



Universidad Internacional de La Rioja

Facultad de Empresariales y Comunicación

Análisis y valoración del proyecto REMS del Espacio Social Barcelona-Borrell

Trabajo fin de grado presentado por: Joaquín Soler Guillem

Titulación: Curso de adaptación al Grado de Trabajo Social

Línea de investigación: Tratamientos no farmacológicos en demencias

Directora: Ana León Mejía

Ciudad: Barcelona

Fecha: 30/01/2015

Categoría tesaurus: Intervención Social

AGRADECIMIENTOS

Me gustaría expresar mi agradecimiento a todas aquellas personas que han podido hacer posible este estudio, en especial a la Dra. Ana León Mejía directora de esta investigación por su tiempo y sus importantes observaciones de mejora.

También quisiera agradecer a todo el equipo directivo del proyecto REMS de la Fundación Cataluña-La Pedrera la confianza depositada en mí como técnico social y darme la oportunidad de poder investigar los resultados de este ambicioso y prometedor programa.

Hacer extensiva mi gratitud a mis compañeros del Espacio Social Barcelona-Borrell, especialmente a Lorena Calvo Fidalgo, la neuropsicóloga referente del proyecto REMS por su tiempo, esfuerzos y colaboración incondicional.

No quisiera olvidarme de las familias y usuarios participantes que han colaborado en el estudio y que sin ellos nada tendría sentido.

Por último, agradecer a mi familia su paciencia y apoyo en todos aquellos momentos difíciles que se presenta en toda investigación.

A todos ellos, muchas gracias.

RESUMEN

La población mundial se está envejeciendo aceleradamente comportando nuevas necesidades sociales. Los procesos neurodegenerativos son una de las problemáticas que condicionan más seriamente la autonomía del anciano, tanto en su capacidad física como mental, comportando un grado de dependencia creciente que necesita de diferentes estrategias terapéuticas para su superación. Las Terapias No Farmacológicas (TNF) aplicadas a las demencias son conocidas desde hace décadas pero cuentan con escasos estudios con el suficiente rigor metodológico que las avale. Esta investigación se ha centrado en valorar el grado de eficacia terapéutica alcanzado por el programa REMS de la Fundación Catalunya-La Pedrera en uno de sus centros. Dicho programa se basa principalmente en la estimulación cognitiva y física de personas con deterioro cognitivo leve y moderado, así como en el apoyo a sus cuidadores para lograr la mejora de la calidad de vida de las familias participantes.

PALABRAS CLAVE: Envejecimiento, demencia, terapias no farmacológicas, estimulación física y cognitiva, eficacia terapéutica y REMS.

ABSTRACT

The world's population is aging rapidly giving rise to new social needs. Neurodegenerative processes are one of the problems that most seriously affect the autonomy of the elderly both in physical ability and mental. This increases the degree of dependence of patients who need different therapeutic strategies to deal with the consequences of dementia. The not pharmacological therapies (TNF) applied to dementias have been known for decades but few studies with sufficient methodological rigor backs them. This research has focused on assessing the degree of therapeutic efficacy achieved by REMS program of the Foundation Catalyunya – La Pedrera on one of its centers. This program is mainly based on cognitive and physical stimulation for people with mild to moderate cognitive impairment, as well as on supporting caregivers to achieve the improvement of quality of life of the participating families.

KEYWORDS: Ageing, dementia, pharmacological therapies, physical and cognitive stimulation, therapeutic effectiveness and REMS.

ÍNDICE DEL TRABAJO

1. INTRODUCCIÓN	7
1.1 Justificación del tema	7
1.2. Planteamiento del problema.....	8
1.3 Objetivos	9
2. MARCO TEÓRICO	11
2.1 La dependencia en personas mayores	11
2.2 El Alzheimer y otras demencias.	12
2.2.1 El deterioro cognitivo en la demencia	15
2.2.2 Los trastorno de la conducta en la demencia	16
2.3. El tratamiento de las demencias	17
2.3.1 Los tratamientos farmacológicos.....	17
2.3.2 Los tratamientos no farmacológicos	18
2.3.2.1 Programas de Estimulación Cognitiva	19
2.3.2.2 Tratamiento no farmacológico en trastornos de la conducta y psicológicos	20
2.3.2.3 El apoyo a las familias y cuidadores.....	21
2.4 El programa de Reforzar y Estimular la Memoria y la Salud de la Fundación Catalunya-La Pedrera	23
3. MARCO EMPÍRICO	26
3.1 Diseño de la investigación	26
3.2 Análisis de resultados.....	29
3.3. Discusión	36

4. CONCLUSIONES Y PROSPECTIVA	38
5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	41
6. ANEXOS.....	44

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

<i>Figura 1. Fases del Alzheimer (Laurent, Ejtehadi, Rezaei,, Kehoe y Mahmoudi, 2012).....</i>	<i>13</i>
<i>Figura 2. Prevalencia del Alzheimer por edad y sexo (Alberca, Montes-Latorre, Gil-Néciga, Mir-Rivera, y Lozano-San Martín, 2002).....</i>	<i>14</i>
<i>Figura 3. Dimensiones afectadas por la demencia (elaboración propia)</i>	<i>16</i>
<i>Figura 4. Áreas clave de intervención en el paciente con demencia (elaboración propia).....</i>	<i>21</i>
<i>Figura 5. Fases de la investigación</i>	<i>26</i>
<i>Tabla 1. Total de participantes en el proyecto REMS. Por intervalos de edad y sexo.....</i>	<i>29</i>
<i>Tabla 2. Puntuación obtenida en Mini-Mental State Examination antes REMS</i>	<i>30</i>
<i>Tabla 3. Puntuación en Mini-Mental State Examination después de REMS.....</i>	<i>30</i>
<i>Tabla 4. Principales afectaciones de las funciones cognitivas superiores antes REMS.....</i>	<i>31</i>
<i>Tabla 5. Principales afectaciones de las funciones cognitivas superiores después REMS.....</i>	<i>31</i>
<i>Tabla 6. Principales trastornos psicológicos según deterioro cognitivo y total antes REMS.....</i>	<i>32</i>
<i>Tabla 7. Principales trastornos psicológicos según deterioro cognitivo y total después REMS.....</i>	<i>32</i>
<i>Tabla 8. Principales trastornos conductuales antes REMS</i>	<i>33</i>
<i>Tabla 9. Principales trastornos conductuales después REMS</i>	<i>33</i>
<i>Tabla 10. Grado de autonomía para realizar las actividades básicas de la vida diaria (deterioro leve) antes de REMS</i>	<i>34</i>

Tabla 11. Grado de autonomía para realizar las actividades básicas de la vida diaria (deterioro leve) después de REMS34

Tabla 12. Grado de autonomía para realizar las actividades básicas de la vida diaria (deterioro moderado) antes de REMS.....35

Tabla 13. Grado de autonomía para realizar las actividades básicas de la vida diaria (deterioro moderado) después de REMS.....35

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Justificación del tema

Desde hace décadas España presenta una transformación demográfica caracterizada por el envejecimiento de su población. Este proceso demográfico, común a nivel planetario, es especialmente relevante en nuestro país donde según datos del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) la longevidad se ha incrementado de forma espectacular durante todo el siglo XX, situándose la esperanza de vida para el año 2011 en 82,3 años, una de las más altas de la Unión Europea. A 1 de enero de 2014, conforme a cifras publicadas por el Instituto Nacional de Estadística (INE), en España habían censadas un total de 8.442. 886 personas de 65 y más años, suponiendo el 18,1% del total de la población.

Esta reciente estructura poblacional está comportando profundos cambios sociales y el surgimiento de nuevas realidades de necesidad que precisan de ser cubiertas por los diferentes actores sociales que intervienen en el ámbito de las llamadas personas mayores. Los procesos neurodegenerativos son una de las problemáticas que condicionan más seriamente la autonomía del anciano, tanto en su capacidad física como mental, comportando un grado de dependencia creciente que exige adaptar la vida de sus familiares y una significativa pérdida de la calidad de vida y bienestar del enfermo y sus cuidadores.

La Fundación Catalunya-La Pedrera a fin de responder a esta nueva realidad social lleva desde hace más de un año implantado en sus centros sociales el proyecto Reforzar y Estimular la Memoria y la Salud (REMS, de aquí en adelante) consistente en ofrecer diferentes actuaciones de estimulación cognitiva, física, actividades de socialización y actuaciones de apoyo a cuidadores, con el objetivo de lograr “la mejora de la calidad de vida de personas con grados leves y moderados de enfermedades neurológicas propias del proceso de envejecimiento”. (Fundación Catalunya-La Pedrera; 2014).

Actualmente, el proyecto REMS viene desarrollándose en 24 equipamientos de esta fundación denominados Espacios Sociales, los cuales quedan distribuidos en todo el territorio de Cataluña. En uno de estos centros (Barcelona-Borrell) desarrollo mis funciones profesionales como coordinador siendo responsable del buen funcionamiento de los diferentes programas y proyectos que en él se llevan a cabo.

La presente investigación pretende analizar los efectos terapéuticos conseguidos mediante el proyecto REMS en la calidad de vida de los usuarios participantes en el centro social anteriormente mencionado. Es cierto que el propio diseño del programa incluye el seguimiento individualizado y la evaluación periódica de las capacidades y habilidades cognitivas, funcionales y sociales de sus

integrantes. Sin privar de validez, ni desestimar los resultados obtenidos por la institución en su empeño de conocer el grado de eficacia de las intervenciones terapéuticas realizadas en el marco del proyecto REMS, ha surgido la posibilidad de acompañar y reforzar este esfuerzo sistemático de la entidad mediante la presente investigación académica.

Asimismo, como técnico social con responsabilidades concretas dentro del programa he considerado que esta aportación académica era una gran oportunidad de mejora en mi quehacer profesional que no podía desaprovechar al aportarme un amplio y enriquecedor marco teórico sobre las demencias y a su vez, un acercamiento a la realidad vivida por las familias y participantes en el programa.

1.2. Planteamiento del problema

La demencia es un síndrome clínico caracterizado por una pérdida progresiva de las funciones cerebrales superiores de la persona como la memoria, el lenguaje, la orientación, etc. Se trata de una de las afectaciones neurodegenerativas con mayor impacto económico, social y sanitario en la actualidad. Éstas constituyen la principal causa de discapacidad y dependencia en el anciano recayendo el peso del cuidado del enfermo principalmente en sus familiares (Prieto, Eimil, López de Silanes y Llanero, 2011).

A fin de ayudar a una mejor calidad de vida del paciente y su cuidador y disminuir el impacto económico y social de la enfermedad se han diseñado programas de detección precoz en demencias y tratamientos de carácter farmacológico y no farmacológico (Peña, 1999). En este sentido, las terapias no farmacológicas llevan siendo utilizadas desde hace décadas en las demencias y vienen referidas a aquellas intervenciones que a través de elementos no químicos mejoran la calidad de vida de las personas enfermas y de sus cuidadores. Actualmente, existe evidencia científica acerca de la eficacia de las terapias no farmacológicas en enfermedades como el Alzheimer u otras demencias que justifican la implantación de programas basados principalmente en la estimulación cognitiva (Yanguas, Martínez, Ramos, Hernández, Campos, Linares y Blanco. 2007).

No obstante, se debe resaltar que la revisión bibliográfica pone de manifiesto que existe un reducido número de estudios con suficiente calidad metodológica que demuestren y avalen la eficacia de las diferentes intervenciones cognitivas en enfermos con demencia. Consecuentemente, se hace necesario evaluar cada programa de estimulación cognitiva orientados a ancianos dementes (en este caso, el programa REMS) para valorar los resultados obtenidos. En relación al resto de intervenciones no farmacológicas como son las actividades de socialización incorporadas en nuestro programa, la situación es todavía más compleja al existir menor evidencia científica sobre sus capacidades terapéuticas en pacientes con Alzheimer y otras demencias (Ministerio de Sanidad,

Política Social e Igualdad, 2010). Se hace, por tanto, aún más necesario doblar los esfuerzos orientados a la evaluación de las posibles mejoras obtenidas.

Por otro lado, el proyecto REMS integra junto a las intervenciones de estimulación cognitiva, sesiones de estimulación física mediante ejercicio físico adaptado. La práctica regular y moderada de ejercicio físico por parte de las personas mayores constituye una de las estrategias no farmacológicas más referidas en la bibliografía científica para conseguir que el anciano envejezca de forma más saludable. Numerosos estudios demuestran los beneficios en la salud de los programas de ejercicio físico adaptado para personas mayores que comportan además, importantes beneficios psicosociales al combatir el aislamiento, la depresión y la ansiedad y favoreciendo la autoestima y cohesión social (Aparicio, Carbonell y Delgado, 2010). Aun así, siempre es necesario verificar en todo proyecto de intervención terapéutica como ambiciona ser REMS, la práctica profesional se ajusta a los resultados esperados y expuestos en la literatura académica.

Partiendo de estas premisas, la investigación se centrará en concretar los efectos de mejora conseguidos en las actuaciones de estimulación física, cognitiva y de socialización llevadas a cabo en personas con deterioro cognitivo leve y moderado en el marco del programa REMS del Espacio Social de Barcelona-Borrell. Cabe destacar que tras una rigurosa reflexión y con motivo de las limitaciones existentes en tiempo y recursos se ha acotado el campo de estudio de la investigación a un solo centro para poder garantizar la fiabilidad de los resultados obtenidos aun siendo conscientes que se trata de una limitación que posteriores estudios más ambiciosos debieran superar.

1.3 Objetivos

El objetivo general de la investigación queda definido como:

- » Valorar el grado de eficacia terapéutica de las intervenciones no farmacológicas llevadas a cabo en el marco del programa REMS en los usuarios participantes en el Espacio Social de Barcelona-Borrell.

Para el logro de este objetivo general se concretan los siguientes objetivos específicos:

- Determinar el grado de deterioro cognitivo, así como, las principales alteraciones de la conducta, trastornos psicológicos y grado de autonomía para realizar las actividades básicas de la vida diaria que presentaban los participantes del proyecto REMS antes de su incorporación en el mismo.

- Determinar el nivel de mejora experimentado por los usuarios participantes en el programa REMS en las siguientes alteraciones psicológicas y del comportamiento: ansiedad, depresión, delirios, alucinaciones, apatía, deambulación errática, agresividad, reacciones catastróficas, conductas inapropiadas, negación, trastornos del sueño y alteraciones de la alimentación.
- Evaluar las mejoras obtenidas por los usuarios participantes en el programa REMS en las siguientes funciones cognitivas: la memoria a corto, medio y largo plazo, las áreas del lenguaje de comprensión, elaboración y vocabulario, las habilidades manuales o praxias, las funciones de resolución de problemas o ejecución de acciones, la atención y la concentración así como la orientación espacial y temporal.
- Valorar el progreso en el grado de autonomía para realizar las actividades básicas de la vida diaria de los participantes en el programa REMS.

2. MARCO TEÓRICO

Para indagar con cierto rigor el grado de eficacia terapéutica de las intervenciones no farmacológicas en pacientes con Daño Cerebral Adquirido (DCA) se debe abordar primeramente algunos conceptos básicos relacionados con estos desórdenes neurológicos. Seguidamente se profundiza en las principales enfermedades que provocan demencia, los síntomas que se manifiestan con más prevalencia, así como las medidas terapéuticas orientadas a aliviar sus graves consecuencias en el enfermo y en su entorno familiar.

2.1 La dependencia en personas mayores

Como ya hemos mencionado, la estructura demográfica de nuestro país ha sufrido en estas últimas décadas una significativa evolución que se ha caracterizado por el envejecimiento de la población. Recordemos que según datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística referidos a 1 de enero de 2014, en España habían censadas un total de 8.442. 886 personas de 65 y más años. Asimismo, lo más revelador de estas cifras es apreciar que el colectivo de personas mayores de 80 y más años, aquellas que más situaciones de dependencia pueden presentar, está experimentando un notable crecimiento y se cree que en 2050 alcanzará el 11.1% de la población total sumando más de 6 millones de personas.

En relación al concepto de dependencia se puede afirmar que es un término complejo que conlleva diferentes acepciones y usos. En el presente estudio se hace referencia a aquella situación de ayuda o supervisión que necesitan algunas personas mayores para llevar a cabo las actividades de la vida diaria. De conformidad con los datos recogidos en el Sistema de Información del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SISAAD) del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad creado a partir de la ley 39/2006 de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, a fecha de 31 de diciembre de 2013 existían en España un total de 1.242.670 personas con el reconocimiento legal de situación de dependencia. Hay que subrayar el hecho que los gerontes de 80 y más años supusieron el 54% del total de los dependientes reconocidos en nuestro país y que, dentro de este colectivo, las mujeres casi duplicaron en número al de los hombres.

En relación a las principales causas de dependencia, conforme a previsiones formuladas en el Libro Blanco de la Dependencia elaborado por el Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (2005) la mayor parte de las personas dependientes lo serán por motivo de una demencia. Concretamente, y según este estudio, actualmente el 88,67% del total de las personas con gran dependencia son ancianos con demencia.

En definitiva, las situaciones de dependencia son una realidad creciente en nuestra sociedad debido al envejecimiento de la población y suponen en España una difícil realidad para millones de personas mayores y sus familias. Por otra parte, debemos ser conscientes que las limitaciones funcionales más severas afectan de manera más intensa a las mujeres de 80 y más años con motivo de adolecer una demencia.

2.2 El Alzheimer y otras demencias.

Según Peña-Casanova (1999) la demencia puede definirse como un síndrome clínico que conlleva un déficit adquirido en varios dominios cognitivos y que reduce de forma significativa la autonomía funcional de la persona. Normalmente, la demencia cursa con síntomas conductuales y psicológicos (SCPD) que afectan a las capacidades sociales y laborales de quien la padece. De esta forma, la demencia no viene referida a ninguna enfermedad concreta, sino que hace alusión un conjunto de síntomas o déficit cognitivos de origen neurodegenerativo.

Las manifestaciones clínicas de la demencia son heterogéneas al existir múltiples etiologías (tal y como se verá más adelante), diferentes patrones lesionales y un curso de la afectación neurodegenerativa diferenciada en cada persona. Pese a esto, la demencia comporta en la mayoría de casos un empobrecimiento progresivo de las capacidades mentales de la persona que verá disminuida gradualmente sus funciones cognitivas y la aparición de trastornos apráxicos (dificultad para realizar movimientos conocidos y de manipulación de objetos), afásicos (trastornos del lenguaje), agnósicos (incapacidad de reconocer estímulos), amnésicos (alteración de la memoria) y una limitación de las funciones ejecutivas (capacidad de planificación).

Con el tiempo, gran parte de los pacientes con demencia irán perdiendo su independencia para realizar una vida autónoma llegando a necesitar la supervisión y la atención continuada de un cuidador. En sus últimas fases, el anciano demente se tornará totalmente inválido y la muerte le sobrevendrá por lo regular, por una infección o una insuficiencia orgánica (figura 1).

Como se ha mencionado anteriormente, en el curso de las demencias se observan trastornos psicológicos y de los comportamientos en los enfermos. Concretamente, Peña Casanova (1999) advierte que el 80% de los pacientes con demencia presentarán síntomas conductuales en algún momento de la evolución de la dolencia. Así por ejemplo, se da con cierta prevalencia conductas sociales desinhibidas, alteraciones de la conducta alimentaria o sexual, compulsiones, comportamientos estereotipados, apatía, delirios y alucinaciones visuales, deambulación errante y otros trastornos.

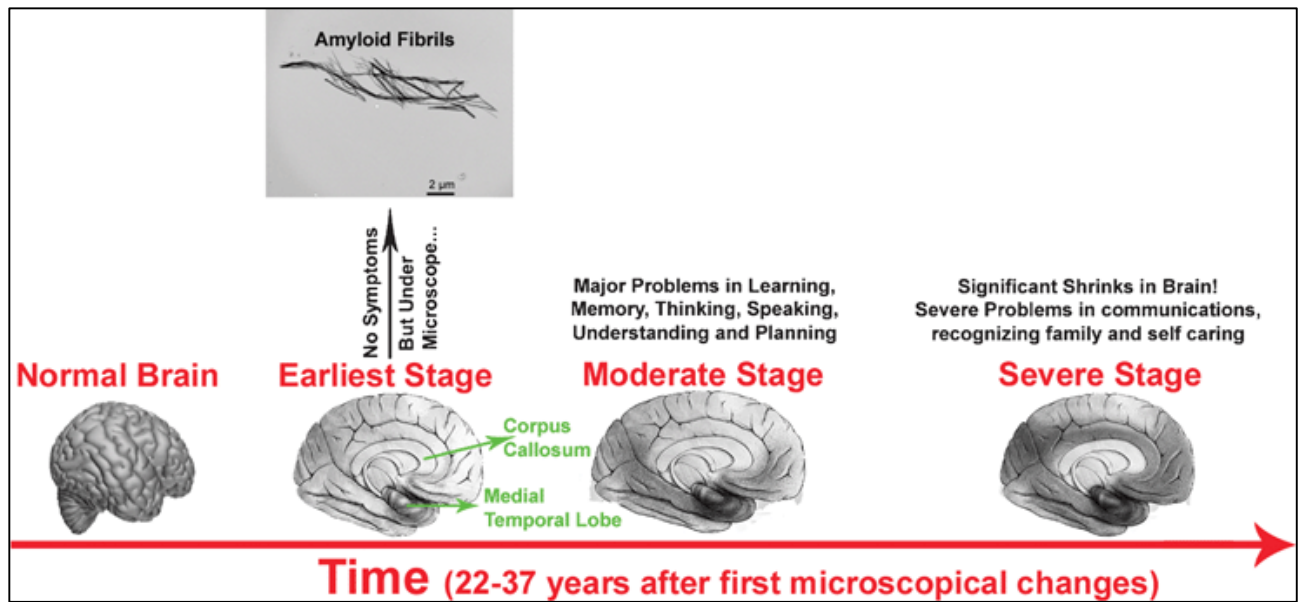


Figura 1. Fases del Alzheimer (Laurent, Ejtehadi, Rezaei., Kehoe y Mahmoudi, 2012)

En relación a las causas que producen demencia se han ido describiendo en la literatura científica y médica muchas patologías que se pueden dividir en dos grandes grupos: aquellas demencias degenerativas primarias, progresivas e irreversibles como son principalmente la Enfermedad de Alzheimer, la Enfermedad por cuerpos de Lewy, la demencia frontotemporal y la demencia asociada a la enfermedad de Parkinson y las demencias secundarias, siendo algunas potencialmente reversibles como la demencia vascular, la hidrocefalia a presión normal, la demencias por causas metabólicas o ciertas enfermedades sistémicas. Ante una etiología y clínica tan heterogénea de las demencias, los criterios para diagnosticarla se basan en el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4ª edición, texto revisado (DSM-IV-TR) y en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) 10ª edición (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Al respecto de la probabilidad de padecer una demencia las variables edad y sexo son determinantes. Prieto, Eimil, López y Llaneros (2011) estiman que la incidencia del síndrome demencial en la población comprendida entre los 64 y 69 años suele ser de 5 a 10 casos por cada 1.000 personas, mucho menor en comparación con los 110-130 casos diagnosticados por cada 1.000 personas y año en la población anciana de 85 y más años.

Cabe señalar, además, que esta enfermedad afecta más a un sexo que al otro ya que “las mujeres por encima de los 55 años tienen el doble de riesgo de riesgo de padecer demencia respecto a los varones, tanto por su mayor expectativa de vida como por la mayor incidencia de demencia a edades muy avanzadas” (Prieto et al, 2011, p. 5).

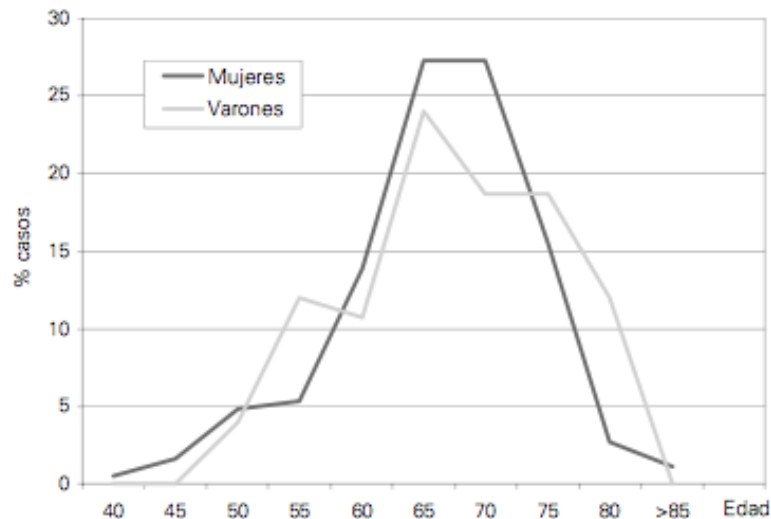


Figura 2. Prevalencia del Alzheimer por edad y sexo (Alberca, Montes-Latorre, Gil-Néciga, Mir-Rivera, y Lozano-San Martín, 2002)

Del mismo modo, los estudios de prevalencia de demencias también muestran una tendencia al incremento según la edad. Con arreglo a datos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2010) la prevalencia de demencia queda por debajo del 2% en gerontes con una edad comprendida entre 65 y 69 años llegando a valores del 30% por encima de los 90 años. Si aceptamos una prevalencia de demencia intermedia del 7% se puede deducir que en España viven aproximadamente entre 500.000 y 750.000 personas con demencia. Ya tratando la prevalencia por tipo de demencia, ésta varía significativamente según la etiología de la misma. Es sin duda la enfermedad de Alzheimer y las demencias por patología mixta, vascular y Alzheimer, las más frecuentes suponiendo entre el 60 y el 80% del total de las demencias diagnosticadas. Seguidamente, la demencia vascular muestra una prevalencia mayor alcanzando el 20 y el 30% de los casos. A más distancia, encontramos con prevalencias mucho menores la demencia por cuerpos de Lewy, la demencia asociada a la enfermedad de Parkinson, la demencia frontotemporal y las demencias secundarias.

Finalmente, se debe destacar el gran impacto en términos económicos y psicosociales que suponen las demencias en los pacientes, su entorno familiar y la sociedad. Las consecuencias negativas sobre la salud psicológica y física en los cuidadores de ancianos con demencia son sobradamente conocidas y serán expuestas en este marco teórico más adelante. En relación al gasto sanitario, Sánchez (2006) señala que los estudios de costes en demencia en España son escasos y evidencia que en el año 2004 los gastos exclusivamente sanitarios en fármacos, estudios diagnósticos, visitas al médico, etc., para atender a pacientes con demencia se situaron por encima de los 9.000 euros por enfermo. Si además, se hubiesen agregado otros costes asistenciales asumidos por las familias la cifra por paciente

hubiesen alcanzado los 19.000 euros.

2.2.1 El deterioro cognitivo en la demencia

Como se ha dicho, las demencias comportan un progresivo deterioro de las capacidades y habilidades cognitivas del individuo que limitará cada vez más sus competencias funcionales y consecuentemente, una erosión de su vida familiar, social y laboral. Siguiendo a Peña-Casanovas (1999) los principales trastornos cognitivos por demencia afectan la memoria, orientación, atención, lenguaje, la percepción del anciano y la alteración de la función ejecutiva (ver figura 3).

Memoria

- El principal elemento cognitivo que resulta dañado en el enfermo demenciado es la memoria debido al déficit mnésico. Indicar que la mayor afectación se da en la memoria reciente y no en la remota que sólo mengua en deterioros muy específicos por lesiones focales o en las demencias en estados muy avanzados.

Orientación

- La aparición de episodios de desorientación en un geronte puede indicar que se está desarrollando una demencia. Gracias a esta función cognitiva la persona es capaz de reconocer el espacio donde se desenvuelve, el tiempo en el que vive y a aquellos con quienes se relaciona. La desorientación en las demencias es un déficit cognitivo muy frecuente que se manifiesta tanto de forma permanente como episódica.

Atención

- Las funciones cognitivas de atención y concentración intervienen decisivamente en el rendimiento perceptivo de la persona y consecuentemente, en la función mnésica. Cierta porcentaje de trastornos de memoria en el anciano obedecen a la escasa capacidad de atención que padece por diferentes motivos.

Lenguaje

- El deterioro lingüístico es un síntoma común entre las personas con demencia y puede ser un signo temprano de alerta sobre todo en la enfermedad de Alzheimer. La anomia, entendida como la imposibilidad de nombrar las cosas por su nombre, es uno de los trastornos del lenguaje más característicos en los deterioros cognitivos por demencia. Las principales afectaciones del lenguaje que se observan en personas afectadas por una demencia las encontramos en cualquiera de estos niveles lingüísticos: fluidez y capacidad de expresión verbal, identificación y nombramiento de los objetos, expresión verbal y escrita, comprensión verbal y/o escrita y lenguaje automático.

Percepción

- La percepción se torna anómala en el demente en estados avanzados de la enfermedad o en fases más tempranas en determinadas demencias como es el caso de demencia por cuerpos de Lewy. Estos trastornos perceptivos acostumbra a manifestarse como alucinaciones visuales o auditiva.

Función ejecutiva

- En las personas con demencia la alteración de la función ejecutiva se ve afectada según avanza la enfermedad. La capacidad para construir pensamiento abstracto, planificar, iniciar, secuenciar, monitorizar y detener un comportamiento complejo disminuye según progresa el deterioro cognitivo.

Figura 3. Dimensiones afectadas por la demencia (elaboración propia)

Para poder diagnosticar una demencia, el facultativo ha de excluir otras causas que puedan afectar la conciencia del anciano como que éste sufra un estado de confusión mental y también la influencia de ciertos fármacos, en especial, psicotrópicos.

2.2.2 Los trastorno de la conducta en la demencia

Otro aspecto característicos de las demencias es la alteración conductual y psicológica del anciano demente. Los síntomas psicológicos y conductuales (SPCD de aquí en adelante) “generan sufrimiento en el paciente y en el cuidador, agravan el deterioro cognitivo y funcional, y precipitan la institucionalización” (Olazarán, Agüera y Muñiz, 2012, p. 598).

Los SPCD se manifiestan en una serie de alteraciones en la forma de actuar del enfermo o bien, se reflejan en cambios de su personalidad. Seguidamente se describen los SPCD más frecuentes en personas aquejadas de Alzheimer y otras demencias. Es necesario aclarar que no todos los síntomas se presentan en todos los enfermos, ni con la misma intensidad, ni en las mismas etapas de la enfermedad ya que el origen de estos trastornos es complejo e intervienen desencadenantes biológicos, psicológicos y medioambientales.

En esta línea, las manifestaciones psiquiátricas más habituales en las demencias se pueden resumir en depresión, ansiedad, irritabilidad, delirios, alucinaciones, apatía, euforia y labilidad emocional. Como se puede observar, consisten en un grupo variado de alteraciones mentales y emocionales que amenazan la convivencia familiar y que “generan frecuentes visitas médicas, e ingresos en servicios de urgencia e instituciones” (Peña, 1999, p.9). Ya referidos a los desórdenes en la conducta, este mismo autor nos describe un amplio abanico de trastornos que se pueden sintetizar en la negación

de la pérdida de memoria, el vagabundeo, la repetición de actos y preguntas, la ocultación y pérdida de objetos, la agitación y agresividad, la persecución del cuidador, la obstinación o negativismo, la desinhibición, los insultos y acusaciones, la incontinencia, la falta de comunicación, el empeoramiento vespertino y los trastornos relacionados con el sueño, la alimentación o la sexualidad.

En conclusión, los SPCD se concretan en una extensa serie de conductas disfuncionales que afectan a la calidad de vida de las personas con demencia y a la de sus cuidadores. Su abordaje comporta un desgaste emocional del entorno cercano del enfermo y un aumento del gasto sanitario así como de recursos de apoyo comunitario.

2.3. El tratamiento de las demencias

La intervención terapéutica en las demencias dependerá de su patogenia. De esta forma, en aquellas demencias reversibles el tratamiento, esencialmente médico y farmacológico, irá enfocado a curar la enfermedad incidiendo en el problema que la ha originado. Así ocurre en las demencias causadas por el abuso de alcohol, un tumor cerebral, un trastorno metabólico, etc.

Sin embargo, en aquellos otros casos que la demencia evolucione como un proceso neurodegenerativo progresivo e irreversible, como es la enfermedad de Alzheimer entre otras, el objetivo del tratamiento consistirá principalmente en aliviar los síntomas de la enfermedad.

Complementando a las terapias farmacológicas en las demencias y a fin de comportar una mejora de la sintomatología presentada por el enfermo, se han desarrollado desde hace décadas terapias no farmacológicas (TNF) entendidas como “cualquier intervención no química, teóricamente sustentada, focalizada y replicable, realizada sobre el paciente o el cuidador y potencialmente capaz de obtener un beneficio relevante”. (Olazarán et al., 2010, p. 2).

2.3.1 Los tratamientos farmacológicos

Como se sabe existen numerosas enfermedades causantes de demencia. Cada etiología de demencia necesita de un tratamiento farmacológico individualizado que se ajuste a la sintomatología manifestada por el paciente y las causas de la enfermedad. Se debe recordar que la enfermedad de Alzheimer representa actualmente el motivo más común de demencia. Concretamente entre el 60 y 80% de los casos de demencia será a causa de esta enfermedad. Por este motivo en este estudio nos centraremos en el tratamiento farmacológico en la enfermedad de Alzheimer.

Siguiendo a Peña (1999) “el tratamiento farmacológico de la Enfermedad de Alzheimer presenta tres

grandes ámbitos” (p.18). Estos son los siguientes: el que va orientado a interferir en los procesos bioquímicos que provocan la muerte neuronal, el tratamiento sintomático cognitivo que mejora el rendimiento intelectual del paciente y finalmente, los fármacos que alivian la sintomatología de los trastornos psicológicos y del comportamiento. Por otro lado, los fármacos que se utilizan en su tratamiento se orientan a dos ámbitos:

a) **Fármacos para la sintomatología:** en la actualidad se dispone de dos grandes grupos de fármacos específicos para el tratamiento sintomático de la enfermedad de Alzheimer.

- Los fármacos que protegen el sistema colinérgico que modula la información que se procesa en diversas partes del cerebro y que queda afectado de forma temprana en la enfermedad. Estos medicamentos actúan sobre la enzima que degrada el neurotransmisor denominado acetilcolina produciendo una ligera mejoría en las capacidades cognitivas de los enfermos. Algunos de los más prescritos son el donepezilo, la rivastigmina y la galantamina.
- Los Antagonistas de los receptores de N-metil D-Aspartato (NMDA). El principal principio activo de este grupo de fármacos es la memantina (N-metil-D-aspartato) cuya función es inhibir la acción tóxica sobre las neuronas de un aminoácido llamado glutamato. Estos fármacos se utilizan en la enfermedad de Alzheimer en sus fases moderada o grave.

b) **Fármacos para SPCD** (Síntomas Psicológicos y Conductuales de las Demencias): al mismo tiempo que el primer grupo de fármacos, se suelen emplear algunos medicamentos para controlar los SPCD derivados del déficit cognitivo en el anciano y que tienen como objetivo reducir la impulsividad, la ansiedad, las alucinaciones, o la agresividad de los pacientes. Los tratamientos más prescritos son los fármacos antipsicóticos (haloperidol), antidepresivos (fluoxetina, citalopram, paroxetina), sedantes o neurolépticos (risperidona, olanzapina), ansiolíticos (alprazolam, diazepam) y las benzodiacepinas para aliviar los trastornos del sueño (lorazepam, triazolam).

2.3.2 Los tratamientos no farmacológicos

Además de la aproximación farmacológica existen otros recursos que pueden ser complementarios a la misma. En concreto, las terapias no farmacológicas “pueden mejorar la calidad de vida de las personas que padecen la enfermedad de Alzheimer y de sus cuidadores” (Olazarán et al., 2010, p.1). Éstas consisten una amplia gama de intervenciones psicosociales que intentan aliviar los síntomas de la enfermedad y mejorar la calidad de vida de las personas afectadas por una demencia y la de sus cuidadores.

Actualmente y después de años de estudio y experimentación en este tipo de técnicas de intervención

en demencias, se han desarrollado diferentes tratamientos con enfoques muy diversos. Siguiendo criterios de *The International Non-Pharmacological Therapies Project* (Fundación María Wolf, 2010) los principales tratamientos no farmacológicos en la Alzheimer y otras demencias podemos concretarlos en:

- 1) **Aquellos que están orientados al paciente:** en este apartado podemos remarcar la estimulación, entrenamiento y rehabilitación cognitiva, el entrenamiento en actividades de la vida diaria, las intervenciones conductuales, la reminiscencia, la música-terapia, el ejercicio físico dirigido, la psicoterapia, la terapia de validación, la estimulación multisensorial, la técnicas de relajación, la acupuntura y, finalmente, las actividades de socialización adaptadas.
- 2) **Los dirigidos al cuidador:** aquí destacan acciones como el apoyo psicosocial, la formación y entrenamiento en demencias, los grupos de apoyo mutuo y los cuidados de respiro mediante diferentes servicios comunitarios de apoyo.

Seguidamente, se ahonda en aquellas terapias no farmacológicas más relacionadas con el objeto de la investigación. De este modo, se presentan los tratamientos de estimulación cognitiva, actividades físicas dirigidas y finalmente, aquellos orientados al manejo de los trastornos de la conducta del anciano demente y de apoyo a los cuidadores.

2.3.2.1 Programas de Estimulación Cognitiva

El término Estimulación Cognitiva puede definirse de distinta manera tal y como señalan García y Carro (2011), en ocasiones “las distintas terminologías se consideran sinónimas: entrenamiento cognitivo, intervención cognitiva, rehabilitación cognitiva, neurorehabilitación.” (p.8). La base científica que avala la estimulación cognitiva en pacientes con demencia es la neuroplasticidad. La plasticidad neuronal implica la capacidad de las células del Sistema Nervioso para regenerarse anatómica y funcionalmente después de estar sujetas a influencias patológicas incluyendo traumatismos y enfermedades (OMS, 1982).

Numerosos estudios neurocientíficos demuestran que el cerebro lesionado continúa teniendo la capacidad de aprender y modificarse (neuroplasticidad) y que la práctica y la repetición (entrenamiento) son esenciales para su rehabilitación (Peña, 1999). Siguiendo a este autor, los principales enfoques de estimulación cognitiva orientados al tratamiento de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias son:

- 1) **Terapia de orientación a la realidad:** desde que Taulbee y Folsom la formularan en 1966 este tipo de terapias cognitivas es empleada en numerosos centros con ancianos confusos. El contenido de los programas de orientación a la realidad se basan en la idea que la orientación del paciente en el tiempo (orientación temporal), en el espacio (orientación espacial) y respecto a su propia persona (orientación personal) es necesaria para el desarrollo de otras funciones cognitivas. Este método de intervención puede ser llevado a cabo de forma individual o grupal reduciéndose la confusión y la desconexión de la persona respecto a su entorno. Asimismo, “se recomienda siempre como método inicial o paralelo a otros métodos de estimulación cognitiva siempre que el paciente esté desorientado” (García, Esteve y Kulisevsky, 2009, p. 379)
- 2) **Terapia de Reminiscencia:** La intervención de reminiscencia consiste en recordar acontecimientos históricos y vitales de la persona demente a partir de viejas fotografías, libros, revistas, vestimentas, artículos domésticos, u otro objeto o elemento a fin de que le aporten recuerdos y sensaciones agradables. Por tanto, podemos afirmar que en esta terapia se potencia la memoria episódica autobiográfica (los recuerdos personales) y la memoria semántica (aquella referida a los conocimientos sobre datos históricos relevantes) (Sardinero, 2010). De esta manera se mejora su autoestima e identidad.
- 3) **Técnicas de estimulación cognitiva:** tienen como objetivo fomentar la neuroplasticidad cerebral del paciente utilizando el entrenamiento neurocognitivo. Mediante un conjunto variado de técnicas de intervención neuropsicológica se fomentan diferentes áreas cognitivas del individuo no centrándose sólo en aquellas deterioradas sino trabajando también aquellas otras conservadas “enlenteciéndose el proceso de deterioro” (García y Carro, 2011, p.13).

Los programas de estimulación cognitiva pueden realizarse de forma individual o grupal y trabajan mediante personal debidamente entrenado y formado en técnicas neuropsicológicas, distintas competencias cognitivas del anciano demente como son las funciones atencionales, funciones mnésicas, lenguaje, funciones visuoespaciales, gnosia visuales, funciones instrumentales de lectoescritura y cálculo y razonamiento abstracto entre otras (Peña, 1999).

2.3.2.2 Tratamiento no farmacológico en trastornos de la conducta y psicológicos

Los SPCD en la enfermedad de Alzheimer y otras demencias son muy frecuentes. Enfocar la intervención terapéutica “como un problema estrictamente cognitivo constituye un grave error” (Peña, 1999, p. 7). Este tipo de desórdenes acostumbran a ser resultado de la suma de factores biológicos, psicológicos y sociales que deben ser controlados con una amplia gama de estrategias para evitar su aparición o en su defecto, resolverlos con el menor sufrimiento para el anciano y sus

cuidadores. Por ello, necesitan de una aproximación individualizada que implique al enfermo, la familia y a los profesionales de la salud y otros ámbitos terapéuticos. Es importante insistir que ante cualquier trastorno de la conducta o sufrimiento psicológico que presente el anciano demente no se debe dudar en demandar ayuda del médico especialista. Como se ha señalado anteriormente, existen una amplia gama de fármacos que ayudan a resolver o mitigar las alteraciones psicóticas, de vigilia del sueño, agitación, agresividad, actividades psicomotoras, depresión, etc., que el paciente manifiesta. No obstante a lo planteado, la aproximación terapéutica en los SPCD debe combinar tres aspectos esenciales para conseguir resultados óptimos:

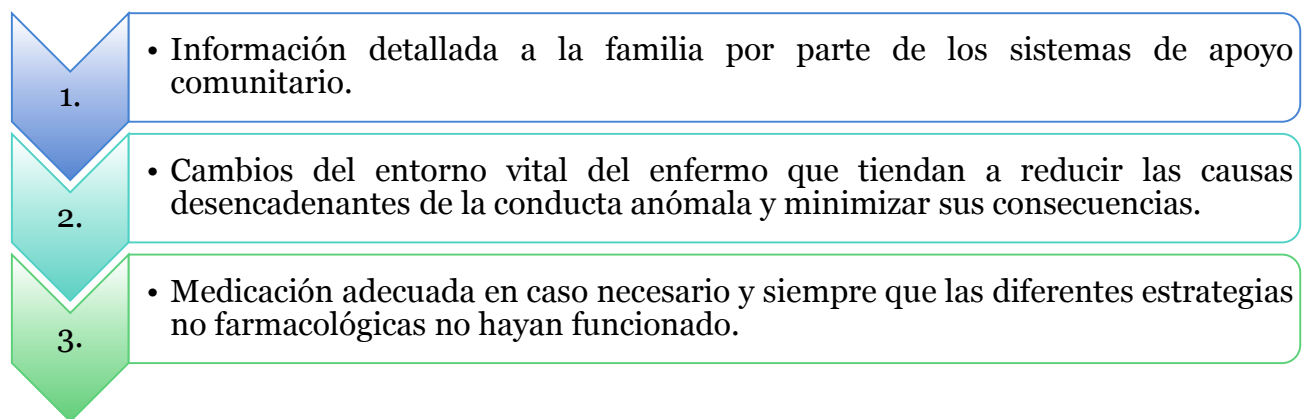


Figura 4. Áreas clave de intervención en el paciente con demencia (elaboración propia)

Tal y como señala la anterior figura, no debemos olvidar un aspecto esencial: la atención al entorno del paciente, ya que de ello depende también el bienestar del enfermo que recibe cuidados. Veamos este aspecto con mayor detenimiento.

2.3.2.3 El apoyo a las familias y cuidadores

Asistir a una persona con demencia pueden ser difícil para sus familiares y cuidadores ya que muchos de los ellos “experimentan un grado de estrés y de carga que afecta a su salud física y mental y, por lo tanto, a su capacidad para proporcionar los cuidados adecuadamente” (Losada, Montorio, Izal y Márquez, 2006, p. 23).

Diferentes publicaciones profundizan en las consecuencias de la relación asistencial para los cuidadores de personas dependientes por deterioro cognitivo. Uno de los estudios más representativos realizados en España (IMSERSO, 2006) señala la prevalencia de problemas de estrés, insomnio, trastornos emocionales como depresión y ansiedad, conflictos familiares, disminución del ocio y las relaciones sociales, problemas económicos e incluso problemas de salud física. Así, conforme el tiempo va pasando el cuidador va asumiendo una gran carga física y psíquica

al responsabilizarse por completo del paciente y sus necesidades decayendo de esta manera, su calidad de vida. Por tanto corre el riesgo de quemarse o desgastarse (burnout en inglés). Las principales estrategias e intervenciones de apoyo a los cuidadores de personas con demencia podríamos resumirlos en los siguientes programas y servicios:

- 1) **Programas psicoeducativos orientados a los cuidadores:** actualmente existen una amplia variedad de programas formativos sobre demencias dirigidas a familias y personas cuidadoras. En estos programas que adoptan diferentes formatos (charlas, conferencias, cursos, etc.) se abordan diferentes temas de interés para los participantes tales como etiología de las demencias, estrategias de cuidados, legislación, etc.
- 2) **Servicios de apoyo psicosocial y jurídico:** como sabemos, las demencias y otras patologías neurodegenerativas comportan profundos cambios en la vida y el equilibrio familiar que necesitan ser atendidos (Peña, 1999). Numerosas organizaciones de familiares y afectados por una neuropatología degenerativa así como, el sistema de servicios sociales ofrecen orientación y apoyo psicosocial y jurídico para aquellas familias cuidadoras que lo demanden.
- 3) **Grupos de apoyo mutuo:** “El estrés personal y emocional de cuidar a una persona con enfermedad de Alzheimer es enorme” (Bertolote, 1994, p.28). Para aliviar este sufrimiento, los grupos de apoyo mutuo formados por familiares que comparten la experiencia del cuidado y atención de sus mayores demenciados en el ámbito familiar, son eficaces. Su finalidad es aportar apoyo, consejo, protección y acompañamiento a sus participantes durante el proceso de cuidado.
- 4) **Servicios de ayuda y atención a domicilio:** bajo este calificativo se engloba a todo un conjunto de recursos, tanto públicos como mercantiles, dirigidos a prestar apoyo y cuidados en el domicilio de la persona dependiente. Su propósito es aliviar la carga asistencial del cuidador y permitir la prolongación del mayor en su hogar y en su entorno comunitario. Los servicios básicos englobados dentro de la ayuda y atención a domicilio quedan resumidos en los siguientes ámbitos:
 - Servicios de atención a la persona anciana donde se incluirían servicio de higiene personal, alimentación, control de medicamentos, ayuda en desplazamientos, etc.
 - Servicios de atención al hogar como limpieza, compras, cuidado de la ropa, etc.
 - Otros servicios complementarios como podología, fisioterapia, estimulación cognitiva individual, etc.

2.4 El programa de Reforzar y Estimular la Memoria y la Salud de la Fundación Catalunya-La Pedrera

La Fundación Catalunya-La Pedrera nació el 1 de enero de 2013 como consecuencia de un proceso de transformación y adaptación legislativa (Ley 9/2012, de 25 de julio de modificación del texto refundido de la Ley de cajas de ahorros de Cataluña) de la desaparecida “Caixa d'Estalvis de Catalunya, Tarragona i Manresa”. En este sentido, podemos decir que es la heredera de la antigua Obra Social de Caixa Catalunya: entidad con gran tradición y prestigio en Cataluña y el resto de España.

Desde sus orígenes recientes, la fundación viene desarrollando todo un proceso reflexivo orientado a consolidar ambiciosos programas sociales, culturales y medioambientales adaptados a las nuevas realidades sociales y, por tanto, basados en la innovación.

Para lograr sus objetivos la fundación cuenta con importantes activos como son el edificio modernista de la Casa Milà llamada popularmente La Pedrera, el complejo de Sant Benet de Bages, centros medioambientales como el Món Natura Delta de l'Ebre y Món Natura Pirineus que gestionan más de un 4% de la superficie de Cataluña y una importante Red de Centros Socio sanitarios. Además, dispone de 28 espacios sociales donde se han implantado diferentes programas educativos y sociales entre ellos, el proyecto Reforzar y Estimular la Memoria y la Salud (REMS).

Según documentación de la propia fundación, el proyecto REMS tiene por objetivo la mejora de la calidad de vida de personas con grados leves y moderados de enfermedades neurológicas propias del proceso de envejecimiento, ofreciendo información y apoyo a sus familias y manteniendo el máximo tiempo posible las capacidades físicas y cognitivas. Asimismo, el proyecto contribuye a paliar situaciones de aislamiento social de personas mayores que viven solas.

Para conseguir este importante objetivo los participantes del proyecto acceden a diferentes servicios a unos precios sociales muy asequibles. Estos servicios podemos resumirlos en:

» **Servicio de apoyo y asesoramiento (Gestor de Casos).**

Un profesional especializado en el campo de las enfermedades neurodegenerativas y aquellas propias del proceso de envejecimiento, asesora y acompaña en todo momento a las personas participantes en el proyecto y a sus familiares. El gestor de casos tras una evaluación psico-social del caso, orienta a la familia sobre el circuito terapéutico que es aconsejable para el paciente en función de sus necesidades cognitivas, funcionales y sociales. A este respecto, la participación en los talleres de estimulación física y cognitiva así como, en las actividades de socialización suelen

oscilar entre dos y tres sesiones semanales de una hora de duración. Decir también que el gestor de casos es el encargado de hacer un seguimiento diario del rendimiento de los participantes en las diferentes actividades de estimulación programadas, así como de su evaluación sistemática cada seis meses. Igualmente es el referente de las familias y del resto de profesionales y voluntarios que intervienen en el proyecto.

» **Talleres de estimulación cognitiva**

Los talleres grupales de estimulación cognitiva persiguen mantener las capacidades cognitivas de la persona participante durante el máximo tiempo posible fomentando de esta forma, su autonomía para las actividades de la vida diaria. Las técnicas de estimulación cognitiva utilizadas son diversas y adaptadas a las capacidades y habilidades cognitivas de cada usuario al que se le realiza un seguimiento diario de su rendimiento.

» **Programa de estimulación física**

Las sesiones de estimulación física se dirigen a mantener el mayor tiempo posible las funciones y la autonomía del paciente ejercitando las habilidades motoras básicas. Las principales áreas de trabajo son la movilidad general, coordinación, marcha, equilibrio, resistencia, orientación espacial, esquema corporal, ritmo, reflejos y ejercicios cardio-respiratorios. El técnico responsable del área también realiza un seguimiento diario del rendimiento de la persona.

» **Espacio y actividades de socialización**

Las actividades de socialización consisten en una amplia gama de talleres donde los participantes (usuarios y/o familiares) se relacionan disfrutando de actividades de ocio y de terapia ocupacional con el objetivo de fomentar las relaciones interpersonales entre ellos y su autoestima. Pueden ser llevadas a cabo por voluntarios formados y supervisados por el gestor de casos.

» **Acciones de formación e información para cuidadores no profesionales**

Estas acciones formativas las conforman “cursos para cuidadores y cuidadoras no profesionales de personas en proceso de deterioro de la salud, y acciones informativas como talleres, conferencias y coloquios en temas de alimentación, adaptaciones en el hogar, mejoras técnicas y aspectos jurídicos, entre otros.” (Fundación Catalunya-La Pedrera, 2014).

» Grupos de ayuda mutua

Conformados por familiares y cuidadores no profesionales y dirigidos por la gestora de casos, estos grupos se reúnen con una periodicidad pactada entre sus participantes con el fin de establecer lazos emocionales de apoyo y compartir recursos y estrategias de cuidado y atención hacia sus familiares enfermos.

Finalmente, acabar exponiendo que el proyecto REMS está dinamizado por un equipo multidisciplinar con formación y experiencia en el campo de las patologías neurodegenerativas y de la vejez. En él intervienen principalmente neuropsicólogos, trabajadores sociales, educadores sociales y fisioterapeutas. Además, el programa contempla la posibilidad de incorporar en sus actividades de socialización a voluntarios que son debidamente formados y supervisados por el equipo de profesionales de referencia.

A continuación se presenta una investigación orientada a comprobar el grado de eficacia terapéutica de las intervenciones no farmacológicas desarrolladas en el marco del programa REMS del centro social de Barcelona-Borrell. La finalidad planteada en el estudio es otorgar validez metodológica a los resultados obtenidos en la mejora de la calidad de vida de los usuarios participantes. Para ello, se han medido y comparado a través de tres cuestionarios validados por la literatura especializada, diferentes variables referidas a las capacidades cognitivas, funcionales y conductuales de los participantes en el proyecto antes y después de su incorporación.

Como se ha mencionado con anterioridad, los trastornos y déficits característicos de las enfermedades neurodegenerativas afectan seriamente al bienestar de todo el grupo familiar y comportan altos índices de institucionalización del enfermo y de gasto sanitario. Se hace necesario por tanto, intervenciones terapéuticas preventivas y paliativas de los síntomas basadas en el rigor y la evaluación de sus resultados.

A continuación, y después de haber realizado este recorrido teórico en el que hemos profundizado en la etiología, consecuencias para el enfermo y su entorno familiar y principales tratamientos de las demencias, presentamos una investigación orientada a valorar la eficacia terapéutica de diferentes intervenciones no farmacológicas en ancianos con déficit cognitivo leve y moderado en el marco de un proyecto de intervención psicosocial de la Fundación Catalunya – La Pedrera (programa REMS).

3. MARCO EMPÍRICO

3.1 Diseño de la investigación

A fin de averiguar el grado de eficacia terapéutica de las intervenciones no farmacológicas llevadas a cabo en el marco del programa REMS en Barcelona-Borrell se ha diseñado una investigación cuantitativa, en la que se comparan los resultados obtenidos en distintos test antes y después de la intervención terapéutica.

Tipo de investigación

De acuerdo a Hernández, Fernández y Baptista (2006) la naturaleza de la información que se recoge en el presente estudio permite tipificar la investigación como de metodología cuantitativa. A fin de responder al problema planteado en su diseño, se realiza un registro y tratamiento de datos de manera principalmente numérica para su estudio estadístico. Finalmente, se planea un estudio con orientación práctica ya que se pretende utilizar los datos obtenidos en beneficio de los participantes en el proyecto.

Estrategia metodológica

En relación a la estrategia metodológica de la investigación se han empleado diferentes técnicas referidas a la recopilación de información y asimismo, orientadas al análisis estadístico de los datos obtenidos.

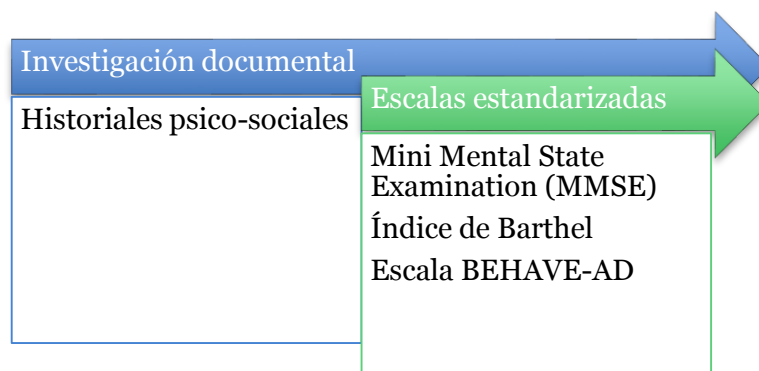


Figura 5. Fases de la investigación

Por su orden de uso, en primer lugar, se realizó una investigación documental de los historiales psico-sociales de los usuarios participantes en el proyecto REMS. Se optó por esta técnica de investigación al tratarse de información sistematizada, fiable y validada. La misma fue registrada por la

neuropsicóloga referente del proyecto REMS en diferentes momentos de la investigación. De este modo, se pudieron procesar variables socio-demográficas y clínicas de gran interés para el estudio al incluir el historial psico-social cuestionarios tan reconocidos en la literatura académica sobre demencias como el test Mini Mental State Examination (MMSE) desarrollado por Folstein et al. (1975) y la escala o índice de Barthel diseñada por Mahoney y Barthel en 1955. Con ambos cuestionarios se evaluaron el progreso y evolución de las capacidades y habilidades cognitivas (orientación temporal y en el espacio, la memoria inmediata, la retrógrada, la concentración o el cálculo, lenguaje y dominios viso-espaciales) de los usuarios y su capacidad individual para realizar las actividades básicas de la vida diaria.

Por otra parte, se aplicó a los familiares de referencia la escala BEHAVE-AD elaborada por Reigberg (1987) a fin de valorar el avance de los síntomas conductuales en los participantes. Al tratarse de una escala validada por la comunidad científica y, a su vez, aplicarla la neuropsicóloga del centro, que es una profesional formada y experimentada en el campo de las valoraciones neuropsicológicas, los sesgos del estudio fueron controlados. Cabe resaltar que los datos obtenidos en esta escala sobre los SPCD complementaron a los ya registrados en los historiales psico-sociales de los usuarios que venían referidos a cambios de la conducta habitual, ansiedad y depresión, apatía, y falta de interés, conductas delirantes, alucinaciones y síntomas obsesivos.

Hipótesis de la investigación

Para alcanzar los objetivos se han construido tres hipótesis que son derivadas de la revisión bibliográfica y han sido formuladas de forma que puedan ser verificadas.

- Las actividades de estimulación cognitiva y psicomotricidad realizada en el marco del proyecto REMS suponen una mejora o mantenimiento en las capacidades y habilidades cognitivas y funcionales en la mayoría de los usuarios participantes.
- Los trastornos de la conducta y psicológicos en los usuarios de proyecto REMS han disminuido desde su participación en el programa.
- Las capacidades funcionales más afectadas por el deterioro cognitivo de la persona son las que comportan funciones ejecutivas tales como bañarse, comer y vestirse.

Muestra escogida y modo de selección de la misma

En el presente estudio el tamaño de la muestra elegida contempla un total de 37 familias y usuarios. La muestra asume el total de individuos participantes en el programa REMS del Espacio Social de

Barcelona-Borrell a fecha de 30 de noviembre de 2014 y, por tanto, se corresponde con la población del estudio. De este modo se ha conseguido que la muestra sea adecuada al propósito de la investigación y se ha evitado errores muestrales.

Recogida de datos

La recogida y registro de datos tuvo lugar durante los meses de octubre y noviembre de 2014. El análisis documental de los historiales psicosociales de los usuarios se realizó durante el mes de octubre y la primera quincena de noviembre. En cambio, el total de familias colaboradoras en la investigación fueron convocadas y entrevistadas durante la primera quincena de noviembre en el propio centro donde se realizan las diferentes actividades de estimulación psicosocial y físicas sin destacar suceso alguno.

Instrumentos

En esta investigación se han usado los siguientes instrumentos:

1. Test Mini-Mental State Examination (MMSE), para la evaluación cognitiva multifuncional de los integrantes del proyecto REMS. Desarrollado por Marshall Folstein en 1975, esta escala consta de 11 ítems que abarca cinco funciones cognitivas superiores: orientación espacio-tiempo, capacidad de atención, concentración y memoria, capacidad de abstracción (cálculo), capacidad de lenguaje y percepción viso-espacial y finalmente, capacidad para seguir instrucciones básicas. En castellano, este instrumento ha sido validado por Lobo et al (1979-1994). Para su interpretación se consideró la siguiente escala de valores:

- de 27 a 30 puntos la persona presenta adecuada capacidad cognoscitiva.
- de 21 a 26 puntos deterioro cognitivo leve.
- de 11 a 20 puntos deterioro cognitivo moderado.
- de 0 a 10 punto deterioro cognitivo severo.

2. La escala o índice de Barthel diseñada por Mahoney y Barthel en 1955 valora la capacidad de una persona para realizar de forma dependiente o independiente las actividades básicas de la vida diaria como son comer, bañarse, vestirse, arreglarse, deposición, micción, ir al servicio, traslado sillón/ cama, deambulación y escaleras. No existe validación en castellano siendo la versión de Baztán y e al (1993) la que ha contribuido sustancialmente a su difusión y uso. En la escala se asigna una puntuación (0, 5, 10, 15) en función del tiempo empleado por la persona en la realización de la actividad y de la necesidad de ayuda para llevarla a cabo. La puntuación total

de máxima independencia es de 100 y la de máxima dependencia de 0. El grado de dependencia varía según la puntuación de la escala siendo:

- Independiente: 100 (95 en silla de ruedas).
- Dependiente leve: 91-99
- Dependiente moderado: 61-90
- Dependiente grave: 21-60
- Dependiente total : 0-20

- 3. La escala BEHAVE-AD elaborada por Reigberg (1987)** a fin de valorar el avance de los síntomas conductuales y psiquiátricos en los participantes. Su validación española fue realizada por Boada, Tarraga, Modinos Diego y Reisberg (2006). Se puntúan un total de 25 síntomas a partir de siete dominios de sintomatología neuropsiquiátrica: ideación delirante y paranoide, alucinaciones, actividad anómala, agresividad, trastornos de los ritmos diurnos, trastornos afectivos, y ansiedades y fobias.

3.2 Análisis de resultados

Datos sociodemográficos

A continuación se muestran las variables sociodemográficas de edad y sexo de los participantes en proyecto REMS de Barcelona-Borrell a fecha de 31 octubre de 2014.

Tabla 1. Total de participantes en el proyecto REMS. Por intervalos de edad y sexo

Edad	Hombres	Mujeres	N	%
Menos de 65 años	0	0	0	0
de 65 a 69 años	3	0	3	8,1
de 70 a 74 años	1	1	2	5,4
de 75 a 79 años	3	5	8	21,6
de 80 a 84 años	7	6	13	35,1
de 85 a 90 años	4	6	10	27
90 y más años	1	0	1	2,8
Total	19	18	37	100

Fuente: Elaboración propia, 2014.

Como puede apreciarse en la tabla 1, la mayoría de los participantes se encuentra en el intervalo de edad que comprenden de los 75 a 85 años suponiendo más de la mitad de los usuarios. En el caso de los hombres se aprecia una mayor dispersión de las edades respecto a la de las mujeres siendo significativo el dato que no haya ningún participante menor de 65 años. Estas cifras pueden obedecer a que prácticamente la totalidad de los beneficiarios del proyecto REMS cursan deterioro cognitivo por enfermedades neurodegenerativas tipo Alzheimer cuya prevalencia aumenta con la edad. Igualmente la tabla muestra un número similar de hombres (19 usuarios) y mujeres (18 usuarias) beneficiario del programa alejándose de la prevalencia de demencia por sexos que es mucho mayor en mujeres que en hombres. Este hecho induce a pensar que existe una mayor preocupación en el cuidado de su salud entre los ancianos varones que entre las mujeres de la misma edad.

Datos sobre deterioro cognitivo

En cuanto al deterioro cognitivo de los participantes, y el grado de progreso tras participar en el proyecto REMS, los resultados pueden observarse en las siguientes tablas (2 y 3).

Tabla 2. Puntuación obtenida en Mini-Mental State Examination antes REMS

Puntuación	N	%
De 27 a 30 puntos	0	0
De 21 a 26 puntos	27	73
De 11 a 20 puntos	10	27
De 0 a 10 puntos	0	0

Fuente: Elaboración propia, 2014.

Tabla 3. Puntuación en Mini-Mental State Examination después de REMS

Puntuación	N	%
De 27 a 30 puntos	0	0
De 21 a 26 puntos	25	67,5
De 11 a 20 puntos	12	32,5
De 0 a 10 puntos	0	0

Fuente: Elaboración propia, 2014.

En la tabla 2 podemos observar la puntuación obtenida en el Mini Mental State Examination (MMSE) por los participantes antes de su incorporación en el proyecto. Prácticamente, las tres cuartas partes de los evaluados mostraron signos de deterioro cognitivo leve (27 individuos) y una cuarta parte (10 individuos) deterioro cognitivo moderado. Las cifras no han sorprendido al investigador ya que hay que recordar que el programa REMS no se orienta a individuos sin daño cognitivo o a personas con deterioro cognitivo severo. Respecto a la tabla 3, podemos ver como dos usuarios participantes mostraron un empeoramiento de las funciones cognitivas a pesar de la actuaciones de estimulación cognitiva recibida. El grupo de individuos con deterioro cognitivo

moderado alcanzó de esta manera el 32,5% de los participantes. Hay que recordar que la gran mayoría de las enfermedades que causan deterioro cognitivo, como la enfermedad de Alzheimer por ejemplo, tiene carácter degenerativo y progresivo a pesar de los diferentes tratamientos recibido por el enfermo.

Respecto a las principales afectaciones en las distintas áreas de funciones cognitivas superiores (tablas 4 y 5), podemos ver que se producen algunas mejoras concretas.

Tabla 4. Principales afectaciones de las funciones cognitivas superiores antes REMS

Capacidades Cognitivas	N	%
Orientación espacial	14	38
Orientación temporal	37	100
Memoria inmediata	0	0
Capacidad de abstracción (cálculo)	32	86
Recuerdo diferido	35	95
Capacidad de lenguaje	3	8
Percepción viso-espacial	17	46
Capacidad para seguir instrucciones básicas	0	0

Fuente: Elaboración propia, 2014.

Tabla 5. Principales afectaciones de las funciones cognitivas superiores después REMS

Capacidades Cognitivas	N	%
Orientación espacial	11	29,7
Orientación temporal	33	89
Memoria inmediata	0	0
Capacidad de abstracción (cálculo)	31	83,7
Recuerdo diferido	35	95
Capacidad de lenguaje	3	8
Percepción viso-espacial	15	40,5
Capacidad para seguir instrucciones básicas	0	0

Fuente: Elaboración propia, 2014.

Tal y como muestra la tabla 4 de las personas valoradas el 100% mostraba algún signo de desorientación temporal, el 95 % del recuerdo diferido y el 86 % tenían dificultades en la atención y cálculo. Los resultados coinciden plenamente con las dificultades cognitivas que la literatura científica en demencias tipo Alzheimer revela para estados leve y moderado. Por su parte, en la tabla 5 las funciones de orientación espacial y temporal son las que mejoran en relación a los datos mostrados en la tabla 4, reduciéndose su frecuencia al 11 y 33% respectivamente. La terapia de orientación a la realidad sitúa a la persona confusa en su realidad temporal y espacial notándose un adelanto de estas capacidades cognitivas.

Trastornos de la conducta y psicológicos

Los SPCD (Síntomas Psicológicos y Conductuales de las Demencias) constituyen un conjunto heterogéneo de síntomas o síndromes psiquiátricos y conductuales. Para facilitar su estudio

sistemático, se han realizado agrupaciones síndromicas usando los datos existentes en sus historiales psicosociales y los obtenidos con la escala BEHAVE-AD elaborada, que mostramos en las tablas 6 y 7.

Tabla 6. Principales trastornos psicológicos según deterioro cognitivo y total antes REMS

Trastornos Psicológicos	Deterioro Cognitivo Leve		Deterioro Cognitivo Moderado		Total	
	N	%	N	%	N	%
	Ansiedad	6	22	6	60	12
Depresión	9	33	7	70	16	43
Apatía	12	44	8	80	20	54
Delirios	3	11	3	30	6	16
Alucinaciones	1	4	1	10	2	5

Fuente: Elaboración propia, 2014.

Tabla 7. Principales trastornos psicológicos según deterioro cognitivo y total después REMS

Trastornos Psicológicos	Deterioro Cognitivo Leve		Deterioro Cognitivo Moderado		Total	
	N	%	N	%	N	%
	Ansiedad	4	14,8	5	50	9
Depresión	7	26	5	50	12	32,4
Apatía	10	37	7	70	17	46
Delirios	3	11	2	20	5	13,5
Alucinaciones	1	4	1	10	2	5

Fuente: Elaboración propia, 2014.

Tal y como muestra la tabla 6, la apatía junto a la depresión y la ansiedad son los grandes trastornos psicológicos que padecen los usuarios de ambos grupos. Aclarar que estos síntomas, aunque sean frecuentes, no aparecen necesariamente en todas las personas. No obstante, su frecuencia e intensidad sí parece depender del grado de deterioro cognitivo que sufre el anciano siendo mayores los porcentajes en los participantes con mayor deterioro cognitivo (alcanzan entre 60% y 80% de los individuos evaluados antes REMS).

A su vez, podemos resaltar que tras el paso por el proyecto REMS se observa una clara reducción de los trastornos de ansiedad, depresión y apatía en el 10% aproximadamente de los usuarios participantes. Asimismo, la apatía continúa siendo el principal trastorno tanto en usuarios con grado leve como moderado, con unos 37% y 70% de afectados respectivamente. Veamos ahora los datos en relación a los trastornos conductuales (tablas 8 y 9).

Tabla 8. Principales trastornos conductuales antes REMS

Trastornos Conductuales	Deterioro Cognitivo Leve		Deterioro Cognitivo Moderado		Total	
	N	%	N	%	N	%
Deambulaci3n errática	0	0	4	40	4	11
Agresividad y reacciones catastr3ficas	8	30	6	60	14	38
Conductas repetitivas	16	59	9	90	25	67,5
Conductas inapropiadas	1	3,5	8	80	9	24
Negaci3n	2	7,5	4	40	6	16
Desinhibici3n, lenguaje soez	5	18,5	5	50	10	27
Trastornos del sueño	7	26	6	60	13	35
Alteraciones alimentaci3n	11	40,5	5	50	16	43

Fuente: Elaboraci3n propia, 2014.

Tabla 9. Principales trastornos conductuales despu3s REMS

Trastornos Conductuales	Deterioro Cognitivo Leve		Deterioro Cognitivo Moderado		Total	
	N	%	N	%	N	%
Deambulaci3n errática	0	0	3	30	3	8,1
Agresividad y reacciones catastr3ficas	8	30	6	60	14	38
Conductas repetitivas	16	59	9	90	25	67,5
Conductas inapropiadas	0	0	8	80	8	21,6
Negaci3n	1	3,7	2	20	3	8
Desinhibici3n, lenguaje soez	3	11,1	3	30	6	16
Trastornos del sueño	5	18,5	5	50	10	27
Alteraciones alimentaci3n	10	37	5	50	15	40,5

Fuente: Elaboraci3n propia, 2014.

Tal y como muestran la tabla 8, los trastornos del comportamiento que más afectan a ambos grupos son las conductas repetitivas, afectando a un 59 y 90% de usuarios con respectivamente. Quizás el déficit de la memoria diferida en los usuarios puede explicar estos resultados estadísticos. Igualmente, señalar que los trastornos conductuales aumentan muy significativamente a mayor deterioro cognitivo, en especial las conductas inapropiadas que están presentes en el 80% de usuarios con deterioro cognitivo moderado. Sin duda, las cifras demuestran que el déficit cognitivo es una variable que influye a la hora de padecer en menor o mayor medida trastornos conductuales. Examinado la tabla 9, se aprecia un cierto progreso por parte del enfermo en la negaci3n de los síntomas que padece, la desinhibici3n y la utilizaci3n de un lenguaje soez, así como en los trastornos del sueño y de la alimentaci3n. Por último, indicar que despu3s de REMS continúan siendo las conductas repetitivas los síntomas conductuales más evidenciados en ambos grupos (59% y 90%).

Dependencia para las actividades básicas de la vida diaria.

Siguiendo la escala o índice Barthel se midieron la autonomía para realizar las actividades básicas de la vida diaria de los participantes del programa REMS bajo diez ítems: comer, transferencia silla/sillón-cama, aseo personal, uso del retrete, bañarse/ ducharse, deambulación (andar en superficie lisa o en silla de ruedas), subir/bajar escaleras, vestirse/desvestirse y la continencia, alcanzándose los resultados que muestran las tablas 10 y 11.

Tabla 10. Grado de autonomía para realizar las actividades básicas de la vida diaria (deterioro leve) antes de REMS

Actividades básicas	Independ.		Necesita Ayuda		Depend.	
	N	%	N	%	N	%
Comida	27	100	0	0	0	0
Aseo personal	27	100	0	0	0	0
Bañarse- ducharse	22	81	5	19	0	0
Vestirse- desvestirse	18	67	9	33	0	0
Deposición	27	100	0	0	0	0
Micción	27	100	0	0	0	0
Ir al retrete	27	100	0	0	0	0
Trasferencia sillón/cama	27	100	0	0	0	0
Deambulación	20	74	7	26	0	0
Subir y bajar escaleras	18	66,6	2	7,4	7	26

Fuente: Elaboración propia, 2014.

Tabla 11. Grado de autonomía para realizar las actividades básicas de la vida diaria (deterioro leve) después de REMS

Actividades básicas	Independ.		Necesita Ayuda		Dependt	
	N	%	N	%	N	%
Comida	27	100	0	0	0	0
Aseo personal	27	100	0	0	0	0
Bañarse- ducharse	22	81	5	19	0	0
Vestirse- desvestirse	18	67	9	33	0	0
Deposiciones	27	100	0	0	0	0
Micción	27	100	0	0	0	0
Ir al retrete	27	100	0	0	0	0
Trasferencia sillón/cama	27	100	0	0	0	0
Deambulación	18	66,6	9	33,3	0	0
Subir y bajar escaleras	16	59,2	4	14,8	7	26

Fuente: Elaboración propia

De acuerdo a los datos de la tabla 10, se concluye que, en general, el deterioro cognitivo en el estado leve no influye en aquellas actividades básicas de la vida diaria basadas en la movilidad de la persona, siendo la excepción más notable subir u bajar escaleras (un 26% necesita ayuda). Cabe señalar que durante la participación en REMS, dos usuarios mostraron un deterioro funcional en su deambulación y en su capacidad de subir y bajar escaleras al sufrir una caída. Nuevamente, la tabla

11 muestra que la afectación cognitiva no incide de forma significativa en la movilidad de los individuos en los estados de deterioro cognitivo leve.

Tabla 12. Grado de autonomía para realizar las actividades básicas de la vida diaria (deterioro moderado) antes de REMS

Actividades básicas	Independ.		Necesita Ayuda		Depend.	
	N	%	N	%	N	%
Comida	6	60	4	40	0	0
Aseo personal	8	80	2	20	0	0
Bañarse- ducharse	2	20	8	80	0	0
Vestirse- desvestirse	3	30	7	70	0	0
Deposiciones	10	100	0	0	0	0
Micción	10	100	0	0	0	0
Ir al retrete	10	100	0	0	0	0
Trasferencia sillón/cama	9	90	1	10	0	0
Deambulaci3n	9	90	1	10	0	0
Subir y bajar escaleras	9	90	1	10	0	0

Fuente: Elaboraci3n propia, 2014.

Tabla 13. Grado de autonomía para realizar las actividades básicas de la vida diaria (deterioro moderado) después de REMS

Actividades básicas	Independ.		Necesita Ayuda		Depend.	
	N	%	N	%	N	%
Comida	6	60	4	40	0	0
Aseo personal	7	70	3	30	0	0
Bañarse- ducharse	1	10	9	90	0	0
Vestirse- desvestirse	3	30	7	70	0	0
Deposiciones	10	100	0	0	0	0
Micción	10	100	0	0	0	0
Ir al retrete	10	100	0	0	0	0
Trasferencia sill3n/cama	9	90	1	10	0	0
Deambulaci3n	9	90	1	10	0	0
Subir y bajar escaleras	9	90,6	1	10,4	0	0

Fuente: Elaboraci3n propia, 2014.

Tal y como muestra la tabla 12, el 90% de los usuarios con deterioro cognitivo moderado posee total independencia para realizar transferencias (sill3n/cama), deambular y subir y bajar escaleras. Si observamos la tabla 13, se observa un leve empeoramiento en aquellas actividades de la vida diaria que comportan funciones ejecutivas. De esta forma, el 90% de los encuestados (deterioro cognitivo moderado) necesitaron ayuda para bañarse o ducharse así como el 70% para vestirse (preparado de ropa). En este sentido, las cifras son concluyentes y demuestran que la afectaci3n cognitiva atenta contra en la capacidad funcional de los individuos.

3.3. Discusión

La gran mayoría del Daño Cerebral Adquirido (DCA) viene derivado de demencias afectando en sus primeras fases a la desorientación espacial y temporal del enfermo y a su memoria diferida. Los datos obtenidos en el estudio así lo avalan. Las valoraciones cognitivas realizadas confirman un claro déficit de estas capacidades cognitivas de los usuarios participantes que no obstante, mejoran (orientación temporal y espacial) con el tiempo gracias a la terapia de orientación a la realidad. En relación a la memoria diferida los datos reafirman que no se recupera, siendo uno de los síntomas más característicos de las demencias que lleva a la persona enferma a mostrar conductas repetitivas como preguntar reiteradamente una cuestión ya tratada.

Otro aspecto significativo es que las demencias son enfermedades neurodegenerativas. Este carácter progresivo de la enfermedad se aprecia claramente en la tabla 3. A pesar los esfuerzos terapéuticos realizados con los enfermos, dos usuarios empeoraron en su estado cognitivo pasando a sufrir un deterioro cognitivo moderado. Consecuentemente el colectivo de usuarios participantes en el proyecto con deterioro cognitivo leve se redujo de 27 a 25 personas.

En relación a la capacidad funcional de los usuarios para realizar las actividades básicas de la vida diaria, las cifras pueden interpretarse en el sentido que el deterioro cognitivo en sus fases leves y moderadas no afectan significativamente a la movilidad de la persona pero sí en aquellas tareas que implican capacidades ejecutivas. Así, los déficits de movilidad en el enfermo pueden observarse indistintamente en ambos grupos de análisis, deterioro leve y deterioro moderado, sin apreciarse cambios relevantes durante el tiempo que la persona ha participado en el proyecto REMS. Por el contrario, otras actividades básicas más complejas como vestirse o ducharse sí se ven comprometidas con el avance de la enfermedad.

Finalmente, las cifras obtenidas en los trastornos psicológicos y de la conducta pueden obedecer al trabajo grupal y a los talleres de socialización realizados. Estas actividades colectivas fomentan las relaciones interpersonales de los participantes creando relaciones de amistad. Estos lazos de convivencia se trasladan a los usuarios suponiendo una disminución de la ansiedad y de las reacciones catastróficas y negativas. A su vez, las acciones de apoyo e información a familiares también han podido suponer un mejor manejo de estos trastornos conductuales por parte de los cuidadores y el consecuente rebaje de la tensión en la convivencia familiar con los enfermos.

Por tanto, en relación a las hipótesis de partida podemos afirmar que se han cumplido parcialmente al demostrarse que determinadas capacidades cognitivas (orientación espacial y temporal especialmente) han mejorado e, igualmente, al evidenciarse progresos en los trastornos de la

conducta y psicológicos: principalmente aquellos que se derivan en estados de ansiedad de la persona. Finalmente, también podemos ratificar la hipótesis de trabajo que sostiene que las actividades básicas de la vida diaria más afectadas en ancianos con demencias son las de bañarse, comer y vestirse.

4. CONCLUSIONES Y PROSPECTIVA

En este trabajo hemos intentado comprobar el grado de eficacia terapéutica de las intervenciones no farmacológicas llevadas a cabo en el marco del programa REMS del Espacio Social de Barcelona-Borrell. Debemos recordar que los usuarios participantes en el mismo padecen déficit cognitivo leve o moderado fruto de un Daño Cerebral Adquirido y la finalidad del proyecto es la mejora de la calidad de vida de sus beneficiarios que comprenden a los propios enfermos y a sus cuidadores. Desafortunadamente los estudios con un mínimo rigor metodológico que muestren la eficacia de los tratamientos no farmacológicos en el campo de las demencias son escasos y obligan a cuestionar todas las intervenciones terapéuticas propuestas, entre ellas, el proyecto REMS. En este sentido, el objetivo general de la investigación se ha cumplido al poder valorar los logros cognitivos, funcionales y conductuales obtenidos en los participantes del programa. Además, el estudio permite avalar plenamente las intervenciones de estimulación cognitiva, física y de socialización realizadas en el contexto del proyecto ya que implican aspectos de mejora cognitiva y conductual en sus beneficiarios.

A su vez, ratificar que mediante la investigación se han podido alcanzar los diferentes objetivos específicos planteados en la misma. De esta forma, se ha logrado determinar el grado de deterioro cognitivo, así como, las principales alteraciones de la conducta, trastornos psicológicos y grado de autonomía para realizar las actividades básicas de la vida diaria que presentaban los participantes del proyecto antes de su incorporación al mismo. Posteriormente se ha confrontado toda la información obtenida con cifras referidas a las mismas capacidades cognitivas, funcionales, conductuales y psicológicas de los usuarios meses después a su ingreso en el proyecto. De este modo se ha conseguido determinar el nivel de progreso experimentado por los beneficiarios del proyecto apreciándose mejoras a nivel cognitivo y conductual. La investigación evidencia avances en la orientación espacial y temporal de los usuarios y una mejoría de ciertos trastornos psicológicos como la ansiedad, depresión y apatía. Asimismo se aprecia en los ancianos una disminución de las conductas inapropiadas, en la negación de la enfermedad y en los trastornos del sueño y la alimentación. Todo ello, nos permite afirmar la utilidad aportada por el proyecto REMS en pacientes con deterioro cognitivo leve y moderado.

No obstante, es obligado señalar que las enfermedades neurodegenerativas son progresivas y altamente agresivas limitando la eficacia de los tratamientos tanto farmacológicos como no farmacológicos. Más allá de las mejoras cognitivas, psicológicas y conductuales citadas y demostradas en la investigación, se debe resaltar que existen otras de igual significación que no mostraron mejoría alguna. De esta forma, la memoria diferida y las conductas catastróficas que tanto menguan la calidad de vida del enfermo y de su entorno familiar, permanecieron inalterables a pesar de los esfuerzos terapéuticos realizados. Concluimos por tanto, que la estimulación cognitiva y los

talleres de socialización en enfermos con demencia o deterioro cognitivo leve o moderado es limitada y temporal.

En definitiva, ante realidades tan complejas y difíciles como es sobrellevar una demencia, este trabajo ha intentado demostrar la importancia y validez de los tratamientos no farmacológicos basados en la estimulación cognitiva, física y socialización en la mejora de la calidad de vida de enfermos y sus familiares como un recurso terapéutico eficaz, cercano y sobretodo, al alcance de las familias.

Limitaciones

En relación a las limitaciones de la investigación debemos anunciar que los resultados analizados deben tomarse con cierta prudencia. Cierto es que se han obtenido y comparado datos e información relacionada con las capacidades cognitivas, funcionales y trastornos conductuales y psicológicos de usuarios mediante cuestionarios validados por la literatura científica y aplicados por una neuropsicóloga debidamente formada y experimentada en el campo de las enfermedades y daños neurodegenerativos. Pero no menos cierto es que existe un amplio abanico de circunstancias sociales y familiares no analizadas que nos impide afirmar rotundamente que las variables que nosotros consideramos como significativas; estimulación física, cognitiva y talleres de socialización, son las causantes directas de la mejoras obtenidas en los usuarios, especialmente en lo referente a los trastornos psicológicos y del comportamiento.

La falta de tiempo y de recursos suficientes por parte del investigador ha limitado el estudio que no ha contemplado variables más centradas en los perfiles socioeducativos y socioeconómicos de los participantes en el proyecto y a su vez, del sistema familiar (relaciones familiares). Esta limitación en la investigación cuestiona los resultados obtenidos. No podemos conformarnos como investigadores sociales con unos resultados sugestivos, pero parciales y por tanto, con claras posibilidades de sesgo.

Prospectiva

Queda para otro trabajo de investigación analizar el sistema familiar y las relaciones establecidas entre sus miembros y el paciente con demencia para averiguar si ésta influye positivamente en la mejora del enfermo. Intuimos que una adecuada respuesta emocional del cuidador ante los retos diarios que entraña responsabilizarse de un anciano demente (conductas inadecuadas del enfermo, reacciones agresivas, etc.) puede suponer una respuesta más robusta y sólida para una mejor calidad de vida de la persona afectada por una demencia que otro tipo de intervenciones no farmacológicas. En este sentido, sería aconsejable diseñar nuevos estudios de investigación que asumieran esta

propuesta.

Igualmente, se debería elaborar un nuevo estudio que contemplase como variables independientes los perfiles sociodemográficos de los usuarios participantes en el proyecto REMS. Sin lugar a dudas, el nivel de estudios, capacidad económica, experiencia laboral, inquietudes culturales, etc., de la persona demenciada o con déficit cognitivo, juega un papel significativo en cómo afrontar más positivamente las limitaciones funcionales y trastornos psicológicos que comportan la enfermedad y por tanto, afectan a la calidad de vida del anciano demente y de sus familiares.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abellan, A., Viches, J., y Pujol, R. (2013). *Un perfil de las personas mayores en España, 2014. Indicadores estadísticos básicos*. Madrid, Informes Envejecimiento en red nº 6. Fecha de publicación: 14/02/2014. Recuperado el 7 de noviembre de 2014 de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos14.pdf>
- Alberca, R., Montes, E., Gil, E., Mir, P. y Lozano, P. (2002). Enfermedad de Alzheimer y mujer. *Revista Neurología*, 35 (6), 571-579. Recuperado el 1 de diciembre de 2014 de <http://www.neurologia.com/pdf/Web/3506/no60571.pdf>
- Aparicio, V.A., Carbonell, A. y Delgado, M. (2010). Beneficios de la actividad física en personas mayores. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, 10 (40), 556-576. Recuperado el 2 de noviembre de 2014 de <http://cdeporte.rediris.es/revista/revista40/artbeneficios181.htm>
- Bertolote, J.M. (1994). *Ayuda para cuidadores de personas con demencia*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (OMS)
- Fundación Catalunya-La Pedrera. (2014). Recuperado el 3 de noviembre de 2014, de <http://www.fundaciocatalunya-lapedrera.cat>
- García, J.J., Carro, J. (2011). *Programa de Actuación Cognitiva Integral en Demencias*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- García, C., Estévez, A. y Kulisevsky, J. (2002). Estimulación cognitiva en el envejecimiento y la demencia. *Revista Psiquiatría Facultad de Medicina de Barcelona*, 29 (6), 374-378. Recuperado el 12 de noviembre de 2014 de http://www.infogerontologia.com/documents/estimulacion/estim.cognit.vejez_demencia.pdf
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. (2010). *Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias*. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut de Catalunya.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación*. México: McGrawhillin Interamericana Editores, S.A

- IMSERSO (2005). *Libro Blanco sobre la Dependencia. Atención a las personas en situación de dependencia en España*. Madrid. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Recuperado el 8 de noviembre de <http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/libroblanco.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística (2014). *Proyección de la Población de España 2014–2064*. Notas de prensa INE. Recuperado el 7 de noviembre de 2014 de <http://www.ine.es/prensa/np870.pdf>
- Laurent, S., Ejtehadi, M., Rezaei, M., Kehoe, P y Mahmoudi, M. Interdisciplinary challenges and promising theranostic effects of nanoscience in Alzheimer's disease. *Revista RSC Advances* 2012; (2), 12: 5008-5033.
- Losada Baltar, A.; Montorio Cerrato, I.; Izal Fernández de Trocóniz, M. y Márquez González. (2006) *Estudio e intervención sobre el malestar psicológico de los cuidadores de personas con demencia. El papel de los pensamientos disfuncionales*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO)
- Muñiz, R. y Olazarán, J. (2010). *Mapa de Terapias No Farmacológicas para Demencias Tipo Alzheimer*. Fundación María Wolff e International Non Pharmacological Therapies Project. Recuperado el 16 de noviembre de 2014 de <http://www.crealzheimer.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/mapayguainiciacintnfalzhpaparpr.pdf>
- Olazarán, J., Agüera, L.F. y Muñiz, R. (2012). Síntomas psicológicos y conductuales de la demencia: prevención, diagnóstico y tratamiento. *Revista Neurología*, 55 (10), 598-608. Recuperado el 15 de noviembre de 2014 de http://www.mariawolff.org/_pdf/olazaran.pdf
- Olazarán, J., Reisberg, B., Clare, L., Cruz, I., Peña, J., Del Ser, T..... Muñiz, R. (2010). Eficacia de las terapias no farmacológicas en la enfermedad de Alzheimer: una revisión sistemática. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 30 (22), 161–178 (DOI: 10.1159/000316119). Recuperado el 15 de noviembre de 2014 de http://www.mariawolff.org/_pdf/fmw-publicaciones-terapias-no-farmacologicas-en-la-ea.pdf
- Peña Casanova, J. (1999) *Enfermedad de Alzheimer. Del diagnóstico a la terapia: conceptos y hechos*. Barcelona: Fundación “La Caixa”.

