escribir la dirección en el sobre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Poner el sello en el sobre

Puntaje: _____ (1 punto por cada fallo en los pasos)

6. Orientación

Responda las siguientes preguntas. (Se admite la equivocación en un día para la fecha, una hora para la hora, nombre parcial para el lugar, error en una semana para la estación siguiente y dos o tres para la anterior)

Si	No		Si	No	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. Nombre completo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Día de la semana
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Mes del año	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. Estación del año
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Día del mes (fecha)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. Lugar donde estamos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Año	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. Hora del día

Puntaje: _____ (un punto por cada respuesta incorrecta)

7. Reconocimiento de Palabras

Lea las siguientes palabras sin detenerse. Ahora, dentro de estas 24 palabras se encuentran las 12 que usted leyó. A medida que se las muestre responda Si, si la vio antes y No si es la primera vez que la ve. (Se aceptan las autocorrecciones)

Primer Intento

Si	No	Omite	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. Silencio
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Codo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Hija
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Polvo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Canal
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. Frente

Si	No	Omite	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. Tigre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. Crepúsculo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. Dragón
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. Habitación
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. Hermana
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. Pobre

Si	No	Omite	
			13. Eco
			14. Sobrino
			15. Obligación
			16. Villa
			17. Esquina
			18. Oliva

Si	No	Omite	
			19. Música
			20. Valor
			21. Medida
			22. Cinta
			23. Objeto
			24. Cuello

Segundo Intento

Si	No	Omite	
			1. Burbuja
			2. Esquina
			3. Joya
			4. Ducha
			5. Villa
			6. Frente
			7. Silencio
			8. Tigre
			9. Encuentro
			10. Medida
			11. Motor
			12. Cebolla

Si	No	Omite	
			13. Pobre
			14. Aviso
			15. Eco
			16. Valor
			17. Hija
			18. Objeto
			19. Órgano
			20. Licor
			21. Fregadero
			22. Chaqueta
			23. Crepúsculo
			24. Alcalde

Tercer Intento

Si	No	Omite	
			1. Mono
			2. Silencio
			3. Isla
			4. Estación
			5. Crepúsculo
			6. Aguja
			7. Eco
			8. Ganado
			9. Esquina
			10. Reino
			11. Tigre
			12. Objeto

Si	No	Omite	
			13. Pobre
			14. Fuente
			15. Villa
			16. Gente
			17. Cazador
			18. Frente
			19. Jarrón
			20. Medida
			21. Hija
			22. Valor
			23. Ostra
			24. Lirio

Puntaje: _____ (1° intento + 2° intento + 3° intento/3)

8. Recuerdo de las instrucciones de la Prueba de Memoria

Quiero que vea las siguientes palabras y me diga si las ha visto antes o esta es la primera vez (la consigna es: ¿ha visto antes esta palabra o es una palabra nueva? Después de la tercera vez solo preguntar ¿y esta?). Si no se responde correctamente Si o No se repite la instrucción.

Si	No	Omite	
			1. Silencio
			2. Codo
			3. Hija
			4. Polvo
			5. Canal
			6. Frente
			7. Tigre
			8. Crepúsculo
			9. Dragón
			10. Habitación
			11. Hermana
			12. Pobre

Si	No	Omite	
			13. Eco
			14. Sobrino
			15. Obligación
			16. Villa
			17. Esquina
			18. Oliva
			19. Música
			20. Valor
			21. Medida
			22. Cinta
			23. Objeto
			24. Cuello

Puntaje: _____ (0= correcto, 1= se olvida una vez, 2= se debe recordar 2 veces, 3= se debe recordar 3 o 4 veces, 4= se debe recordar 5 o 6 veces, 5= se debe recordar 7 o más veces)

9. Capacidad en Lenguaje Hablado	10. Comprensión Lenguaje Hablado	11. Dificultad en encontrar Palabras Adecuadas
0= Correcto 1= Una falta 2= Leve 3= Dificultad entre 25 y 50% de las ocasiones 4= Dificultad 50% del tiempo 5= Expresiones de una o dos palabras, fluente pero vacío, mutismo	0= Correcto 1= Una falta de comprensión 2= Leve 3= Moderado 4= Requiere varias repeticiones y explicaciones 5= El paciente rara vez responde adecuadamente sin ser debido a pobreza de discurso	0= Ninguna Dificultad 1= Una o dos Dificultades 2= Circunloquios o 3= sustitución por sinónimos 4= Frecuentes faltas de palabras sin compensación 5= Pérdida casi total de palabras de contenido, discurso vacío, producciones de 1 o 2 palabras
Puntaje: _____	Puntaje: _____	Puntaje: _____

