

PÓSTERES PRESENTADOS EN CONGRESOS POR EL CRE ALZHEIMER

Índice


1. Programa de Actuación Cognitiva Integral en Demencias (PACID)	3
2. Mejora del bienestar de parejas de personas afectadas con demencia a través de una intervención basada en la psicoterapia sistémica breve	4
3. PACID: efectividad de la estimulación cognitiva en personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias	5
4. Results of a self-esteem group for caregivers of persons with dementia	6
5. Cambiar constantemente siendo los mismos...: abordaje del impacto de la demencia en la familia a través del trabajo terapéutico de pareja con hijos de personas con demencia .	7
6. Efectos de la revitalización geriátrica en la osteoporosis y el riesgo de caídas en personas con enfermedad de Alzheimer	8
7. Programa de educación social-familiar y de atención a cuidadores	9
8. El cuidador principal de una persona con demencia: ¿cuidado, obsesión o ambas?	10
9. Intervención asistida con perros para personas con demencia.....	11
10. Evaluación de los efectos de la terapia asistida con perros en personas con demencia	12
11. El objeto transicional y la demencia: una aplicación clínica en la ansiedad por separación.....	13
12. Proyecto cuidador: detección precoz de deterioro cognitivo y/o depresión en los cuidadores de personas con demencia.....	14
13. Cuidas mientras vives o vives mientras cuidas? Un programa de empoderamiento para cuidadores de personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias	15
14. Prevalencia de síndromes geriátricos en personas con demencia	16
15. Estrés postraumático y demencia: ¿cuál es la relación? Un proyecto para analizar la relación entre estrés, estrés postraumático y demencia	17
16. Actualización en la codificación visual y semántica en la enfermedad de Alzheimer ...	18
17. Estudio piloto sobre el impacto de las actividades creativas (taller de cerámica) en el bienestar de personas con demencia	19
18. Utilidad del test P.O.M.S. (Profile Of Mood States) para evaluar los efectos de la danza creativa terapéutica en personas con demencia.....	20
19. Prevalencia de disfagia en pacientes con demencia	21
20. ¿Cuidas mientras vives o vives mientras cuidas? Un programa de empoderamiento para cuidadores de personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias.....	22
21. Intervención asistida con perros en personas con demencia residentes en unidades de convivencia	23
22. Valoración de la videoconsola Nintendo Wii como herramienta para el entrenamiento cognitivo de personas con demencia.....	24
23. Effects of artistic education with cyanotype technique in persons with Alzheimer's disease and other dementias	25

24. Consistency and validity of the “Profile of Mood State”: test to evaluate the effects of creative therapeutic dance in persons with dementia	26
25. Design and application of a music therapy program for families of people with dementia.....	27
26. Effects of non-pharmacological intervention through the therapeutic robot PARO in persons with Alzheimer’s disease and other dementias	28
27. Dog assisted therapy for people with dementia	29
28. Intervention program of occupational therapy to promote personal autonomy.....	30
29. Effects of laughter therapy techniques on the quality of life of caregivers of people with dementia: pilot study.....	31
30. Protocolo ensayo clínico aleatorizado multicéntrico: el efecto de la terapia de reminiscencia individual sobre la cognición en personas mayores con trastorno neurocognitivo usuarios de instituciones de respuesta social	32
31. Programa de educación social de atención a familiares y cuidadores de personas con alzhéimer y otras demencias.....	33
32. Beneficios de la intervención fisioterápica en personas con demencia sobre el riesgo de caídas	34
33. Intervención grupal para cuidadores de personas con demencia: grupos HARFA (Herramientas para Aumentar la Resiliencia Familiar)	35
34. La literatura infantil española como instrumento de sensibilización en la enfermedad de Alzheimer y otras demencias	36
35. CREA Conocimiento: base documental sobre alzhéimer y otras demencias para favorecer la transferencia del conocimiento.....	37
36. Afrontar el alzhéimer: creación del Grupo Estatal de Demencias por el Imserso.....	38
37. El Plan Integral de Alzheimer y otras Demencias (2019-2023): impulso y acciones del CREA.....	39

1. Programa de Actuación Cognitiva Integral en Demencias (PACID)


Programa de Actuación Cognitiva Integral en Demencias (PACID)

Centro de Referencia Estatal de Alzheimer y otras Demencias (SALAMANCA)




UNIVERSIDAD SALAMANCA

Juan José García Meilán, Psicología Básica
Juan Carro Ramos, Metodología de las CC. del Comportamiento
Enrique Pérez Saez, Neuropsicólogo
José Antonio Sánchez, Gerontólogo




OBJETIVOS DEL PACID

- Mantener y estabilizar en la forma más eficiente posible las capacidades cognitivas, conativas y conductuales del paciente que ya tiene daños cognitivos y ralentizar el deterioro el mayor tiempo posible.
- Restaurar las habilidades cognitivas olvidadas o en desuso a partir de las si mantenidas.
- Mejorar el estado funcional de la persona en sus actividades de la vida diaria.
- Controlar los síntomas y prevenir las complicaciones de conducta problemática.
- Promover la actividad social, el envejecimiento exitoso y el bienestar psíquico y físico
- Fomentar la neuroplasticidad cerebral que permita el reequilibrio neuronal alterado tras las lesiones y la adaptación a la nueva situación neurológica⁴².
- Diseñar un programa estructurado de intervención que se sustente en niveles probados de eficacia por medio de controles internos de verificación.



objetivos de intervención del PACID

Método: El tren de la intervención cognitiva



Autobiografía Pensamiento Aprendizaje Percepción Respiración Motivación
Relajación Lenguaje Memoria Atención

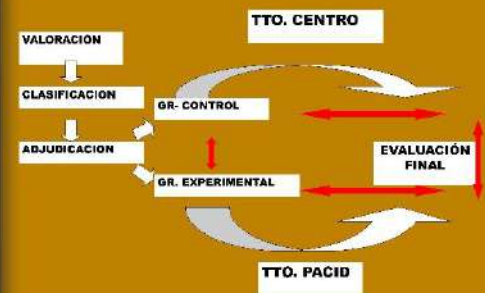
Caracterís PACID

- Interdisciplinaridad
- Motivador y fomentador de emociones positivas
- Adaptación individual a las capacidades de los pacientes
- Metodología científica y valoración de la eficacia del programa

Áreas de intervención del PACID

DESARROLLO				Meses:		1	2	3	4	5	6	7	8 y 9
Grupo	Horas Semanales	Horas Mensuales	Horas Anuales	Gr. Control	Gr. Experimental	Valoración	Tratamiento propio del centro						Evaluación y análisis de datos
A	3h.	12h.	144h.				Tratamiento Programa integral						

PARTICIPANTES: 24 ENFERMOS DIAGNOSTICADOS CON DEMENCIA (GRUPO GDS4 Y GDS5)
 INICIO: MARZO DE 2009- FINALIZACIÓN: DICIEMBRE 2009




TTO. CENTRO

TTO. PACID


Motivación	Respiración	Percepción y atención
1.1 Motivación 1.2 Autocontrol 1.3 Verficien 1.4 Autoimagen	2.1 Hábitos saludables 2.2 Función ventilatoria 2.3 Función Cardiovascular	3.1 Percepción visual 3.2 Percepción auditiva 3.3 Percepción olfativa 3.4 Percepción táctil 3.5 Anusual/Activación 3.6 Cambio Orientación 3.7 Atención Selectiva 3.8 Concentración 3.9 Atención dividida
Aprendizaje y Memoria	Pensamiento	Lenguaje
4.1 Memoria Episódica 4.2 Memoria Semántica 4.3 Memoria Procedime. 4.4 Memoria Autobiogicá 4.5 Memoria Prospeativa 4.6 Metamemoria 4.7 Cualificación ACP 4.8 Memoria Implícita 4.9 Recuperación MLP 4.10 Memoria Remota	5.1 Función Ejecutiva 5.2 Memoria Trabajo 5.3 Control espacio-temporal 5.4 Fluidez Verbal/Emológica 5.5 Praxias Ideomotoras/Constructivas 5.6 Interes y Activación 5.7 Control Emocional 5.8 Perserveración/Inhibic. 5.9 Orientación Realidad 5.10 Oráculo	5.11 Comprensión oral 5.12 Denominación 5.13 Fluidez semántica 5.13 Praxia ideomotoriz. 5.14 Escritura manuscrita 5.15 Escritura gramatical 5.16 Lectura 5.17 Sintaxis y Asociación 5.18 Fluidez dialo. y Proedl. 5.19 Razonamiento
Autobiografía y Relajación		
6.1 Revisión de vida 6.2 Relajación/Amicidad 6.3 Actividad/Estado Emocional		

Resultados y Contacto: meilanj@usal.es


Proyecto Financiado por el IMSERSO




GOBIERNO DE ESPAÑA



MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL



SECRETARÍA GENERAL DE POLÍTICA SOCIAL



IMSERSO

2. Mejora del bienestar de parejas de personas afectadas con demencia a través de una intervención basada en la psicoterapia sistémica breve



Mejora del bienestar de parejas de personas afectadas con demencia a través de una intervención basada en la psicoterapia sistémica breve.

Gárces, R.^{1,2}, Pérez-Sáez, E.¹, Buyebach, M.³, Herrero de Vega, M.³, Mateos-González, A.M.¹, Sánchez-Vázquez, R.¹ y González-Ingelmo, M.E.¹

1. Empresas privadas del CRE de Salamanca-Salamanca
2. Universidad Pontificia de Salamanca
3. CRE Alcobendas de Salamanca-Ávila

Introducción

Un diagnóstico de demencia genera un fuerte impacto en la persona que presenta la dolencia así como en la familia. Nos atrevemos a decir que todos los miembros de la familia en algún momento de la enfermedad expresarán sentimientos de rabia, impotencia, tristeza, miedo, ansiedad y culpa, mezclados con una buena dosis de ambivalencia en muchos casos. Conlleva una etapa en la que enfermo y familia tendrán que ir adaptándose a demandas constantemente cambiantes. La pérdida en las capacidades de la vida diaria así como en otras, por las que las que se caracteriza la demencia, hará que la familia tenga que hacer una reestructuración en los roles que tenía cada miembro y por ende en el funcionamiento familiar.

La pareja no queda al margen de todo esto, es más, poco a poco irá abandonando el rol de pareja e irán dando paso al de enfermero de guardia. Asimilar esto no es una tarea fácil y por ello encontramos grandes dosis de culpa y ambivalencia en parejas de personas con demencia que se acortan en casos en los que la demencia dura años o se tienen deseos de estar con otra persona como pareja pero las creencias, valores y otros asuntos personales no lo permiten.

Para conseguir el bienestar de las parejas de personas con demencia se realizó un abordaje psicoterapéutico de la problemática que presentaban desde varios resultados de terapia breve. Podemos concluir que aumento el bienestar de estas personas a la luz de la evolución psicoterapéutica y las diferencias significativas, tras la intervención, que se evidenciaron en las variables objeto de estudio.

Objetivos

Objetivo general

Comprobar si la terapia breve es eficaz en la contribución del bienestar de las parejas de personas con demencia.

Objetivos específicos

Esperamos que el Programa llegue a obtener los siguientes resultados sobre los participantes:

- Aumentar los niveles de autoestima y los indicadores relacionados con el bienestar.
- Mejorar el apoyo social.
- Disminuir los niveles de ansiedad, depresión y sobrecarga.

Método

Muestra

Se seleccionaron 22 parejas de pacientes diagnosticados con enfermedad de Alzheimer según criterios NINDS/ADRAD en fase leve (GDS 3 y 4).

Materiales

Antes y después de la intervención, se realizó una evaluación en la que se aplicaron las siguientes pruebas:

- Inventario de Depresión de Beck (BDI) (Beck et al., 1961).
- Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (subescala de ansiedad) (HAD-A) (Zigmond y Snaith, 1983).
- Escala de Carga del Cuidador (CHI) (Zarit et al., 1980).
- Escala de Autoestima (EAR) (Rosenberg, 1965).
- Escala de Bienestar Psicológico (BWP) (1989).
- Escala Connor-Dowdson de Resiliencia (CD-RISC; Connor y Davidson, 2003).

Procedimiento

Los sujetos objeto de estudio fueron asignados a dos grupos, intervención y control, según presentaran o no demanda. Antes de la entrevista, que realizó la psicoterapeuta a las familias, con el protocolo de aceptación del CREA cuando un enfermo va a institucionalizarse, se posibilita las pruebas autodiagnóstico mencionadas.

Para el estudio se acordó realizar seis entrevistas y después pasar las pruebas al grupo de intervención y control. Cada sesión duraba entre 60 y 90 minutos.

En la tabla 2 se muestra la periodicidad con la que se celebraron las entrevistas.

Resultados

Antes de la intervención psicoterapéutica los grupos de intervención y de control no mostraron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las escalas aplicadas.

Tras la intervención llevamos a cabo varias pruebas T para comparar los resultados obtenidos en las distintas escalas en las evaluaciones pre y post para el grupo de intervención y para el grupo control (Verse tabla 3).

Para el grupo de intervención se manifestó una mejora tras el programa de psicoterapia ya que se encontraron diferencias estadísticamente significativa en las escalas BDI II (p < 0.05), GDS (p < 0.05), Rosenberg (p < 0.05), CD-RISC (p < 0.05) y en las siguientes escalas del BWP: Relaciones positivas (p < 0.01), autonomía (p < 0.05), crecimiento personal (p < 0.01) y propósito en la vida (p < 0.01).

El grupo control no mostró evidencia de mejora tras la intervención ya que no se encontraron diferencias significativas entre las evaluaciones pre- y post- intervención de ninguna de las escalas aplicadas.

Conclusiones

Podemos concluir que la psicoterapia sistémica breve ayuda a mejorar el bienestar de las parejas de personas con enfermedad de Alzheimer u otras demencias que se enfrentan durante años a una situación estresante a nivel físico y emocional.

Resultado esperados y a la vez paradójico que en la demencia a través de la psicoterapia la pareja de la persona con demencia pueda mejorar mientras el enfermo empeora. Sería difícil seguir trabajando con las parejas en los círculos de la culpabilidad, insatisfacción y ambivalencia que no parece cesar en experimentos. A la vez que fortaleciéndonos en las fortalezas de las personas que muchas veces por eso que los propios profesionales olvidamos cuando trabajamos en el contexto de la enfermedad.

Finalmente, nuestro equipo pretende continuar esta línea de trabajo contribuyendo a la mejora de las parejas de personas con demencia ampliando muestras y generando a prueba los diferentes modelos con los que nos ilustra la terapia breve. Más allá de la terapia, desde el CREA seguimos trabajando incansablemente para contribuir al cambio de una sociedad aún altamente estigmatizada por una más flexible que permita una mejor adaptación a las parejas de personas con demencia.

Referencias Bibliográficas

Berchick, R. (1986). *24 horas para una psicoterapia breve*. Barcelona: Herder.
 De Alzheimer, A. (1906). *Über eine eigenartige Erkrankung des Hirns*. München: Pflüger.
 Davidson, P. (2007). *Supervivencia para el cuidador*. Herder.
 Navarro, J. (2004). *Enfermedad familiar*. Barcelona: Paidós.
 Roland, J. (2001). *Emociones, comportamiento y discapacidad*. Barcelona: Herder.

Tabla 3. Resultados de los sujetos T para post-para el grupo de intervención y el control.

Escala	Grupo de intervención		Grupo Control	
	T	p (5%)	T	p (5%)
HAD-A	1,206	245	1,114	279
BDI-II	2,967	0,06	3,17	510
GDS	2,967	0,04	3,32	762
Rosenberg	-2,901	0,03	3,095	101
CD-RISC	-5,540	0,00	3,018	336
Autonomía (BWP)	-2,390	212	3,27	510
Relaciones positivas (BWP)	-3,495	0,06	4,95	645
Autonomía (BWP)	-2,913	0,03	3,01	301
Dominio del espacio (BWP)	-1,473	172	1,06	518
Crecimiento personal (BWP)	-3,104	0,00	4,78	351
Propósito en la vida (BWP)	-4,826	0,01	3,02	388

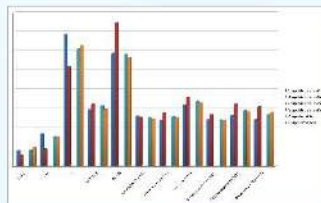


Figura. Comparación de los resultados pre y post intervención.

Tabla 2. Periodicidad de las sesiones.

Entrevista	Periodicidad
2	2 Semanas
3	3 semanas
4	2 meses
5	6 meses
6	Un mes y medio

3. PACID: efectividad de la estimulación cognitiva en personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias

PACID: EFECTIVIDAD DE LA ESTIMULACIÓN COGNITIVA EN PERSONAS CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS

Juan Carro Ramos (Instituto de Neurociencias de Cyl-Universidad de Salamanca)
 Juan José G. Meilán, (Instituto de Neurociencias de Cyl-Universidad de Salamanca)
 Enrique Pérez Sáez, (C. Referencia Estatal Alzheimer de Salamanca)
 José Antonio Sánchez (C. Referencia Estatal Alzheimer de Salamanca)



Introducción

Hemos introducido un programa de intervención cognitiva integral en el que se incluye un sistema de evaluación de la efectividad del mismo. El PACID es un programa innovador que trata de estimular las principales funciones cognitivas asociadas a un mayor deterioro progresivo en la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Además utiliza técnicas que pretenden fomentar la plasticidad neuronal. Estas técnicas simulan un tren de estimulación desde las áreas básicas fisiológicas y cognitivas a aquellas más puramente cognitivas.



Características del PACID

- Interdisciplinariedad
- Motivador y fomentador de emociones positivas
- Adaptación individual a las capacidades de los pacientes
- Metodología científica y valoración de la eficacia del programa



Objetivo - Hipótesis

Evaluamos la efectividad del Programa de intervención cognitiva por medio controles internos de eficacia. Así, ponemos a prueba que el PACID mantiene o mejora los índices de aprendizaje de los pacientes con demencia tipo Alzheimer a lo largo de nueve meses, mediante la medición de su ejecución en memoria a partir de la prueba Wechsler Memory Scale-III, y los procesos ejecutivos a través del Test de Clasificación de Cartas de Wisconsin.

Método

PARTICIPANTES: 10 PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON DEMENCIA (GRUPO GDS4 Y GDS5)
INICIO: MARZO DE 2009- FINALIZACIÓN: DICIEMBRE 2009. Las edades de los sujetos estaban comprendidas entre los 65 y los 87 años. El rango del MMSE fue de entre 2 y 19 puntos (línea base)

Meses:	1	2	3	4	5	6	7	8 y 9
Gr. Control	Tratamiento propio del centro							Evaluación y análisis de datos
Gr. Experimental	Tratamiento Programa integral							

Resultados

Prueba	MMSE	INTELECCIÓN	INTELECCIÓN
MMSE (BASE)	10,00	4	100
MMSE (9 MESES)	10,00	2	100
MMSE	10,00	2	100
MMSE DE MEMORIA A CORTO PLAZO (10 palabras)	1,00	5	100
MMSE DE MEMORIA A LARGO PLAZO (10 palabras)	4,00	5	100
MMSE DE MEMORIA A CORTO PLAZO (10 palabras)	1,00	5	100
MMSE DE MEMORIA A LARGO PLAZO (10 palabras)	1,00	5	100
MMSE DE MEMORIA A CORTO PLAZO (10 palabras)	1,00	5	100
MMSE DE MEMORIA A LARGO PLAZO (10 palabras)	1,00	5	100
MMSE	10,00	4	100
MMSE	10,00	4	100
MMSE DE MEMORIA A CORTO PLAZO (10 palabras)	1,00	4	100
MMSE DE MEMORIA A LARGO PLAZO (10 palabras)	1,00	4	100
MMSE DE MEMORIA A CORTO PLAZO (10 palabras)	1,00	4	100
MMSE DE MEMORIA A LARGO PLAZO (10 palabras)	1,00	4	100
MMSE DE MEMORIA A CORTO PLAZO (10 palabras)	1,00	4	100
MMSE DE MEMORIA A LARGO PLAZO (10 palabras)	1,00	4	100
MMSE DE MEMORIA A CORTO PLAZO (10 palabras)	1,00	4	100
MMSE DE MEMORIA A LARGO PLAZO (10 palabras)	1,00	4	100

Discusión

Encontramos un aumento significativo en diferentes niveles de ejecución en memoria y procesos ejecutivos de los pacientes de Alzheimer comparando su ejecución antes del inicio del programa de intervención y nueve meses más tarde.

Entre otros ámbitos funcionales encontramos una mejora de ejecución en las puntuaciones de retención y recuperación del WMS-III. También en la ejecución en el cuestionarios de Cuetos-Vega et al. (2007) sobre memoria semántica. Especialmente importantes son la mejora en las puntuaciones de los índices de aprendizaje en el WMS-III.




No hay en cambio significativo en las puntuaciones generales del MMSE.

Proyecto financiado por:




Contacto:
meilan@usal.es

4. Results of a self-esteem group for caregivers of persons with dementia

EFTA PARIS 2010



RESULTS OF A SELF-ESTEEM GROUP FOR CAREGIVERS OF PERSONS WITH DEMENTIA

Cáceres, R.¹, Herrero de Vega, M.², Beyebach, M.², González-Ingelmo, M.E.³, Pérez-Sáez, E.¹, Elías, V.¹ & Marcos, E.¹

Introduction

Dementia is a major cause of disability and generates a strong impact on the family. In addition, caring for a person with dementia may have a negative impact on the welfare of those who assume the duties of care, the primary caregivers. Families enter the world of disease without a psychosocial map and often need a guide that provides support and confirms that they are dealing with dementia in the right way. Family therapy is emerging as a major contribution to promote family adaptation to the new reality and the establishment of a new welfare. Self-esteem is one of the variables related to adaptation and well-being of caregivers. Specifically, high self-esteem is associated with better psychological health by reducing levels of anxiety, depression and burden. At the same time, high self-esteem is associated with increased social support and well-being. In light of these results, we proposed to implement a program of self-esteem based on a systemic family therapy model (Herrero & Beyebach, 2004) in primary caregivers of people with dementia.

Objectives

General Purpose
We aimed to investigate if a program of self-esteem applied to caregivers of people with dementia improved their welfare and thus the welfare of the rest of the family and the patient.

Specific objectives
We expected that the program would achieve the following results on the participants:

- Increase levels of self-esteem and wellness-related indicators.
- Improve social support.
- Lower levels of anxiety, depression and burden.

Method

Sample
The sample was made up of 39 relatives (31 women and 8 men, mean age 57.41 years) of patients with diagnosis of Alzheimer's disease (AD) according to NINDS/ADRAD criteria, with a Global Deterioration Scale (GDS) score of 3 or 4. The sample was obtained from National Reference Center (NRC) for people with Alzheimer Disease and other Dementias (Inmersa) in Salamanca, Spain.

Materials
Each participant was assessed before and after the intervention with the administration of the following measures:

- Beck Depression Inventory (BDI) (Beck et al., 1981).
- Anxiety Subscale from the Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD-A) (Zigmond & Snaith, 1983).
- Caregiver burden Interview (CBI) (Zarit et al., 1980).
- Self-esteem Scale (Rosenberg, 1965).
- Social Support Questionnaire, Short Form - Revised (SSQSR) (Sorenson et al., 1987).
- Psychological Well-being Scales (Byff, 1989).
- Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) (Connor and Davidson, 2003).
- State-Trait Anger Expression Inventory-2 (STAXI-2) (Miguel-Tobal, Casado, Cano-Vindel, & Spielberger, 2001).

Procedure
All participants attended seven 90 minute, weekly group sessions. Each session was conducted by two previously trained family therapists. This program (Herrero & Beyebach, 2004) integrates the solution-focused brief therapy approach with narrative therapy and the Model of the Mental Research Institute. The techniques used are classical solution-focused tools, like the Miracle Question, Progress Scales and emphasis on exceptions. The narrative practice of externalization is also an essential ingredient.

1. Hospital General de Salamanca-Inmersa
2. Universidad Pontificia de Salamanca
3. CIB- Alzheimers de Salamanca-Inmersa

Table: Mean scores at baseline and follow-up assessment.

	N	Mean Pre (SD)	Mean Post (SD)	F	p
STAXI-2	24	22.21 (5.9)	20.21 (6)	2.83	0.09
BDI	36	15.83 (9.72)	10.7 (6.76)	9.7	0.01
BDI	30	17.62 (8)	15.92 (6)	3.01	0.08
HAD-A	28	10.41 (1.4)	9.41 (1.7)	4.2	0.05
SSQSR Scale	30	29.05 (5.34)	32.1 (4.75)	7.5	0.00
SSQSR 1	18	20.32 (2)	19.9 (2.02)	0.1	0.5
SSQSR 2	31	17.51 (9.7)	17.6 (7.66)	0.0	0.5
CD-RISC	15	55.20 (5.6)	55.80 (7.58)	-0.9	0.32
Psych. Well-being	15	27.74 (9.43)	26.67 (8.32)	7.7	0.01
Psych. Well-being Index	15	20.65 (3.0)	20.69 (4)	-0.08	0.4
Psych. Well-being Index	15	77.65 (3.6)	78.53 (4.25)	-0.53	0.4
Psych. Well-being Index	15	21.23 (5)	21.82 (7)	-0.845	0.36
Psych. Well-being Index	15	74.5 (6)	73.85 (6)	0.6	0.4
Psych. Well-being Index	15	25.10 (8)	24.05 (5.8)	2.5	0.1

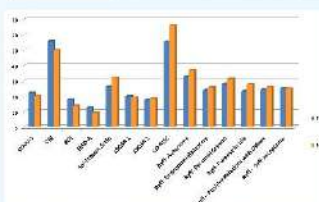


Figure: Comparison of mean scores at baseline and follow-up assessment.

Note: Range and cut-off scores

HAD-A: 0-21, Cut-off: 0
 STAXI-2: High scores indicate high levels of anger
 BDI: 0-63, Cut-off: 17
 Self-esteem scale: 1-40, Cut-off: 29
 BDI: 0-63, Cut-off: 10
 SSQSR: High scores indicate high levels of social support
 SSQSR: High scores indicate high levels of satisfaction with support
 Psychological Well-being Scale: High scores indicate high levels of well-being
 CD-RISC: High scores indicate high levels of resilience

Results

We conducted several T-tests of related samples to compare the results obtained on different scales pre and post-intervention. The results showed that the administration of the program was followed by a significant increase in Self-esteem Scale ($p < 0.01$), Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) ($p < 0.01$) and the following of Psychological Well-being Scales (Byff, 1989), Autonomy ($p < 0.05$), personal growth ($p < 0.07$), purpose in life ($p < 0.01$). In addition, there was a significant reduction ($p < 0.01$) of scores on the Beck Depression Inventory (BDI), the Anxiety Subscale from the Hospital Anxiety and Depression (HAD-A), the Caregiver Burden Interview (CBI) and the State-Trait Anger Expression Inventory - 2 (STAXI-2).

Conclusions

Our results suggest that the Self-esteem Group Program carried out in Alzheimer's NRC (Inmersa) had beneficial effects on the psychological well-being of caregivers of persons with AD, despite their being exposed to a highly stressful situation. Our findings lead us to speculate that this program might also be useful to promote positive relationships in the family and could therefore contribute to a higher quality of care of the dementia patient. In future studies we intend to measure this possible impact of the program on the family as a whole.

References

Utrilla, R., & Utrilla, R. (2004). *Desarrollo de un programa de autoestima para cuidadores de personas con demencia*. *Revista de Psicología*, 22, 239-246.

5. Cambiar constantemente siendo los mismos...: abordaje del impacto de la demencia en la familia a través del trabajo terapéutico de pareja con hijos de personas con demencia



Cambiar constantemente siendo los mismos... Abordaje del impacto de la demencia en la familia a través del trabajo terapéutico de pareja con hijos de personas con demencia.

Cáceres, R.^{1,2}, Beyebach, M.³, Pérez-Sáez, E.¹, Herrero de Vega, M.³, Mateos-González, A.M.¹, Sánchez-Vázquez, R.³, González-Ingelmo, M.E.³

Introducción

La demencia genera un fuerte impacto sobre la familia, puesto que afecta a todos y cada uno de sus miembros. En nuestra práctica clínica en el Centro de Referencia Estatal de Atención a personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias (CREA), hemos venido observando cómo algunos de los hijos que cumplen el rol de cuidador principal de la persona con demencia en ocasiones les que están sobrepasados en el cuidado, presentan problemas individuales, con su pareja y con otros familiares. Partiendo de un enfoque sistémico en el que una de sus premisas básicas es que un cambio en el sistema familiar afectará al resto, se decidió realizar un abordaje terapéutico sobre la pareja. La hipótesis fue que trabajar de este modo repercutiría positivamente en la relación de pareja y en la familia extensa de la persona con demencia. Se trabajó desde la terapia breve integrando el modelo centrado en soluciones (de Shazer, 1985) y el modelo de *problem solving* estratégico de Giorgio Nardone (1985). Tras esto, concluimos que trabajar sobre la pareja tuvo efectos beneficiosos sobre la misma y a nivel individual y de familia extensa, algo que repercutió en el afrontamiento funcional de la demencia.

Objetivos

- Mejorar la relación de la pareja.
- Promover una comunicación abierta entre la pareja.
- Poner la enfermedad en su lugar.
- Mejorar la relación del hijo con el entorno familiar.
- Promoción de respiros en el cuidado por parte del hijo.
- Fomentar el desarrollo de otras tareas asociadas al ciclo vital.
- Fomentar la expresión de emociones en pareja.

Método

El arte de hacer salir al enemigo al desierto y después quitarle la escudera... Una vez agrupadas las percepciones y reacciones de las parejas (problemas, conflictos...) mediante el más notable de los actos: la psicoterapia. Decidimos intervenir desde la terapia breve que, como ya es sabido, se ha propagado de una forma amplia desde los primeros contribuciones de Milton Erickson. Este tipo de terapia ha evolucionado bifurcándose en diferentes modelos, de los cuales nosotros hemos seguido el de *Problem solving* estratégico de Giorgio Nardone y el centrado en las soluciones de Steve de Shazer para esta intervención. El diseño de las intervenciones y posterior abordaje de la pareja se realizó desde las técnicas y procedimientos de los modelos anteriormente citados y se detallan a continuación.

- Problem solving estratégico**
- Dialogar sobre el tipo (Intervención, preguntas con intención de alternativas y paradójica interacción).
 - Reestructuración de la percepción del problema.
 - Reestructuración mentalista al cambio del sistema perceptivo reactivo y de las soluciones alternativas identificadas.
 - Prescripciones de comportamiento (directas, indirectas, paradójicas).
 - Reestructuración (lingüística, paradójica, generadora, introducción de dudas).
 - Uso de metáforas, anécdotas, historias, aforismos...
 - Reafirmaciones y reglas al final de las sesiones individuales.
 - Explicación y decodificación del trabajo realizado y adaptación de los procesos de cambio.

- Modelo centrado en soluciones**
- Trabajo con excepciones.
 - Ampliar excepciones.
 - Atribución de control.
 - Uso de preguntas de proyección al futuro.
 - Uso de preguntas de afrontamiento.
 - Escala de avance.
 - Escala de confianza.
 - Mensaje final.
 - Prescripciones centradas en soluciones.

El camino del infierno está pavimentado de buenas intenciones...

Tras intervenir con hijos de personas afectadas con demencia y sus parejas, nos dimos cuenta de que de alguna forma los hijos desarrollaban conductas típicas del patrón fóbico-obsesivo (tendencia al control y la evitación) con la enfermedad. Todo esto les hace alejarse de su ciclo vital y tener una dedicación casi exclusiva a la enfermedad. Ante tal situación, ¿cómo se comporta su pareja? Como es de esperar, la pareja es la principal fuente de apoyo, sin embargo en estos casos ¿es aliada de su pareja o de la fobia/obsesión? Para analizar esta situación se partió del concepto de sistema perceptivo reactivo de *problem solving* estratégico, que son las modalidades individuales redundantes de percepción y reacción hacia la realidad. Se expresan en tres tipos diferentes de relación: uno consigo mismo, entre uno y los demás y uno y el mundo (Nardone, 1991). De este modo, nos dispusimos a diseñar el sistema perceptivo reactivo de los hijos y sus parejas. [véase tablas 1 y 2].

Tabla 2. Sistema perceptivo reactivo de los hijos.

	FOBO	FORAS EN EL MUNDO	FORAS EN EL MUNDO
SE CREEN INTERIORES	• Su hijo es el mundo. • Su hijo es el mundo. • Su hijo es el mundo.	• Tienen una percepción de la enfermedad de su hijo como un monstruo. • Tienen una percepción de la enfermedad de su hijo como un monstruo. • Tienen una percepción de la enfermedad de su hijo como un monstruo.	• Tienen una percepción de la enfermedad de su hijo como un monstruo. • Tienen una percepción de la enfermedad de su hijo como un monstruo. • Tienen una percepción de la enfermedad de su hijo como un monstruo.
SE CREEN EXTERIORES	• Tienen una percepción de la enfermedad de su hijo como un monstruo. • Tienen una percepción de la enfermedad de su hijo como un monstruo. • Tienen una percepción de la enfermedad de su hijo como un monstruo.	• Tienen una percepción de la enfermedad de su hijo como un monstruo. • Tienen una percepción de la enfermedad de su hijo como un monstruo. • Tienen una percepción de la enfermedad de su hijo como un monstruo.	• Tienen una percepción de la enfermedad de su hijo como un monstruo. • Tienen una percepción de la enfermedad de su hijo como un monstruo. • Tienen una percepción de la enfermedad de su hijo como un monstruo.

Tabla 3. Sistema perceptivo reactivo de las parejas.

	FORAS EN EL MUNDO	FORAS EN EL MUNDO
SE CREEN INTERIORES	• Tienen una percepción de la enfermedad de su hijo como un monstruo. • Tienen una percepción de la enfermedad de su hijo como un monstruo. • Tienen una percepción de la enfermedad de su hijo como un monstruo.	• Tienen una percepción de la enfermedad de su hijo como un monstruo. • Tienen una percepción de la enfermedad de su hijo como un monstruo. • Tienen una percepción de la enfermedad de su hijo como un monstruo.
SE CREEN EXTERIORES	• Tienen una percepción de la enfermedad de su hijo como un monstruo. • Tienen una percepción de la enfermedad de su hijo como un monstruo. • Tienen una percepción de la enfermedad de su hijo como un monstruo.	• Tienen una percepción de la enfermedad de su hijo como un monstruo. • Tienen una percepción de la enfermedad de su hijo como un monstruo. • Tienen una percepción de la enfermedad de su hijo como un monstruo.

Resultados

El proceso de este modo que se integran la relación en la pareja así como en los contextos más inmediatos y de la familia, así como en el entorno de los hijos, así como en el entorno de los hijos, así como en el entorno de los hijos... (text continues with detailed results)

Conclusiones

Los resultados muestran a familias sobrepasadas en sus deberes como la demencia pueden disminuir los compromisos paternos al permitirles liberarse (control y control). Pero, que también influyen sobre los hijos, haciendo que "sistemas de cuidado" puedan ser abordados que siendo en práctica nuevos protocolos de intervención que nos ofrece el modelo de *problem solving* estratégico de Giorgio Nardone. A la vez se trabaja en las soluciones de los familiares, pero la exploración de los motivos y los conceptos que ayudan a superar el lenguaje terapéutico en un caso positivo. Puede concluirse que la atención sistémica se configura como uno de los modelos más adecuados en el proceso terapéutico que el trabajo de los hijos de la familia con un concepto sistémico desde cada enfoque más personal según la conceptualización de "parir después para llegar más" es decir, antes que sobre cualquier punto del hijo que se promueve un trabajo en el sistema familiar y se continúa a nivel de objetivos del ciclo que se a lo largo de las familias afectadas por el impacto de la demencia. Uno de nuestros objetivos es seguir investigando desde los diferentes modelos de trabajo breve para poder que los hijos superen sus problemas conductuales en el ámbito de la familia.

Referencias Bibliográficas

Beyebach, M. (2006). 24 años para una psicoterapia breve. Barcelona: Herder.
 Beyebach, M. y Herrero de Vega, M. (2010). 200 casos en terapia breve. Barcelona: Herder.
 Nardone, G. (2004). *Enfoques de familia*. Barcelona: Paidós.

6. Efectos de la revitalización geriátrica en la osteoporosis y el riesgo de caídas en personas con enfermedad de Alzheimer

EFFECTOS DE LA REVITALIZACIÓN GERIÁTRICA EN LA OSTEOPOROSIS Y EL RIESGO DE CAÍDAS EN PERSONAS CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER
 Autores: PUENTE-GONZÁLEZ AS^{1,2*}, MÉNDEZ-SÁNCHEZ R¹, CALVO-ARENILLAS JL¹
 1. Universidad de Salamanca.
 2. CRE de Alzheimer Salamanca-IMERSO.

INTRODUCCIÓN

El objetivo de este estudio es analizar los efectos de la Revitalización Geriátrica como actividad física estandarizada y sistematizada sobre la densidad mineral ósea y el riesgo de caídas en sujetos diagnosticados de Enfermedad de Alzheimer (EA).

Los datos epidemiológicos muestran un alarmante futuro en términos de envejecimiento de población, de prevalencia de la EA y de personas en situaciones de dependencia, sumado todo a un aumento de la esperanza de vida. Con estos datos en la mano, todas las medidas para afrontar este marco socio-sanitario serán positivas y necesarias. Son ya muchos los estudios que proponen en los pacientes con EA un tratamiento profiláctico de la osteoporosis y las caídas⁽¹⁾, con las fracturas como principal consecuencia⁽²⁾. Uno de los principales factores que predisponen a la pérdida de densidad mineral ósea es la inmovilidad⁽³⁾, factor presente en las poblaciones de personas con discapacidad intelectual y demencias y en patologías relacionadas con el movimiento que pueden mostrar disminuciones de la densidad mineral ósea, presentando riesgo de fracturas óseas difícilmente diagnosticables⁽⁴⁾, todo ello presente en la EA. Son cada vez más las evidencias que apoyan la existencia de comorbilidad entre la osteoporosis y la EA, así como una mayor incidencia común de deterioro cognitivo en los ancianos y la reducción de la densidad mineral ósea⁽⁵⁾. Del mismo modo se ha comprobado que la densidad mineral ósea se reduce en mayor proporción en las primeras etapas clínicas de la EA, asociándose con atrofia cerebral y deterioro de la memoria, lo que sugiere que los mecanismos centrales pueden contribuir a la pérdida ósea en el año inicial⁽⁶⁾.

La Revitalización Geriátrica, dentro de la fisioterapia como actividad física, forma parte del tratamiento no farmacológico en el abordaje multidisciplinar de la Enfermedad de Alzheimer. Este enfoque global comprende terapias de tipo farmacológico y no farmacológico con el ánimo de abarcar todos los aspectos a los que afecta la EA (cognitivo, afectivo-conductual y funcional). La fisioterapia junto con el resto de terapias no farmacológicas (terapia ocupacional, logopedia, estimulación cognitiva, etc.) intentan maximizar las capacidades cognitivas del paciente y minimizar su pérdida funcional⁽⁸⁾. Los beneficios biopsicosociales de la actividad física en personas mayores justifican su utilización frente al envejecimiento patológico⁽⁹⁾ y en la mejora de la calidad de vida⁽⁶⁾ como terapia no farmacológica en la enfermedad de Alzheimer y otras demencias⁽¹⁰⁾.

Figura 1. Sesión básica de Revitalización Geriátrica



Tabla 1. Criterios de selección

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
<ul style="list-style-type: none"> Estar diagnosticado de Enfermedad de Alzheimer con GDS > 3. Ingresar en el CRE-Alzheimer y aceptar participar en el estudio (inscripción en el estudio y firma de consentimiento informado). No presentar ninguno de los criterios de exclusión. 	<ul style="list-style-type: none"> Imposibilidad para realizar el programa de revitalización geriátrica por presentar una contraindicación absoluta o relativa. Imposibilidad para realizar alguna de las evaluaciones en el momento correspondiente. No asistir, al menos, al 75% de las sesiones a lo largo del estudio.

MATERIAL Y MÉTODOS

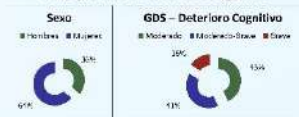
Se ha realizado un estudio clínico aleatorizado, longitudinal, prospectivo, siguiendo una línea de base múltiple, con enmascaramiento doble ciego y con una duración de 6 meses, desde septiembre de 2009 hasta junio de 2011. El estudio se ha llevado a cabo en el "Centro de Referencia Estatal de Atención a Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias Salamanca IMERSO (CRE-Alzheimer)" en colaboración con el "Área de Fisioterapia de la Universidad de Salamanca".

Se realizó un muestreo aleatorizado simple con los sujetos que ingresaban en el CRE-Alzheimer, y finalmente, una vez superados los criterios de selección (Tabla 1), han formado parte del estudio 35 sujetos con EA (edad media de 79,26 ± 8,95 años). El estudio ha sido finalizado completamente (6 meses) por un total de 15 sujetos. Todos ellos participaron en un programa de Revitalización Geriátrica (Figura 1), con tres sesiones de 45 minutos de Actividad Física estandarizada y sistematizada por semana. En la línea de base se han realizado cuatro evaluaciones: al inicio, al primer mes, al tercer mes y al sexto mes.

Para el seguimiento de la densidad mineral ósea se realizó una densitometría trabecular de cálcaneo utilizando un densitómetro por ultrasonidos modelo Sahara[®] Clinical Bone Sonometer de la marca Hologic. Los parámetros valorados han sido: BMD (estimación de la densidad mineral ósea), T-Score (comparación con una población joven) y QUP-St/firmess (índice Cuantitativo Ultrasonico).

Para el seguimiento del riesgo de caídas se utilizaron tres pruebas validadas como predictores de caídas en personas mayores: El Test de Tinetti, el Test Up and Go, y el Test de Alcance Funcional.

Distribución de la muestra por Sexo y Grado de Deterioro Cognitivo



RESULTADOS

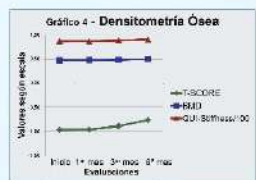
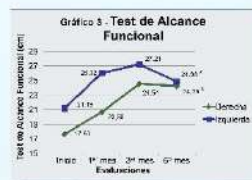
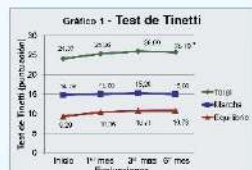
La aplicación de la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov Smirnov evidenció que la muestra seguía una distribución normal, por tanto homogénea, en todas las variables menos en el Test de Tinetti. Se ha realizado un análisis acorde al diseño metodológico utilizando la ANOVA de medidas repetidas (intrasujetos) para las variables que mostraron una distribución normal y la Prueba de Friedman para el Test de Tinetti. (Gráficos 1-4)

CONCLUSIONES

La Revitalización Geriátrica como actividad física estandarizada y sistematizada, es una herramienta eficaz dentro de la fisioterapia como tratamiento no farmacológico en la prevención de caídas y en la lucha contra la disminución de la densidad mineral ósea en personas con Enfermedad de Alzheimer.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Prineas SL. Metabolic syndrome, osteoporosis, dementia and osteoporosis: common risk factors or one disorder predisposing to the other? *Stroke* 2005;36(10):1818-22
- 2) Reiter EB, Williams L, Wernick C, Newkirk NG, Reed S, Bush A, Tennyson PA, Connor L. Age-related reduction in bone mineral density and its association with cognitive decline. *Alzheimer Disord* 2002;15(2):247-53
- 3) Wagners SMA, Hooger B, van der Linde SH, Marmorek MP. Osteoporosis and individual cognitive decline in patients with mild cognitive impairment. *Alzheimer Disord* 2005;18(12):1244-8
- 4) Benzel S, Schmidt S, Risse A, et al. Bone mineral density and the risk of Alzheimer disease. *Archives of General Psychiatry* 2005;62:1002-11
- 5) Lankou S, Haara R, Kaloski E, Oksanen M, et al. Bone density and brain atrophy in early Alzheimer's disease. *J Alzheimer Dis* 2007;19(2):177-88
- 6) Dickerson B, Dubois B, et al. Risk of dementia and the role of Alzheimer disease. *Archives of General Psychiatry* 2005;62:1002-11
- 7) Pantoni D. Brain and bone: Correlation between brain atrophy and bone density. *Acta Neurol Scand* 2002;106:241-52
- 8) Ferrucci L, Studenski S, et al. Bone mineral density, falls, and cognitive decline in older adults. *Alzheimer Disord* 2005;18(12):1244-8
- 9) Ferrucci L, Studenski S, et al. Bone mineral density, falls, and cognitive decline in older adults. *Alzheimer Disord* 2005;18(12):1244-8
- 10) Ferrucci L, Studenski S, et al. Bone mineral density, falls, and cognitive decline in older adults. *Alzheimer Disord* 2005;18(12):1244-8



7. Programa de educación social-familiar y de atención a cuidadores



PROGRAMA DE EDUCACIÓN SOCIAL-FAMILIAR Y DE ATENCIÓN A CUIDADORES

García Mateos, F.¹, González-Ingelmo, M.E.², Haro Ruiz, A.¹

La Comarca salmantina del CRE Alzheimer de Salamanca-Instituto 2. CRE Alzheimer de Salamanca-Instituto

El Centro de Referencia Estatal de Atención a personas con enfermedad de Alzheimer y otras Demencias del Inmerso en Salamanca (CRE) cuenta con un área especializada de atención a familias que registra tres departamentos: Trabajo Social, Psicología y Psicoterapia y Educación Social.

Justificación

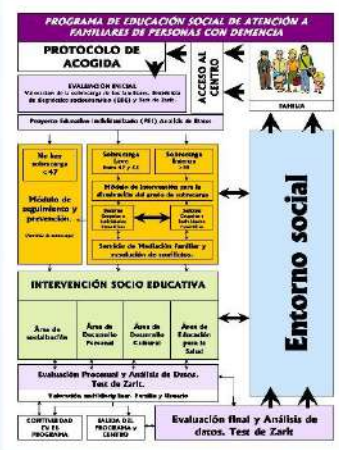
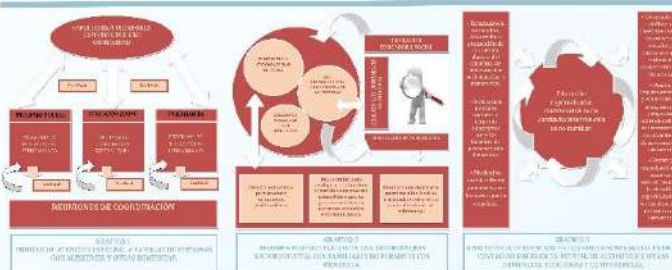
Cuidar de una persona dependiente y con demencia supone tener que hacer frente a una gran cantidad de tareas que distorsionan con frecuencia las posibilidades reales del familiar. Estas tareas son continuamente cambiantes según las fases de la enfermedad, lo que hace precisa una revaloración de la rutina diaria. Y todo ello en un contexto en el que la carga emocional es importante ya que no es fácil ver el deterioro y las dificultades conexas de un ser querido día tras día. En consecuencia, el familiar de una persona dependiente y con demencia atraviesa una situación de estrés, a veces crítica (especialmente en el caso de enfermedades degenerativas), ya que que lo general tiende a ser una situación de largo duración en la que se ven afectadas su tiempo libre, su vida social, familiar y laboral y por consiguiente también su salud. La percepción que la persona estresada tiene de su situación depende mucho de las estrategias que tenga a su alcance para hacerle frente.

OBJETIVO GENERAL

Desarrollar un modelo de intervención socioeducativa familiar que disminuya el índice de estrés o sobrecarga de los familiares utilizando estrategias educativas para lograr su bienestar y el de su familiar con demencia.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

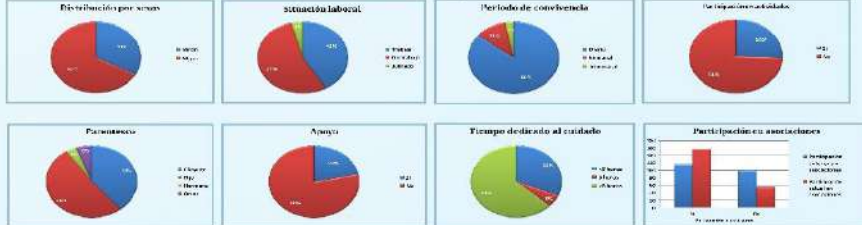
- Proporcionar oportunidades de intercambio de experiencias entre familias.
- Favorecer la creación de redes sociales entre los familiares.
- Guiar a las familias en su proceso de adaptación al entorno.
- Realizar seguimiento trimestral de la situación familiar y del cuidador.
- Analizar qué factores provocan momentos de ansiedad y establecer de la subcarga.
- Intervenir para que la sobrecarga de las familias disminuya.



Herramientas de Intervención



Estadísticas/Gráficas



8. El cuidador principal de una persona con demencia: ¿cuidado, obsesión o ambas?



EL CUIDADOR PRINCIPAL DE UNA PERSONA CON DEMENCIA: ¿CUIDADO, OBSESIÓN O AMBAS?

Cáceres, R.¹, Nardone, G.², Piccini, A.T.³, del Sastre-Orosa, M.¹ y González-Ingelmo, E.⁴

Introducción

La demencia genera un fuerte impacto sobre todos los miembros de la familia. Sin embargo, cada familia presenta un caso particular y diferente. Necesitamos un estudio de la realidad que ayude a entender qué ocurre con más de 4 millones de personas.

Actualmente, se encuentra que los cuidadores principales (en su mayoría mujeres) que se encargan de personas con demencia presentan un alto nivel de estrés, ansiedad, depresión, problemas de sueño, problemas de salud, problemas de comunicación, problemas de salud mental, problemas de salud física, problemas de salud emocional, problemas de salud social, problemas de salud económica, problemas de salud legal, problemas de salud política, problemas de salud cultural, problemas de salud ambiental, problemas de salud global, problemas de salud local, problemas de salud regional, problemas de salud nacional, problemas de salud internacional, problemas de salud mundial.

Por ello, el Centro de Referencia Estatal de Atención a personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias (CREA), ha desarrollado estudios de intervención de apoyo a cuidadores principales de personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias, promoviendo la creación de redes de apoyo mutuo entre cuidadores.

Apagar el fuego añadiendo leña...

El objetivo de este estudio es analizar el nivel de estrés, ansiedad, depresión, problemas de sueño, problemas de salud, problemas de comunicación, problemas de salud mental, problemas de salud física, problemas de salud emocional, problemas de salud social, problemas de salud económica, problemas de salud legal, problemas de salud política, problemas de salud cultural, problemas de salud ambiental, problemas de salud global, problemas de salud local, problemas de salud regional, problemas de salud nacional, problemas de salud internacional, problemas de salud mundial.

Objetivo	Instrumento	Variables
Analizar el nivel de estrés, ansiedad, depresión, problemas de sueño, problemas de salud, problemas de comunicación, problemas de salud mental, problemas de salud física, problemas de salud emocional, problemas de salud social, problemas de salud económica, problemas de salud legal, problemas de salud política, problemas de salud cultural, problemas de salud ambiental, problemas de salud global, problemas de salud local, problemas de salud regional, problemas de salud nacional, problemas de salud internacional, problemas de salud mundial.	Escala de Estrés Percibido (PSS), Escala de Ansiedad (BAI), Escala de Depresión (BDI), Escala de Sueño (PSQI), Escala de Salud (SF-36), Escala de Comunicación (COPES), Escala de Salud Mental (SCL-90-R), Escala de Salud Física (SF-36), Escala de Salud Emocional (SCL-90-R), Escala de Salud Social (SCL-90-R), Escala de Salud Económica (SCL-90-R), Escala de Salud Legal (SCL-90-R), Escala de Salud Política (SCL-90-R), Escala de Salud Cultural (SCL-90-R), Escala de Salud Ambiental (SCL-90-R), Escala de Salud Global (SCL-90-R), Escala de Salud Local (SCL-90-R), Escala de Salud Regional (SCL-90-R), Escala de Salud Nacional (SCL-90-R), Escala de Salud Internacional (SCL-90-R), Escala de Salud Mundial (SCL-90-R).	Nivel de estrés, ansiedad, depresión, problemas de sueño, problemas de salud, problemas de comunicación, problemas de salud mental, problemas de salud física, problemas de salud emocional, problemas de salud social, problemas de salud económica, problemas de salud legal, problemas de salud política, problemas de salud cultural, problemas de salud ambiental, problemas de salud global, problemas de salud local, problemas de salud regional, problemas de salud nacional, problemas de salud internacional, problemas de salud mundial.

Para entender esta situación se partirá del concepto de salud que permite entender de manera integral el individuo, que incluye el nivel de bienestar físico, psicológico, social, emocional y espiritual. Este estudio se realizó en el marco del proyecto de investigación "El cuidador principal de una persona con enfermedad de Alzheimer y otras demencias" financiado por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (MSSC) del Gobierno de España.

Objetivos

Objetivo general

Analizar el nivel de estrés, ansiedad, depresión, problemas de sueño, problemas de salud, problemas de comunicación, problemas de salud mental, problemas de salud física, problemas de salud emocional, problemas de salud social, problemas de salud económica, problemas de salud legal, problemas de salud política, problemas de salud cultural, problemas de salud ambiental, problemas de salud global, problemas de salud local, problemas de salud regional, problemas de salud nacional, problemas de salud internacional, problemas de salud mundial.

Objetivos específicos

- Analizar el nivel de estrés, ansiedad, depresión, problemas de sueño, problemas de salud, problemas de comunicación, problemas de salud mental, problemas de salud física, problemas de salud emocional, problemas de salud social, problemas de salud económica, problemas de salud legal, problemas de salud política, problemas de salud cultural, problemas de salud ambiental, problemas de salud global, problemas de salud local, problemas de salud regional, problemas de salud nacional, problemas de salud internacional, problemas de salud mundial.
- Analizar el nivel de bienestar físico, psicológico, social, emocional y espiritual.
- Analizar el nivel de salud global, local, regional, nacional, internacional, mundial.
- Analizar el nivel de salud económica, legal, política, cultural, ambiental, global, local, regional, nacional, internacional, mundial.
- Analizar el nivel de salud social, emocional, físico, psicológico, social, emocional y espiritual.

Referencias Bibliográficas

1. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Centro de Referencia Estatal de Atención a personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias (CREA).
2. Departamento de Gerontología y Geriátrica. Centro de Estudios Gerontológicos y Geriátricos.
3. Asociación Española de Neurología.
4. Asociación Española de Geriátricos.

Método

La muestra estuvo compuesta de 24 personas familiares de personas con demencia con diagnóstico de Alzheimer (DSM-5) de 65-85 años. Cada participante fue evaluado antes y después de la intervención con la administración de la encuesta sobre el cuidador principal.

- 1. Escala de Estrés Percibido (PSS).
- 2. Escala de Ansiedad (BAI).
- 3. Escala de Depresión (BDI).
- 4. Escala de Sueño (PSQI).
- 5. Escala de Salud (SF-36).
- 6. Escala de Comunicación (COPES).
- 7. Escala de Salud Mental (SCL-90-R).
- 8. Escala de Salud Física (SF-36).
- 9. Escala de Salud Emocional (SCL-90-R).
- 10. Escala de Salud Social (SCL-90-R).
- 11. Escala de Salud Económica (SCL-90-R).
- 12. Escala de Salud Legal (SCL-90-R).
- 13. Escala de Salud Política (SCL-90-R).
- 14. Escala de Salud Cultural (SCL-90-R).
- 15. Escala de Salud Ambiental (SCL-90-R).
- 16. Escala de Salud Global (SCL-90-R).
- 17. Escala de Salud Local (SCL-90-R).
- 18. Escala de Salud Regional (SCL-90-R).
- 19. Escala de Salud Nacional (SCL-90-R).
- 20. Escala de Salud Internacional (SCL-90-R).
- 21. Escala de Salud Mundial (SCL-90-R).

Se han utilizado estadísticos descriptivos, inferenciales e inferenciales. Se han utilizado estadísticos descriptivos, inferenciales e inferenciales. Se han utilizado estadísticos descriptivos, inferenciales e inferenciales.

Tabla 2. Técnicas y procedimientos utilizados

Técnica	Procedimiento
Encuesta de Estrés Percibido (PSS)	Encuesta de Estrés Percibido (PSS)
Encuesta de Ansiedad (BAI)	Encuesta de Ansiedad (BAI)
Encuesta de Depresión (BDI)	Encuesta de Depresión (BDI)
Encuesta de Sueño (PSQI)	Encuesta de Sueño (PSQI)
Encuesta de Salud (SF-36)	Encuesta de Salud (SF-36)
Encuesta de Comunicación (COPES)	Encuesta de Comunicación (COPES)
Encuesta de Salud Mental (SCL-90-R)	Encuesta de Salud Mental (SCL-90-R)
Encuesta de Salud Física (SF-36)	Encuesta de Salud Física (SF-36)
Encuesta de Salud Emocional (SCL-90-R)	Encuesta de Salud Emocional (SCL-90-R)
Encuesta de Salud Social (SCL-90-R)	Encuesta de Salud Social (SCL-90-R)
Encuesta de Salud Económica (SCL-90-R)	Encuesta de Salud Económica (SCL-90-R)
Encuesta de Salud Legal (SCL-90-R)	Encuesta de Salud Legal (SCL-90-R)
Encuesta de Salud Política (SCL-90-R)	Encuesta de Salud Política (SCL-90-R)
Encuesta de Salud Cultural (SCL-90-R)	Encuesta de Salud Cultural (SCL-90-R)
Encuesta de Salud Ambiental (SCL-90-R)	Encuesta de Salud Ambiental (SCL-90-R)
Encuesta de Salud Global (SCL-90-R)	Encuesta de Salud Global (SCL-90-R)
Encuesta de Salud Local (SCL-90-R)	Encuesta de Salud Local (SCL-90-R)
Encuesta de Salud Regional (SCL-90-R)	Encuesta de Salud Regional (SCL-90-R)
Encuesta de Salud Nacional (SCL-90-R)	Encuesta de Salud Nacional (SCL-90-R)
Encuesta de Salud Internacional (SCL-90-R)	Encuesta de Salud Internacional (SCL-90-R)
Encuesta de Salud Mundial (SCL-90-R)	Encuesta de Salud Mundial (SCL-90-R)

Resultados

Se encontraron resultados en el estudio generalizado de los sujetos participantes, respecto a las repercusiones positivas en el día a día que dio.

Los cuidadores con un nivel de institucionalización elevada, en el área de un medio más placentero, después de haberse informado de la enfermedad de la persona a la que se le cuida.

Los cuidadores que trabajan con el familiar, mejoraron las relaciones de pareja en el caso de familias y la comunicación con la familia extendida.

Se observó un nivel de bienestar físico, psicológico, social, emocional y espiritual, mejorado en los cuidadores que se cuidan.

Los cuidadores que trabajan con el familiar, mejoraron las relaciones de pareja en el caso de familias y la comunicación con la familia extendida.

Los cuidadores que trabajan con el familiar, mejoraron las relaciones de pareja en el caso de familias y la comunicación con la familia extendida.

Conclusiones

Cuidar a una persona con demencia es un reto emocional y físico. El cuidador principal de una persona con demencia debe estar preparado para afrontar los desafíos que se le presentan.

Los cuidadores con un nivel de institucionalización elevada, en el área de un medio más placentero, después de haberse informado de la enfermedad de la persona a la que se le cuida.

Los cuidadores que trabajan con el familiar, mejoraron las relaciones de pareja en el caso de familias y la comunicación con la familia extendida.

Nardone, G. (2008). *El arte de la comunicación*. Madrid: Alianza.

9. Intervención asistida con perros para personas con demencia



INTERVENCIÓN ASISTIDA CON PERROS PARA PERSONAS CON DEMENCIA

Pérez-Redondo, E. (Experta en IAA) - Pérez-Sáez, E. (Neuropsicóloga) - González-Ingelmo, M^a E. (Responsable de Investigación)
 Centro de Referencia Estatal de atención a personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias (IMSERSO) – Salamanca
 E-mail contacto: info@crealzheimer.es

Introducción

El Centro de Referencia Estatal de atención a personas con Enfermedad de Alzheimer y otras demencias (CREA - IMSERSO) ha introducido la Intervención asistida con perros (IAP) como una terapia no farmacológica dirigida a la mejora de los síntomas psicológicos y conductuales de las demencias (SPCD), uno de los principales problemas para familiares y cuidadores. Varios estudios han mostrado que las intervenciones con animales pueden ser beneficiosas para reducir la agitación y agresividad¹ y para producir efectos relajantes².

Objetivos

- Evaluar los efectos de la IAP sobre las alteraciones de conducta, la tensión arterial, la función cognitiva y la capacidad funcional de personas con demencia.
- Conocer la capacidad de la IAP para generar una experiencia positiva en el usuario en comparación con otras actividades.

Hipótesis

- Las sesiones de IAP tendrán un efecto relajante entre los participantes.
- La intervención reducirá la frecuencia de las alteraciones de conducta.
- La IAP generará una mejor experiencia que otras actividades.

Materiales y Métodos

Marco Terapéutico

24 sesiones durante 3 meses a razón de dos sesiones semanales de 45 minutos en formato grupal (4 grupos de 5 usuarios máximo). La intervención se realiza entre las 5 y las 7 pm. en un espacio designado específicamente para la actividad y aislado de las unidades de convivencia y el centro de día. Las sesiones se llevaron a cabo con la presencia de la experta en intervenciones asistidas por animales y una auxiliar de clínica.

Los objetivos terapéuticos ejecutados durante las sesiones fueron pautados con los diferentes profesionales del centro: Neuropsicólogos, Terapeutas Ocupacionales, Fisioterapeutas, y Trabajadora Social experta en IAP, en función de programa de atención individualizado que cada usuario tiene en el centro.

Objetivos terapéuticos

- Activación de las emociones positivas.
- Fomento de la autoestima.
- Mejora de la motivación y atención.
- Aumento de la participación y la socialización.
- Disminución de la ansiedad.
- Fomento de las relaciones interpersonales.
- Mejora de la calidad de vida.
- Ampliación de la estimulación sensorial.
- Apoyo en la mejora del esquema corporal y la desambigüación.
- Ejercitación de la psicomovilidad tanto fina como gruesa.
- Mejorar la precisión y coordinación de miembros.



Participantes

El grupo de intervención con IAP estuvo formado por 15 personas con demencia (12 con TA y 3 usuarios con otras demencias) usuarios de las unidades de convivencia (8 usuarios) y del centro de día (3 usuarios), seleccionadas por su interés en los animales y siempre que no tuvieran un historial conocido de miedo, alegría a los perros u otras enfermedades. El grupo control estuvo formado por 8 personas con demencia (6 EA y 2 usuarios con otras demencias) del centro de día (7 usuarios) y de las unidades de convivencia (1 usuario) que participaron en otras actividades ofrecidas en el mismo horario.

	n (NUP)	MMSE (M)	Barthel (M)	IAACM (M)
IAP	15 (8,7)	22,67 (3,45)	14,67 (5,00)	32 (14,85)
Control	8 (4,5)	19,38 (5,00)	9,38 (6,21)	43,37 (21,00)



Materiales

- Registro de la tensión arterial sistólica y diastólica y frecuencia cardíaca pre- y post-intervención.
- MMSE e Índice de Barthel pre- y post-intervención.
- Inventario de agitación del anciano de Cohen-Mansfield (IAACM)³. Completado por el equipo de auxiliares pre- y post-intervención así como por la experta en IAP al finalizar la intervención para valorar la presencia de comportamientos agitados durante las sesiones.
- Escala NPT-ES⁴ completada para los 9 participantes en IAP usuarios del centro de día como medida que permitiera comparar su experiencia en IAP con su experiencia en otras actividades.

Resultados

MMSE y Barthel

MMSE: Interacción Tratamiento*Pre-Post no significativa ($F_{(1,24)}=0,258$, $p=0,61$).

Barthel: Interacción Tratamiento*Pre-Post no significativa ($F_{(1,24)}=3,260$, $p=0,08$).

Tensión arterial y frecuencia cardíaca

• ANOVA de medidas repetidas para la Tensión arterial sistólica y diastólica – Efecto significativo de la interacción entre el factor tratamiento (IAP vs. control) y el factor Pre-Post ($F_{(1,24)}=3,546$; $p=0,048$).

• Los ANOVAS individuales: efecto significativo de la interacción Pre-Post*Tratamiento para la presión arterial sistólica ($F_{(1,24)}=5,522$; $p=0,031$) y para la presión arterial diastólica ($F_{(1,24)}=4,493$; $p=0,046$).

• ANOVA Frecuencia cardíaca - Interacción Pre-Post*Tratamiento no significativa ($F_{(1,24)}=0,2380$; $p=0,63$).



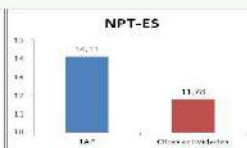
IAACM

• ANOVA de medidas repetidas para el IAACM - No efecto significativo de la interacción Pre-Post*Tratamiento ($F_{(1,24)}=0,286$; $p=0,61$).

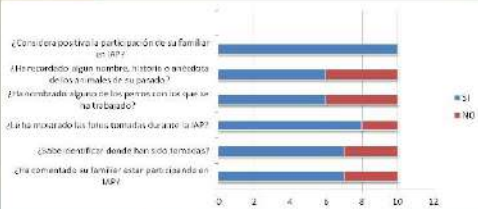
• Comparación IAACM IAP vs. IAACM durante otras actividades - Diferencias significativas (Z Wilcoxon= $3,296$; $p=0,001$) a favor de IAP.

Escala NPT-ES

Comparación escala NPT-ES IAP vs. NPT-ES otras actividades - Diferencias significativas a favor de IAP (Z Wilcoxon= $2,023$; $p=0,043$).



Adicionalmente se solicitó a los familiares cuidadores de los usuarios que participaron en las sesiones de IAP que responderían un cuestionario de valoración de la intervención. Obtuvimos colaboración de 10 personas.






Conclusiones


- Las sesiones de IAP tuvieron un efecto relajante en las personas con demencia como demostró el efecto de interacción entre el tratamiento (grupo IAP vs. Control) y el momento de medida (pre-intervención vs. post-intervención) para la tensión arterial sistólica y diastólica.
- Durante las sesiones de IAP no aparecieron las alteraciones de conducta, sin embargo este efecto no se mantuvo en otros ámbitos, ya que al finalizar el periodo de intervención no se obtuvo una reducción de los SPCD.
- La IAP tiene una capacidad superior a otras actividades para promover la implicación de los usuarios y generar una mejor experiencia como demostró el análisis de los resultados de la escala NPT-ES. Podemos suponer que este efecto es debido a la utilización del perro como mediador terapéutico, que provoca una alta implicación de los usuarios y una experiencia positiva de la intervención, lo que a su vez podría explicar la no aparición de los trastornos de conducta.


Bibliografía

1. Ribeiro, M. L. (2003). Effects of animal-assisted therapy on agitated behaviors and social interactions of older adults with dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 18, 323-326.
2. Wang, P. G., Merritt, P. G., Verbruggen, D. L., & Riebard, C. L. (1998). The effects of a pet as therapy dog on persons with dementia in a psychiatric ward. *Australian Occupational Therapy Journal*, 44, 350-366.
3. Cercule, J., Rodríguez, A., Rojas, G., Márquez, J., & González, E. (2020). Agitación y Deterioro Cognitivo usando la versión española del Inventario de Agitación del Anciano de Cohen-Mansfield. *Psiquiatría.com*, 8(5).
4. Martín, R., Ocasión, J., Poveda, S., López, P., & Peña-Casasnovas, J. (2012). NPT-ES: el measure of the experience of people with dementia during non-pharmacological interventions. *Non-Pharmacological Therapies in Dementia*, 1(3), 1-11.

10. Evaluación de los efectos de la terapia asistida con perros en personas con demencia





EVALUACIÓN DE LOS EFECTOS DE LA TERAPIA ASISTIDA CON PERROS EN PERSONAS CON DEMENCIA

Pérez-Redondo, E. *Experta en intervenciones asistidas con animales*, Pérez-Sáez, E. *Neuropsicólogo*, González-Ingelmo, E. *Responsable de investigación*
 Centro de Referencia Estatal de atención a personas con Enfermedad de Alzheimer y otras demencias (IMERSO) – Salamanca

Introducción

Desde el Centro de Referencia Estatal de atención a personas con Enfermedad de Alzheimer y otras demencias (CREA - IMERSO) se ha introducido la intervención mediante **Terapia asistida con perros (TAP)** como una terapia no farmacológica dirigida a la mejora de los síntomas psicológicos y conductuales de las demencias, uno de los principales problemas para familiares y cuidadores. Varios estudios han mostrado que las intervenciones con animales pueden ser beneficiosas para reducir la agitación y agresividad (Richeson, 2003) y para producir efectos relajantes (Walsh et al., 1995).

Objetivos

- Evaluar los efectos de la TAP sobre las alteraciones de conducta, la tensión arterial, la función cognitiva y la capacidad funcional de personas con demencia.
- Conocer la capacidad de la TAP para generar una experiencia positiva en el usuario en comparación con otras actividades.

Hipótesis

- Las sesiones de TAP tendrán un efecto relajante entre los participantes.
- La intervención reducirá la frecuencia de las alteraciones de conducta.
- La TAP generará una mejor experiencia que otras actividades.

Método

Marco Terapéutico
Se realizó una intervención de 24 sesiones durante 3 meses a razón de dos sesiones semanales de 45 minutos en formato grupal (4 grupos de 5 usuarios máximo). La intervención se realizó entre las 5 y las 7 p.m. en un espacio designado específicamente para la actividad y aislado de las unidades de convivencia y el centro de día.

Participantes
El grupo de intervención con TAP estuvo formado por 15 personas con demencia usuarias de las unidades de convivencia (6 usuarios) y del centro de día (9 usuarios) del CREA, seleccionadas por su interés en los animales y siempre que no tuvieran un historial conocido de miedo, alergia a los perros u otras enfermedades.

	n (hombres/mujeres)	Edad (dt)
TAP	15 (8/7)	72,67 (13,45)
Control	8 (3/5)	80,13 (9,23)

El grupo control estuvo formado por 8 personas con demencia del centro de día (7 usuarios) y de las unidades de convivencia (1 usuario) del CREA, que en lugar de en TAP participó en otras actividades recreativas ofrecidas en el mismo horario en el espacio del centro de día.

Diagnóstico	TAP	Control
D. tipo Alzheimer	9	3
D. mixta vascular-Alzheimer	3	3
D. frontotemporal	1	1
D. por cuerpos de Lewy	1	1
Otras	1	0


Materiales

- Tensión arterial sistólica y diastólica y frecuencia cardiaca pre- y post-sesión para los grupos TAP y control.
- MMSE pre- y post-intervención.
- Índice de Barthel pre- y post-intervención.
- Inventario de agitación del anciano de Cohen-Mansfield (IAACM). Completado por el equipo de auxiliares pre- y post-intervención así como por la experta en TAP al finalizar la intervención para valorar la presencia de comportamientos agitados durante las sesiones.
- Escala NPT (Muñiz, Olazarán, Poveda, Lago y Peña-Casanova, 2011) completada para los 9 participantes en TAP usuarios del centro de día como medida que permitiera comparar su experiencia en TAP con su experiencia en otras actividades.

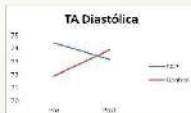
Resultados

Tensión arterial y frecuencia cardiaca

- MANOVA de medidas repetidas para la **Tensión arterial sistólica y diastólica** – Efecto significativo de la interacción entre el factor tratamiento (TAP vs. control) y el factor Pre-Post ($F_{(2, 20)}=3,546$; $p=0,048$).
- Los ANOVAS individuales: efecto significativo de la interacción Pre-Post*Tratamiento para la **presión arterial sistólica** ($F_{(1, 21)}= 6,522$; $p=0,018$) y para la **presión arterial diastólica** ($F_{(1, 21)}= 4,493$; $p=0,045$).
- ANOVA de medidas repetidas para la Frecuencia cardiaca - No efecto significativo de la interacción Pre-Post*Tratamiento ($F_{(1,21)}=0,2380$; $p=n.s.$).



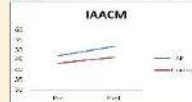
TA Sistólica




TA Diastólica

IAACM

- ANOVA de medidas repetidas para el **IAACM** - No efecto significativo de la interacción Pre-Post*Tratamiento ($F_{(1, 21)}=0,286$; $p=n.s.$).
- Comparación **IAACM TAP vs. IAACM durante otras actividades** – Diferencias significativas (Z Wilcoxon=3,256; $p=0,001$) a favor de TAP, como es lógico ya que durante las sesiones de TAP nunca aparecieron las alteraciones de conducta.



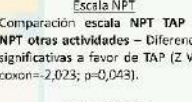
IAACM



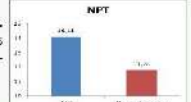
IAACM

Escala NPT

Comparación **escala NPT TAP vs. NPT otras actividades** – Diferencias significativas a favor de TAP (Z Wilcoxon=-2,023; $p=0,043$).



NPT



NPT

Otras variables

MMSE: Tratamiento*Pre-Post no significativa ($F_{(1, 21)}=0,258$; $p=n.s.$).

Barthel: Tratamiento*Pre-Post no significativa ($F_{(1, 21)}=3,260$; $p=n.s.$).


Conclusiones

- Las sesiones de TAP tuvieron un efecto relajante en las personas con demencia como demostró el efecto de interacción entre el tratamiento (grupo TAP vs. Control) y el momento de medida (pre-intervención vs. Post-intervención) para la tensión arterial sistólica y diastólica.
- Durante las sesiones de TAP no aparecieron las alteraciones de conducta, sin embargo este efecto no se mantuvo en otros ámbitos, ya que finalizar el periodo de intervención no se obtuvo una reducción de las alteraciones de conducta como esperábamos.
- La TAP tiene una capacidad superior a otras actividades para promover la implicación a los usuarios y generar una mejor experiencia como demostró el análisis de los resultados de la escala NPT. Podemos suponer que este efecto es debido a la utilización del perro como mediador terapéutico, que provoca una alta implicación de los usuarios y una experiencia positiva de la intervención, lo que a su vez podría explicar la no aparición de los trastornos de conducta.

Bibliografía

Richeson, N. E. (2003). Effects of animal-assisted therapy on agitated behaviors and social interactions of older adults with dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 18, 353-358.

Walsh, P. G., Martín, P. G., Verlander, D. F., & Pollard, C. F. (1995). The effects of a 'pets as therapy' dog on persons with dementia in a psychiatric ward. *Australian Occupational Therapy Journal*, 42, 161-166.



11. El objeto transicional y la demencia: una aplicación clínica en la ansiedad por separación



EL OBJETO TRANSICIONAL Y LA DEMENCIA, UNA APLICACIÓN CLÍNICA EN LA ANSIEDAD POR SEPARACIÓN

de **Andrés Terán, A.L.**¹, **Cortés Morales, B.**²
E-mail contacto: info@crealzheimer.es

Introducción

El objeto transicional fue inicialmente definido por D. W. Winnicott en 1951 en su artículo "Transitional objects and transitional phenomena" (1), se entiende como un objeto material del entorno, por lo general blando, que el bebé elige y usa dentro del área intermedia de separación. Según este concepto el ser humano tiene la posibilidad de transitar desde la dependencia absoluta del medio ambiente a una independencia relativa, y como parte de este paso se encuentra el objeto transicional (2). En este objeto, el infante deposita un apego, vuelca las ansiedades, frustraciones, miedos y furgo como un objeto que suplía ciertas funciones de la madre cuando está ausente.

El concepto de objeto transicional está relacionado con dos conceptos importantes: el de "madre suficientemente buena" la cual permite la adaptación al mundo externo del infante, acepta sus gestos espontáneos, interpreta sus necesidades y los devuelve como gratificación, y el concepto "espacio transicional", un espacio intermedio que, no es ni el espacio exterior objetivo (por ejemplo la madre real), ni el espacio interno subjetivo del niño (por ejemplo la representación interna de la madre), sino un tercer espacio de intersección ocupado por los "objetos transicionales" (2).

Tomando como base esta teoría de D. Winnicott y adaptándolo a la necesidad de intervención terapéutica en la ansiedad por separación en las demencias se diseñó un proyecto piloto con una paciente con Enfermedad de Alzheimer de 84 años (IGDS: 5, MMSE: 10/30, MEC: 14/55, Índice de Birtwell: 53, Escala de Lawton y Brody: 28), la cual presentaba una gran ansiedad que se producía en los momentos de despedida en encuentros con su hija.

El objetivo de este proyecto piloto fue disminuir la ansiedad de separación mediante el trabajo con el objeto y la función de la madre suficientemente protectora, representada por la terapeuta, durante las citas de su hija.



Materiales y Método

Fue un estudio de caso único, se hicieron ocho sesiones de una hora con la paciente, todas los martes de cada semana interintermedariamente y a la misma hora a lo largo de dos meses. Todas las intervenciones fueron grabadas en vídeo para su posterior revisión.

Un velo de color verde fue el Objeto Transicional Adulto, presentado a la paciente en la primera sesión terapéutica. A diferencia de la teoría de D. Winnicott, el objeto fue elegido por la terapeuta, aunque el color fue elegido por la paciente. Se eligió el velo porque a la vez que permite jugar con él y cambia las cualidades y cualidades del movimiento, es un objeto de uso cotidiano en el ámbito móvil y no es un juguete infantil. Además, permite interactuar con otra persona, es fácil de transportar y de guardar en su habitación para que luego pudiera reconocerlo como suyo.

El método de trabajo fue el juego como lo sugiere D. Winnicott (2), a través de las teorías de la danza movimiento terapia (3).

Referencias Bibliográficas

[1]. Winnicott DW. Transitional objects and transitional phenomena. In: Collected Papers Through Pediatrics to Psychoanalysis. New York, NY: Basic Books; 1951:229-236.
[2]. Winnicott DW. Motherly and baby. Barcelona: Gedisa; 1980.
[3]. Wengrower H, Churlin S. El Velo es Danza: el arte y el objeto de la Danza Movimiento Terapia. Barcelona: Editorial Síntesis; 2008.

1. Doctor creativo terapéutico. Centro de Atención Integral al Atención e Investigación en Enfermedades de Alzheimer y otras Enfermedades Neurodegenerativas.
2. Psiquiatra y psicoanalista. Centro de Atención Integral al Atención e Investigación en Enfermedades de Alzheimer y otras Enfermedades Neurodegenerativas.

Todas las sesiones se iniciaron en su habitación recogiendo y llevándolo ella misma al velo a la sala de terapia, la cual representó el espacio transicional interparticipativo. En la sala se desarrollaron juegos con el objeto como "separarse y desentrelazarse", "el escondido", "velar", "talar y empuñar". La sesión finalizaba doblando el velo y llevándolo ella misma a su habitación.

- Se realizaron tres entrevistas y una sesión con la hija.
- Primera entrevista: Exposición del proyecto y obtención del consentimiento de participación.
 - Segunda entrevista y sesión: Traspaso del objeto a la hija para su utilización posterior en las vistas sucesivas.
 - Tercera entrevista: Seguimiento.

El segundo autor participó en las tres entrevistas y como observador en tres sesiones, una al principio, otra a mitad del proyecto y en la sesión de traspaso del objeto.

Resultados

Se dio el proceso de apropiación del objeto y fue reconocido como suyo ("Es por nuestro papito"), ya que ella lo tenía guardado en su habitación y sabía perfectamente dónde estaba, se pasó de que la terapeuta llevara el objeto a que ella lo buscara en su habitación lo llevara a la sala de juego, y que al terminar la sesión ella misma lo doblara y guardara en su habitación ("todo para mí").

La sala de terapia cambió las funciones del espacio transicional, porque su utilidad cambiaba dentro de este volviéndose más lúdica y tomando la iniciativa en el juego, intercambiando los roles de hijo a madre.

La terapeuta cumplió el papel de madre suficientemente buena ya que la paciente mostró su felicidad, se movilizaba espontáneamente en el espacio, sucedió cambios en los juegos, y se observó un cambio en la calidad y cantidad del movimiento, ya que la paciente dejó rechazar el contacto físico y con el velo ella cruzó el espacio para saltarlo.

Se observó un cambio en el lenguaje, de las exclamaciones persistentes, a la generación espontánea de frases relacionadas con el juego ("¿tienes la higo ya?").

El traspaso del objeto en la relación madre-hija presentó menos dificultades de las previstas, durante el proceso la relación entre ellas se modificó de tal forma que jugaron desde el principio y es la paciente la que dirige el juego. La hija no mostró vergüenza que este juego lo podría producir con su madre ("Me da mucha vergüenza, no se jugar"), sino que se involucro rompiendo las pautas rígidas de relación. El juego finalizó cuando la paciente lo derribó, dobló con su hija el pañuelo, regresaron juntas a la habitación y se observó una despedida afectuosa y sin angustia.

Su hija manifestó que se sentía más tranquila al usar el objeto y por lo que este resultó también útil para reducir la ansiedad en la hija ("me sentí menos angustiada, creí que iba a ser más difícil").

Durante su permanencia en el centro, tanto el objeto, el espacio y la nueva rutina relacional lúdica establecida siguieron funcionando como se había previsto. Después del alta, la paciente fue ingresada en otro centro residencial y aunque se intentó utilizar el objeto nuevamente no se observaron los mismos efectos. Esto pudo haber ocurrido debido a que el cambio de "espacio donde se realizaba el juego", "tiempos de visita", "la adaptación al nuevo sitio" y otros variables no conocidos afectaron la utilidad del objeto, ya sea por cambio en el significado del objeto (que dejó de ser el objeto transicional) o porque para implantar la nueva intervención se necesitó más tiempo.


Conclusiones

Se logró disminuir la ansiedad que produce la separación mediante el uso lúdico y adulto del objeto tanto en los encuentros con la terapeuta como con la hija. Obviándose así la mayor necesidad de intervenciones farmacológicas en los momentos de despedida de su hija y familiares.

RECOMENDACIONES

Los buenos resultados obtenidos sugieren una nueva línea de investigación clínica, la cual debe ser estudiada mediante un proyecto con una mayor muestra y tiempo de ejecución.

12. Proyecto cuidador: detección precoz de deterioro cognitivo y/o depresión en los cuidadores de personas con demencia



PROYECTO CUIDADOR: DETECCIÓN PRECOZ DE DETERIORO COGNITIVO Y/O DEPRESIÓN EN LOS CUIDADORES DE PERSONAS CON DEMENCIA

Gay Puente, F.J.¹, Sánchez, E.², Cáceres, R.³ y Pérez, E.⁴

Introducción

Recientemente se han publicado estudios de seguimiento de pacientes durante periodos prolongados de tiempo que han demostrado las consecuencias a largo plazo del estrés parental en el aumento de la incidencia de demencia, especialmente de enfermedad de Alzheimer (1).

Los mecanismos fisiopatológicos que se producen desde el estrés hacia la demencia estarían mediados por un aumento crónico de los niveles de cortisol, resistencia a la acción de la insulina e inflamación crónica que, mediante procesos neuroendocrinos, favorecerían la degeneración del hipocampo (2).

El cuidado de un espacio con demencia es una experiencia vital que origina un considerable estrés que acaba produciendo un aumento de la incidencia de ansiedad (3) y depresión (4). Sin embargo, hasta donde sabemos, no nuestro medio no hay estudios que evalúen la prevalencia de deterioro cognitivo y/o depresión en cuidadores principales de pacientes con demencia.

En nuestro centro, el objetivo es realizar estudios e intervenciones tanto en los pacientes con demencia como en sus cuidadores y en sus familias. Muchas de los cuidadores principales de los pacientes con demencia son personas mayores de 65 años que sufren riesgo tanto de deterioro cognitivo como de depresión.

Objetivos

- Detección precoz de la existencia de deterioro cognitivo y/o depresión en los cuidadores mayores de 65 años de los pacientes usuarios del CRE Alzheimer.
- Evaluar la prevalencia de deterioro cognitivo y/o depresión en los cuidadores principales mayores de 65 años de pacientes con demencia admitidos en el CRE Alzheimer.

Materiales y Método

Diseño

- Estudio descriptivo prospectivo observacional.
- Se presenten los resultados de un estudio piloto, desarrollado como caso previo a un estudio poblacional.

Criterios de inclusión

- Se incluyen todos los cuidadores mayores de 65 años de los pacientes ingresados en el CREA desde junio de 2012.
- Es imprescindible que el cuidador acuda de forma presencial al centro.

Criterios de exclusión

- Rechazo expreso a participar en el estudio.
- Familiares ancianos que no actúan al centro a la valoración.

Procedimiento

El protocolo de estudio se inicia mediante una entrevista con la psicóloga del Área de Familia del CRE en la que se informa a todas las familias del proyecto y se solicita a los cuidadores mayores de 65 años su participación mediante la firma de un consentimiento informado.

La detección precoz de demencia y/o depresión en los cuidadores se basa en la realización de una batería de tests de cribado de depresión (GDS de Yesavage) y de demencia cognitiva (MMSE, MEG, B.MIS, Test de Rolo) (TR) y a la copia (TRC). El test de Yesavage lo administra la psicóloga y los tests cognitivos al neurólogo o al neurólogo. El tiempo utilizado para realizar el protocolo de screening fue de 15-20 minutos.

Criterio sospecha de depresión: puntuación mayor de 5 puntos en el escala de Yesavage.

Criterio de sospecha de deterioro cognitivo: puntuación inferior al corte normal de cualquiera de las pruebas cognitivas administradas (MMSE < 24, MIS < 4, TRC < 8, TR orden 4 copia < 15).

Las personas cuidadoras que se consideran en riesgo de presentar depresión y/o deterioro cognitivo según los criterios establecidos consideramos que deben ser estudiados en profundidad para confirmar o descartar la sospecha diagnóstica y recibir el tratamiento que correspondiera.

Se ha redactado una carta para el Médico de Atención Primaria del paciente para informar sobre el proyecto y los resultados del cribado. En este documento se solicita su colaboración para que la persona en riesgo de sufrir deterioro cognitivo y/o depresión sea derivada para ser estudiada en profundidad en los recursos existentes para ella en el SACYL (1).

Seis meses después de la entrega de la carta dirigida al médico de cabecera se realizó una encuesta telefónica para obtener los datos referentes a las siguientes cuestiones: 1- Derivación o no del paciente a Salud Mental y/o Servicio de Neurología, 2- Diagnóstico o no de depresión y/o demencia, 3- Tratamiento aplicado en caso de diagnóstico de demencia y/o depresión, 4- Evaluación clínica de las personas tratadas y no tratadas. (Datos no presentados, pues el seguimiento no se ha completado).

Resultados

Población: Se valoraron 109 pacientes de los cuales 55 tenían familiares mayores de 65 años, acudiendo de ellos al centro sólo 18 cuidadores. Aceptaron participar en el estudio todos ellos, obteniendo una muestra final, en el momento de la preparación del poster de 18. (Resultados y revisionales).

Tabla 1. Características básicas (n=18)

	n	%
Edad media (rango)	75,3 ± 8,5	
Sexo mujer	12	50
Relación con paciente		
Esposa	17	94,4
Nivel de estudios		
Analphabetas	1	5,6
Grados primarios	5	27,8
Grados superiores	3	16,7
Actas de escolaridad (media OC)	5,9 ± 9,5	
Antecedentes personales		
Polipatología	9	50
Antecedentes familiares		
Demencia	5	27,8
Psiquiatría	2	11,1
Nivel de cuidado (media OC)	3,2 ± 3,5	
Mejor día del cuidado (media OC)	14,1 ± 5	

Tabla 2. Cribado de deterioro cognitivo: Individuos detectados según test screening

MMSE (<24)	4
B-MIS (<4)	7
TRC (<8)	2
TRC (<8)	1

Gráfico 1. Prevalencia Sospecha Depresión

Gráfico 2. Prevalencia Sospecha Deterioro Cognitivo

Gráfico 3. Frecuencia Deterioro Cognitivo y/o Depresión

Conclusiones

Aunque se trata de resultados preliminares, la prevalencia de depresión y posible deterioro cognitivo en cuidadores de pacientes con demencia es alta.

Es importante mantener un alto índice de sospecha, y estar atento a la presencia de posibles síntomas psicológicos y cognitivos en los cuidadores ancianos de personas con demencia.

La implementación de la muestra es imprescindible para calcular la prevalencia real y en un segundo paso, identificar subgrupos de mayor riesgo para el desarrollo de ambos problemas. Ante los resultados y el éxito del estudio piloto, se realizará un estudio poblacional con la misma metodología.

Referencias Bibliográficas

1. García Rodríguez de Paredes, J. Cuidadores familiares de personas con demencia: una experiencia.
2. Jelic, M. et al. (2008) Neuroendocrine and neuroinflammatory pathways in Alzheimer's disease. *Journal of Alzheimer's Disease*, 21(1), 1-10.
3. Jelic, M. et al. (2008) Neuroendocrine and neuroinflammatory pathways in Alzheimer's disease. *Journal of Alzheimer's Disease*, 21(1), 1-10.
4. Jelic, M. et al. (2008) Neuroendocrine and neuroinflammatory pathways in Alzheimer's disease. *Journal of Alzheimer's Disease*, 21(1), 1-10.
5. Jelic, M. et al. (2008) Neuroendocrine and neuroinflammatory pathways in Alzheimer's disease. *Journal of Alzheimer's Disease*, 21(1), 1-10.
6. Jelic, M. et al. (2008) Neuroendocrine and neuroinflammatory pathways in Alzheimer's disease. *Journal of Alzheimer's Disease*, 21(1), 1-10.
7. Jelic, M. et al. (2008) Neuroendocrine and neuroinflammatory pathways in Alzheimer's disease. *Journal of Alzheimer's Disease*, 21(1), 1-10.
8. Jelic, M. et al. (2008) Neuroendocrine and neuroinflammatory pathways in Alzheimer's disease. *Journal of Alzheimer's Disease*, 21(1), 1-10.
9. Jelic, M. et al. (2008) Neuroendocrine and neuroinflammatory pathways in Alzheimer's disease. *Journal of Alzheimer's Disease*, 21(1), 1-10.
10. Jelic, M. et al. (2008) Neuroendocrine and neuroinflammatory pathways in Alzheimer's disease. *Journal of Alzheimer's Disease*, 21(1), 1-10.

13. Cuidas mientras vives o vives mientras cuidas? Un programa de empoderamiento para cuidadores de personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias



«¿CUIDAS MIENTRAS VIVES O VIVES MIENTRAS CUIDAS?»: UN PROGRAMA DE EMPODERAMIENTO PARA CUIDADORES DE PERSONAS CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS

del Sastre-Orosa, M.¹, Cáceres, R.¹, Beyebach, M.², Pérez-Sáez, E.³, y González-Ingelmo, E.⁴

1. Psicóloga y Responsable Proyecto de Salud Social en el Área de Bienestar Educativo de la Universidad de Salamanca y responsable del programa de empoderamiento para cuidadores de personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias en el sistema de salud pública.
2. Psicóloga y Responsable Proyecto de Salud Social en el Área de Bienestar Educativo de la Universidad de Salamanca y responsable del programa de empoderamiento para cuidadores de personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias en el sistema de salud pública.
3. Psicóloga y Responsable Proyecto de Salud Social en el Área de Bienestar Educativo de la Universidad de Salamanca y responsable del programa de empoderamiento para cuidadores de personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias en el sistema de salud pública.
4. Psicóloga y Responsable Proyecto de Salud Social en el Área de Bienestar Educativo de la Universidad de Salamanca y responsable del programa de empoderamiento para cuidadores de personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias en el sistema de salud pública.

Introducción

La demencia genera un alto impacto social y familiar. Tanto a escala de la biología como de la experiencia subjetiva del estado de salud, el deterioro de la personalidad y los cambios en los tipos de programas de intervención para esta condición.

La mayoría de estos programas se basan en el fortalecimiento de las habilidades para el cuidado. Desde finales de los años 80, en el Centro de Bienestar Educativo de la Universidad de Salamanca se han desarrollado programas de empoderamiento para cuidadores de personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias (CEBES) que buscan mejorar la calidad de vida de los cuidadores y de las personas cuidadas. Estos programas se basan en el fortalecimiento de las habilidades para el cuidado y en el apoyo emocional y práctico. Los objetivos de estos programas son: mejorar la calidad de vida de los cuidadores y de las personas cuidadas, reducir el estrés y mejorar la salud física y emocional de los cuidadores, mejorar la comunicación y el apoyo emocional de los cuidadores, mejorar la salud física y emocional de las personas cuidadas, mejorar la calidad de vida de las personas cuidadas, mejorar la comunicación y el apoyo emocional de las personas cuidadas, mejorar la salud física y emocional de las personas cuidadas, mejorar la comunicación y el apoyo emocional de las personas cuidadas.

El objetivo de los resultados evaluados fue evaluar el impacto del programa de empoderamiento para cuidadores de personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias en el sistema de salud pública.

Objetivos

Objetivo general

El objetivo general fue evaluar el efecto del programa de empoderamiento para cuidadores de personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias en el sistema de salud pública.

Objetivos específicos

- Crear un espacio para personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias y sus cuidadores.
- Mejorar la calidad de vida de los cuidadores y de las personas cuidadas.
- Mejorar la comunicación y el apoyo emocional de los cuidadores y de las personas cuidadas.
- Mejorar la salud física y emocional de los cuidadores y de las personas cuidadas.
- Mejorar la comunicación y el apoyo emocional de los cuidadores y de las personas cuidadas.
- Mejorar la salud física y emocional de los cuidadores y de las personas cuidadas.

Metodología

El estudio se realizó en el sistema de salud pública de Salamanca. Se seleccionó un grupo de cuidadores de personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias en el sistema de salud pública.

El grupo de la muestra se dividió en dos grupos: el grupo de intervención y el grupo de control. El grupo de intervención recibió el programa de empoderamiento para cuidadores de personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias.

- Cuidado de personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias en el sistema de salud pública.
- Cuidado de personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias en el sistema de salud pública.
- Cuidado de personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias en el sistema de salud pública.
- Cuidado de personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias en el sistema de salud pública.
- Cuidado de personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias en el sistema de salud pública.
- Cuidado de personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias en el sistema de salud pública.
- Cuidado de personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias en el sistema de salud pública.
- Cuidado de personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias en el sistema de salud pública.

Todos los participantes asistieron a las sesiones grupales de 90 minutos en el aula de la universidad de Salamanca.

Se realizó un estudio de seguimiento de los participantes en el sistema de salud pública.

Los datos se analizaron utilizando el método de análisis de varianza (ANOVA) para comparar los resultados entre los grupos de intervención y control.

Referencias Bibliográficas

Resultados

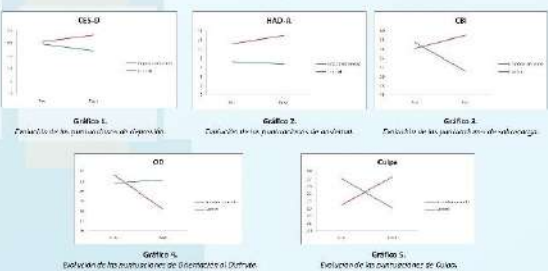
Los resultados de los cuestionarios de evaluación de la calidad de vida de los cuidadores y de las personas cuidadas se analizaron utilizando el método de análisis de varianza (ANOVA) para comparar los resultados entre los grupos de intervención y control.

Tabla 1. Resultados de la encuesta de percepción de los cuidadores de personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias en el sistema de salud pública.

Variable	Pre-intervención	Post-intervención
CEBES	1,43	1,43
CEBES-D	1,43	1,43
MADA	1,43	1,43
CEBES	1,43	1,43
CEBES-D	1,43	1,43
MADA	1,43	1,43
CEBES	1,43	1,43
CEBES-D	1,43	1,43
MADA	1,43	1,43

Tabla 2. Resultados de la encuesta de percepción de las personas cuidadas de personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias en el sistema de salud pública.

Variable	Pre-intervención	Post-intervención
CEBES	1,43	1,43
CEBES-D	1,43	1,43
MADA	1,43	1,43
CEBES	1,43	1,43
CEBES-D	1,43	1,43
MADA	1,43	1,43
CEBES	1,43	1,43
CEBES-D	1,43	1,43
MADA	1,43	1,43



Conclusiones

Los resultados sugieren que el programa de empoderamiento para cuidadores de personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias en el sistema de salud pública tiene efectos beneficiosos sobre la calidad de vida de los cuidadores y de las personas cuidadas.

El programa de empoderamiento para cuidadores de personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias en el sistema de salud pública es un programa eficaz para mejorar la calidad de vida de los cuidadores y de las personas cuidadas.

14. Prevalencia de síndromes geriátricos en personas con demencia



PREVALENCIA DE SÍNDROMES GERIÁTRICOS EN PERSONAS CON DEMENCIA

Sánchez García, E.¹, Gay, J.², Palomino, M.³, Sánchez, R.³, Cortés, B.⁴

Introducción

Los síndromes geriátricos (SG) son condiciones multifactoriales, muy prevalentes en el paciente anciano, que tienen valor pronóstico y un elevado impacto en la calidad de vida del paciente y su familia.

Su detección sistemática es fundamental porque se pueden prevenir y tratar, lo que tiene implicaciones importantes en la forma de realizar la provisión de cuidados a estos pacientes, especialmente en lo que refiere a los cuidados no farmacológicos.

La demencia es uno de los principales síndromes geriátricos y a su vez se considera un factor de riesgo importante en el desarrollo de los demás SG.

Se ha estudiado que existe una alta prevalencia de la mayoría de estos síndromes geriátricos en pacientes con demencia; sin embargo, no se ha descrito cual es la prevalencia de SG de acuerdo a la gravedad de la demencia.

Objetivos

- Estudiar y describir cual es la prevalencia de síndromes geriátricos en personas con demencia admitidas en el centro de referencia estatal de Alzheimer (C.R.E.A.).
- Analizar la prevalencia de SG de acuerdo a la gravedad de la demencia (GDS).
- Describir las características de las personas admitidas en el C.R.E.A.

Material y Métodos

Diseño:

Estudio descriptivo prospectivo observacional.

Criterios de inclusión:

Se incluyeron todos los pacientes admitidos en el CREA desde Junio de 2012 hasta Octubre 2015 (n=109).

Objetivos:

Se recogieron mediante revisión de historia y anamnesis al cuidador principal, datos socio demográficos y clínicos.

Se evaluaron los siguientes síndromes geriátricos:

- Delirium al ingreso** (Confusion Assessment Method)(1)
- Inestabilidad de la marcha** o antecedente de dos o más caídas en últimos año.
- Déficit auditivo y visual:** déficit visual o auditivo significativo, que interfiere con la comunicación oral o escrita.
- Trastorno del ánimo** (Pacientes con tratamiento antidepresivo o con síntomas afectivos según criterio médico y de acuerdo a DSMIV-TR)(2)
- Trastorno del sueño:** Insomnio, hipersomnia, trastorno de fase REM según lo definido por la academia americana de medicina del sueño(3).
- Estreñimiento crónico:** según criterios de ROME III(4).
- Incontinencia urinaria o fecal:** cualquier pérdida involuntaria de orina que supone un problema higiénico o social(5).
- Polifarmacia:** si el paciente tomaba más de cinco fármacos al ingreso.
- Malnutrición:** MNA al ingreso<17.
- Síndrome de inmovilidad** (6)
- Úlceras por presión:** La presencia la exploración o el antecedente de úlceras por presión.

Referencias Bibliográficas:

- Inouye et al. Annals of Internal Medicine. 2000;133:991-998.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV). 4 ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
- International Academy of Sleep Medicine. International classification of sleep disorders, 2nd ed.: diagnostic and coding manual. Chicago, IL: American Academy of Sleep Medicine; 2005.
- Lombardi GF, et al. Gastroenterology. 2006;131:1480-1493.
- Albani, P et al. The standardization of terminology in lower urinary tract function. Report from the Standardization Sub-committee of the International Continence Society. Neurourology. 2002; 21: 162-168.
- J.L. González Martínez y Teresa Alarcón. Brando Síndromes Geriátricos, Diagnóstico y prevención de los más importantes. Medicina 2003;6(108): 5778-5785.

Resultados

Características basales

Característica	n	%
Sexo (masculino/femenino)	95/14	87.2/12.8
Edad (años)	70	64.2%
Origen civil	6	5%
Casado	60	55.0
Divorciado/Seperado	6	5.5
Soltero	6	5.5
Viudo	27	25.0
UBICACION Y MOVIMIENTO AL MOMENTO DE LA ADMISION	n	%
Con pareja	65	59.5
Residencia independiente	23	21.0
Con familia (suegro)	27	24.7
Ciudad	2	1.7
NOSE DE LOS SÍNDROMES	n	%
Ante inicio	1	0.9
Uso y control	26	24.2
Deficiencia primaria	29	26.0
Rachas	7	6.4
Síntomas recurrentes	8	7.3
SITUACION FUNCIONAL (según el estado)	n	%
Independencia (GDS=100)	1	0.9
Dependencia leve (GDS=91-99)	26	24.2
Dependencia moderada (GDS=81-90)	27	25.0
Dependencia grave (GDS=71-80)	7	6.4
Dependencia total (GDS=60-70)	8	7.3

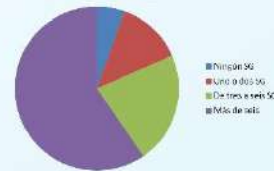
Comorbilidad

Síndrome geriátrico	n	%
Ansiedad	18	16.5
Trastorno del sueño	18	16.5
Cardiopatía isquémica	17	15.6
Cardiopatía (valvular o ICC)	24	22.0
Antecedentes de ICTUS	25	23.0
Antecedentes de Hipertensión	58	53.2
Polifarmacia	31	28.4
Estreñimiento	4	3.7

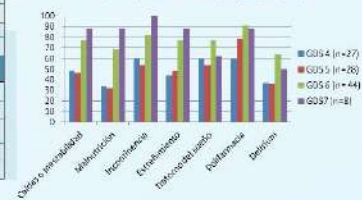
PREVALENCIA DE SÍNDROMES GERIÁTRICOS



DISTRIBUCION DE PACIENTES DE ACUERDO AL NÚMERO DE SG QUE PRESENTAN



PREVALENCIA DE SÍNDROMES GERIÁTRICOS DE ACUERDO AL ESTADO DE LA DEMENCIA, SEGÚN GDS



Conclusiones

- La mayoría de los pacientes con demencia, presentan síndromes geriátricos concomitantes, que requieren una valoración individualizada y especializada.
- Los SG más prevalentes en nuestra muestra son el déficit sensorial, la polifarmacia y los trastornos del ánimo y del sueño.
- La prevalencia de la mayoría de los SG, aumenta a medida que avanza la demencia.
- Es necesario desarrollar y evaluar un sistema de cuidados en el paciente con demencia, que integre el manejo específico de estos síndromes geriátricos, de acuerdo a la gravedad de la demencia.

15. Estrés postraumático y demencia: ¿cuál es la relación? Un proyecto para analizar la relación entre estrés, estrés postraumático y demencia



ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Y DEMENCIA: ¿CUÁL ES LA RELACIÓN? UN PROYECTO PARA ANALIZAR LA RELACIÓN ENTRE ESTRÉS, ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Y DEMENCIA

Palomino, M.¹, Cáceres, R.², Beyebach, M.³ y Villar, R.⁴

Introducción

La población mundial sufre un aumento del número de casos de demencia, sin embargo la etiología de ésta continúa sin ser muy clara. Estudios de cohorte que se han realizado muestran que eventos traumáticos y el trastorno por estrés postraumático (TEPT) aumentan el riesgo de desarrollar demencia (1) y de tener un peor pronóstico de supervivencia (2). Así como el estrés postraumático puede ser un factor de riesgo, como el trastorno de ansiedad, representa la probabilidad de desarrollar (3, 4) y tener (5) un peor pronóstico.

Numerosas investigaciones han documentado cómo niveles elevados de estrés y niveles elevados de ansiedad se relacionan con la pérdida de memoria (6). Otros estudios han sido relacionados con alteraciones en la actividad de la hipófisis-hipotálamo-hipofisario-hipofisario y con la actividad de los sistemas de neurotransmisión por el estrés, que suprime la actividad del hipocampo e induce la actividad del mismo. Otra teoría que explica estas relaciones se refiere al aumento en el nivel de estrés que genera inflamación y un aumento de los niveles de estrés.

En los últimos años se han publicado numerosos estudios que relacionan el estrés postraumático con la pérdida de memoria y el riesgo de desarrollar demencia. Uno de estos estudios, llevado a cabo durante más de 20 años (7), encontró que los veteranos de guerra que sufrieron un episodio de estrés postraumático durante la guerra tenían un mayor riesgo de desarrollar demencia. En segundo lugar, los veteranos de guerra que sufrieron un episodio de estrés postraumático durante la guerra tenían un mayor riesgo de desarrollar demencia, especialmente en la memoria episódica (8).

En el trabajo, hacer la relación entre el estrés postraumático y la demencia se ha realizado tanto en situaciones cotidianas (vida familiar, laboral, de ocio) como en el contexto de una experiencia traumática y en donde ésta se ha tratado como un factor de riesgo en el camino para el desarrollo de esta enfermedad.

La importancia de los resultados que se obtienen de las investigaciones pueden variar desde la posibilidad de mejorar el concepto de la demencia de un trastorno neurodegenerativo a un trastorno más dinámico, cuyos riesgos también se relacionan con el estrés y la ansiedad. Además, tener los datos sobre los factores ambientales y biológicos de riesgo, y también por qué, puede ser un desafío más complejo y una misión más crítica de la sociedad que estamos construyendo.

Objetivos

Objetivo general

Analizar la relación entre estrés postraumático y demencia.

Objetivos específicos

- Definir los criterios de inclusión y exclusión de la muestra de estudio.
- Analizar la relación de los síntomas de estrés postraumático con la demencia.
- Analizar los factores de riesgo de la persona y del entorno de la demencia.
- Medir el nivel de estrés postraumático.
- Analizar los niveles de cortisol en saliva.
- Analizar la relación temporal entre los sucesos traumáticos y el momento de inicio de la demencia.

Método

Muestra

Se reclutará a personas con diagnóstico de demencia de tipo Alzheimer (DTA) y de tipo vascular (DV) en el Instituto de Investigación Científica y Tecnológica de Salamanca, España. Se reclutará a personas con diagnóstico de estrés postraumático (TEPT) en el Instituto de Investigación Científica y Tecnológica de Salamanca, España.

Procedimiento

El estudio se realizará en un periodo de tiempo de 12 meses.

Instrumentos con DTG y demencia (DTG)

La recogida de información se realizará en dos fases. En la primera, se recogerá información sociodemográfica, historia clínica del paciente y cuestionario relacionado con aspectos de memoria y atención. En la segunda fase, se obtendrá la información de los factores de riesgo en una sesión de historia familiar y de los datos de los sucesos traumáticos.

- Inventario de Personalidad NEO-PI-R (Costa y McCrae, 1992).
- Escala de gravedad de los síntomas de estrés postraumático.
- Escala de dependencia de los cuidadores (DEE).
- Cuestionario de evaluación del estrés (GAE) (Santesteban, 2002).
- Escala de depresión (Beckman, 1990).
- Escala de depresión (Beckman, 1990).
- Escala de depresión (Beckman, 1990).
- Escala de depresión (Beckman, 1990).

La información de los datos se analizará y se dará a conocer a los participantes y a los investigadores. Los datos de los sucesos traumáticos se analizarán en una sesión de historia familiar y de los datos de los sucesos traumáticos. Los datos de los sucesos traumáticos se analizarán en una sesión de historia familiar y de los datos de los sucesos traumáticos.

Instrumentos con demencia no relacionada (DTG)

El estudio se realizará en un periodo de tiempo de 12 meses. La recogida de información se realizará en dos fases. En la primera, se recogerá información sociodemográfica, historia clínica del paciente y cuestionario relacionado con aspectos de memoria y atención. En la segunda fase, se obtendrá la información de los factores de riesgo en una sesión de historia familiar y de los datos de los sucesos traumáticos.

El estudio se realizará en un periodo de tiempo de 12 meses. La recogida de información se realizará en dos fases. En la primera, se recogerá información sociodemográfica, historia clínica del paciente y cuestionario relacionado con aspectos de memoria y atención. En la segunda fase, se obtendrá la información de los factores de riesgo en una sesión de historia familiar y de los datos de los sucesos traumáticos.

Discusión

La demencia es una enfermedad que afecta a la memoria y a la capacidad de razonamiento. Se trata de una enfermedad compleja que afecta a la vida diaria de las personas que la sufren.

El estudio se realizará en un periodo de tiempo de 12 meses. La recogida de información se realizará en dos fases. En la primera, se recogerá información sociodemográfica, historia clínica del paciente y cuestionario relacionado con aspectos de memoria y atención. En la segunda fase, se obtendrá la información de los factores de riesgo en una sesión de historia familiar y de los datos de los sucesos traumáticos.

El estudio se realizará en un periodo de tiempo de 12 meses. La recogida de información se realizará en dos fases. En la primera, se recogerá información sociodemográfica, historia clínica del paciente y cuestionario relacionado con aspectos de memoria y atención. En la segunda fase, se obtendrá la información de los factores de riesgo en una sesión de historia familiar y de los datos de los sucesos traumáticos.

Referencias Bibliográficas

1. World Health Organization (WHO). (2010). *World Health Statistics Quarterly*, 63(4), 10-11.
2. World Health Organization (WHO). (2010). *World Health Statistics Quarterly*, 63(4), 10-11.
3. World Health Organization (WHO). (2010). *World Health Statistics Quarterly*, 63(4), 10-11.
4. World Health Organization (WHO). (2010). *World Health Statistics Quarterly*, 63(4), 10-11.
5. World Health Organization (WHO). (2010). *World Health Statistics Quarterly*, 63(4), 10-11.
6. World Health Organization (WHO). (2010). *World Health Statistics Quarterly*, 63(4), 10-11.
7. World Health Organization (WHO). (2010). *World Health Statistics Quarterly*, 63(4), 10-11.
8. World Health Organization (WHO). (2010). *World Health Statistics Quarterly*, 63(4), 10-11.

16. Actualización en la codificación visual y semántica en la enfermedad de Alzheimer

ACTUALIZACIÓN EN LA CODIFICACIÓN VISUAL Y SEMÁNTICA EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Sánchez Martín, J.A., Iodice, R., Meilán, J.J., Pérez, E., Carro, J., Carcavilla, N.



Convenio de colaboración en investigación entre el Instituto de Neurociencias de Castilla y León (INCYL) y el Centro de Referencia Estatal de Atención a Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias (CRE Alzheimer Salamanca; IMSERSO).



INTRODUCCIÓN

No es habitual el estudio de la superioridad de las imágenes en la enfermedad de Alzheimer. Desde la literatura científica se ha podido comprobar que si a la hora de adquirir o recuperar nuevas informaciones, se proporcionan a los pacientes apoyos contextuales bajo forma de pistas fonéticas, semánticas o imaginativas, las limitaciones se reducen. Abastecer este tipo de "ayudas" genera un ahorro de los recursos mentales, por parte de la memoria a corto plazo, posibilitando a los pacientes enfocarse plenamente en la actividad que desarrollan y llevarla a cabo con éxito.

OBJETIVOS

Corroborar la eficacia de las imágenes en el proceso de adquisición y recuperación de las informaciones, seleccionando el estímulo más favorable para la memoria, sin la ayuda de ninguna estrategia de memorización.

En los procesos de recuperación de listas de pares asociados con un grado de asociación medio bajo, presentados a los diferentes grupos, según los estímulos: palabras-palabras; palabras-imágenes; imágenes-palabras; imágenes-imágenes, las asociaciones imágenes-imágenes, imágenes-palabras y palabras-imágenes tendrán un índice de recuerdo más alto con respecto a la asociación palabras-palabras".

RESULTADOS

Para los tres grupos, el uso de los estímulos visuales (palabra-imagen; imagen-palabra; imagen-imagen), ha producido una mejora respecto a los estímulos verbales (palabra-palabra). Más concretamente, el estímulo palabra-imagen, se ha mostrado particularmente eficaz a la hora de adquirir y recuperar las nuevas informaciones.

PROCEDIMIENTO

Participantes

Ancianos sin patología, con demencia leve y demencia grave. Concretamente se ha trabajado con grupos de 22 pacientes con demencia grave, 21 pacientes con demencia leve y un grupo control de 21 pacientes ancianos sin demencia, 1.

Instrumentos



BATE -



CAMA -

92 pares de palabras: cuatro listas de quince parejas. palabras-palabras; palabras-imágenes; imágenes-palabras; imágenes-imágenes, (Snodgrass & Vanderwart, 1980)

Procedimiento

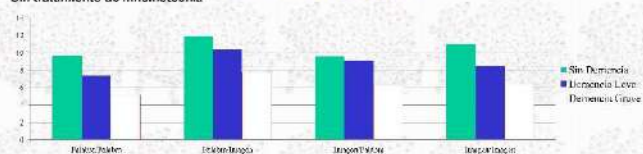
- Cuatro sesiones individuales de 30 minutos.
- Fase de estudio: diez segundos cada estímulo intercalados por un punto de fijación puesto en el centro de la pantalla: Lectura de palabra y denominación de estímulo visual.
- Fase de recuperación: Primer estímulo de la pareja (ej. aguja-7) estímulo asociado (-pajar).
- Las puntuaciones:
 - 1 punto por cada recuperación correcta,
 - 0,5 ayuda fonética "Errorless Learning" (Akhatar et al., 2006)
 - 0 por cada recuperación no realizada o realizada de forma equivocada.

BRAZO -

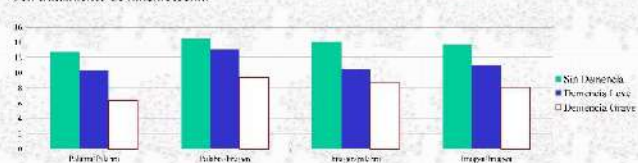


RESULTADOS

Sin tratamiento de mnemotecnia



Con tratamiento de mnemotecnia



CONCLUSIONES

La condición palabra-imagen, ha resultado ser particularmente eficaz a la hora de adquirir y recuperar nuevas informaciones, por la capacidad de activar una red semántica estable y con pocas interferencias. Los ítems contenidos en ella interactúan de forma positiva con las imágenes correspondientes, en cuanto estas últimas, se integran conceptualmente a las informaciones, haciendo el proceso de búsqueda y recuperación más rápido, en cuanto la discriminación perceptiva de las imágenes favorece una mayor integración conceptual en la red.

17. Estudio piloto sobre el impacto de las actividades creativas (taller de cerámica) en el bienestar de personas con demencia



ESTUDIO PILOTO SOBRE EL IMPACTO DE LAS ACTIVIDADES CREATIVAS (taller de cerámica) EN EL BIENESTAR DE PERSONAS CON DEMENCIA

Pérez Sáez, E.¹; Cabrero Montes, E.²; Llorente Cano, M.³; Caselles Saucedo, S.³; Díaz Romero, A.³

⁽¹⁾ Neuropsicóloga, ⁽²⁾ Logopeda, ⁽³⁾ Alumnas. Máster de Psicopedagogía, USAL

Centro de Referencia Estatal de atención a personas con enfermedades de Alzheimer y otras demencias, Inmerso | Email de contacto: info@creatividades.es

Introducción

Existen pocos estudios que hayan explorado el efecto de la arte terapia (AT) sobre el bienestar de las personas con demencia (PCD). Estos estudios sugieren que la AT puede ser efectiva para aumentar el interés, atención sostenida, placer y autoestima (Kinney y Ranta, 2005), así como mejorar el estado de ánimo, evitar alteraciones de conducta, mejorar la comunicación y reducir la ansiedad, agitación y depresión (Chancellor, Durston y Cheltenham, 2010).

Los talleres de artes creativas pueden considerarse como actividades sin fines lucrativos que ofrecen a los participantes una oportunidad para la estimulación a través de actividades lúdicas y divertidas. Se ha comprobado que las actividades significativas pueden mejorar la calidad de vida, retrasar el declive cognitivo y promover la autoestima (Marshall & Hutchinson, 2005). Así mismo pueden generar placer y bienestar, ayudar al restablecimiento de la dignidad, proporcionar tareas significativas, restablecer roles y promover la socialización.

HIPÓTESIS

- Las personas que realicen el programa de terapia creativa mediante cerámica mejorarán sus puntuaciones en la escala de Autoestima de Rosenberg.
- La participación en los sesiones de terapia creativa:
 - Mejorará el estado anímico de los participantes según la escala Smiley-Face (pre post sesión).
 - Generará un alto bienestar en los participantes según la herramienta de observación del bienestar GCOMMOT. Concretamente se obtendrán puntuaciones altas en los dominios de Atención sostenida, Placer, Autoestima y Normatividad, así como puntuaciones bajas en los dominios de Afecto Negativo y Tristeza.
 - Generará una alta implicación de los usuarios que se reflejará en puntuaciones altas en el dominio Atención sostenida de la escala de observación del bienestar y en los tiempos de permanencia en la sesión.

Materiales y método

PROCEDIMIENTO

El estudio utilizó un diseño de medidas repetidas sin grupo control ni asignación aleatoria. Se llevaron a cabo 11 sesiones de 45 minutos de duración en las que los usuarios realizaron con la ayuda de las facilitadoras las actividades propuestas que consistieron en la fabricación de 6 horas piezas de cerámica que posteriormente eran cocidas por las facilitadoras en un horno para ser utilizadas los usuarios en el siguiente sesión. Durante las sesiones dos observadores registraron la presencia de los indicadores de bienestar de 5 variables cada una.

PARTICIPANTES

Todos los usuarios del CRAE (Centro de día y unidades de convivencia), cuyas limitaciones no impedían la realización de la actividad o interferían en la realización de trabajo grupal, fueron propuestos para su participación.

Finalmente 48 usuarios fueron asignados a 5 grupos de intervención en función de su grado de demencia y el servicio de atención domiciliar. Dado que no era posible el registro observacional simultáneo de todos los participantes se seleccionaron aleatoriamente 18 usuarios de cada grupo para su investigación.

Así, la muestra de la investigación estuvo formada por 30 usuarios de centro de día ($n = 18$) y las Unidades de Convivencia ($n = 12$) del CRAE, 22 mujeres y 8 hombres con una edad comprendida entre 57 y 93 años ($M = 79,37$, $DT = 8,375$), con enfermedades de Alzheimer y/o demencia vascular y con medidas otras demencias. Los participantes seleccionados eran un estudio de prevalencia de la demencia GDS 4 ($n = 19$), GDS 5 ($n = 12$) y GDS 6 ($n = 4$).

MATERIALES

Tabla 1. Tabla de variables, instrumentos y métodos aplicados en el estudio.

Variable	Instrumento	Descripción	Método de aplicación
Autorresponder	Rosenberg (1965)	33 preguntas, que hacen referencia a sentimientos, pensamientos y acciones.	Autoadministrado Pre y Post intervención.
Estado de ánimo	Smiley-Face (Rosenberg, 1965)	Instrumento validado con un dibujo de un niño que muestra cuatro expresiones de emoción (feliz, triste, enfadado y sorprendido) para la medición del estado de ánimo de los participantes.	Autoadministrado Pre y Post sesión.
Bienestar	GCOMMOT (Saez, 2018)	Herramienta de registro observacional del bienestar que incluye 7 dominios: Atención sostenida, Placer, Autoestima, Normatividad, Afecto Negativo y Tristeza. Se obtienen puntuaciones altas en los dominios de Atención sostenida, Placer, Autoestima y Normatividad, así como puntuaciones bajas en los dominios de Afecto Negativo y Tristeza.	Observador externo y autoadministrado Pre y Post sesión.
Tiempo de permanencia	Registro de tiempo	Registro de tiempo de permanencia en la sesión.	Se registró la hora de comienzo de cada taller y cuando terminó permitiendo contabilizar el tiempo de permanencia en la actividad.



Figura 1. Escala de bienestar en estado de ánimo (Smiley-Face Assessment Scale).



Resultados

Los usuarios seleccionados para el registro observacional asistieron a una media del 95% de las sesiones de intervención, permaneciendo en la actividad una media del 92% del tiempo total. Por lo tanto, entre los usuarios seleccionados la asistencia y participación fue mayor.

Las sesiones de terapia creativa tuvieron un efecto positivo sobre el estado de ánimo ($F = 7,68$, $p < .001$, $95\% CI [-0,97503, -0,54242]$), que se incrementó de una media pre-sesión de 3,76 ($DT = 0,74$) a una media post-sesión de 4,50 ($DT = 0,473$) (Véase Figura 2).

Tas la intervención se produjo un aumento significativo de la autoestima medida a través del test Rosenberg ($F = 5,632$, $p < .001$, $95\% CI [3,560, 3,247]$) que pasó de una media pre-intervención de 28,72 ($DT = 6,164$) a una media post-intervención de 33,85 ($DT = 3,979$) (Véase Figura 3).



Figura 2. Puntuaciones pre y post sesión de estado de ánimo (Smiley-Face Assessment Scale).



Figura 3. Puntuaciones Pre y post intervención de la Escala de autoestima de Rosenberg.

Respecto a la herramienta de observación del bienestar (GCOMMOT) se encontró que durante las sesiones de terapia creativa los participantes mostraron altas puntuaciones en los dominios de Atención sostenida, Placer, Autoestima y Normatividad y puntuaciones bajas en Afecto negativo y Tristeza (Véase tabla 2 y figura 4).

Tabla 2. Puntuaciones de los dominios del bienestar medidas según el instrumento de observación del bienestar GCOMMOT.

Domini del bienestar	M	DT
Atención sostenida	0,48	0,36
Placer	3,77	0,33
Autoestima	2,40	0,71
Afecto Negativo	0,06	0,36
Tristeza	0,06	0,13
Autoestima	2,40	0,54
Normatividad	2,74	0,45



Figura 4. Medias de los dominios del bienestar medidas con la herramienta GCOMMOT.

Se observaron múltiples emociones y estados de ánimo durante la realización de la tarea, en todos los grupos de trabajo. Los participantes recibían con entusiasmo las indicaciones de las figuras de cerámica que realizaban. Así mismo, al recibir su trabajo, quedaban impresionados con el resultado de la figura realizada.

Los conductos de irritabilidad, tristeza y agitación, en caso de estar presentes previamente al comienzo del taller, disminuyeron considerablemente a lo largo del mismo.

Conclusiones

La participación en las sesiones de terapia creativa promovió un aumento de la autoestima en los participantes.

Las sesiones de terapia creativa generaron una alta implicación de los usuarios, reflejada en el dominio Atención sostenida y en la elevada participación de los usuarios en las sesiones.

Durante las sesiones de terapia creativa los participantes mostraron un afecto positivo y bienestar que se reflejó en los valores altos de los dominios de Placer, Autoestima y Normatividad y bajos de los dominios Afecto negativo y Tristeza. Además el estado de ánimo mejoró tras cada sesión.

Así pues parece que la intervención puede ser una terapia no farmacológica muy apropiada para personas con demencia ya que a pesar de sus limitaciones pueden disfrutar de la actividad, lo que genera un estado de ánimo positivo durante las sesiones, proporciona bienestar psicológico y favorece la autoestima de los participantes. Otros efectos que merecen la pena estudiar en el futuro son la reducción de ansiedad, agitación y otras conductas disruptivas.



© Creative Activities for Dementia, 2024. Todos los derechos reservados. Se permite la reproducción de este contenido en otros medios de comunicación siempre y cuando se cite el nombre de la revista y el autor. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.



18. Utilidad del test P.O.M.S. (Profile Of Mood States) para evaluar los efectos de la danza creativa terapéutica en personas con demencia



UTILIDAD DEL TEST P.O.M.S. (Profile Of Mood States) PARA EVALUAR LOS EFECTOS DE LA DANZA CREATIVA TERAPÉUTICA EN PERSONAS CON DEMENCIA

De Andrés-Terán, A.L.¹; Cernuda Lago, A.²; Pérez Sáez, E.³; González Ingelmo, E.⁴

(1) Experto en DCT, (2) Experta en Neurociencia, (3) Neuropsicóloga, (4) Responsable de Investigación | Centro de Referencia Estatal de atención a personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias, Insurser | Email de contacto: danayaz@gmail.com | info@realalzheimer.es

Introducción

La Danza Creativa Terapéutica (DCT) para alzheimer y otras demencias tiene como fin terapéutico mejorar la calidad de vida del paciente desde el sistema de la unidad inconclusiva de cuerpo y mente, utilizando para ello los recursos de la comunicación no verbal, la psicoterapia de grupo, observación y análisis del movimiento, el protagonismo, las técnicas de improvisación y memoria y las técnicas centradas en la presencia. Posee de forma sistémica y cuantitativa las mejores pruebas de validez y fiabilidad, pero si a esto le añadimos una población con alzheimer u otra demencia la actividad evaluada se vuelve altamente compleja.

Este trabajo es la primera fase de una investigación sobre la adaptación de «Profile of Mood States» (POMS, McNair, Lorr, & Droppleman, 1971), como futura herramienta eficaz y objetiva para medir cuantitativamente los cambios emocionales de las participantes en la DCT con el fin de lograr una práctica basada en la evidencia.



Hipótesis

- El test POMS es aplicable a demencias.
- La realización del test requiere la ayuda del terapeuta u otra persona familiarizada con el cuestionario y el trabajo con personas con demencia, es decir, en el caso de las demencias el test no será autoaplicable.
- El tiempo de realización del test se concentrará entre cinco y veinte minutos dependiendo del grado de deterioro cognitivo.
- La intervención de DCT en personas con demencia afecta de manera positiva en su estado de ánimo de forma que las emociones positivas incrementan y las negativas disminuyen.

Materiales y Método

PARTICIPANTES

- Demencia tipo alzheimer, mixta y posible esclerosis múltiple.
- Los criterios de inclusión fueron:
 - Autonomía grado de lenguaje comprensivo.
 - La ausencia de intentos por las personas de DCT.
- El deterioro cognitivo fue valorado por los profesionales del Centro.



n	N/M	Resistencia/ED	Edad (M)
14	4/10	6/8	81,33(12,03)

INSTRUMENTO

- Se ha utilizado la versión española del POMS del doctor Amador Cernuda, (Cernuda, A., 1985), «compuesto por 58 ítems agrupados en seis factores: Tensión Ansiedad, Depresión Melancolía, Angustia Cólera, Vigor-Actividad, Fatiga-Inercia, Confusión-Desorientación. Escala de tipo Likert: nada, poco, regular, bastante, mucho».
- Se utilizó un cronómetro para medir los tiempos de respuesta.

PROCEDIMIENTO

- Primera fase: Duración un mes se aplicó el test, según el manual.
 - Se animan a los adultos que no comprenden.
 - Se busca la forma verbal con o no verbal de entendimiento.
 - Se observa que en la mayoría de los casos es incomprensible.
 - Se constituye una tabla de respuestas con vasos, tenedores de agua a diferentes niveles.
 - Se cambió «moderadamente» por «regular».
 - Se observa que la pregunta «¿como te sientes de...?» resultó demasiado abstracta por lo que se sustituyó por «¿cómo te sientes...?». Si contestaban «nada», se valoró el ítem como «nada».
 - Si respondían «nada», se les preguntó si poco, regular, bastante o muchísimo.



- Segunda fase: Se aplica el test siempre de la misma forma.
 - Se utilizan las mismas expresiones verbales y se priorizan en los objetivos que mejor comprenden o sea en la primera fase.
 - Para las respuestas nos ayudamos de la imagen de los vasos.
 - Cada sujeto ha realizado el test un mínimo de tres veces y un máximo de cinco.
 - En total se han pasado 74 cuestionarios.

En ambas fases:

- Todos los participantes realizan una vez a la semana las sesiones de DCT en el mismo día de la semana, hora y lugar durante 45m.
- El cuestionario es administrado de forma individual a cada participante antes y después de las sesiones de DCT en el mismo lugar donde realizan las sesiones.
- Antes de administrarlo se les pregunta si quieren realizarlo ellos mismos o necesitan ayuda.

Resultados

- 13 pudieron realizar el test.
- En 12 casos el test es inaplicable y en uno autoaplicable.
- Se evaluó individualmente la puntuación de cada factor en cada participante para poder medir la fiabilidad de los resultados.
- Según la diferencia de medias pre-post, (se consideró significativo cuando hay una variación de un punto como mínimo)
 - Tensión, la angustia y la confusión antes (Tabla 2).
 - El vigor sube (Tabla 2).
- Wilcoxon encontró diferencias significativas para la tensión, el vigor y la confusión pre y post (Tabla 2).
- Los tiempos post son menores que los pre en todos los casos (Tabla 3).
- El tiempo es directamente proporcional al deterioro cognitivo.

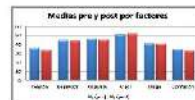


Tabla 3. Tiempos pre-post

	Media pre	Media post	Pre-Post
DCT y SD (N=1)	0,05:11	0,05:10	0,00:41
DGM (N=6)	0,13:11	0,09:07	0,02:45
DCS (N=2)	0,08:11	0,07:08	0,00:13
Total (N=13)	0,10:10	0,08:10	0,00:14

Tabla 2.

Factores (N=13)	Medias pre- post por factores		Z	p
	μ(Pre)	μ(Post)		
Tensión**	36,158	33,859	2,309	*,087
Depresión	45,309	44,543	0,767	*,824
Angustia**	46,923	45,626	1,300	*,315
Vigor***	51,083	52,412	-1,349	*,139
Fatiga	41,383	40,863	0,536	*,203
Confusión**	34,923	33,627	1,293	*,131

Nivel de significación $\alpha < ,05$
 Círculo significativo $\mu(Pre) > \mu(Post) = 1$

Conclusiones

- Los tiempos de respuesta son viables al test.
- Los tiempos post son menores que los pre, por lo que se puede exponer que la DCT les activa cognitivamente, que hay un caso de recuerdo del test pre o ambas cosas a la vez.
- Los tiempos dependen del DC.
- Hay una continuidad de las respuestas por lo que la forma de pasar el test es adecuada.
- Destaca la rápida comprensión de las actividades.
- Alta sensibilidad del POMS para esta población.
- La DCT produce un efecto positivo ya que bajan los medios totales de los factores tensión, confusión y angustia, y hay un subida en vigor.
- Se desconoce el tiempo de latencia de la DCT.
- Hay evidencias claras de que se ha encontrado una prueba viable para evaluar el efecto de las terapias creativas en demencias.
- Este estudio piloto da pie a hacer una nueva investigación basada en el para saber de confirmar la consistencia y fiabilidad del POMS en demencias.



[1] Cernuda, A. (1985). Introducción al Perfil de Estados de Ánimo (POMS). [Trabajo de investigación]. Madrid: Universidad de Sevilla.
 [2] McNair, D., Lorr, M., & Droppleman, L. (1971). Profile of Mood States. San Diego, CA: University of California, San Diego.
 [3] McNair, D., Lorr, M., & Droppleman, L. (1971). Manual for Profile of Mood States. San Diego, CA: University of California, San Diego.



19. Prevalencia de disfagia en pacientes con demencia



PREVALENCIA DE DISFAGIA EN PACIENTES CON DEMENCIA ADHERENCIA A LAS RECOMENDACIONES GENERALES Y ESPECÍFICAS PARA MEJORAR LA SEGURIDAD Y LA EFICACIA DE LA DEGLUCIÓN

Lorente, M.¹; Sánchez, E.²; Pérez, E.¹; González, E.¹; Montero, B.²; Sánchez, R.¹; Gay, J.¹

(1) Centro de Referencia Estatal de atención a personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias (Imserso). Salamanca, (2) Hospital Ramón y Cajal, Madrid
E-mail de contacto: marialorente@imserso.es

Introducción

La disfagia es una de las complicaciones más prevalentes y mortales que aparecen en la evolución de las demencias neurodegenerativas y vasculares llegando hasta un 25-50% en algún momento de su fase evolutiva. Sus complicaciones (desnutrición, infecciones, aspiraciones) son graves y son causas de muerte frecuente en personas con demencia, por lo que requiere una evaluación y manejo específicos. Desde agosto de 2014 se inició el proceso de los cuidados y la adherencia a las recomendaciones educacionales en el momento de la alimentación en personas con demencia. En el Centro de Referencia Estatal de atención a personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias (Imserso) en Salamanca (CREA), hacemos un estudio sobre la adherencia a las recomendaciones de alimentación en pacientes con disfagia para la realización de un programa de educación a cuidadores. Uno de los puntos de tratamiento y las recomendaciones que se realizan para pacientes con disfagia desde la Unidad de Disfagia del Hospital Clínico del Complejo Asistencial Universitario de Salamanca y las derivadas del servicio de logopedia del CREA se detallan en los apartados:

1. Tratamiento nutricional y dietético: se especifica la alimentación sólida que incluye tanto sustitutos alimentarios (baridos, blandos...) los alimentos a evitar (alimentos con huesos, trozos, fibrosos...) así como la alimentación líquida (inducido o campocorno o no espesante, la textura del volumen ingerido).
2. Nivel de conciencia: nunca se alimenta a un paciente comatoso, intubado, asuado, apático, torpado... se realizará la alimentación cuando el paciente esté tranquilo y despierto.
3. Autonomía en la alimentación:
 - Si la persona puede, deberá alimentarse sola con supervisión del cuidador y que disminuya el riesgo de aspiración.
 - Si no puede ser alimentado, como norma general el paciente deberá estar sentado, con tronco inclinado (pendiente 90°) y con el cuello en flexión anterior. El cuidador se ubicará frente al paciente, sentado a la altura de sus ojos o por debajo de ellos y ofrecerá al paciente la comida con la cuchara desde un punto inferior a la boca.

OBJETIVOS

- Evaluar la prevalencia de disfagia en pacientes del CREA.
- Evaluar los tipos de disfagia en pacientes del CREA.
- Evaluar el grado de adherencia de los cuidadores profesionales para mejorar la seguridad y eficacia de la deglución en los pacientes con disfagia.

Materiales y método

PROCEDIMIENTO

En el CREA trabajamos con un modelo por el servicio de logopedia que realiza una valoración de la deglución mediante un protocolo reglado y el método de Evaluación Clínica Volumen-Velocidad (ECVV-V). Iniciamos las recomendaciones específicas para mejorar la seguridad y eficacia de la deglución. Además, todos los pacientes que presentan alteración de la seguridad y/o eficacia de la deglución son derivados a la Unidad de Disfagia del Hospital Clínico del Complejo Asistencial Universitario de Salamanca para completar el diagnóstico, determinar causas orgánicas, funcionales y cognitivas de las indicaciones específicas. Posteriormente se informa del tratamiento específico y se elaboran planes de alimentación a familiares y cuidadores profesionales. Para comprobar la adherencia a las recomendaciones se plantea un estudio observativo prospectivo observacional en el cual se llevó a cabo una observación directa realizando un conteo transversal de cómo se realizaba la alimentación de todos los pacientes del CREA. Un observador externo al centro, con el objetivo principal del estudio y adecuadamente entrenado, realizó el registro en momentos puntuales durante el desayuno, media mañana y comida. Se realizaron varios registros por paciente de cada momento de alimentación. Cada valoración llevó unos dos minutos por paciente. Posteriormente, los profesionales de logopedia y geriátricos compararon los registros obtenidos con las indicaciones por escrito evaluando el grado de adherencia a las indicaciones.

PARTICIPANTES

Se incluyeron todos los pacientes admitidos en el CREA que realizaban la alimentación en el centro. Se excluyeron aquellos pacientes alimentados por vía enteral artificial. Se realizaron 370 observaciones de 41 pacientes (ver características en tabla 1). Como media se obtuvieron 9 registros por paciente. De las observaciones, 110 fueron en pacientes con disfagia.

Edad (años)	n	%
Mujeres	79	85,1
Hombres	13	14,9
Origen de ingreso		
Derivados por familia	18	43,5%
Derivados desde el CREA	23	56,5%
Situación funcional		
ADL-I	18	36,7%
GDS-15	19	31,7%
MMSE-30	17	41,7%
GDS-15	1	2,5%
COMORBILIDAD (n=41)		
Demencia tipo	22	53,7%
ADL-I	1	2,4%
MMSE-30	1	2,4%
ADL-I	1	2,4%
TIPO DE DEMENCIA		
Demencia tipo	22	53,7%
ADL-I	1	2,4%
MMSE-30	1	2,4%
ADL-I	1	2,4%

Tabla 1. Características de la muestra

MATERIALES

- Protocolo de respiración reglada y MEDV-V.
- Protocolo específico de adherencia a la alimentación donde se recogieron las siguientes datos: identificación del paciente, momento de la alimentación, independencia o grado de ayuda, nivel de conciencia, postura del paciente durante la alimentación, postura del cuidador, tiempo de los líquidos administrados, volumen (algo de cuántos litros), presencia o no de crisis de tos y ajuste postural.

Resultados

PREVALENCIA DE DISFAGIA

Prevalencia disfagia el 28,27% (n=12) en su mayoría orgánica funcional 24,4% (n=10) y el resto orgánica (n=2).

ADHERENCIA A LAS RECOMENDACIONES

Se realizaron 110 observaciones de la alimentación en 15 pacientes con disfagia, en 49 de esas observaciones el paciente ha sido alimentado por un cuidador.

RECOMENDACIONES Y FAULTAS EN ALIMENTACIÓN	%
Dependencia en la alimentación (n=12)	
SI	7
NO	5
Adherencia a las indicaciones (autonomía en la alimentación)	79,4%
Nivel de conciencia	
Alimentado	20,5%
Situación del paciente	
Consciente (n=7)	6,48%
Tumbado (menor de 90°)	8,2%
Tronco inclinado	7,3%
Tronco en 90°	5,5%
Postura del cuello del paciente durante la alimentación	
flexión	72,7%
Extensión	7,3%
Intelectual	3,6%
Lateralización	0,5%
Adherencia a la postura del paciente (pendiente 90° y cuello en flexión anterior)	0,69%
Resultados de la observación:	
Cuál:	41%
Lateral respecto al paciente:	0,2%
Tronco inclinado un ángulo menor de 90 grados (de los ojos):	1,8%
Alimentado cuando el paciente estaba por debajo de los ojos:	8,2%
Sentado:	2,9%
Lateral respecto al paciente:	44,5%
Tronco inclinado un ángulo menor de 90 grados (de los ojos):	2,9%
Alimentado cuando el paciente estaba por encima de los ojos:	45,5%
Alimentado desde un plano inferior (por debajo de los ojos):	54,2%
Adherencia a la postura del cuidador (sentado, en línea y alimento desde un plano inferior por debajo de los ojos):	0,7%
Estado de adherencia y grado del soporte	
Adherencia a la postura del cuidador:	3,7%
No se cumplió el protocolo:	38,4%
No se aplicó:	3,6%
Volumen presentados:	
SI:	66,2%
NO:	33,8%
Presencia de crisis de tos:	
SI:	5,5%
NO:	79,5%

Conclusiones

- La prevalencia de disfagia fue del 28,27%, en su mayoría orgánica funcional leve o leve moderada.
- La adherencia a los planes de tratamiento y las recomendaciones para pacientes con disfagia fue baja.
- La postura del paciente y del cuidador con las recomendaciones que mejor grado de adherencia presenten y existe un 20% donde el paciente estaba siendo alimentado en posición de Leseig/Lesig.
- Sería necesario diseñar estrategias para mejorar la adherencia y evaluar si el cumplimiento de estas recomendaciones reduce el riesgo de complicaciones relacionadas con la disfagia.
- La educación a cuidadores de los pacientes con disfagia es una oportunidad de mejora de los cuidados para pacientes con disfagia y demencia.



1) - Gay, J., y Aranda, V. (2008). Modelo de Valoración Clínica Volumen-Velocidad (MEDV-V) como herramienta de análisis clínico. Revista Médica del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 11(1), 1-14.
 2) - Gay, J., y Aranda, V. (2005). Prevalencia de la disfagia en el Centro de Referencia Estatal de atención a personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias (Imserso). Geriatria, 10(1), 1-14.
 3) - Gay, J., y Aranda, V. (2005). Demencia and Dysphagia. Demencia, 10(1), 1-14.
 4) - Gay, J., y Aranda, V. (2005). Demencia and Dysphagia. Demencia, 10(1), 1-14.



20. ¿Cuidas mientras vives o vives mientras cuidas? Un programa de empoderamiento para cuidadores de personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias



«¿CUIDAS MIENTRAS VIVES O VIVES MIENTRAS CUIDAS?»

UN PROGRAMA DE EMPODERAMIENTO PARA CUIDADORES DE PERSONAS CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS

del Sastre Orosa, M.¹; Cáceres, R.¹; Beyebach, M.²; Pérez Sáez, E.³; González Ingelmo, E.⁴; Orgaz, B.⁵

(1) Psicóloga y terapeuta familiar; (2) Psicóloga y terapeuta familiar; (3) Neuropsicóloga; (4) Responsable de investigación; (5) Profesora. Universidad de Salamanca
Centro de Referencia Estatal de atención a personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. IMSERSO | E-mail de contacto: info@ceai Alzheimer.es

Introducción

La demencia genera un fuerte impacto en la familia, existe abundante bibliografía acerca de las repercusiones respecto del cuidado sobre el cuidador principal y de los diferentes tipos de programas que pretenden paliar esta realidad. La mayoría de estos programas se basan en dar respuesta a las carencias más inmediatas que puede producir el cuidado de una persona con demencia. A pesar de la evidencia científica y las repercusiones positivas que tienen estos tratamientos sobre los sujetos que participan en ellos, se observa en la clínica que existen aspectos importantes que no son contemplados y que resultan fundamentales para la mayoría de las personas con las que se trabaja. Algunos de estos puntos son las historias de vidas en las que se exploran las relaciones familiares, tipos de afrontamiento, apoyo, eventos traumáticos... Integrando estos aspectos, el equipo de Psicología de CEAI Alzheimer creó un programa de Empoderamiento («¿Cuidas mientras vives o vives mientras cuidas?») que integra todos los aspectos contemplados en otros programas además de los contenidos anteriormente. Algunos puntos que se incluyen en el tratamiento fueron: orientación al ocio, manejo de situaciones de la vida diaria que pueden originar crisis, eventos y emociones relacionados con la historia de vida con los que se tienen conflictos en la actualidad, etc. El análisis de los resultados, analizados hasta este momento, muestran que la participación de los sujetos en este programa ha tenido efectos beneficiosos sobre algunas variables medidas tales como la depresión, la culpabilidad, la orientación al ocio y otros aspectos relacionados con variables de bienestar generalizado.

Objetivo

El objetivo general fue estudiar la efectividad de un programa de empoderamiento aplicado a cuidadores de personas con demencia. Partiendo de la hipótesis de que empoderar diferentes áreas de la vida de las personas les empoderaría como cuidadores mejorando su bienestar.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

La finalidad del Programa le comparten a los participantes el ver cómo se perciben a sí mismos y a las personas por las que cuidan:

- Demuestran la culpa hacia el cuidado y el entorno.
- Demuestran los niveles de depresión.
- Demuestran la sobrecarga de la enfermedad.
- Conseguen unos niveles saludables de autoestima.
- Aumentan la Orientación al Futuro, Relaciones positivas, autonomía, dominio del entorno.

Metodología

Se invita a participar al estudio a todos los familiares de usuarios de la CEAI que cumplen los criterios de inclusión del estudio, así se obtuvo una muestra de 33 personas, de las cuales 3 personas no quisieron participar y 7 no pudieron o abandonaron el estudio antes de su finalización. La muestra final por tanto es de 23 personas.

Tras la selección de la muestra, obtuvimos dos grupos: 13 personas participaron en el grupo de intervención de las cuales 8 eran mujeres y 5 hombres, con una media de edad de 50,05 años (DT = 11,22) y 10 personas en el grupo control, de los cuales 7 eran mujeres y 3 eran hombres con una media de edad de 55,5 años (DT = 8,58). El cuociente de la filiación de los participantes es el 100% eran hijos.

Cada participante fue evaluado antes y después de la intervención con la administración de la siguiente batería de instrumentos:

- Escala de autoestima (Rosenberg, 1965).
- Subescala de ansiedad de la Escala Hospitalaria de ansiedad y depresión (Hospital Anxiety and Depression Scale, HAD) (Zigmond y Snaith, 1983).
- Escala de la carga del cuidador (Caregiver Burden Interview, CBI) (Zarit et al., 1980).
- Cuestionarios: Orientación al Futuro (OF), Dr. Carmelo Vázquez y Gonzalo Hervás, Universidad Complutense de Madrid.
- Cuestionario de Capacidad de Gratificación (CG-G), Dr. Carmelo Vázquez y Gonzalo Hervás, Universidad Complutense de Madrid.
- Escala de Depresión y Hope Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, (CES-D) (Radloff, 1977; validado en español por Lavilla, Refueco, Méndez-González, & Ciganda, 2008).
- Cuestionario de Resiliencia (CD-RISC) (Connor y Davidson, 2003).
- Cuestionario de asentamiento de culpa para cuidadores (CCG) (Liseno, Márquez-González, Beyebach y Romero-Moreno, 2011).

Todos los participantes asistieron a seis sesiones grupales de 90 minutos una día a la semana con una duración total de seis semanas. Las primeras dos sesiones se realizaron por un mínimo de seis personas y un máximo de 10.

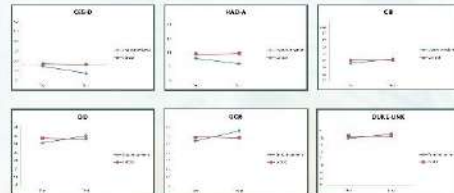
Cada sesión fue conducida por dos terapeutas familiares que diseñaron el programa. Los fundamentos teóricos de dicho programa terapéutico se basan en la Terapia Sistémica de la que coges diferentes modelos tales como Terapia Centrada en Soluciones (TCS, de Jackson, 1985), Terapia Narrativa (White, 1994) y el Modelo del Mental (Scott Institute (Fish, Westland y Watzlawick, 1985).

Resultados

Para comprobar el efecto de la intervención se emplearon ANOVAS mixtas de medidas repetidas (2x2) con el tratamiento como factor independiente con dos niveles (El empoderamiento/El control) y el momento de la evaluación como factor intrínseco con dos niveles (pre/post). Se encontró un efecto significativo de la intervención Pre-Post a Tratamiento para todos los variables excepto Rosenberg (Ver tabla 1) ya que los participantes en el grupo de empoderamiento mejoraron significativamente en la valoración post-intervención para depresión (CES-D), ansiedad (HAD-A), culpa, orientación al futuro (OF), resiliencia (CD-RISC), gratificación (CG-G) y apoyo social percibido y afectivo (Duke-UNC) mientras que los participantes en el grupo de control mantuvieron sus puntuaciones en esas variables estables (Ver tabla 1, comparaciones pre vs. post). En el caso de la sobrecarga (CBI) los participantes en el grupo de empoderamiento aumentaron sus puntuaciones significativamente en la valoración post-intervención mientras que los participantes en el grupo control no mostraron cambios en el nivel de sobrecarga.

Escala	Instrumento	Pre		Post		F	p	η²	p	p	p
		M	SD	M	SD						
EAD	Intervención	2,12	0,73	1,81	0,71	1,04	0,31	0,01	0,02	0,02	0,02
	Control	2,12	0,73	2,12	0,73	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00
HAD-A	Intervención	2,12	0,73	1,81	0,71	1,04	0,31	0,01	0,02	0,02	0,02
	Control	2,12	0,73	2,12	0,73	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00
OF	Intervención	2,12	0,73	2,12	0,73	1,04	0,31	0,01	0,02	0,02	0,02
	Control	2,12	0,73	2,12	0,73	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00
CG-G	Intervención	2,12	0,73	2,12	0,73	1,04	0,31	0,01	0,02	0,02	0,02
	Control	2,12	0,73	2,12	0,73	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00
CES-D	Intervención	2,12	0,73	1,81	0,71	1,04	0,31	0,01	0,02	0,02	0,02
	Control	2,12	0,73	2,12	0,73	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Duke-UNC	Intervención	2,12	0,73	2,12	0,73	1,04	0,31	0,01	0,02	0,02	0,02
	Control	2,12	0,73	2,12	0,73	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Tabla 1. Valores F , p y η^2 de la intervención Pre-Post en los ANOVAS de medidas repetidas y comparaciones por pares en el post de los grupos empoderamiento y control.



Conclusiones

Los resultados sugieren que el Programa de Empoderamiento realizado en el CREA de Salamanca (IMSERSO) tiene efectos beneficiosos sobre las familias de personas con demencia. Puede considerarse que estas personas adquieren recursos en las diferentes áreas de la vida y por ende los entienden a la situación de cuidado.

Los resultados nos sugieren que al trabajar con las diferentes áreas de la persona esta se beneficia no sólo en el mundo del cuidado sino al enfrentar las diferentes situaciones de la vida cotidiana, mejorando sus relaciones familiares, sociales, laborales, etc. Todo esto conlleva con el aumento de bienestar que se manifiesta en los resultados ya que al trabajar en las sesiones sobre las emociones, sentimientos, sentimientos, y tomar conciencia de ellos, logras de mostrar una alegría superficial las personas se sienten solteras, como parte de un proceso de adaptación de emociones y situaciones a las que se enfrentan y de las que después salen fortalecidos, sólo tras tener contacto con ellos por muy difícil que resulte.

En esta línea, existe la necesidad de seguir creando programas especializados que trabajen con las familias y cuidadores en las diferentes áreas de sus vidas y no exclusivamente como cuidadores para dar respuesta a la carga problemática de la persona que cuida, que va más allá del cuidado. Para ello, es fundamental la formación especializada en gestión de los psicólogos que se enfrentan a las amplias problemáticas de las familias expuestas al cuidado de una persona con demencia.



© 2020 IMSERSO. Todos los derechos reservados. Este trabajo es propiedad de IMSERSO. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.



21. Intervención asistida con perros en personas con demencia residentes en unidades de convivencia

INTERVENCIÓN ASISTIDA CON PERROS EN PERSONAS CON DEMENCIA RESIDENTES EN UNIDADES DE CONVIVENCIA

Pérez Redondo, E.¹; Pérez Sáez, E.²; González Ingeimo, E.³; Redondo Sánchez, J.⁴; Gómez Jiménez, B.⁵

Responsable IAA, (2) Neuropsicólogo, (3) Responsable de Investigación, (4) Psicóloga, (5) Coordinadora de Intervención en Centro de Día
Centro de Referencia Estatal de atención a personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. IMSERSO | E-mail de contacto: info@ceatdelhoteles.es

Introducción

Diferentes estudios nos muestran cómo la Intervención Asistida con Perros (IAP) en personas con demencia mejora su estado emocional (Mazzullo et al., 2011), aumenta el número de comportamientos sociales (Sellers, 2005) así como la implicación de las personas en las actividades (Díaz et al., 2010).

Por ello hemos investigado la influencia de la IAP en la socialización y desarrollo de conductas personales e implicación en la actividad, de las personas residentes en unidades de convivencia del centro, incidiendo así en el bienestar emocional y calidad de vida de estas.

OBJETIVOS

Comprobar si durante las sesiones de IAP:

- Aumentan los comportamientos pro-sociales, las expresiones emocionales positivas y los aspectos positivos de la experiencia de la persona con demencia.
- Se reducen las expresiones emocionales negativas y los signos de rechazo y displacer hacia las actividades propuestas.

Materiales y Método

PROCEDIMIENTO


El estudio comprendió una fase inicial o línea base (A), una fase de tratamiento con IAP (B) y una réplica de ambas fases (A2, B2). Cada fase estuvo compuesta por cinco días con un periodo de descanso de 2 días entre cada fase, resultando un total de 20 sesiones de recogida de datos.

Durante los cinco días de cada fase de línea base (A1 y A2) los participantes de forma individual realizaban actividades significativas con la profesional y eran filmados durante los 15 minutos que duraba la intervención. Durante el periodo de intervención con IAP (B1 y B2) se replicaban las actividades realizadas durante el periodo A, incluyendo la presencia del perro como instrumento motivador, siempre en el entorno específico. Todo el periodo de intervención se realizó durante Marzo de 2014.

Los objetivos terapéuticos especificados durante las sesiones fueron puntados en función de programa de atención individualizado que cada usuario tiene en el Centro.

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

- Mejora de la calidad de vida.
- Activación de emociones positivas.
- Fomento de la autoestima.
- Mejora de la motivación y atención.
- Aumento de la participación y de socialización.
- Disminución de SPDC.
- Ampliación de la estimulación sensorial.



PARTICIPANTES

Se seleccionó un cuadro de personas para participar en el estudio. Uno de ellos, causó muerte experimental debido a una enfermedad grave que presentaba esa cosa.

Criterios de inclusión: Diagnóstico de enfermedad de Alzheimer u otras demencias, interés pasado y afecto por los animales, haber participado en sesiones de IAP anteriormente, sin historial de miedo o alergias y con una medicación estable y controlada.

El participante 1: Varón de 82 años con estudios secundarios. Diagnóstico: Probable EA. MMSE: 18/30. Relación estrecha con los animales dentro del ámbito doméstico. Viviendo en las unidades de convivencia 11 meses.

La participante 2: Mujer de 84 años con estudios básicos. Diagnóstico: Probable EA. MMSE: 17/30. Relación estrecha con los animales dentro del ámbito de trabajo. Viviendo en las unidades de convivencia 8 meses.

El participante 3: Varón de 50 años con estudios primarios. Diagnóstico de Demencia por degeneración cortical basal. MMSE: 7/30. Contacto con animales en infancia y juventud. Viviendo en las unidades de convivencia 10 meses.

MATERIALES

Social Behavior Observation Checklist (Sellers, 2005): Se trata de un registro observacional utilizado por Sellers en su estudio sobre IAP y creado a partir de la adaptación de definiciones de comportamientos sociales. En este instrumento se registran cinco comportamientos: Sonrisa (gestual) y sonora, miradas (contacto social directo), contacto físico (tocar, besar, abrazar), inclinaciones (iniciativa de movimiento y orientación a estímulo social, verbalización o emisión verbal de sonidos).

Observed Emotion Rating Scale (Lawton, Van Halzema y Klapner, 1996): Instrumento para registrar el estado emocional mediante la observación directa. Se registra tanto el afecto positivo, como el afecto negativo a través de 5 emociones primarias (placer, enfado, ansiedad, tristeza, aburrimiento). Este registro se realizó a los 10 minutos de la sesión dentro de la intervención.

Non Pharmacological Therapy Experience Scale (Mullin, Ohsarin, Lago y Pein-Coronado, 2011): Este instrumento cuantifica la experiencia de las personas con demencia en el momento de la intervención. En él se evalúa la participación, el disfrute, la relación con otros, el displacer y el rechazo.

Resultados

Social Behavior Observation Checklist (SBOC)

Para el SBOC se sumó la suma de todos los comportamientos sociales registrados por los codificadores en cada sesión. El ANOVA mostró un efecto significativo del Tratamiento, $F_{(1, 9)} = 59.551, p < .001, \eta^2 = .768$, lo que se produjo un aumento de los conductos sociales entre la fase de Línea Base (M = 157,431) y la fase de IAP (M = 200,8).


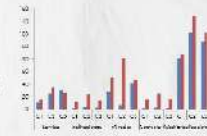



Figura 1: Medias del Total de Comportamientos Sociales (SBOC) por Sujeto en Todas las Fases del Tratamiento.

Figura 2: Medias de comportamientos sociales (SBOC) para cada caso según el tratamiento (A = Línea Base; B = IAP).

Observed Emotion Rating Scale (OERS)

Se llevó a cabo un MANOVA con los 5 ítems valorados por el OERS como diferentes medidas de la variable dependiente que mostró un efecto significativo del tratamiento, $F_{(1, 9)} = 23.423, p < .001, \eta^2 = .899$.






Figura 3: Medias de Manifestaciones de Estados Emocionales (OERS) por Caso según el Tratamiento (A = Línea Base; B = IAP).

Non-Pharmacological Therapy Experience Scale (NPT-ES)

Se llevó a cabo un ANCOVA mixto donde se analizaron los efectos sobre la puntuación total de la escala del Tratamiento (2 niveles) como factor línea, el Codificador (4 niveles) y el Sujeto (3 niveles) como factores laterales. Los resultados mostraron un efecto significativo del Tratamiento sobre la puntuación total en la escala, $F_{(1, 9)} = 58.350, p < .001, \eta^2 = .784$, que pasó de una media de 11,825 en la fase de línea base a una media de 14,292 en la fase de IAP.


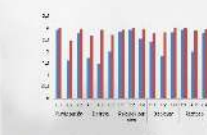



Figura 4: Resultados NPT-ES para cada Sujeto en cada Fase del Tratamiento.

Figura 5: Medias de Apechos de la Experiencia en la IAP (NPT-ES) para cada Caso según el Tratamiento (A = Línea Base; B = IAP).

Conclusiones

Los estudios de IAP tuvieron:

- Un efecto significativo sobre las conductas pro-sociales:
 - Aumentan las inclinaciones, miradas, contacto físico y verbalizaciones.
- Efecto significativo sobre el afecto:
 - Aumento del placer.
 - Disminuyó la tristeza.
- Efecto significativo sobre la experiencia, aceptación y disfrute de la intervención:
 - Aumento de participación, disfrute, relación con otros.
 - Reducción del rechazo y displacer.

© 2014 by CEAT, IMSERSO, IAA, U.S. All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted, in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording, or by any information storage or retrieval system, without the prior written permission of CEAT, IMSERSO, IAA, U.S.

22. Valoración de la videoconsola Nintendo Wii como herramienta para el entrenamiento cognitivo de personas con demencia



VALORACIÓN DE LA VIDEOCONSOLA NINTENDO WII COMO HERRAMIENTA PARA EL ENTRENAMIENTO COGNITIVO DE PERSONAS CON DEMENCIA

García Santelesforo, R.¹; González Ingelmo, E.²; Pérez Sáez, E.³; Rodríguez Méndez A.¹

(1) Psicólogo, (2) Responsable de Investigación, (3) Neuropsicólogo | Centro de Referencia Estatal de atención a personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias, Inmerso
E-mail de contacto: info@ceat Alzheimer

Introducción

En los últimos años se ha propuesto la utilidad de los videojuegos como una terapia no farmacológica (NF) para personas con demencia (PCD) ya que permiten ofrecer una intervención coste-efectiva que requiere habilidades tanto físicas como cognitivas y puede aplicarse en un contexto hábil de interacción social¹. La consola Wii de Nintendo ha sido analizada por PCD en otros estudios con resultados positivos sobre la cognición², otros aspectos emocionales³ y sobre la marcha y el equilibrio cuando se ha utilizado como sistema de entrenamiento físico⁴.

Este estudio muestra los efectos de un programa de entrenamiento cognitivo basado en un videojuego para Nintendo Wii para PCD en fase leve o moderada.



OBJETIVOS

- Demostrar el potencial de los videojuegos como alternativa lúdica para el entrenamiento cognitivo de PCD.
- Validar la adecuación y aceptación de la videoconsola Wii como herramienta de intervención en personas con demencia leve y moderada.

- Comprobar la eficacia del juego BIG BRAIN ACADEMY (BBA) como programa de entrenamiento cognitivo en personas con demencia en fase leve o moderada.

Materiales y Método

PARTICIPANTES

Criterios de inclusión:

- Usuarios del CEAT con diagnóstico cognitivo leve/moderado (SDS 3-4).
- Ausencia de alteraciones de conducta graves no controladas que limiten el desarrollo de las sesiones de terapia o la evaluación.
- Ausencia de déficits auditivos, visuales y motores graves que impidan el aprendizaje y uso de la videoconsola.

Se seleccionaron 45 usuarios del Centro de Referencia Estatal de Atención a personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias del Inmerso un balanceo (CRSA), con enfermedad de Alzheimer, demencia vascular o mixta y en menor medida otras demencias, sin experiencia previa con la videoconsola y con diagnóstico cognitivo leve/moderado (ver tabla 3).

De los 38 participantes que realizaron sesiones de intervención con Wii, 34 completaron entre 25 y 36 sesiones durante el periodo de 3 meses (ver tabla 2) y fueron considerados para el análisis estadístico de la eficacia del tratamiento para mejorar las funciones cognitivas frente a 7 usuarios que formaron el grupo control.

Grupo	N	Edad (M ± SD)	Sexo (M/F)	MMSE (M ± SD)
Intervención	34	70.8 ± 6.2	17/17	19.1 ± 3.5
Control	7	70.8 ± 6.2	4/3	19.1 ± 3.5

Grupo	Edad (M ± SD)	Sexo (M/F)	MMSE (M ± SD)
Intervención	70.8 ± 6.2	17/17	19.1 ± 3.5
Control	70.8 ± 6.2	4/3	19.1 ± 3.5

PROCEDIMIENTO

Asignación aleatoria a grupos:

- Grupo de intervención con Nintendo Wii (Gr. Witherapia).
- Grupo control / Lista de espera con tratamiento habitual (Gr. Control) que incluía sesiones de estimulación cognitiva tradicional.

Formato sesiones Witherapia:

- 3 sesiones/semana.
- 30 min.
- Formato grupal (2-3 participantes).
- Juego BIG BRAIN ACADEMY (BBA) con pruebas (4-5 pruebas/sesión) que pretendían estimular capacidades como memoria, atención, razonamiento, cálculo, orientación y aptitudes.

MATERIALES

Las funciones cognitivas y el estado funcional de los participantes fueron evaluadas antes y después del período de intervención mediante las siguientes escalas:

- Mini Mental State Examination (MMSE; Folstein, Folstein, McHugh, 1975).
- Examen cognitivo de Cambridge (CAMCOG) (Bath, Tym, Mountjoy, Huppert, Hendrie, Verma y Goodford, 1986).

- Memory Impairment Screen (MIS) (Buschke, Kalansky, Katz, Stewart, Slivinski y Corkin, 1989).
- Memoria de la lista de palabras de la batería neuropsicológica CEAN2 (Ibáñez, Heredia y Mohr, 1989).
- Test Barcelona – sub-test de Dígitos directos e inversos (Pérez Casanova, 1990).
- Test del reloj (González y Kaplar, 1972; Cuchillo et al., 1996).
- Índice de Barthel (Mahoney y Barthel, 1965).

Las sesiones de Witherapia fueron evaluadas mediante dos instrumentos:

- NPT-ES⁵: Escala que mide aspectos de la experiencia del paciente en el momento de la intervención. Valora en una escala de 0 (nada) a 3 (siempre) la participación, disfrute, relación con otros, adaptación y rechazo durante la terapia. El rango de puntuaciones es de 0 a 15 puntos. Completada por el terapeuta que dirige la intervención tras los últimos de las sesiones de intervención de cada participante.
- Cuestionario de satisfacción compuesto por tres preguntas que valoraban la opinión del usuario respecto a la terapia y una pregunta final de valoración global (ver tabla 3). Aplicado post-intervención en forma de entrevista estructurada.

Resultados

- Todos los usuarios aprendieron a usar el mando de la videoconsola en un rango de 1 a 12 sesiones (M= 3.45 días).
- La puntuación media obtenida en la escala NPT-ES fue de 24.07 puntos de media sobre un máximo de 15 puntos, lo que implica una experiencia muy positiva para los participantes ya que durante las sesiones mostraron:
 - Alta participación (M= 2.87, DT= 0.34) y un bajo rechazo (M= 2.97, DT= 0.16), manifestando interés y atendiendo a las indicaciones del terapeuta y a las actividades realizadas por sí mismos y sus compañeros.
 - Alto disfrute (M= 2.55, DT= 0.79) lo que generó un afecto positivo donde el bienestar y placer se manifestaban a través de la rítmica, gestos, postura, palabras y acciones. Así mismo se registraron expresiones de disfrute.
 - Alta relación con otros (M= 2.68, DT= 0.72) comunicándose con otros participantes y el terapeuta de forma positiva, ayudando y animando a otros participantes y felicidades por su éxito.
- Cuestionario: La satisfacción de todos los participantes fue positiva, considerando la terapia divertida y útil para ellos (ver tabla 3). La media en la valoración global de la herramienta fue de 8.66 sobre 10 puntos.

Instrumento	N	Media (M)	Desviación típica (DT)
MMSE (M ± SD)	34	19.1	3.5
NPT-ES	34	24.07	1.63
Índice de Barthel	34	23.5	1.63
Disfrute e interés	34	2.55	0.79
Relación con otros	34	2.68	0.72
Rechazo durante la terapia	34	2.97	0.16
Participación	34	2.87	0.34
MMSE (M ± SD) en los usuarios de cada grupo antes y durante el tiempo de intervención.			
NPT-ES (escala de satisfacción) después de la intervención.			

Funciones cognitivas

- No se encontró un efecto significativo de la intervención pre-post y tratamiento para ninguno de los variables analizadas (F_(1, 34) = 2.287, p = 2.058, η² = 0.064).
- No se encontraron diferencias significativas pre-post intervención en ninguna de las escalas de valoración para el grupo de intervención, F_(1, 34) = 3.892, p = 0.053, η² = 0.10, ni para el grupo control, F_(1, 7) = 1.404, p = 2.761, η² = 0.077.
- Se observó una tendencia positiva en el Gr. Witherapia ya que el MMSE mejoró casi un punto post-intervención mientras que el Gr. Control mantuvo estables sus puntuaciones; aunque, no se obtuvo un efecto significativo de la intervención pre-post. X. Inicialmente ni se observaron diferencias significativas pre-post para el Gr. Witherapia (p = 0.083).



Conclusiones


- La videoconsola Wii es útil como herramienta para el trabajo con PCD. La percepción de los usuarios y de los profesionales de intervención refleja la validez de este tipo de juegos para PCD.
- Las observaciones de los terapeutas muestran el efecto motivador que tuvo el trabajo mediante la videoconsola Wii al resultar novedosa para los participantes. Además la introducción de elementos lúdicos aumentó significativamente la motivación de los participantes y generó un efecto muy positivo durante las sesiones, lo que puede aumentar los potenciales beneficios de la terapia.
- Los resultados (temporales) obtenidos como que el uso de los videojuegos está asociado únicamente al trabajo con gente joven, que las personas mayores no puedan aprender cosas nuevas o que mejoran sus habilidades cognitivas.



(1) Anderson, C., & Dill, J. L. (1991). Videogames and human performance: A meta-analysis. *Journal of Experimental Psychology: Applied*, 1(1), 42-59.
 (2) Rodríguez Méndez, A., & García Santelesforo, R. (2019). Efectos de un programa de entrenamiento cognitivo basado en un videojuego para Nintendo Wii en personas con demencia leve y moderada. *Revista de Psicología*, 38(1), 1-10.
 (3) Pérez Sáez, E., & Rodríguez Méndez, A. (2018). Efectos de un programa de entrenamiento cognitivo basado en un videojuego para Nintendo Wii en personas con demencia leve y moderada. *Revista de Psicología*, 37(1), 1-10.
 (4) Rodríguez Méndez, A., & García Santelesforo, R. (2019). Efectos de un programa de entrenamiento cognitivo basado en un videojuego para Nintendo Wii en personas con demencia leve y moderada. *Revista de Psicología*, 38(1), 1-10.
 (5) NPT-ES: Escala de satisfacción post-intervención.



23. Effects of artistic education with cyanotype technique in persons with Alzheimer's disease and other dementias



EFFECTS OF ARTISTIC EDUCATION WITH CYANOTYPE TECHNIQUE IN PERSONS WITH ALZHEIMER'S DISEASE AND OTHER DEMENTIAS

González Rabanillo, N.¹; Pérez Sáez, E.²

(1) Senior Educator; (2) Neuropsychologist
National Reference Centre for Alzheimer's and Dementia Care (CREA), IISGarcía | Contact: email_vdo@crealzheimer.es

INTRODUCTION

Studies that have explored the effect of art therapy on the well-being of people with dementia suggest that it can be effective in increasing interest, sustained attention, pleasure, and self-esteem (Kinney & Rantz, 2006) as well as improving mood, alleviating behavioural changes, improve communication and reduce anxiety, agitation and depression (Chancellor, Duncan & Chatterjee, 2014). Some studies have shown that performing artistic expression activities with the cyanotype technique with people with early dementia contributes to improve their quality of life and well-being (Ullán et al. 2012). The purpose of this study is to assess the effects of a creative therapy workshop with cyanotype on self-esteem, mood, and the participation and experience with the therapy in PwD.

Hypotheses:

- People attending the cyanotype workshop will improve their scores on the Rosenberg Self-Esteem Scale.
- Participation in the sessions of the cyanotype workshop will improve the mood of the participants.
- This non-pharmacological therapy will lead to a positive experience in participants that will manifest as high participation, interest and pleasure and low displeasure and rejection.

METHOD

Procedure

The study used a repeated measures design with no control group. The intervention consisted of 11 group sessions of 60 to 75 minutes long, at the rate of a weekly session in which the participants completed personal works with the technique of cyanotype. The intervention was performed in a space designated specifically for the activity and separated from the residential units and the day care centre.

Participants

In this research, users of the day care centre and the residential units of the National Reference Centres for Alzheimer's and Dementia Care (CREA) participated. They were selected according to the following inclusion/exclusion criteria:

- People with mild to moderate dementia.
- No behavioural disorders that interfere with the development of sessions.
- Show interest in artistic and creative activities.
- No physical or sensory alterations that prevent their participation in the activity.

The research sample consisted of 17 users of the Ambulatory Intervention Service (n = 6), the day care centre (n = 7) and the residential units (n = 4) of the CREA, 14 women and 3 men with an average age of 72.28 years (range 50-89 years). Participants were divided into three groups according to their resources in the centre (Ambulatory Intervention Service, Day care centre and Residential Units).

Table 1. Sociodemographic and clinical characteristics. Allowance to sessions.

	Total sample
n	17
Age	72.28 (13.37)
Age range	50-89
Sex M/F	3/14
Session	9/59 (1.41)

Table 2. Outcome, instruments and way of application. Used in the study.

Outcome	Instrument	Description	Way of application
Self-esteem	Rosenberg self-esteem scale (Rosenberg, 1965)	10 questions, scoring between 1 and 4 points, for a minimum score of 10 and a maximum score of 40.	Administered Pre and Post intervention through interview with the user.
Mood	Smiley Face Assessment Scale (Mittman & Epstein, 2009)	Self-report instrument for measuring the mood of participants using a graphic response system with five faces with emotional expressions accompanied by a descriptive list ranging from "Very unhappy" to "Very happy" (See Figure 1).	Administered Pre and Post session directly asking the participants to assess their mood according to the scale.
Non-pharmacological Therapy: Experience in NPT	Non-pharmacological Therapy: Experience Scale (NPT-ES) (Muniz, Olazarán, Lago & Pérez-Gassnova, 2011)	Scale to quantify the experience at the time of the intervention that evaluate participation, pleasure, relationship with others, displeasure and rejection using a scale from 0 = Never to 3 = Always (the last two use the inverted scale).	Completed at the end of each session by the therapist, scoring each of the items according to the behaviour and attitude of the participant during the session.

RESULTS

Users attended an average of 9.69 sessions (range 7-11).

Mood (Smiley Face Assessment Scale)

The cyanotype sessions had a positive effect on mood, $t(16) = -7.318, p < .001, 95\% CI [-0.74325, -0.40538], d = 1.1$, since this increased from a pre-session mean of 3.80 (SD = 0.59) to a post-session mean of 4.37 (SD = 0.41).

Self-esteem (Rosenberg's self-esteem scale)

After the intervention there was a significant increase in self-esteem measured through the Rosenberg scale as shown by the one-tailed test, $t(15) = -1.761, p = .049, 95\% CI [-3.477, 0.202], d = .33$, from a pre-intervention mean of 29.06 (SD = 4.42) to a post-intervention mean of 30.5 (SD = 4.16).




Figure 1. Pre and post-intervention mean of mood assessments (Smiley Face Assessment Scale).




Figure 2. Pre and post-intervention mean self-esteem scores (Rosenberg Self-Esteem Scale).

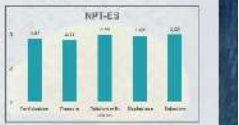
NPT-ES

During the cyanotype sessions users showed high scores on all items on the NPT-ES scale (displeasure and rejection items are reversed, so a high score indicates they never appeared).

Table 3. Mean (M) and standard deviation (SD) of each item and the total score of the NPT-ES scale.

NPT-ES items	M	SD
Participation	2.97	0.28
Pleasure	2.68	0.25
Relation with others	2.99	0.02
Displeasure	2.97	0.07
Rejection	3.00	0.00
Total	13.61	1.31

Figure 3. Means of the NPT-ES items.



CONCLUSIONS

The results of this pilot study indicate that participation in a cyanotype workshop had a positive effect on the self-esteem and the mood of people with mild to moderate dementia. Art-therapy interventions as a cyanotype workshop makes it possible for us to focus on the abilities of people and to leave the disease aside. In addition, participation in cyanotype sessions resulted in a positive experience of the participants, who showed a high level of enjoyment, were engaged in the activity and established relationships with other users during the session, while there were few manifestations of displeasure or rejection to the activity. That is why we should consider the cyanotype workshops as a non-pharmacological therapy that may be effective and it is feasible and easily implementable in different care settings. It should be part of the daily activities of PwD, within a program of artistic expression activities and not staying in isolated sessions. Future studies should determine whether a longer-lasting program has more noticeable effects on participants.

REFERENCES

Chancellor, S., Duncan, A., & Chatterjee, A. (2014). Art therapy for Alzheimer's disease and other dementias. *Journal of Alzheimer's Disease*, 40, 1-11.


Kinney, J. M., & Rantz, G. A. (2006). Observed well-being among individuals with dementia: Memories in the Making: an art program versus other structured activity. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 20, 270-277.


Mittman, M., & Epstein, C. (2009). Research notes. In F. Rosenberg, A. Paros, L. Hynell & C. McGee (Eds.), *The MAMA: Alzheimer's proceed: Making art accessible to people with dementia*. New York, NY: The Museum of Modern Art.


Muniz, K., Olazarán, J., Pereda, S., Lago, P., & Pérez-Gassnova, J. (2011). NPT-ES: A measure of the experience of dementia-related care during non-pharmacological interventions. *Non-Pharmacological Therapy in Dementia*, 1(1), 24-31.


Rosenberg, N. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.


Ullán, A., M. Belver, M. H. Escalá, R. Moreno, C. Barrio, E. Gómez-Iba, J. L. Tejedor, L. Gil, S. Castellanos: An artistic educational program for older people with early dementia: An exploratory qualitative study. *Dementia*, 10(4), 420-446.











24. Consistency and validity of the “Profile of Mood State”: test to evaluate the effects of creative therapeutic dance in persons with dementia

CONSISTENCY AND VALIDITY OF THE “PROFILE OF MOOD STATE” TEST TO EVALUATE THE EFFECTS OF CREATIVE THERAPEUTIC DANCE IN PERSONS WITH DEMENTIA

de Andrés Terán, A.L.¹; Pérez Sáez, E.²; Cernuda Lago, A.³

⁽¹⁾ Dance therapy expert / Bachelor of Mathematics, National Reference Centre for Alzheimer's and Dementia Care (CREA), Insua; ⁽²⁾ Neuropsychologist; ⁽³⁾ National Reference Centre for Alzheimer's and Dementia Care (CREA), Insua; ⁽³⁾ Neuropsychologist, Rey Juan Carlos University | Contact email: info@cienciafideles.com

INTRODUCTION

The Creative Therapeutic Dance (CTD) for Alzheimer's and other dementias is a non-pharmacological therapy (NPT) whose therapeutic purpose is to improve the patient's quality of life from the axiom of the indissoluble unity of body and mind.

There is little research on CTD in people with dementia (PwD) although there is some evidence that it may be effective in improving mood and quality of life (Guzmán-García, Hugas, James, & Rochester, 2013).

Because it is a creative therapy, there is an enormous difficulty to quantify its effects in PwG, so there is a need to develop or adapt instruments that allow it.

The Profile of Mood States (POMS) is an excellent emotional thermometer and is currently one of the most used questionnaires in psychology for the measurement of feelings, but there is no record of its use in PwD. Therefore, in this paper the general objectives are to demonstrate that the POMS is an effective and reliable tool in PwD and to analyse the possible differences before and after the CTD sessions in the participants' scores.

Hypothesis:

- The POMS maintains its psychometric properties in a population with dementia.
- The test performance time will be between five and twenty minutes.
- CTD intervention in PwD positively affects mood so that positive emotions increase and negative emotions decrease.

RESULTS

POMS validation

Table 4
POMS: POMS, STAXI II and PANAS Descriptive Statistics and POMS Reliability Index

Variable	Mean	SD	Alpha	Internal Reliability
POMS	11.2	10.5	0.92	0.92
Confusion	1.2	1.5	0.85	0.85
Vigor	1.8	1.2	0.88	0.88
Depression	1.5	1.4	0.82	0.82
Anger	1.3	1.3	0.80	0.80
Fatigue	1.4	1.3	0.81	0.81
Tension	1.5	1.4	0.83	0.83
Staxi II	1.2	1.1	0.86	0.86
PANAS	1.5	1.4	0.84	0.84

The internal consistency measured through Cronbach's Alpha (Table 4) of the total POMS scale indicates high reliability. The internal consistency values were acceptable for the Confusion and Vigor factors, good for Tension, Anger, and Fatigue and excellent for Depression.

The test-retest stability coefficient varies between .822 and .910 (p < .001), indicating that the temporal stability is medium-high.

All the factors correlate directly ($r_{\text{Confusion}} = .466$, $r_{\text{Vigor}} = .822$, $p < .001$), except for Vigor, that does not correlate with any other factor.

METHOD

Participants

In this research, CREA users were selected according to the following inclusion/exclusion criteria:

- People with dementia with an interest in participating in CTD sessions.
- Absence of severe receptive language disorder.

Table 1
Sociodemographic and clinical characteristics

Variable	N	Total sample
Age	34	74 (11 (13.9%)
Sex (M/F)	27/7	
AD	17	74 (11 (13.9%)
Diagnosis	7/10	
Mild	7	74 (11 (13.9%)
Severe	10	
Cognitive impairment	11	74 (11 (13.9%)
Mild	7	
Severe	4	

Abb: AD: Alzheimer Disease; M/F: Male/Female

Materials

Table 2
Outcomes and instruments used

Scale	Description
POMS (Montuori, Lutz, & Shulman, 1971; Guzmán-García, Hugas, James, & Rochester, 2013)	It includes six items grouped into six factors: Tension, Depression, Anger, Vigor, Fatigue, and Confusion. Likert-type scale (ranging from 0 to 5).
PANAS (Watkins, Clark, & Tellegen, 1988; Cernuda et al., 1998)	It includes 20 items divided into two subscales: one of positive affect (PA) and one of negative affect (NA) both measured by 10 items. Likert-type scale ranging from 0 to 5.
STAXI II (Scheffers, Ford, & D'Esposito, 2003)	It includes 25 items. It allows to evaluate the executive functions and the control of the anger. It is measured with 10 items and has the Manual Test of physical execution, verbal expression and logical-subjectivity. Likert-type scale ranging from 0 to 5.

Procedure

We used a repeated measures longitudinal design that was carried out from a humanistic approach that prevails over the research.

The sessions always had the same structure, always respecting the therapeutic needs of the group; they were performed once or twice a week in groups with a minimum of four people and a maximum of ten.

Each participant answered the POMS questionnaires only once a week. The time completion of the questionnaires were measured.

Table 3
Schedule of test administrations

Measure	First day	Third (three days)
Between CTD sessions	POMS, PANAS, STAXI II	POMS
After CTD sessions	POMS	POMS
Measures	CTD effects	CTD effects
	Concurrent validity	Temporal stability

Table 5
Tests of related samples and a factorial ANOVA

Variable	Pre-CTD	Post-CTD	F	p	η ²
Confusion	1.2	1.1	1.2	.27	.00
Vigor	1.8	2.1	1.8	.18	.00
Depression	1.5	1.2	1.5	.22	.00
Anger	1.3	1.1	1.3	.25	.00
Fatigue	1.4	1.2	1.4	.23	.00
Tension	1.5	1.3	1.5	.21	.00

Figure 1. Pre-post POMS comparison


CONCLUSIONS

- The POMS retains its psychometric properties in a population of PwD.
- The Tension, Depression and Confusion POMS factors decrease, while Vigor rises significantly after CTD sessions.
- The largest effect of the CTD sessions on POMS factors appears in Vigor and the smallest in Confusion.
- The CTD sessions had no effect on Fatigue and Anger.
- CTD is a beneficial non-pharmacological therapy in AD or other dementias.
- The POMS is a reliable tool for measuring change in PwD.

REFERENCES

Montuori, D., Lutz, M. A. & Shulman, L. (1971). Profile of mood states manual. San Diego: Educational and Industrial Testing Service.

25. Design and application of a music therapy program for families of people with dementia




ALZHEIMER'S GLOBAL
SUMMIT LISBON 2017

DESIGN AND APPLICATION OF A MUSIC THERAPY PROGRAM FOR FAMILIES OF PEOPLE WITH DEMENTIA

García Valverde, E.¹; Badía, M.²; Orgaz, M.B.³

(1) Music therapist, National Reference Centre for Alzheimer's and Dementia Care (CREA), Instituto (17) Institute on Community Integration (MIGCI) University of Salamanca; (2) Department of Psychology, University of Salamanca; | Contact email: info@crealzheimer.es



UNIVERSIDAD
DE SALAMANCA

INTRODUCTION

In the last years western societies are aging and, as a consequence, the increase of neurodegenerative disorders has led to more people in a situation of fragility and dependency. Professional care of people with dementia is growing in our country. However, in most cases is carried out by relatives. Previous studies warn of the negative effects on the quality of life of family caregivers since they are exposed to a stress situation that can trigger anxiety and depression.

The aim of this study is to design and develop a music therapy program based on song composition, which attempt to reduce anxiety and depression symptoms and improve the quality of life of caregivers.

Song composition is a therapeutic intervention within the music therapy field defined as *'the process of creating, composing and/or recording lyrics and music by the client and the therapist within a therapeutic relationship to address the psychological, emotional, cognitive and communicative needs of the client.'* (Migram & Baker, 2005).

This intervention has into account the theory of Dr Hector Florin about the Creating Psyche and tertiary processes, which considers that the clinic is a creative space where the patient and the therapist work to find _____. The basic premise is that creativity enables human processes and not only concerning the artistic world.

Table 1
Phases of the intervention, objectives and techniques

Phases	Objectives	Music therapy techniques
1. 'Exploration' (sessions 1-4)	<ul style="list-style-type: none"> • Create a space of confidence • Encourage the exploration of emotions and their expression • Discover new ways of communication through creativity and musical language 	<ul style="list-style-type: none"> • Musical improvisation • Therapeutic singing • Receptive methods
2. 'Writing lyrics' (sessions 5-7)	<ul style="list-style-type: none"> • Identify the key feelings that need to be expressed • Reflect moods, thoughts and emotions through poems • Explore the relationship with others 	<ul style="list-style-type: none"> • Musical improvisation • Therapeutic singing • Receptive methods • Art integration • Singwriting
3. 'Music composition' (sessions 8-10)	<ul style="list-style-type: none"> • Promote decision making • Encourage creativity and emotion expression • Connect with each other sources • Reinforce self-esteem and identity 	<ul style="list-style-type: none"> • Singwriting • Therapeutic singing
4. 'Recording and closure' (session 11-12)	<ul style="list-style-type: none"> • Strengthen the sense of belonging to the group and group cohesion • Consolidate the emotions shared along the therapeutic process 	<ul style="list-style-type: none"> • Singwriting • Therapeutic singing

METHOD

Location and beneficiaries

This program is carried out at National Reference Centre for Alzheimer's and Dementia Care's (CREA) of Instituto, in collaboration with the University of Salamanca. 23 families participate in the program (spouse, son/daughter, brother/sister).


Contents of the intervention

The therapeutic process of this intervention is divided in four phases:

- **Exploration**
This first phase is focused on the establishment of the therapeutic link and interrelationship between the relatives, the music and the music therapist through experiences that allow explore new ways of communication.
- **Writing lyrics**
In the second phase, the emotional aspects of the person are studied in depth through the integration of the arts, such as music, painting, photography or poetry. These different artistic expressions provide a symbolic language to the person that is more immediate than the word. This way, the group begins to create the lyric based on their feelings, thoughts and sensations reflected along the therapeutic process. Once the lyric is finished, we move to the next phase.
- **Music composition**
The group agrees on the melody, style or musical genre, the instruments and the structure of the song that best adapts to the content of the lyric previously written. Most of the group members have not had musical experiences before. Consequently, the role of the music therapist is to facilitate the process, assuring that the group creates a composition felt as their own and that expresses their own needs. After creating the song, time is given for any modifications.
- **Recording and closure**
In the recording is determined who is going to sing and if anyone is going to need musical support from the music therapist. Although the collective of the intervention is not a product aesthetically 'perfect', it is important that the group is familiarized and satisfied with the result.

The therapeutic process finishes with the recording. A CD, which contains the song, the lyrics and pictures of the most significant moments of the group, is delivered to the participants. This way, the participants have the opportunity to listen to the song any time, relive the experience or share it with relatives and friends.

An intervention program has been design to be conducted in 12 sessions of 60 minutes during 12 weeks from April to June 2017.




Groups are formed by a maximum of 10 participants, who are distributed in different groups depending on their preference of schedule, sociodemographic data and data extracted from instruments of measurement. Each session lasts 60 minutes. Each session is video recorded and the more relevant remarks are registered for a further analysis of the intervention.

Evaluation design

The evaluation consists on a pre- post-monitoring design. The instruments used for the anxiety, self-esteem, depression and quality of life evaluation are the following:

- State-Trait Anxiety Inventory (STAI)
- Rosenberg Self-Esteem Scale (RSE)
- Beck Depression Inventory-Second Edition (BDI-II)
- The Short Form-36 Health Survey (SF-36)



CONCLUSIONS


This intervention program in music therapy aims to improve the quality of life of caregivers of people with dementia. Music composition is a therapeutic tool that helps people relived their past, present and future, contact with unconscious processes, confront difficulties in their intrapersonal experiences, and project their feelings through the music.

REFERENCES


____ Baker, F., & Migram, T. (2005). *Singwriting: Methods, techniques and clinical applications for music therapy educators, educators and students*. Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.

____ Gomez, M., & Miel, R. (2003). Music therapy with Alzheimer's patients and their family caregivers: a pilot project. *Journal of Music Therapy*, 40(2), 139-159.


____ Florin, H. (2009). *El psiquismo creador*. Salamanca: Ed. Pórtico.




Champalimaud
Foundation




HOSPITAL
UNIVERSITARIO
DE SALAMANCA




UNIVERSIDAD
DE SALAMANCA



cién ciberMed



MINISTERIO DE SALUD



MINISTERIO DE EDUCACIÓN

26. Effects of non-pharmacological intervention through the therapeutic robot PARO in persons with Alzheimer's disease and other dementias

EFFECTS OF NON-PHARMACOLOGICAL INTERVENTION THROUGH THE THERAPEUTIC ROBOT PARO IN PERSONS WITH ALZHEIMER'S DISEASE AND OTHER DEMENTIAS

Rosillo Carretero, M.¹; Pérez Sáez, E.²

⁽¹⁾ Occupational therapist, ⁽²⁾ Neuropsychologist

National Reference Centre for Alzheimer's and Dementia's Care (CREA), Valencia | Contact email: rfc@creaibn.com

INTRODUCTION

Robotherapy is a non-pharmacological therapy (NPT) consisting in the use of robots that simulate animals, equipped with artificial intelligence and multiple sensors that allows them to behave and interact with users as if it were a real animal. One of the most studied examples with people with dementia (PwD) is Paro (Hara, Shibata, Saito, & Tanig, 2009), a seal-shaped social robot that has shown, in multiple studies, capacity to promote socialization and communication, improve mood and reduce the behavioural and psychological symptoms of dementia (Broekens, Heerink, & Rosendal, 2009).

This study aim to assess if robotherapy is an effective NPT to reduce the behavioural and psychological symptoms of dementia (BPSD), apathy and depression as well as to improve the quality of life of PwD. It will also assess if robotherapy can be useful to improve the cognitive and functional status of the participants.

On the other hand, we try to verify if the sessions of robotherapy produce a relaxing effect and are able to improve the mood and lead to a higher engagement of the participants in the activity.

Hypothesis

It is expected that after the robotherapy's period the intervention group:

- Reduce their scores on the Neuropsychiatric Inventory (NPI-NH).
- Reduce their scores on the Apathy Rating Scale (APADEM-NH).
- Improve their scores on the Yesavage Geriatric Depression Scale (GDS-15).
- Improve their scores on the Quality of Life Scale (QoL-AD).

In addition, the sessions of robotherapy:

- Will have an effect of blood pressure and heart rate reduction.
- Improve the mood of the participants, measured through the Smiley Face Assessment Scale.
- Provide a positive experience and high engagement in the activity measured through the NPT-ES scale.

RESULTS

After the intervention period, although there was a decrease in neuropsychiatric symptoms (NPI-NH) and apathy (APADEM-NH), a statistically significant effect of the Paro intervention was not found. Likewise no effect on depression (GDS-15), cognition (MMSE) or functional capacity (IADL) was found.

However, the results showed a significant effect on quality of life, measured through the proxy caregiver as informant (QoL-AD caregiver) as it increased for participants in the Paro intervention and was reduced for the control group.

Table 3
Pre and post-intervention means (and standard deviation) for the robot therapy and control groups of the participants' scores in various neuropsychiatric (NPI-NH) and quality of life questionnaires.

Questionnaire	Pre-Intervention	Post-Intervention	F	p	η ²	Effect Size	
NPI-NH	Intervention	19.93 (8.16)	18.10 (8.16)	1.4	0.24	0.01	0.01
	Control	18.10 (8.16)	18.10 (8.16)	-	-	-	-
APADEM-NH	Intervention	10.00 (2.00)	10.00 (2.00)	1.4	0.24	0.01	0.01
	Control	10.00 (2.00)	10.00 (2.00)	-	-	-	-
GDS-15	Intervention	6.00 (2.00)	6.00 (2.00)	1.4	0.24	0.01	0.01
	Control	6.00 (2.00)	6.00 (2.00)	-	-	-	-
QoL-AD	Intervention	11.00 (1.00)	12.00 (1.00)	4.0	0.05	0.04	0.04
	Control	11.00 (1.00)	10.00 (1.00)	4.0	0.05	0.04	0.04
QoL-AD Caregiver	Intervention	11.00 (1.00)	12.00 (1.00)	4.0	0.05	0.04	0.04
	Control	11.00 (1.00)	10.00 (1.00)	4.0	0.05	0.04	0.04

Additionally, it was found that the intervention sessions with Paro had a positive effect on the mood, $t(4) = -3.442, p < .026, 95\% CI [-0.70364, -0.07625], d = 1.162$, since this increased from a mean pre-session of 4.99 (SD = 0.36) to a mean post-session of 4.64 (SD = 0.31). Also, after the intervention sessions with Paro there was a decrease in the participants' blood pressure (see table 4), indicating a relaxing effect of the intervention, similar to that found in animal-assisted therapy studies.

Finally, it was verified that the Paro sessions generate a very positive experience for the participant as assessed by the therapists using the NPT-ES scale, with very high scores in Participation, Pleasure and Relationship with others, and very low for Displeasure or Rejection (Displeasure and Rejection items are reversed, a high score indicates they never appeared).

METHOD

Procedure

The study used a controlled and randomized repeated measure design. The intervention consisted of 12 sessions which were conducted in 3 user groups, 20 minutes long, at a rate of 3 sessions per week for 4 consecutive weeks.

The sessions were carried out by an Occupational Therapist following the protocol developed from the "Caregiver's Manual for Robotherapy" (Pérez & Inchausti, 2016).

During the intervention sessions the control group continued with their usual treatment.

Participants

In this research, 12 users of the CREA day care centre were selected according to the following inclusion / exclusion criteria:

- Diagnosis of moderate-severe dementia (GDS between 4-6) according to NINCDS-ADRDA criteria.
- Presence of apathy or other BPSD such as anxiety or depression.
- User's desire to participate in therapy and signing of informed consent.
- Stable and controlled medication within the clinical needs of each participant.
- Do not suffer from an acute or severe illness that makes it impossible to participate in therapeutic sessions.
- Absence of severe sensory and physical limitations that prevent participation in sessions.
- Do not suffer a severe disconnection with the environment or very limited attention level.

One of the users of the intervention group suffered medical problems that prevented him from continuing to participate in the research, so that the final sample remained as indicated in table 1.

Measures

Table 1
Sociodemographic and clinical specifications. Attendance to sessions

	Total sample	Robot therapy group	Control Group
n	11	6	5
Age	77.09 (6.68)	75.80 (6.67)	78.17 (6.12)
Age range	67-87	67-87	69-84
Sex M/F	2/9	0/6	2/4
GDS	5	5	5
AD	7	4	4
Mild-to-moderate (AD/MiD)	5	2	1
LBD	1	0	1
Attendance to sessions	-	11/8	-

Abb. AD: Alzheimer's Disease; MiD: Mild-to-moderate; LBD: Lewy Body Dementia; GDS: Global Deterioration Scale (Yesavage, Ferrin, Leurgans, & Cook, 1982).

Table 2
Outcomes, instruments and method of application, used in the study

Outcome	Instrument	Evaluate on time	Applied to
ADL	IADL	Pre and post intervention	Family
Cognitive condition	MMSE	Pre and post intervention	User
BPSD	NPI-NH	Pre and post intervention	Informant (Aux)
Apathy	APADEM-NH	Pre and post intervention	Informant (Aux)
Depression	GDS-15 Yesavage	Pre and post intervention	User
Quality of Life	QoL-AD (family)	Pre and post intervention	Family
	QoL-AD (user)	Pre and post intervention	User
Relaxation	BP and HR Record	Before and after each session	User
Mood	Smiley-Face Assessment Scale	Before and after each session	User
	NPT-ES	At the end of each session	Therapist

CONCLUSIONS

Results show that robotherapy with PARO can be a NPT appropriate for PwD as it can have a relaxing effect, generate a positive mood during the intervention and improve the person's quality of life in the long term. In addition we have verified how robotherapy offers a positive experience for the participants, giving rise to multiple manifestations of pleasure.

On the other hand, according to the results and the experience of the therapists themselves, robotherapy does not seem to be effective in improving the cognitive or functional status of the patients unless the sessions were concretely directed to those objectives.

We have not found a significant effect of robotherapy on neuropsychiatric symptoms, apathy or depression. However, it seems interesting to continue studying in the future the effects of PARO on BPSD.

This study has as limitations the small sample used as well as the low scores on depression and neuropsychiatric symptoms. This may have caused a floor effect that underestimates the ability of robotherapy to improve these symptoms.

REFERENCES

Broekens, J., Heerink, H., & Rosendal, H. (2009). Affective social robots in elderly care: a review. *Gerontechnology*, 8(2), 94-103.

Kudo, K., Akizuki, K. (2010). Computer-assisted for Rehabilitation: Tokyo, Tokyo: Keio University.

Kudo, K., Shibata, T., Saito, T., & Taniguchi, K. (2009). Effects of robot-assisted activity for the elderly people who stay at health service facility for the aged. *Proceedings of IEEE/ACIS*, 3, 2341-2352.

27. Dog assisted therapy for people with dementia



ALZHEIMER'S GLOBAL SUMMIT LISBON 2017

DOG ASSISTED THERAPY FOR PEOPLE WITH DEMENTIA

Pérez Redondo, E.¹; Pérez Sáez, E.²; Gómez Jiménez, B.³; González Ingelmo, E.⁴

(1) Doc Asistido Interdisciplinario Respirocerebral; (2) Neurogerontólogo; (3) Intervención Comunitaria; (4) Reseña. Área Respirocerebral. Centro de Referencia Estatal de atención a personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Ingreso | E-mail de contacto: info@ceara.ceahis.es

INTRODUCTION

Different studies show how the Dog Assisted Therapy (DAT) in people with dementia (PwD), reduces agitation and aggressiveness, improves their emotional status (Mossetti et al., 2011), increases the number of social behaviours, produces a relaxing effect and increases the level of engagement in activities (Padkins et al., 2008 and Pitan & Llewellyn-Jones, 2008). We present two studies that evaluate the effects of DAT on mood, blood pressure and heart rate, frequency of behavioural and psychological symptoms of dementia (BPSD), cognitive and functional status of people with mild and moderate dementia.

STUDY 1

Evaluation of DAT effects on agitated behaviours, blood pressure and heart rate, cognitive function and functional capacity of PwD.

Hypothesis

- DAT would lead to a reduction in blood pressure and heart rate immediately after the intervention sessions.
- After three months of intervention, the occurrence and frequency of agitated behaviours for DAT participants would be reduced compared to control subjects.

METHOD

The study used a controlled and non-randomized repeated measures design. The subjects were assigned to the DAT or control group depending on whether they or their relatives expressed interest in the animals and desire to participate in the therapy.

Subjects in the DAT group participated in 24 group sessions for three months at two weekly sessions of 45 minutes in group format. The control group participated in sessions of socio-cultural animation simultaneously.

Participants and materials

	Overall Sample	DAT Group	Control Group
n	23	15	8
Age	75.50 (12.47)	75.67 (12.54)	80.73 (8.23)
Sex M/F	11/12	8/7	3/5
AD	12	8	4
Mild/moderate	6/17	3/12	3/4
FTD	2	1	1
VAD	2	1	1
Other	1	1	0

Age: AD: Alzheimer Disease; VAD: vascular dementia; FTD: Frontotemporal dementia; SD: Lewy Body Dementia

Inclusion criteria

- Diagnosis of Alzheimer's disease or other dementias.
- Past interest and affection for animals.
- Have participated in DAT sessions previously.
- No fear of dogs or allergies.
- Stable and controlled medication.

RESULTS

- After the DAT sessions the participants' blood pressure was significantly reduced.
- During the DAT sessions BPSD were suppressed, but it was not possible to verify that DAT is effective to reduce the agitation in PwD in a long term way.
- We have found no evidence that DAT is an effective intervention to improve the cognition of PwD.

Variable	Pre-intervention	Post-intervention	F	p	η ²	95% CI
Mood	4.7 (2.5)	4.0 (2.5)	1.44	0.24	0.04	[-0.18; 0.26]
Agitation	4.0 (2.5)	3.0 (2.5)	1.74	0.19	0.05	[-0.18; 0.26]
Aggression	4.0 (2.5)	3.0 (2.5)	1.74	0.19	0.05	[-0.18; 0.26]
Agitated behaviours	4.0 (2.5)	3.0 (2.5)	1.74	0.19	0.05	[-0.18; 0.26]
Agitation index	4.0 (2.5)	3.0 (2.5)	1.74	0.19	0.05	[-0.18; 0.26]
Aggression index	4.0 (2.5)	3.0 (2.5)	1.74	0.19	0.05	[-0.18; 0.26]
Agitated behaviours index	4.0 (2.5)	3.0 (2.5)	1.74	0.19	0.05	[-0.18; 0.26]
Agitation index	4.0 (2.5)	3.0 (2.5)	1.74	0.19	0.05	[-0.18; 0.26]
Aggression index	4.0 (2.5)	3.0 (2.5)	1.74	0.19	0.05	[-0.18; 0.26]
Agitated behaviours index	4.0 (2.5)	3.0 (2.5)	1.74	0.19	0.05	[-0.18; 0.26]

STUDY 2

This study aims to evaluate the effects of DAT on the frequency and intensity of neuropsychiatric disorders, apathy, irritability, depression and quality of life (QoL) of PwD of the day care centre users of the CREA. We also evaluated whether DAT sessions produced a relaxing effect measured through recording of blood pressure and heart rate. Finally we compared the mood triggered by the DAT intervention with that provoked by the control activity.

Hypothesis

- After the DAT period the intervention group would reduce their scores on neuropsychiatric symptom assessment scales, apathy, irritability, and depression.
- After the DAT period the intervention group would improve on their scores on the QoL scale.
- DAT sessions would lead to an improvement in mood.
- DAT sessions would lead to a reduction in blood pressure and heart rate.

METHOD

Procedure

The study used a controlled and randomized repeated measures design. DAT participants completed 24 sessions at four consecutive one-hour weekly sessions for six consecutive weeks. The sessions had a group format and were done in the afternoons.

Participants and materials

	Overall Sample	DAT Group	Control Group
n	15	8	7
Age	75.44(8.33)	81.75(8.78)	77.12(70.22)
Sex M/F	3/12	1/7	2/5
MMSE	18.10 (4.88)	14.25 (5.88)	19.13 (5.48)
Brief-I	10.88 (8.40)	14.39 (11.48)	10.39 (6.78)
AD	11	5	5
Mild/moderate	3/8	2/6	1/7
VAD	2	1	1

Note: AD: Alzheimer Disease; VAD: vascular dementia

RESULTS

- There is no significant evidence of the reduction of neuropsychiatric symptoms or other BPSD such as depression, apathy and irritability after six weeks of DAT intervention.
- DAT is able to reduce the blood pressure of the participants in the therapy, from which we infer a relaxing effect.
- Participation in DAT sessions improved the mood of the participants.

Variable	Pre-intervention	Post-intervention	F	p	η ²	95% CI
Mood	3.0 (2.0)	3.0 (2.0)	0.00	1.00	0.00	[-0.18; 0.26]
Agitation	3.0 (2.0)	3.0 (2.0)	0.00	1.00	0.00	[-0.18; 0.26]
Aggression	3.0 (2.0)	3.0 (2.0)	0.00	1.00	0.00	[-0.18; 0.26]
Agitated behaviours	3.0 (2.0)	3.0 (2.0)	0.00	1.00	0.00	[-0.18; 0.26]
Agitation index	3.0 (2.0)	3.0 (2.0)	0.00	1.00	0.00	[-0.18; 0.26]
Aggression index	3.0 (2.0)	3.0 (2.0)	0.00	1.00	0.00	[-0.18; 0.26]
Agitated behaviours index	3.0 (2.0)	3.0 (2.0)	0.00	1.00	0.00	[-0.18; 0.26]
Agitation index	3.0 (2.0)	3.0 (2.0)	0.00	1.00	0.00	[-0.18; 0.26]
Aggression index	3.0 (2.0)	3.0 (2.0)	0.00	1.00	0.00	[-0.18; 0.26]
Agitated behaviours index	3.0 (2.0)	3.0 (2.0)	0.00	1.00	0.00	[-0.18; 0.26]

CONCLUSIONS

- Participation in DAT significantly reduced the participants' blood pressure, from which we inferred a relaxing effect.
- People who participated in DAT improved their mood.
- During the DAT sessions BPSD were suppressed but it was not possible to verify that DAT is effective to reduce the agitation in PwD in a long term way.
- We have found no evidence that DAT is an effective intervention to improve the cognition of PwD.
- There is no significant evidence in the reduction of neuropsychiatric symptoms or other BPSD such as depression, apathy and irritability after six weeks of DAT intervention.

REFERENCES


Mossetti, E., Ridolfi, A., Mello, A. M., Lorenzini, G., Magnoli, F., Picchini, C., ... & Marchionni, N. (2011). Animal-assisted activity and emotional status of patients with Alzheimer's disease in day care. *International Psychogeriatrics*, 23(8), 899-905.

Perkins, J., Barlett, H., Travis, C., & Rans, J. (2008). Dog-assisted therapy for older people with dementia: A review. *Australian Journal on Ageing*, 27(4), 172-182.

Richeson, R. E. (2003). Effects of animal-assisted therapy on agitated behaviors and social interactions of older adults with dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 18(5), 352-358.



28. Intervention program of occupational therapy to promote personal autonomy



INTERVENTION PROGRAM OF OCCUPATIONAL THERAPY TO PROMOTE PERSONAL AUTONOMY

Tofiño García, M.¹; Molís Robles, R.¹; Pérez Sáez, E.²; Cabrero Montes, E.²

¹ Occupational therapist, ² Alzheimer psychologist
National Reference Centre for Alzheimer's and Dementia Care (CNEA), A Coruña | Contact email: info@cnealzheimer.es

INTRODUCTION

The functional dependency produced by dementia is often confused with the lack of autonomy. This may cause the intervention of different professionals to affect the self-determination of the person, which may even increase their dependency.

The loss of autonomy and functional decline implies in many cases, early institutionalization of the person with dementia (PwD). It means a suffering factor for the patient and his family, as well as an increase in the costs of the formal and the informal care systems. It is known that among the most influential causes for institutionalizing are dementia diagnosis and having difficulties in carrying out basic and instrumental activities of daily living (IADL) (Sjoglick, et al., 2012).

That is why it is necessary to know if an early intervention in functionality following the principles of the Model Of Human Occupation (MHO) (Kielhofner, 2004), can delay the use of long term care resources and keep PwD at home longer, having the best quality of life as possible. MOHO explains the intervention strategies based on the Person-Centred Care (PCC). Highlighting the use of biographical information, posing the occupation as a significant activity from the perspective of the PwD, personalising the environment and letting the person decide the activities he/she wants to do.

Hypothesis:
The participation in the program:

- will help to keep PwD at home maintaining his functionality level.
- will improve the communicative skills of PwD.
- will increase the quality of life (QoL) of PwD.
- will decrease the behavioural and psychological symptoms of dementia (BPSD).

RESULTS

The participants attended 90% of the days of the intervention program. The results for the main variables were obtained from 27 people because 2 of the users did not continue with the follow-up.

Table 2
Sociodemographic and clinical characteristics

Variable	Mean	SD	Min	Max
Age	74.9	7.5	63	87
Sex	15	1	14	16
MMSE	18.5	4.5	10	27
ADL	12.5	3.5	5	19
QoL	21.5	4.5	10	30
BPSD	12.5	4.5	5	19

METHODS

Procedure
The study used a repeated measures design with no control group. A follow-up phase after 6 and 12 months, when the program finished, was carried out to assess the global functioning at home (only the results of the follow-up in the sixth month are presented).

The intervention phase was carried out in three editions in groups of 10 people, for a period of time of 6 months, and during the day.

The rehabilitation unit designed for the intervention was prepared to be similar to a household, with a fully equipped kitchen, a dining room and other comfortable and personalized rooms.

The design and coordination of the intervention was carried out by occupational therapists and, for the work program, auxiliary nurses with previous and specialized training.

An individual attention plan (IAP) was made together with PwD, establishing the objectives and the performance plan in a consensual manner.

The intervention programs were based on:

- Basic maintenance: creating habits and routines directed to do self-care activities in an autonomous way.
- Acquisition and maintenance of responsibilities and community roles: creating habits and routines that improve the performance of instrumental activities of daily living in the person's environment and the maintenance of the roles.
- Leisure and social or community participation: activities that are part of advanced ADL and must be included in the daily routines.
- Social environment: activities aimed at training families and caregivers in the capacities and limitations of PwD.
- Physical environment: assessment and guidelines to improve or support the autonomy at home.

Participants
The participants were selected according to the following inclusion criteria:

- People with mild to moderate cognitive deterioration (DSB 2-4) and living at home.
- Independent people for basic ADL and that continue participating in the housework and have independence for two or more instrumental ADL.

Table 3
Pre and post follow-up scores (and standard deviation) of the main variables (n=27). Results of the repeated measures ANOVA and post-hoc comparison.

Variable	n	Pre	Post	F	p	η ²	Pre	Post	p
Age	27	74.9	74.9	0.00	1.00	0.00	74.9	74.9	1.00
Sex	27	15	15	0.00	1.00	0.00	15	15	1.00
MMSE	27	18.5	18.5	0.00	1.00	0.00	18.5	18.5	1.00
ADL	27	12.5	12.5	0.00	1.00	0.00	12.5	12.5	1.00
QoL	27	21.5	21.5	0.00	1.00	0.00	21.5	21.5	1.00
BPSD	27	12.5	12.5	0.00	1.00	0.00	12.5	12.5	1.00

Table 4
Pre and post intervention scores (and standard deviation) of the secondary variables (PwD). Results of the last two repeated measures.

Variable	n	Pre	Post	F	p	η ²	Pre	Post	p
Communication	27	18.5	18.5	0.00	1.00	0.00	18.5	18.5	1.00
QoL	27	21.5	21.5	0.00	1.00	0.00	21.5	21.5	1.00
BPSD	27	12.5	12.5	0.00	1.00	0.00	12.5	12.5	1.00

Occupational task

- Significant improvement in instrumental ADL at the end of the program.
- Improvement in the self-assessment of the person about his occupational performance.
- Maintenance of the ability of self-care.

Institutionalization

- At 6 months follow-up 88% of participants stay at home.

Cognition and communication

- Significant improvement at the end of the program in communication and interaction in the two instruments used.
- Maintenance of the cognition at the end of the program, measured by the MMSE.

BPSD

- Improvement at the end of the program, and maintenance at 6m follow-up, in depressive symptoms, although the scores doesn't show any clinical pathology.
- Improvement at the end of the program in severity and stress of the neuropsychiatric symptoms that is maintained at the 6m follow-up.

QoL

- Significant increase in the perception of the overall QoL at the end of the program that is maintained at the 6m follow-up.

CONCLUSIONS

The intervention program has generated positive results for the participants at functional, cognitive, affective and communicative level, as well as the perceived QoL after six months and a delay in permanent institutionalization. We are waiting for the final results of the 12-month follow-up program, which will provide long-term information.


These findings support the idea that personalized attention and group activity, based on regular daily activities and community integration, maintain and recover roles allowing PwD to provide meaning to their lives. The intervention program through the basis of MHO provides benefits in the assessed areas, and confirms that AVD and home environment intervention is effective and convenient to avoid early institutionalization.

These results show that the program can be useful for mild-stage PwD, advising and training the families on the promotion of autonomy and teaching them how to give the necessary support to the affected person when the dependency advances, avoiding early functional deterioration. The obtained findings highlight the need for more research in this direction, considering interesting to be able to compare this intervention model with a more traditional intervention using a controlled design.

Table 1
Sociodemographic and clinical characteristics

Overall Sample	n
Age	74.9 (5.24)
Sex	15
MMSE	18.5 (4.5)
ADL	12.5 (3.5)
QoL	21.5 (4.5)
BPSD	12.5 (4.5)

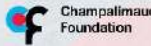




Figure 1
Institutionalization at 3 and 6 months follow-up.




REFERENCES

Kielhofner, G. (2004). *Teoría ocupacional. Modelo de Ocupación Humana*. A Coruña: Espasa Calpe.

Sjoglick, D., Stancovic, R.P., Cummings, R., Wally, L., Blyth, R., Nagarathnam, M., & Le Couteur, D. G. (2012). Mild cognitive impairment predicts institutionalization among older adults: a population-based cohort study. *PLoS One*, 7 (8), e40081.

29. Effects of laughter therapy techniques on the quality of life of caregivers of people with dementia: pilot study



EFFECTS OF LAUGHTER THERAPY TECHNIQUES ON THE QUALITY OF LIFE OF CAREGIVERS OF PEOPLE WITH DEMENTIA - Pilot Study

Fraile Alonso, M.¹; Gómez Jiménez, B.²; Pérez Sáez, E.³

(1) Occupational therapist and laughter therapist, (2) Coordinator, (3) Neuropsychologist
National Reference Centre for Alzheimer's and Dementia Care (CREA), Valencia | Contact email: mfraila309@gmail.com / info@crea-alzheimer.es

INTRODUCTION

The situation of long term care of a person with dementia brings changes for the caregiver. These changes translate into the suffering of stress, mental burden, depression and a wide variety of symptoms that occur with emotional distress and decrease in well-being (1).

Therefore, it is necessary to study and implement intervention programs that help them to cope with reality. Laughter therapy is presented as a novel form of coping and support for primary caregivers based on studies about the benefits of laughter and humour for people (2).

Laughter therapy has been defined as a set of techniques and therapeutic interventions (applicable to a person or a group) that lead to a controlled state of laughing or distribution to get a laugh and translate into certain health benefits (3).

This study aims to assess the effectiveness of new techniques to care for the caregiver.

General objectives:

- To improve the quality of life of relatives and direct caregivers of people with dementia.

Specific objectives:

- Reduce emotional burden.
- Increase self-esteem.
- Decrease depression levels.

METHOD

Procedure

The study used a repeated measures design with no control group.

The intervention consisted of 8 group sessions of 90 minutes duration at a weekly rate. In the sessions, eminently practical and participative, specific techniques of laughter therapy, corporal expression, positive thinking and relaxation were applied.

The group consisted of a minimum of 13 people and a maximum of 16 people per session.

Participants

Fifty-one relatives of users of the National Reference Centre for Alzheimer's and Dementia Care (CREA), were invited to participate in the study. Thus, we obtained a sample of 48 people who met the following inclusion criteria:


- Have weekly contact in the last 6 months with CREA users.
- High level of commitment to the study.
- Do not suffer from cardiac conditions or very serious mobility problems.

Of the 48 participants, two did not attend 6 of the 8 intervention sessions and therefore were excluded in the analysis of results.

Therefore, the final sample of the research consisted of 16 relatives (7 spouses, 8 children and one sibling) of day care centre users (n = 7) and CREA residential units (n = 9), 13 women and 3 men, with a mean age of 66.19 years (range 40-86).

Table 1
Sociodemographic and clinical characteristics of the sample.

	Sample
n	16
Age	66.19 (13.96)
Sex (M/F)	3/13
Sex ratio	7.25 (0.66)



Materials

Each participant was evaluated before and after the intervention with the following tools:

- Caregiver Burden Interview, CBI (4).
- Self-esteem Scale (Rosenberg, 1962) (5).
- Geriatric Depression Scale, GDS-15 (6).
- Questionnaire for the evaluation and monitoring of the quality of laughter related to health (C-RISAL) (3).

In addition, each participant was assessed before and after each practice session with the following tool:

- Mood Measurement Scale "Smiley Face Assessment Scale" (7).

Depression (GDS-15)

After laughter therapy, depressive symptoms measured through GDS-15 were significantly reduced.

Change in depressive symptoms is clinically significant, as the mean went from an indicative score of mild depression to a score that did not indicate depression.

Self-esteem (Rosenberg's self-esteem scale)

The score on the Rosenberg self-esteem scale increased slightly, however no significant differences were found.

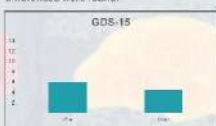


Figure 1. Pre and post session means for the GDS-15.

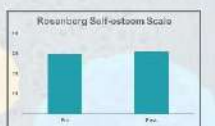


Figure 2. Pre and post session means of the Rosenberg self-esteem scale.

Burden (CBI - Caregiver Burden Inventory)

A significant reduction of caregiver burden was found after the intervention with laughter therapy.

Change in burden symptoms is clinically significant, as the mean went from an indicative score of intense burden to a score that could be indicative of slight burden.

Questionnaire for the evaluation and monitoring of the experience of laughter therapy (C-RISAL)

No significant effect was found after intervention with laughter therapy.

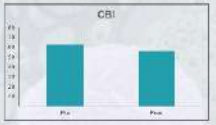


Figure 3. Pre and post session means of the CBI.

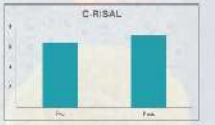


Figure 4. Pre and post session means of C-RISAL.

Mood (Smiley Face Assessment Scale)

The pre and post scores of each session were averaged for each participant to perform a t-test for related samples.

Laughter therapy sessions had a positive effect on mood as it increased considerably after the intervention sessions.

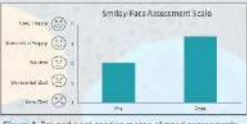


Figure 5. Pre and post session means of mood assessments (Smiley Face Assessment Scale).

CONCLUSIONS








The laughter therapy techniques applied to family caregivers of people with dementia cause the following effects:

- Decreases levels of depression and burden of the caregiver in a clinically significant way.
- Maintain levels of self-esteem and quality of laughter in relation to health.
- Cause great positive changes in mood immediately.

The results of this pilot study are encouraging and should lead to new research on laughter therapy techniques, that solve the methodological limitations of this study and confirm the effects found.

REFERENCES

- Perkins Porter, A. I. (1998). Burden of long-term care for patients with Alzheimer's disease. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 11(1), 23.
- Yeo, J. (2018). Therapeutic Benefits of Laughter in Mental Health: A Theoretical Review. *The Journal of Evolutionary Medicine*, 23(3), 243-249.
- Mira-Ribot, R. (2017). *Alzheimer y terapia de la risa*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer.
- Zarit, S. H., Reever, K. E., & Bach-Peterson, J. (1980). Burden of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*, 20(1), 644-655.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the self-concept*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Yasuda, J. A., Rizzo, R. J., & Rege, T. J. (2015). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 57(1), 27-32.
- Henneman, M., & Zeman, C. (2006). *Research results*. In F. Rosenberg, N. Weiss, E. Harlow & C. Frasca (Eds.), *The Alzheimers' disease: Moving an accessible to people with dementia*. New York, NY: The Museum of Modern Art.

30. Protocolo ensayo clínico aleatorizado multicéntrico: el efecto de la terapia de reminiscencia individual sobre la cognición en personas mayores con trastorno neurocognitivo usuarios de instituciones de respuesta social



PROTÓCOLO ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO MULTICÉNTRICO: EL EFECTO DE LA TERAPIA DE REMINISCENCIA INDIVIDUAL SOBRE LA COGNICIÓN EN PERSONAS MAYORES CON TRASTORNO NEUROCOGNITIVO USUARIOS DE INSTITUCIONES DE RESPUESTA SOCIAL

TERAPIA DE REMINISCENCIA (TR)

- Una de las TNF más extendidas.
- Implica la discusión de experiencias pasadas, generalmente con la ayuda de desencadenantes, cualquier objeto o estímulo que sirva para estimular el recuerdo [1].
- Las personas con demencia son capaces de recordar eventos de su vida pasada pero no hechos más recientes [2]. Centrarse en las capacidades y recuerdos preservados promueve la comunicación y permite a la persona conectar con su pasado y recuperar su sentido de identidad personal [1].
- La TR puede entenderse como una intervención en el límite entre las TNF de orientación cognitiva y las centradas en la emoción, con potenciales efectos interactivos en la memoria autobiográfica y en el bienestar psicológico [3].

Efectividad de la TR

- La TR puede tener efectos positivos sobre la cognición, calidad de vida (CdV), comunicación y estado de ánimo de personas con demencia [1].
- La TR individual parece tener un mayor efecto sobre la cognición, la CdV y el estado de ánimo [3].

OBJETIVO

- Evaluar la capacidad de la TR individual para mejorar la función cognitiva global, la memoria, las funciones ejecutivas, el estado de ánimo y la CdV de personas con trastorno neurocognitivo que frecuentan respuestas sociales en el área de la tercera edad.

METODOLOGÍA

- Metodología de un ensayo clínico aleatorizado.
- Estudio multicéntrico: 24 instituciones portuguesas de respuesta social en el área de la tercera edad.
- Asignación aleatoria de los participantes al grupo de TR o al grupo de control (ratio 1:1) en cada institución.
- Grupo control de cuidadas habituales.
- Evaluación de outcomes pre y post-intervención (3 meses) por evaluadores ciegos.

PARTICIPANTES

✓ Criterios de inclusión:

- Diagnóstico de trastorno neurocognitivo (criterios DSM-5).
- Firma del consentimiento informado.
- Capacidad para comunicarse y comprender.
- Posibilidad de recabar información sobre la historia de vida del participante mediante el cuestionario socio-familiar.
- Edad igual o superior a 65 años.
- Habla nativa de portugués.
- Asistir con frecuencia a una institución de respuesta social en el área de la tercera edad.

✗ Criterios de exclusión:

- Padecer una enfermedad aguda o grave que imposibilite su participación en las sesiones.
- Limitaciones sensoriales y físicas graves.
- Severa desconexión con el entorno.
- Presencia de síntomas neuropsiquiátricos graves.
- Historia de vida traumática que desaconseje su participación en TR.

REFERENCIAS

1. Gilman, S. (2018). "The Role of Reminiscence in Dementia Care." *Journal of Aging and Health*, 30(1), 1-15.
2. Gilman, S. (2018). "The Role of Reminiscence in Dementia Care." *Journal of Aging and Health*, 30(1), 1-15.
3. Gilman, S. (2018). "The Role of Reminiscence in Dementia Care." *Journal of Aging and Health*, 30(1), 1-15.

	Muestra Total	Grupo Intervención	Grupo Control
n	221	128	128
Calidad WPI	70/181	34/94	36/97
Edad	82.99 (7.29)	82.33 (7.12)	83.07 (7.46)
MMSE	21.94 (3.67)	21.97 (3.73)	21.91 (3.51)
Habitación	46	21	25
1 a 2 años	23	10	13
3 a 4 años	134	71	63
5 a 6 años	19	10	9
7 a 11 años	14	7	7
Más de 11 años	75	49	66

INTERVENCIÓN MEDIANTE TERAPIA DE REMINISCENCIA

- Tres meses de intervención.
- Dos sesiones por semana.
- Duración aproximada de 50 minutos.
- Formato individual.
- Sesiones dirigidas por un terapeuta entrenado en el protocolo y principios de la TR.
- Protocolo de intervención estandarizado desarrollado a partir del "Livro do Passado e do Presente" (4).

VARIABLES Y MATERIALES

Outcome primario	Cognición	MMSE [5,6]
Outcomes secundarios	Memoria	Test de alteración de la memoria (TAM) [7,8]
	Función ejecutiva	Frontal Assessment Battery (FAB) [9,10]
	Estado de ánimo	Escala de depresión geriátrica (GDS-15) [11,12,13]
	Calidad de vida	Quality of Life - Alzheimer's Disease (QoL-AD) [14,15]

RESULTADOS ESPERADOS

- Mejora en cognición, estado de ánimo y calidad de vida en el grupo TR en comparación al grupo de control.
- Alta tasa de participación en las sesiones de TR.
- Valoración positiva de la intervención por parte de los participantes.

FORTALEZAS DEL ESTUDIO

- Estandarización del protocolo de intervención mediante TR a través de un manual detallado.
- Metodología de ensayo clínico aleatorizado, asignación aleatoria de los participantes a los grupos experimentales y evaluadores ciegos.
- Estudio multicéntrico con muestra amplia.
- Alta capacidad de generalización de los resultados.

Este protocolo está financiado por el Ministerio de la Salud y el Ministerio de la Ciencia y Tecnología de Portugal.

© 2023. Todos los derechos reservados. Este documento es propiedad de la Universidad de Coimbra.

Este protocolo de ensayo clínico está registrado en ClinicalTrials.gov con el número NCT05123456.

Este protocolo de ensayo clínico está registrado en el Registro de Ensayos Clínicos de la Unión Europea con el número EudraCT 2023-001234-56.

Este protocolo de ensayo clínico está registrado en el Registro de Ensayos Clínicos de Brasil con el número RCT1801234567.

Este protocolo de ensayo clínico está registrado en el Registro de Ensayos Clínicos de India con el número CTRI/2023/01/00123456789.

Este protocolo de ensayo clínico está registrado en el Registro de Ensayos Clínicos de China con el número ChiCTR190123456789.

Este protocolo de ensayo clínico está registrado en el Registro de Ensayos Clínicos de Corea del Sur con el número KCT000123456789.

Este protocolo de ensayo clínico está registrado en el Registro de Ensayos Clínicos de Taiwán con el número TCRP190123456789.

Este protocolo de ensayo clínico está registrado en el Registro de Ensayos Clínicos de Argentina con el número ARCT190123456789.

Este protocolo de ensayo clínico está registrado en el Registro de Ensayos Clínicos de Chile con el número RECT190123456789.

Este protocolo de ensayo clínico está registrado en el Registro de Ensayos Clínicos de Colombia con el número RCT190123456789.

Este protocolo de ensayo clínico está registrado en el Registro de Ensayos Clínicos de Ecuador con el número ECT190123456789.

Este protocolo de ensayo clínico está registrado en el Registro de Ensayos Clínicos de España con el número ECT190123456789.

Este protocolo de ensayo clínico está registrado en el Registro de Ensayos Clínicos de Francia con el número FCT190123456789.

Este protocolo de ensayo clínico está registrado en el Registro de Ensayos Clínicos de Alemania con el número DRCT190123456789.

Este protocolo de ensayo clínico está registrado en el Registro de Ensayos Clínicos de Italia con el número ICT190123456789.

Este protocolo de ensayo clínico está registrado en el Registro de Ensayos Clínicos de México con el número MCT190123456789.

Este protocolo de ensayo clínico está registrado en el Registro de Ensayos Clínicos de Perú con el número PCT190123456789.

Este protocolo de ensayo clínico está registrado en el Registro de Ensayos Clínicos de Uruguay con el número UCT190123456789.

Este protocolo de ensayo clínico está registrado en el Registro de Ensayos Clínicos de Venezuela con el número VCT190123456789.

31. Programa de educación social de atención a familiares y cuidadores de personas con alzhéimer y otras demencias



PROGRAMA DE EDUCACIÓN SOCIAL DE ATENCIÓN A FAMILIARES Y CUIDADORES DE PERSONAS CON ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS

Haro Ruiz, A.¹; Rodríguez del Rey, T.²

(1) Educadora social Grupo 5 | (2) Neuropsicóloga Grupo 5

Centro de Referencia Estatal de atención a personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Inmerso

E-mail de contacto: info@crealzheim.es

Justificación

A través de este programa se busca mejorar la calidad de vida de los familiares y cuidadores, lo que a su vez incidirá en la mejora de la calidad de vida de la persona a la que cuidan y en un mejor aprovechamiento de los recursos sociocomunitarios de su entorno. Para ello se programan acciones encaminadas a lograr la promoción del desarrollo personal y social de las familias y se implanta un modelo de intervención socioeducativa que disminuya el índice de sobrecarga del cuidador. Cuidar de una persona con demencia requiere una continua adaptación a los cambios, lo que genera un continuo estrés, por lo que con este programa analizaremos las necesidades del cuidador principal en relación a su situación personal, social, cultural y laboral con el fin de poder diseñar un proyecto individual de intervención.

Objetivos

GENERALES

Lograr la mejora de la calidad de vida de los familiares, cuidadores y enfermos en su entorno comunitario, implantando un modelo de intervención socioeducativa que disminuya el índice de sobrecarga del cuidador.

ESPECÍFICOS

- Favorecer la creación de redes sociales entre los familiares.
- Cuidar a las familias en su proceso de adaptación al centro.
- Analizar que factores provocan aumento, disminución o estabilización de la sobrecarga.

Metodología

Nuestra práctica en práctica está motivada por la necesidad de que las familias tengan un desarrollo personal y social y para ello nos proponemos intervenir de forma participativa y activa a través de ciertas actividades que potencien la integración, la socialización, los valores personales y la importancia de que ellos sean los protagonistas de su historia.

A través de los datos recogidos en la Entrevista de Diagnóstico Socioeducativo (EDSE), se elabora el Proyecto Educativo Individual (PEI), donde las intervenciones estarán siempre adaptadas a las necesidades y características de cada persona.

También serán de carácter socializador, con ello se posibilitará las relaciones interpersonales potenciando la implicación en las actividades de cooperación, amistad y convivencia a través de una educación informal.



Evaluación

Instrumentos de evaluación: A través de la observación directa, de intervenciones individualizadas, de cuestionarios de evaluación y el test de Zúñi.

Indicadores de evaluación: Número de participantes, índice de sobrecarga, acogida del programa, compromiso de asistencia, bondad y motivación.

Contenidos

ÁREA DE SOCIALIZACIÓN

Objetivo: Retomar, mantener y/o generar redes sociales de apoyo en el CREA así como en su entorno comunitario.

Actividades: Salidas culturales, excursiones, comidas en el CREA para familiares y cafés temáticos.

ÁREA DE DESARROLLO PERSONAL

Objetivo: Aprender a gestionar y expresar las emociones.

Actividades: Taller sobre autoestima, expresión emocional y Escuela de Familias.

ÁREA DE DESARROLLO CULTURAL

Objetivo: Promover iniciativas culturales y artísticas dentro y fuera del centro.

Actividades: Proyecciones de cine, taller de teatro, exposiciones y salidas culturales y excursiones.

ÁREA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Objetivo: Dar información sobre demencias, pautas de su manejo para mejorar los cuidados y enseñar pautas de autocuidado a los familiares/cuidadores.

Actividades: Información y manejo de enfermedad, hábitos saludables, aprendizaje a cuidarme, prevención de accidentes en el hogar y relajación.

Conclusiones

- La intervención socioeducativa mejora la calidad de vida del cuidador y, en consecuencia, de la persona con demencia.
- Los cuidadores con una red social de apoyo sólida reducen su sobrecarga y aumentan su satisfacción respecto a los cuidados prestados.
- Compartir experiencias y conocimientos con otros cuidadores proporciona ayuda para adaptarse a los cambios.
- Es importante dotar al cuidador de estrategias y habilidades que le permitan un mejor aprovechamiento de los recursos de su entorno.



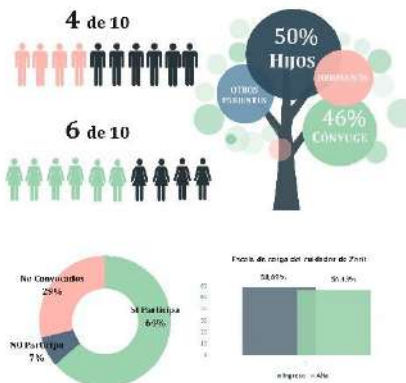
- Cejudo Cortés, A., Coronado, C. y López Meneses, E. (2017). El profesional de la educación social en centros asistenciales: intervenciones socio-educativas con personas mayores y menores. Madrid: Editorial Nueva Universidad.

- Sánchez-Hernández, N. y Jiménez-Morales, M. (2018). (2017). Percepción subjetiva y valoración social de la intervención. Tesis de la Universidad de Granada.

- Whitman, M. S., Epstein, C. y Pechmann, A. (2012). Aceleración del cuidado del enfermo de Alzheimer en hogares para profesionales de la salud. Madrid: Fundación Maria José.

- Moreno-Cerezo, P., Muñoz-Díaz, M. C. y Hódar-Landa, J. (2015). Intervención socioeducativa con personas adultas mayores, hogar y familia. Madrid: Síntesis.

Datos



32. Beneficios de la intervención fisioterápica en personas con demencia sobre el riesgo de caídas



BENEFICIOS DE LA INTERVENCIÓN FISIOTERÁPICA EN PERSONAS CON DEMENCIA SOBRE EL RIESGO DE CAÍDAS

Valle Bermejo, B.; Rodríguez del Rey, T.
 (1) Fisioterapeuta Grupo 5 | (2) Neuropsicóloga Grupo 5

Centro de Referencia Estatal de atención a personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Inmerso
 E-mail de contacto: info@crealzheim.es

Introducción

Las personas con deterioro cognitivo tienen más probabilidad de sufrir caídas que las personas cognitivamente normales, debido a una serie de factores extrínsecos e intrínsecos que pueden ser o no comparados entre ambos grupos [1]. La fisioterapia interviene sobre algunos de estos factores (como la debilidad o el déficit de equilibrio y de movilidad) como estrategia para la prevención de caídas [1].

Son numerosos los estudios científicos que determinan que el ejercicio físico tiene un efecto positivo sobre el riesgo de caída en personas con deterioro cognitivo y que definen incluso el tipo de intervención a realizar [2,3].

Más específicamente, existen estudios donde se objetiva que una intervención de ejercicio a largo plazo ralentiza el deterioro en la función física y reduce la tasa de caídas en sujetos con demencia tipo Alzheimer [4].

El ejercicio físico por tanto se presenta como una de las terapias no farmacológicas más efectivas para reducir el riesgo de caída en los adultos mayores, aunque no todos los tipos de ejercicio son igualmente efectivos en todos los sujetos y en todos los entornos [5].



Objetivo

Analizar la eficacia del programa de intervención individualizado según criterios de fisioterapia en el CRF de Alzheimer sobre el riesgo de caída en marcha y bipedestación y al aumentar la velocidad de la marcha.

Metodología

MUESTRA

Estudio longitudinal con 43 personas con diagnóstico de algún tipo de demencia en fase leve/moderada (KATZ 3-5) atendidas en el área de fisioterapia del Centro de Estancia Diurna del Centro de Referencia Estatal de atención a personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias (Inmerso) durante los años 2018-2020.

La muestra estaba formada por 24 mujeres y 19 varones, con una media de edad de 80,35 (dt = 9,58).

La puntuación media de los sujetos en el MMSE fue de 15,95 (dt = 4,95) y en el índice de Barthel de 86,69 (dt = 16,34).

Se incluyeron en el programa de intervención física todas las personas mayores del presente ambulatorio que tuvieron adherencia a la actividad física y que no tenían patología médica alguna que contraindicara el ejercicio.



MATERIALES

Para evaluar a los usuarios, se utilizaron las escalas predictoras de caídas:

→ La escala Tinetti. Escala que detecta el riesgo de caída en marcha y bipedestación. Valora distintos tipos de marcha calificando sus respuestas con 0/1 y 2 (es decir normal, adaptativo y normal respectivamente). El puntaje máximo en equilibrio es 16 y en la marcha 12 para un total de 28 con la que se estipula el riesgo de caída, a mayor puntuación menor riesgo, entre 15-24 el riesgo de caídas es mínimo, e 19 el riesgo de caída es alto. [6]

→ El test Up&Go Timed. Es una prueba simple que mide la movilidad y el riesgo de caída al aumentar la velocidad de la marcha. Cronometra el tiempo que tarda una persona en levantarse de una silla, caminar tres metros, darse la vuelta, caminar hacia la silla y sentarse. A mayor tiempo empleado mayor riesgo de caída, de tal forma que < 10s indica bajo riesgo de caída, entre 10-20s existe fragilidad (riesgo de caída) > 20s el riesgo de caída es alto. [7]

PROCEDIMIENTO

Tras una valoración inicial completa y protocolizada de las capacidades físicas de la persona, se propusieron unos objetivos individualizados y se diseñó un plan de tratamiento.

Al programar la intervención se tuvo en cuenta las capacidades físicas y cognitivas de cada usuario para elegir la movilidad grupal y/o individual. La frecuencia de las sesiones osciló entre 2-3 sesiones a la semana, con una duración de 30 minutos.

En función de los objetivos planteados fueron vinculados a programas de intervención tales como: Aligned, acondicionamiento físico, Escuela de espalda, Movimientos involuntarios, Ejercicio cardiovascular, Rehabilitación de caídas y Programa de refuerzo físico. Según el programa de intervención se trabajó movilidad articular, tonificación, fuerza muscular, flexibilidad, resistencia, equilibrio, coordinación, transferencias, marcha...

Al finalizar la estancia en el centro se realizó una nueva valoración completa para poder objetivar la evolución de su condición física.

Resultados

Para analizar el posible cambio en el riesgo de caída entre el ingreso y el alta de los usuarios, se realizaron pruebas t para muestras relacionadas.

En la prueba Up&Go Timed se eliminaron de la muestra los casos no valorables por falta de datos, quedando finalmente un total de 18 sujetos con las dos medidas en esta prueba.

Los datos obtenidos no permiten establecer diferencias significativas entre ambos momentos temporales, ni en el caso de la escala Tinetti, t (42) = -70, p = ,48, ni en el caso de la prueba Up&Go, t(37) = ,80, p = ,43.

De manera complementaria, se analizaron posibles relaciones entre los dominios funcional, cognitivo y físico mediante correlaciones. Como se puede ver en la tabla 1, no se halló relación entre el dominio cognitivo y el físico, pero sí entre el físico y el funcional.

Conclusiones

Al analizar los resultados se puede concluir que no se hallaron diferencias significativas entre los dos momentos temporales. Si se objetiva como beneficio de la intervención con ejercicio físico en personas con demencia que, a través de un plan de actividad física semanal consistente en movilidad articular, tonificación, fuerza muscular, flexibilidad, resistencia, equilibrio, coordinación, transferencias, marcha... se consigue un mantenimiento de las capacidades físicas relativas a la estabilidad, y por tanto en el riesgo de caída en marcha y bipedestación y al aumentar la velocidad de la marcha, durante 1 año que fue la duración de la estancia en el centro.

		Físico		Cognitivo		Funcional
		Tinetti	Up&Go	MMSE	CAMCDG	Índice de Barthel
Físico	Tinetti	1	-0,70*	0,03	0,00	0,65*
	Up&Go	0,70*	1	0,11	0,12	0,54*
Cognitivo	MMSE	0,03	0,11	1	0,94*	0,20
	CAMCDG	0,00	0,12	0,94*	1	0,17
Funcional	Índice de Barthel	0,65*	-0,54*	0,20	0,17	1

Notas: t p<0,05

Tabla 1. Correlaciones entre escalas de dominios físico, cognitivo y funcional.



[1] Bermejo, B. y Rodríguez del Rey, T. (2020). Beneficios de la intervención fisioterápica en personas con demencia sobre el riesgo de caídas. *Revista Española de Geriátrica y Gerontología*, 55(1), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.reger.2019.11.001>

[2] Bhat, R., y Bhat, S. (2018). The impact of physical activity on cognitive function in older adults with mild cognitive impairment. *Journal of Aging and Health*, 30(1), 1-10. <https://doi.org/10.1177/0898264317742101>

[3] Bhat, R., y Bhat, S. (2018). The impact of physical activity on cognitive function in older adults with mild cognitive impairment. *Journal of Aging and Health*, 30(1), 1-10. <https://doi.org/10.1177/0898264317742101>

[4] Bhat, R., y Bhat, S. (2018). The impact of physical activity on cognitive function in older adults with mild cognitive impairment. *Journal of Aging and Health*, 30(1), 1-10. <https://doi.org/10.1177/0898264317742101>

[5] Bhat, R., y Bhat, S. (2018). The impact of physical activity on cognitive function in older adults with mild cognitive impairment. *Journal of Aging and Health*, 30(1), 1-10. <https://doi.org/10.1177/0898264317742101>

[6] Tinetti, M. E. (1986). A clinical method for grading the clinician. *Journal of the American Geriatrics Society*, 34(2), 171-184. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1986.tb02916.x>

[7] Tinetti, M. E., y Gwyther, L. W. (1988). A performance-oriented scale of mobility-related disability. *Journal of the American Geriatrics Society*, 36(2), 149-158. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1988.tb03111.x>

33. Intervención grupal para cuidadores de personas con demencia: grupos HARFA (Herramientas para Aumentar la Resiliencia Familiar)



INTERVENCIÓN GRUPAL PARA CUIDADORES DE PERSONAS CON DEMENCIA: GRUPOS HARFA (HERRAMIENTAS PARA AUMENTAR LA RESILIENCIA FAMILIAR)

García Santelesforo, R.; González Rabanillo, N.; Pérez Sáez, E.
 (1) Psicóloga Grupo 5 | (2) Educadora social Grupo 5 | (3) Neuropsicóloga Inmersa

Centro de Referencia Estatal de atención a personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Inmerso
 E-mail de contacto: info@crealzheimer.es

Introducción

Cuidar de una persona con demencia es una tarea compleja y demandante que repercute de manera muy frecuente en la salud física y psicológica del cuidador (Pinquart y Sörensen, 2003). Sin embargo, existen familias que se enfrentan al estrés derivado de los cuidados con éxito e incluso existen personas que salen reforzadas, obteniendo beneficios de esta situación (López et al., 2005; Habà Ribera, 2016).

Podemos definir la resiliencia como "un proceso dinámico que comprende la adaptación positiva dentro de un contexto significativamente adverso" (Uthar et al., 2000, p. 543). Una mayor capacidad de resiliencia se asocia con un mejor estado emocional y físico del cuidador (Fernández-Llanac et al., 2011).

Este programa pretende potenciar en los familiares cuidadores de personas con demencia su capacidad de resiliencia, aumentando los recursos personales para hacer frente a la enfermedad. Incluye diferentes componentes con el objeto de mejorar la inteligencia emocional (coherencia de sí mismo, autorregulación, motivación, empatía y habilidades sociales), mejorar características positivas (autoestima, capacidad de gratitud y disfrute), promover la participación social y fomentar un tiempo de ocio saludable.



Método

DESIGNO
 Estudio de medias repetidas (pre y post tratamiento) no controlado.

PARTICIPANTES
 Familiares cuidadores de personas con demencia usuarias de las unidades de convivencia del Centro de Referencia Estatal de atención a personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias (Inmerso).

PROCEDIMIENTO
 Se llevaron a cabo 24 sesiones grupales de 60 minutos de duración, con periodicidad semanal durante 6 meses. El tratamiento estaba dividido en 4 componentes, realizándose una sesión de cada uno al mes: **Psicoducativos** (6 sesiones), **Calenturilla** (6 sesiones), **Actividades culturales** (6 sesiones) y **relajación** (6 sesiones).

INSTRUMENTOS

Para comprobar la eficacia del programa se aplicaron las siguientes herramientas de valoración:

- Escala de resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC; Connor, 2014).
- Escala de sobrecarga del cuidador Zarit (CSI; Zarit, 1996).
- Escala HARFA: escala de elaboración propia que valora niveles de sobrecarga en relación a aspectos negativos del cuidado, con 11 ítems en formato Likert que iban de iban de 0 (Nunca) a 4 (Casi siempre). Las puntuaciones altas indican mayor nivel de sobrecarga.

Resultados

La muestra estuvo compuesta por 18 cuidadores informales, con una edad media de 68,17 años, nueve hombres y nueve mujeres, que eran cónyuges (n= 12) o hijos (n= 6) de personas con demencia.

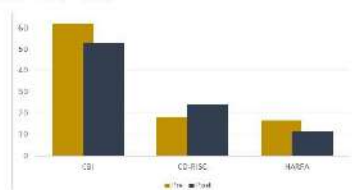
Tabla I
 Características sociodemográficas de la muestra

	Muestra total
n	18
Edad	68,17 (11,227)
Rango	47-86
Sexo M/F	9/9
Estado civil	
Casado	17
Viudo	1
Grupo	
Cónyuges	12
Hijos	6

Las pruebas t mostraron que tras la intervención los participantes mejoraron significativamente sus puntuaciones en las tres escalas.

Tabla II
 Medias (y desviación típica) pre y post intervención. Resultados de la prueba t para muestras relacionadas

Variable	Pre M (DT)	Post M (DT)	T	gl	P	DSN	LI	LS	%
CSI	51,95 (10,79)	32,86 (12,62)	3,588	13	,003	3,015	14,532	0,9	
CD-RISC	18,00 (7,29)	24,13 (3,91)	-1,918	7	,096	-9,822	-2,428	1,3	
Escala HARFA	16,45 (5,13)	11,38 (6,29)	3,296	12	,004	2,801	6,153	1,1	



Conclusiones

Los resultados sugieren que el programa HARFA produce efectos beneficiosos para los cuidadores de personas con demencia:

- Se produjo una disminución de los niveles de sobrecarga.
- Los niveles de resiliencia aumentaron significativamente.

El cambio en los niveles de resiliencia tras el paso por el programa indica que la resiliencia es un constructo dinámico y por tanto modificable desde el punto de vista terapéutico.

Estos resultados subrayan la necesidad de seguir generando programas para familiares que potencien los recursos personales para hacer frente a la complejidad de la demencia, no contrando la intervención exclusivamente en la enfermedad y en el rol de cuidador.



García S., Ferrández J., y Sández E. (2021). Eficacia del programa HARFA en el cuidado de cuidadores de personas con enfermedad de Alzheimer. *Revista Española de Geriatriología y Gerontología*, 25(1), 21-28.
 Pinquart M., & Sörensen K. (2003). The role of caregiver characteristics in the well-being of dementia patients. *Journal of Aging and Health*, 15(1), 10-24.
 López J., Ferrández J., y Sández E. (2005). El cuidado de personas con demencia: un desafío para la familia. *Revista Española de Geriatriología y Gerontología*, 19(1), 1-14.
 Habà Ribera, M. (2016). El cuidado de personas con demencia: un desafío para la familia. *Revista Española de Geriatriología y Gerontología*, 20(1), 1-14.
 Uthar, S. S., & Sörensen, K. (2011). The role of caregiver characteristics in the well-being of dementia patients. *Journal of Aging and Health*, 23(1), 10-24.
 Fernández-Llanac, J., Ferrández, J., y Sández, E. (2011). El cuidado de personas con demencia: un desafío para la familia. *Revista Española de Geriatriología y Gerontología*, 15(1), 1-14.
 Zarit, J. H. (1996). The Zarit Burden Interview. *Journal of Aging and Health*, 8(2), 173-183.
 Connor, K. M. (2014). Resiliencia y salud mental. *Revista Española de Geriatriología y Gerontología*, 18(1), 1-14.

34. La literatura infantil española como instrumento de sensibilización en la enfermedad de Alzheimer y otras demencias



LA LITERATURA INFANTIL ESPAÑOLA COMO INSTRUMENTO DE SENSIBILIZACIÓN EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS

Pormas Navatlón, M. P.; Fraile Sastre, A.

Documentación Gray 5 | Centro de Referencia Estatal de atención a personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Inmerso
Email de contacto: formación@cerozalzheimer.es | documentación@cerozalzheimer.es | info@cerozalzheimer.es

Introducción y objetivos

En la actualidad, la enfermedad de Alzheimer es el tipo de demencia más frecuente y de los 30 millones de personas que la tienen en el mundo aproximadamente, un millón de ellas residen en España. Si a este número sumamos también el de las familias que las acompañan, la cifra de afectados por el Alzheimer en nuestro país aumenta hasta un total de entre 4 y 5 millones.

A la vista de estos datos, la enfermedad de Alzheimer ha sido considerada como la epidemia del siglo XXI y, como tal, las actuaciones que deben desarrollarse para intentar disminuir su impacto son muy numerosas, centrándose en los ámbitos de la sensibilización.

Basándonos en el eje 3 del Plan Integral de Alzheimer y otras Demencias (2019-2023), que busca la sensibilización, concienciación y transformación del entorno a través del aumento del grado de conocimiento de la enfermedad, hemos realizado este trabajo sobre la importancia de la lectura como elemento transmisor de valores y como fuente de conocimiento de la enfermedad de Alzheimer.

Por otra parte, la etapa infantil es cuando se consolidan la lectura y aprendemos los valores que se comunican en el día de nuestra vida. De ahí, la importancia de que la literatura incluya personajes con enfermedad de Alzheimer, ya que logra que la tolerancia, la aceptación y el respeto se fomenten en la figura de ser del niño de una manera natural, además de ayudarles a normalizar y conocer de manera realista la enfermedad.

Finalmente, el objetivo principal de este póster es analizar la terminología y representación de las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias en la literatura infantil española del siglo XXI, ver como aparecen reflejadas sus relaciones con sus familiares y/o cuidadores y proponer su utilización como método de sensibilización de la sociedad hacia las personas con enfermedad de Alzheimer.

Metodología

Para realizar la selección de literatura infantil cuyo temático se relaciona con las demencias, se utilizaron diferentes guías como "Los mayores y la enfermedad de Alzheimer en la literatura infantil y juvenil" y "La voz de la discapacidad en la literatura española". Igualmente, se ha realizado una búsqueda en la base de datos del ISBN y en diferentes bases de datos y portales de literatura infantil. Además, se seleccionaron aquellos títulos que cumplían los siguientes requisitos:

- Estar escritos en castellano y por autores españoles.
- Tener fecha de publicación en el siglo XXI.
- Presentar como descripción "Enfermedad de Alzheimer" y/o "Demencias".
- Estar dirigidos a niños de 0 años de edad o más.

Una vez localizados y seleccionados los libros infantiles se presentó a su lectura, estableciendo unos criterios de evaluación en base a sus calidad de contenido, ilustración, diseño y vocabulario, valorándose así una valoración global del cuento.

La importancia de la literatura con personajes con enfermedad de Alzheimer

Esta necesidad de conectar a la sociedad
Desinformación y desconocimiento
Reducir estigma
Contextualizar la realidad de la enfermedad
Desarrollo de materiales formativos
Incentivar la función de los cuidadores
Estimular la implicación de conocimientos

Resultados

Contenido

- Se hacen en experiencias previas del autor/a o personajes de las personas con enfermedad de Alzheimer.
- Siguen la estructura básica de la literatura: introducción, nudo, desenlace.
- Transmisión de paciencia y generación de empatía sobre la vida en el desarrollo del niño, como es la paciencia, sensibilidad, tolerancia, aceptación y respeto.
- Existe un tratamiento realista de la enfermedad, identificándose claramente. En muchas ocasiones se alude a ella como entidad o período de tiempo.

Ilustración

- Favorecen el desarrollo intelectual, imaginario y creativo en los niños.
- Ayudan y refuerzan una historia en la que el niño debe que utilizar su imaginación para conectarla.
- Ilustraciones atractivas y vistosas que atraen la atención, transmitiendo un mensaje sobre la enfermedad, el tema o la forma.
- Destacan la memoria y el concepto de buena calidad.
- Ayudan a comprender el cuento.
- En las últimas ilustraciones:
 - Los personajes a todos los edades presentan a la persona con Alzheimer con unas cosas más prácticas. En los desenlaces para niños, los colores se adecúan a la edad, siendo más fuertes cuando más pequeños con algunos más coloridos. Se simplifica cuando aumenta la edad.
 - El uso del dibujo se hace fundamental, las ilustraciones ayudan a comprender la función del texto, exponiendo ideas, situaciones, acciones... En definitiva, llevando con todo el peso del relato.

Diseño

- La tipografía de estos libros es muy variada, lo que le da identidad al libro, le imprime una individualidad y hace que sea diferente a los demás. A los niños les gusta conocer cosas nuevas, y tener diferentes opciones, variadas. Una mala elección de caracteres tipográficos en los libros infantiles puede provocar que el niño pierda interés en la lectura.
- En los libros se usan y repiten, de forma que los niños no necesitan memorizarlos demasiado en descubrir la lectura, y por lo tanto comprenderán mejor y mejor el contenido del libro.
- Los caracteres son atractivos y están bien proporcionados a sus formas, inteligentes de ir y por (en ligadas), lo que le permite a los lectores mejorar el flujo horizontal de la vista a lo largo del renglón.
- En el caso de los últimos ilustraciones, por su propia naturaleza, son los libros que poseen unas portadas más atractivas, mientras que el resto, presentan portadas más simples y más atractivas.

Vocabulario

- El texto se adapta a la edad recomendada de lectura, empleando oraciones con una longitud adecuada a la edad del lector, empleando oraciones más complejas cuando se acerca la edad.
- Todos los libros se exponen con claridad y existe una asociación ligera en el desarrollo de la lectura.
- No se utilizan elementos repetitivos ni se presentan palabras complejas de actividades repetitivas. Los términos utilizados son los adecuados en la actualidad.

Conclusiones

- El tratamiento de la enfermedad de Alzheimer es realista.
- El lenguaje de los libros transmite la paciencia y aceptación ante la enfermedad, dando una visión de normalización en el ambiente familiar.
- Todos los libros tratan sobre la enfermedad de Alzheimer pero no se habla del resto de demencias.
- La demencia se presenta en personas mayores, relegando otras edades en las que la demencia puede presentarse.
- Las relaciones suelen ser entre abuelos y nietos lo que ayuda a los padres a explicar la enfermedad a su hijo.
- Promueve la interacción del niño en los cambios de la persona con demencia. Ante esta enfermedad se promueve el amor y el cariño como ayuda si hace falta.

La literatura infantil es un vehículo adecuado para la transmisión de valores y para la sensibilización de la población sobre personas con demencia

Alzheimer y Demencias
El Centro de Referencia Estatal de atención a personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias (CEREA) es un organismo público dependiente del Ministerio de Educación y Política Social. Su misión es promover la investigación, la formación, la sensibilización, la atención y el apoyo a las personas con Alzheimer y otras demencias en España.

Publicado por: Pormas Navatlón, M. P.; Fraile Sastre, A. (2024). La literatura infantil española como instrumento de sensibilización en la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. *Documentación Gray 5*, 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.docgray.2024.100001>

35. CREA Conocimiento: base documental sobre alzhéimer y otras demencias para favorecer la transferencia del conocimiento



«CREA CONOCIMIENTO»: BASE DOCUMENTAL SOBRE ALZHEÍMER Y OTRAS DEMENCIAS PARA FAVORECER LA TRANSFERENCIA DEL CONOCIMIENTO

Fraila Sastre, A.
Documentalista

Centro de Referencia Estatal de atención a personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Imserso.
E-mail de contacto: info@crealzheim.es

Planteamiento y objetivo

Una parte importante de la misión del CRE Alzheimer del Imserso en Salamanca es la de transferir conocimiento sobre cualquier aspecto relevante de las demencias que permita aumentar la calidad de vida tanto de las personas con esta enfermedad como la de sus familiares más cercanos.

Intentando cumplir con este objetivo, en el año 2011 se diseñó e implementó dentro del sistema de Gestión de Calidad Integral (Gesca) el CREA Conocimiento, una base de datos documental de uso interno y única a nivel estatal que cuenta con diferentes materiales especializados en esta realidad neurodegenerativa.



Características principales



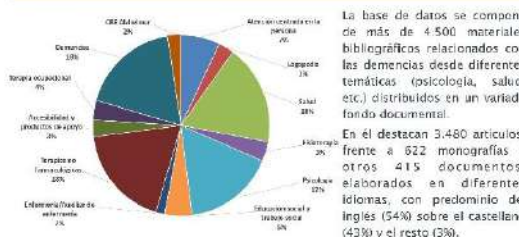
Materiales y métodos



Esta herramienta es gestionada por el centro de documentación del CREA, el cuál diseñó el protocolo de "Recopilación, sistematización y difusión de documentos técnicos en la base de datos CREA Conocimiento" con el objetivo de garantizar el continuo crecimiento y la calidad de esta fuente de información.

Dicho protocolo consta de seis fases en cascada que guían todo el proceso documental, desde la realización de una búsqueda preliminar de los textos hasta la difusión de todos los materiales incorporados. Asimismo, pasa por la selección de las publicaciones más interesantes para el centro, su recopilación, su ingesta en la herramienta y su sistematización para facilitar su posterior recuperación y acceso a través de búsquedas documentales.

Resultados



Conclusión y mejoras

En definitiva, esta herramienta documental favorece la transmisión del conocimiento, lo que repercute indirectamente en una mejora de la calidad de vida de las personas con demencia y de sus familias al:

- Apoyar la investigación, producción científica y colaboración entre instituciones
- Mejorar la atención profesional a personas con demencia
- Promover y favorecer la formación en demencias

Finalmente, en nuestro proceso de mejora continua de la base de datos, se están siguiendo varias líneas de trabajo que pretenden mejorar las opciones de recuperación, aumentar el volumen documental y, principalmente, que la herramienta sea de consulta pública, agilizando y aumentando la transferencia de conocimiento desde el CRE Alzheimer a toda la sociedad.



- Centro de Referencia Estatal de atención a personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias del Imserso. (23 de junio de 2020). *Fines y objetivos*. <https://crealzheim.es/cre-alzheimer/fines-y-objetivos>
- Centro de Referencia Estatal de atención a personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias del Imserso. (19 de octubre de 2022). *CREA Conocimiento*. <https://crealzheim.es/documentacion/crea-conocimiento>
- Fraila Sastre, A. y Peláez Hernández, B. (2021). *Protocolo de recopilación, sistematización y difusión de documentos técnicos en la base de datos CREA Conocimiento*. Centro de Referencia Estatal de atención a personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias del Imserso.



36. Afrontar el alzhéimer: creación del Grupo Estatal de Demencias por el Imserso



AFRONTAR EL ALZHEIMER: CREACIÓN DEL GRUPO ESTATAL DE DEMENCIAS POR EL IMERSO

Campo Blanco, I.¹; Peláez Hernández, B.²
(1) Directora gerente | (2) Coordinadora de información
 Centro de Referencia Estatal de atención a personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Imserso
 E-mail de contacto: info@crealzheimer.es

PRESENTACIÓN

El **Grupo Estatal de Demencias (GED)** nace de la necesidad de establecer una red estatal de demencias que permita aunar esfuerzos entre instituciones con gran trayectoria en investigación, intervención y defensa de las personas con demencia y sus familiares.

El **Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Imserso)** en su papel como impulsor nacional e internacional apuesta por el trabajo en red, el intercambio de conocimientos y el fomento de la cooperación con entidades y organizaciones del ámbito de las personas mayores y la dependencia. Cuenta con una red de centros de referencia estatal con el objetivo final de mejorar la vida de las personas que se encuentran en especial situación de vulnerabilidad como son las personas con alzhéimer y sus familiares. En este sentido, el Imserso crea e impulsa el GED coordinado a través de su **Centro de Referencia Estatal de Alzheimer (CREA)** ubicado en la ciudad de Salamanca.

OBJETIVOS

- Generar un **grupo de trabajo en red**.
- Establecer **objetivos comunes** para el abordaje integral de las demencias.
- Impulsar el **intercambio de conocimientos, experiencias y buenas prácticas** entre profesionales.
- Transferir a la sociedad los avances alcanzados en la **lucha contra la enfermedad** y la mejora de la calidad de vida.
- Compartir información sobre los planes, programas y actividades en demencia desarrollados en todo el territorio nacional, con el objetivo de **aunar criterios de actuación**.
- Coordinar las **acciones sociosanitarias** que se desarrollen a nivel estatal en el ámbito de las demencias.

MISIÓN

Desarrollar una Red de Cooperación Estatal en Demencias que permita ofrecer a la sociedad española una respuesta a la realidad social de estas enfermedades.

VISION

Situar a España como referente internacional, a través de una estrategia estatal compartida, y hacernos líderes en el abordaje sociosanitario, jurídico y de investigación en demencias.

ENTIDADES

- Organismos públicos
- Movimiento asociativo
- Centros de investigación
- Fundaciones
- Sociedades científicas
- Asociaciones profesionales



CRE de Alzheimer. Imserso
www.crealzheimer.es



Resolución de 25 de noviembre de 2015, de la Dirección General del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Imserso) por la que se crea el Grupo Estatal de Demencias, como grupo de trabajo. (2015). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.



37. El Plan Integral de Alzheimer y otras Demencias (2019-2023): impulso y acciones del CREA



**EL PLAN INTEGRAL DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS (2019-2023):
IMPULSO Y ACCIONES DEL CREA**

Campo Blanco, I.¹; Peláez Hernández, B.²
(1) Directora gerente | (2) Coordinadora de Información
Centro de Referencia Estatal de atención a personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Inmerso
E-mail de contacto: info@crealzheim.es

PRESENTACIÓN

El abordaje de las demencias es una **prioridad de salud pública** y un **problema social y sanitario de primer orden**: su dimensionamiento, alcance e impacto social y económico plantea a la sociedad española el reto de planificar y poner en marcha actuaciones decididas, capaces de impulsar avances en respuestas adecuadas, específicas e integrales tanto para las propias personas con alzhéimer como sus cuidadores familiares.

Este Plan se ha elaborado por el **GRUPO ESTATAL DE DEMENCIAS** impulsado por el **Inmerso** y coordinado por su **Centro de Referencia Estatal de atención a personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias**, valorando y teniendo en cuenta las aportaciones realizadas por diferentes Departamentos Ministeriales, Comunidades Autónomas y agentes sociales.

FINALIDAD

Con este Plan se pretende afrontar el reto social y sanitario del alzhéimer y otras demencias para lograr una sociedad sensibilizada, donde las personas con la enfermedad y sus cuidadores familiares alcancen mayores cotas de participación y calidad de vida, y reciban la atención y el apoyo global que necesitan para vivir con dignidad, respeto, autonomía e igualdad.

EJES DE ACTUACIÓN

El Plan se articula en 4 ejes de actuación en torno a una concepción y consideración específica de la persona: como persona con dignidad y ciudadana de pleno derecho, hacia cuya máxima calidad de vida, participación, autodeterminación y autonomía han de contribuir las distintas actuaciones en todos sus ejes. Asimismo, en la consideración de los familiares cuidadores en un binomio de atención persona enferma-cuidador/a.

PRINCIPALES ACCIONES DEL CREA

1 SENSIBILIZACIÓN, CONCIENCIACIÓN Y TRANSFORMACIÓN DEL ENTORNO

Lanzamiento de **campañas de sensibilización** con el objetivo de cambiar la visión que la sociedad tiene del alzhéimer.

Formulación de propuestas sobre **accesibilidad universal** a través de acciones que incidan en la transformación de espacios arquitectónicos hacia entornos más amigables con las personas con alzhéimer.

Desarrollo de diversos **materiales divulgativos** sobre el alzhéimer:

- "La biblioteca recomienda..."
- "Lee y verás"
- "La cartelera del CREA"
- Infografías sobre la enfermedad
- Blog del CRE de Alzheimer



2 LA PERSONA EN EL CENTRO DE LA ATENCIÓN SOCIAL Y SANITARIA: PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

Difusión de **guías de implementación de terapias no farmacológicas** dirigidas a profesionales y que pretenden servir de orientación para una correcta aplicación de la terapia (intervención con perros, musicoterapia, dólterapia, etc.).

Disposición de un **Plan de Formación de profesionales y reciclaje de especialistas** a través del trabajo diario de profesionales del CREA, quienes se encargan de impartir y tutorizar las diferentes acciones formativas diseñadas desde un enfoque multidisciplinar.

Evaluación de la eficacia, en términos de mantenimiento funcional y cognitivo, de programas de **promoción de la autonomía personal** y de **intervención multicomponente** con el objetivo de mejorar la calidad de vida de la persona que vive con la demencia y cuidadores.



3 DERECHOS, ÉTICA Y DIGNIDAD DE LA PERSONA

Diseño e implantación de una **Escuela de Familias** como punto de encuentro para entender en su globalidad las demencias.

Creación de **intervenciones psicoterapéuticas y socioeducativas** realizando así una intervención global del impacto que la demencia tiene sobre la familia.

Generación de procedimientos para el **impulso de los cuidados de proximidad** a través del uso de buenas prácticas en la atención a las personas con demencia y apoyo a sus familiares.

Acciones para mejorar la **información, el acceso y ejercicio de los derechos** de las personas que viven con alzhéimer.

Elaboración de **Videoconsejos y Tips** con recomendaciones en el cuidado diario de una persona con demencia.



4 INVESTIGACIÓN, INNOVACIÓN Y CONOCIMIENTO

Cooperación en el **Máster Universitario en Intervención a personas con enfermedad de Alzheimer** y en el **Título Propio de Especialización en demencias** de la Universidad de Salamanca.

Convenios entre el Inmerso a través del CREA con diversas universidades y centros de formación para realización de **prácticas y pasantías profesionales**.

Transmisión del conocimiento adquirido en **investigaciones sociales y sanitarias** tanto propias como en colaboración con otras entidades.

Foros de encuentro para el **intercambio de experiencias** en el desarrollo de programas y proyectos de atención a personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias.



CREA de Alzheimer
www.crealzheimer.es

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2019). *Plan Integral de Alzheimer y otras Demencias (2019-2023)*. https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/docs/Plan_Integral_Alzheimer_Octubre_2019.pdf