- Peña Casanova, J. (1999) *Las alteraciones psicológicas y del comportamiento en la enfermedad de Alzheimer. Definición descripción, guías de intervención y consejos*. Barcelona: Fundación “La Caixa”.
- Prieto, C., Eimil, M., López de Silanes, C. y Llanero, M. (2011). *Impacto social de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias 2011*. Madrid. Fundación Española de Enfermedades Neurológicas (FEEN). Recuperado el 1 de noviembre de http://www.fundaciondelcerebro.es/docs/imp_social_alzheimer.pdf
- Sánchez, C. (2006) *Impacto sociosanitario de las enfermedades neurológicas en España*. Madrid. Fundación Española de Enfermedades Neurológicas (FEEN). Recuperado el 8 de noviembre de 2014 de http://www.fundaciondelcerebro.es/docs/imp_sociosanitario_enf_neuro_es.pdf.
- Sardinero, A. (2010). *Estimulación cognitiva para adultos*. Madrid: Grupo Gesfomedia S.L
- Sistema Para la Autonomía y Atención a la Dependencia (2014). *Informe sobre perfil de la persona solicitante y beneficiaria a 31 de diciembre de 2013*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad. Recuperado el 10 de noviembre de 2014 de http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/perfil_persol2013.pdf
- Yanguas, J., Martínez, C., Ramos, P., Hernández, G., Campos, X., Linares, C. y Blanco, C. (2007). *Modelo de atención a las personas con enfermedad de Alzheimer*. Madrid. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO)

6. ANEXOS

6.1 Mini Mental State Examination (MMSE)

**MINI MENTAL STATE EXAMINATION
(MMSE)**

Basado en Folstein et al. (1975), Lobo et al. (1979)

Nombre: _____ Varón [] Mujer [] Fecha: _____
 F. nacimiento: _____ Edad: _____
 Estudios/Profesión: _____ N. H^a: _____
 Observaciones: _____

<p>¿En qué año estamos? 0-1 ¿En qué estación? 0-1 ¿En qué día (fecha)? 0-1 ¿En qué mes? 0-1 ¿En qué día de la semana? 0-1</p>	ORIENTACIÓN TEMPORAL (Máx.5)	
<p>¿En qué hospital (o lugar) estamos? 0-1 ¿En qué piso (o planta, sala, servicio)? 0-1 ¿En qué pueblo (ciudad)? 0-1 ¿En qué provincia estamos? 0-1 ¿En qué país (o nación, autonomía)? 0-1</p>	ORIENTACIÓN ESPACIAL (Máx.5)	
<p>Nombre tres palabras Peseta-Caballo-Manzana (o Balón-Bandera-Árbol) a razón de 1 por segundo. Luego se pide al paciente que las repita. Esta primera repetición otorga la puntuación. Otorgue 1 punto por cada palabra correcta, pero continúe diciéndolas hasta que el sujeto repita las 3, hasta un máximo de 6 veces. Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1 (Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1)</p>	Nº de repeticiones necesarias FIJACIÓN- Recuerdo Inmediato (Máx.3)	
<p>Si tiene 30 pesetas y me va dando de tres en tres, ¿Cuántas le van quedando? Detenga la prueba tras 5 sustracciones. Si el sujeto no puede realizar esta prueba, pídale que deletree la palabra MUNDO al revés. 30 0-1 27 0-1 24 0-1 21 0-1 18 0-1 (O 0-1 D 0-1 N 0-1 U 0-1 Mo-1)</p>	ATENCIÓN- CÁLCULO (Máx.5)	
<p>Preguntar por las tres palabras mencionadas anteriormente. Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1 (Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1)</p>	RECUERDO diferido (Máx.3)	

<p>.DENOMINACIÓN. Mostrarle un lápiz o un bolígrafo y preguntar ¿qué es esto?. Hacer lo mismo con un reloj de pulsera. Lápiz 0-1 Reloj 0-1 .REPETICIÓN. Pedirle que repita la frase: "ni sí, ni no, ni pero" (o "En un trigal había 5 perros") 0-1</p> <p>.ÓRDENES. Pedirle que siga la orden: "coja un papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad, y póngalo en el suelo".</p> <p>Coje con mano d. 0-1 dobla por mitad 0-1 pone en suelo 0-1 .LECTURA. Escriba legiblemente en un papel "Cierre los ojos". Pídale que lo lea y haga lo que dice la frase 0-1</p> <p>.ESCRITURA. Que escriba una frase (con sujeto y predicado) 0-1</p> <p>.COPIA. Dibuje 2 pentágonos intersectados y pida al sujeto que los copie tal cual. Para otorgar un punto deben estar presentes los 10 ángulos y la intersección. 0-1</p>	<p>LENGUAJE (Máx.9)</p>		
<p>Puntuaciones de referencia 27 ó más: normal 24 ó menos: sospecha patológica 12-24: deterioro</p> <p>9-12 : demencia</p>	<p>Puntuación Total (Máx.: 30 puntos)</p>		

a.e.g.(1999)

6.2 Índice de Barthel**INDICE DE BARTHEL.****Actividades básicas de la vida diaria**

Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
Total:		
Comer	- Totalmente independiente	10
	- Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc.	5
	- Dependiente	0
Lavarse	- Independiente: entra y sale solo del baño	5
	- Dependiente	0
Vestirse	- Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	- Necesita ayuda	5
	- Dependiente	0
Arreglarse	- Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5
	- Dependiente	0
Deposiciones (valórese la semana previa)	- Continencia normal	10
	- Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5

	- Incontinencia	0
Micción (valórese la semana previa)	- Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta	10
	- Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	- Incontinencia	0
	Usar el retrete	- Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa...

Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
	- Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	5
	- Dependiente	0
Trasladarse	- Independiente para ir del sillón a la cama	15
	- Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo	10
	- Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	5
	- Dependiente	0
Deambular	- Independiente, camina solo 50 metros	15
	- Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	10
	- Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	- Dependiente	0
Escalones	- Independiente para bajar y subir escaleras	10
	- Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo	5
	- Dependiente	0

Máxima puntuación: 100 puntos (90 si va en silla de ruedas)

Resultado	Grado de dependencia
< 20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
≥ 60	Leve
100	Independiente

6.3 La escala BEHAVE-AD

NAME: _____ ID#: _____ DATE: ___/___/___ PERIOD: _____

BEHAVIORAL PATHOLOGY IN ALZHEIMER'S DISEASE (BEHAVE-AD)^{1, 2}

[BASED UPON INFORMATION OBTAINED FROM CAREGIVER AND OTHER INFORMANTS]

INFORMANT: _____ RELATIONSHIP TO PATIENT: _____

PART 1: Symptomatology

(In preceding 2 weeks unless otherwise specified below)

Assessment Interval: _____ weeks

Circle the highest applicable severity rating [0 to 3] for each item. Each category of symptomatology [A to G] is scored independently.

A. Paranoid and Delusional Ideation

(a delusion is a false conviction, not a misidentification)

1. "People are stealing things" delusion.

- (0) Not present.
- (1) Delusion that people are hiding objects.
- (2) Delusion that people are coming into the home and hiding or stealing objects.
- (3) Talking and listening to people coming into the home.

2. "One's house is not one's home" delusion.

- (0) Not present.
- (1) Conviction that the place in which one is residing is not one's home (e.g., packing to go home, complaints while at home of "take me home").
- (2) Attempt to leave domiciliary to go home.
- (3) Violence in response to attempts to forcibly restrict exit.

3. "Spouse (or other caregiver) is an imposter" delusion.

- (0) Not present.
- (1) Conviction that spouse (or other caregiver) is an imposter.
- (2) Anger towards spouse (or other caregiver) for being an imposter.
- (3) Violence towards spouse (or other caregiver) for being an imposter.

4. Delusion of abandonment (e.g.: to an institution).

- (0) Not present.
- (1) Suspicion of caregiver plotting abandonment or institutionalization (e.g., on the telephone).
- (2) Accusation of a conspiracy to abandon or institutionalize.
- (3) Accusation of impending or immediate desertion or institutionalization.

¹ Adapted from Reisberg et al., "Behavioral symptoms in Alzheimer's disease: Phenomenology and treatment," *J. Clin. Psychiatry*, 1987; 48:5 (Suppl.), 9-15.
² © 1986 by Barry Reisberg, M.D. (all rights reserved).

BEH - 02

5. Delusion of infidelity (social and/or sexual unfaithfulness).

- (0) Not present.
- (1) Conviction that spouse, children, and/or other caregivers are unfaithful.
- (2) Anger towards spouse, relative, or other caregiver for their infidelity.
- (3) Violence toward spouse, relative, or other caregiver for their infidelity.

6. Suspiciousness/Paranoia other than above.

- (0) Not present.
- (1) Suspiciousness (e.g., hiding objects which they may later be unable to locate or a statement such as "I don't trust you").
- (2) Paranoid (i.e., fixed conviction with respect to suspicions and/or anger as a result of suspicions).
- (3) Violence as a result of suspicions.

Unspecified? _____

Describe: _____

7. Delusions (non-paranoid) other than above.

- (0) Not present.
- (1) Delusional.
- (2) Verbal or emotional manifestations as a result of delusions.
- (3) Physical actions or violence as a result of delusions.

Unspecified? _____

Describe: _____

B. Hallucinations

8. Visual hallucinations.

- (0) Not present.
- (1) Vague, not clearly defined.
- (2) Clearly defined hallucinations of objects and persons (e.g., sees other people at the table).
- (3) Verbal or physical actions or emotional responses to the hallucinations.

9. Auditory hallucinations.

- (0) Not present.
- (1) Vague, not clearly defined.
- (2) Clearly defined hallucinations of words and phrases.
- (3) Verbal or physical actions or emotional responses to the hallucinations.

10. Olfactory hallucinations.

- (0) Not present.
- (1) Vague, not clearly defined.
- (2) Clearly defined hallucinations (e.g., smells a fire or "something burning").
- (3) Verbal or physical actions or emotional responses to the hallucinations.

11. Haptic (sense of touch) hallucinations.

- (0) Not present.
- (1) Vague, not clearly defined.
- (2) Clearly defined hallucinations (e.g., "something is crawling on my body").
- (3) Verbal or physical actions or emotional responses to the hallucinations.

12. Other hallucinations.

- (0) Not present.
- (1) Vague, not clearly defined.
- (2) Clearly defined hallucinations.
- (3) Verbal or physical actions or emotional responses to the hallucinations.

Unspecified? _____

Describe: _____

BEH-04

C. Activity Disturbances.

13. Wandering (e.g., away from home or caregiver).

- (0) Not present.
- (1) Somewhat, but not sufficient as to require restraint.
- (2) Sufficient as to require restraint.
- (3) Verbal or physical actions or emotional responses to attempts to prevent wandering.

14. Purposeless activity (cognitive abulia).

- (0) Not present.
- (1) Repetitive, purposeless activity (e.g., opening and closing pocketbook, packing and unpacking clothing, repeatedly putting on and removing clothing, insistent repeating of demands or questions).
- (2) Pacing or other purposeless activity sufficient to require restraint.
- (3) Abrasions or physical harm resulting from purposeless activity.

15. Inappropriate activity.

- (0) Not present.
- (1) Inappropriate activities (e.g., storing and hiding objects in inappropriate places, such as throwing clothing in wastebasket or putting empty plates in the oven, inappropriate sexual behavior such as inappropriate exposure).
- (2) Present and sufficient to require restraint.
- (3) Present and sufficient to require restraint, and accompanied by anger or violence when restraint is used.

Unspecified? _____

Describe: _____

BEH - 05

D. Aggressiveness.

16. Verbal Outbursts.

- (0) Not present.
- (1) Present (including unaccustomed use of foul or abusive language).
- (2) Present and accompanied by anger.
- (3) Present, accompanied by anger, and clearly directed at other persons.

17. Physical threats and/or violence.

- (0) Not present.
- (1) Threatening behavior.
- (2) Physical violence.
- (3) Physical violence accompanied by vehemence.

18. Agitation (other than above).

(e.g. non-verbal anger; negativity including refusal to bathe, dress, continue walking, take medications, etc. ; hyperventilation).

- (0) Not present.
- (1) Present.
- (2) Present with emotional component.
- (3) Present with emotional and physical component.

E. Diurnal Rhythm Disturbances

19. Day/Night disturbance.

- (0) Not present.
- (1) Repetitive wakening during night (except for purpose of toileting).
- (2) 50% to 75% of former sleep cycle at night.
- (3) Complete disturbance of diurnal rhythm (less than 50% of former sleep cycle at night).

F. Affective Disturbance

20. Tearfulness (or whimpering or other "crying sounds").

- (0) Not present.
- (1) Present.
- (2) Present accompanied by a clear affective component.
- (3) Present and accompanied by affective and physical component (e.g., wringing of hands or other gestures).

21. Depressed mood, other.

- (0) Not present.
- (1) Present (e.g., occasional statement "I wish I were dead," or "I'm going to kill myself," or "I feel like nothing," without clear affective concomitants).
- (2) Present with clear concomitants (e.g., thoughts of death).
- (3) Present with emotional and physical concomitants (e.g., suicidal gestures).

Unspecified? _____

Describe: _____

G. Anxieties and Phobias

22. Anxiety regarding upcoming events (Godot syndrome).

- (0) Not present.
- (1) Present with repeated queries and/or other activities regarding upcoming appointments and/or events (e.g., when are we going?).
- (2) Present and disturbing to caregivers.
- (3) Present and intolerable to caregivers.

BEH-07

23. Other anxieties.

(e.g., regarding money, the future, being away from home, health, memory, etc. ; or generalized anxiety such as thinking everything is "terribly wrong").

- (0) Not present.
- (1) Present.
- (2) Present and disturbing to caregivers.
- (3) Present and intolerable to caregivers.

Unspecified? _____

Describe: _____

24. Fear of being left alone.

- (0) Not present.
- (1) Present with vocalized fear of being alone.
- (2) Vocalized and sufficient to require specific action on the part of caregiver.
- (3) Vocalized and sufficient to require patient to be accompanied at all times (e.g., patient must see the caregiver at all times).

25. Other phobias.

(e.g. fear of crowds, travel, darkness, people/strangers, bathing, etc.)

- (0) Not present.
- (1) Present
- (2) Present and of sufficient magnitude to require specific action by caregiver.
- (3) Present and sufficient to prevent patient activities.

Unspecified? _____

Describe: _____

TOTAL SEVERITY SCORE: _____

BEH - 08

PART 2: Global Rating

Circle one choice. Are the symptoms which have been noted of sufficient magnitude as to be:

- (0) Not at all troubling to the caregiver or dangerous to the patient.
- (1) Mildly troubling to the caregiver or dangerous to the patient.
- (2) Moderately troubling to the caregiver or dangerous to the patient.
- (3) Severely troubling to the caregiver or dangerous to the patient.

Symptom most troubling to caregiver

"With respect to the symptoms which have been noted, which is the biggest problem for you and/or other caregivers?" (More than one symptom can be listed, but please give numerical order.)

Clinician: _____ Date: ____ / ____ / ____

Comments: _____