PUNTAJE TOTAL ADAS-Cog: _____

ANEXO I: INDICE DE BARTHEL

1. Comida

- Independiente. Capaz de comer por si solo en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona.
- Necesita ayuda para cortar carne, extender la mantequilla, pero es capaz de comer solo.
- Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona.

2. Lavado (cuarto de aseo)

- Independiente. Capaz de lavarse entero, de entrar y salir del cuarto de aseo sin ayuda y de hacerlo sin que una persona supervise.
- Dependiente. Necesita algún tipo de ayuda o supervisión.

3. Vestido

- Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda.
- Necesita ayuda. Realiza sin ayuda mas de la mitad de estas tareas en un tiempo razonable.
- Dependiente. Necesita ayuda para las mismas.

4. Arreglo

- Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ayuda alguna; los complementos necesarios pueden ser provistos por alguna persona.
- Dependiente. Necesita ayuda.

5. Deposición

- Continente. No presenta episodios de incontinencia.
- Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para poner enemas o supositorios.
- Incontinente. Más de un episodio semanal.

6. Micción

- Continente. No presenta episodios. Capaz de utilizar cualquier dispositivo por si solo (botella, sonda, orinal...).
- Accidente ocasional. Presenta un máximo de un episodio en 24 horas o requiere ayuda para la manipulación de sondas o de otros dispositivos.
- Incontinente.

7. Ir al retrete

- Independiente. Entra y sale solo y no necesita ayuda alguna por parte de otra persona.
- Necesita ayuda. Capaz de manejarse con una mínima ayuda; es capaz de usar el cuarto de aseo. Puede limpiarse solo.
- Dependiente. Incapaz de acceder a el o de utilizarlo sin ayuda mayor.

8. Transferencia (traslado cama/sillón)

- Independiente. No requiere ayuda para sentarse o levantarse de una silla ni para entrar o salir de una cama.
- Mínima ayuda. Incluye una supervisión o una mínima ayuda física.
- Gran ayuda. Necesita la ayuda de una persona fuerte y entrenada.
- Dependiente. Necesita una grúa o el alzamiento por dos personas. es incapaz de permanecer sentado.

9. Deambulación

- Independiente. Puede andar 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda ni supervisión. Puede utilizar cualquier ayuda mecánica excepto un andador. Si utiliza una prótesis, puede ponérsela y quitársela solo.
- Necesita ayuda. Necesita supervisión o una mínima ayuda física por parte de otra persona o utiliza andador.
- Independiente en silla de ruedas. No necesita ayuda ni supervisión.
- Dependiente.

10. Subir y bajar escaleras

- Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión de otra persona.
- Necesita ayuda o supervisión.
- Dependiente. Incapaz de salvar escalones.

ANEXO J: PAUTA DE MONITOREO DE AVANCES, MAKING A DIFFERENCE

Número de sesión.....

Puntúe el interés, la comunicación, la diversión y la disposición anímica de cada miembro mostrada en la sesión presente con un número de 1 a 5, como sigue (use los 2s y los 4s para reflejar puntuaciones intermedias a las descripciones dadas):

Nombre de los miembros	¿Asistió? Si/No	Interés	Comunicación	Diversión	Estado Anímico
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

Interés:
1 = Sin interés
3 = Muestra cierto interés
5 = Muestra gran interés

Comunicación:
1 = Escasa o ninguna comunicación
3 = Cierta respuesta
5 = Se comunica bien

Diversión:
1 = No se mostró divertido la sesión de hoy
3 = Muestra cierta diversión
5 = Disfruta claramente la sesión

E. anímico:
1 = En bajo estado anímico, parece deprimido/a o ansioso/a
3 = Algunas muestras de buen humor
5 = Parece feliz y relajado/a

Actividades realizadas hoy:

Comentarios: