



UNIVERSIDADE DA CORUÑA

FACULDADE DE CIENCIAS DA SAÚDE

MESTRADO EN ASISTENCIA E INVESTIGACIÓN SANITARIA

ESPECIALIDADE EN INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Curso académico 2013-2014

TRABALLO DE FIN DE MESTRADO

**Depresión y demencia: beneficios de la
intervención psicológica en la calidad de vida
de las personas afectadas y sus familias**

Elena M^a Viqueira Rodríguez

Junio 2014

DIRECTORES

Prof. Sergio Santos del Riego. Decano y Profesor de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de A Coruña.

Prof. Ivan De Rosende Celeiro. Profesor de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de A Coruña.

ÍNDICE

1. Resumen	8
2. Antecedentes y estado actual del tema	11
2.1. Deterioro cognitivo, demencia y enfermedad de Alzheimer	12
2.2. Depresión en la enfermedad de Alzheimer	13
2.2.1. Factores de riesgo	16
2.2.2. Sintomatología depresiva específica	17
2.2.3. Diagnóstico	18
2.2.4. Evaluación psicológica	21
2.2.5. Evaluación de la calidad de vida	24
2.2.6. Tratamiento	25
2.2.6.1. Terapias no farmacológicas en la enfermedad de Alzheimer	26
2.2.6.2. Intervenciones psicológicas dirigidas a adultos deprimidos	30
2.2.6.3. Intervención desde la Terapia Ocupacional	36
2.3. Los cuidadores de personas con enfermedad de Alzheimer	37
2.4. Las asociaciones de familiares	37
2.5. Antecedentes: Conclusiones	40
3. Bibliografía	42
4. Hipótesis	49
5. Objetivos	49

6. Metodología	51
6.1. Tipo de estudio	51
6.1.1. Ensayo clínico aleatorizado y controlado	51
6.1.2. Metodología cualitativa	51
6.2. Ámbito de realización	52
6.3. Población de estudio	53
6.4. Período de estudio	54
6.5. Proceso de selección	54
6.6. Variables de estudio	56
6.6.1. Persona afectada	56
6.6.2. Cuidador	57
6.7. Mediciones	57
6.7.1. Medición inicial	57
6.7.2. Medición intermedia	59
6.7.3. Medición final	60
6.8. Intervención	62
6.9. Justificación del tamaño muestral	64
6.10. Plan de análisis	65
6.11. Limitaciones	66
7. Plan de trabajo	67
8. Aspectos éticos	68
9. Aplicabilidad	69

10. Plan de difusión de los resultados	70
11. Financiación de la investigación	71
11.1. Recursos necesarios	71
11.2. Posibles fuentes de financiación	72

Índice de tablas

I. Población mayor de 65 años en Galicia y en la provincia de A Coruña: Estimación para el año 2013	11
II. Estimación de la prevalencia de demencias en Galicia, provincia de A Coruña, comarca de A Coruña y Ayuntamiento de A Coruña	13
III. Diferencias entre pseudodemencia depresiva y demencia	19
IV. Criterios para el diagnóstico de depresión en la enfermedad de Alzheimer	21
V. Técnicas de evaluación de depresión en Alzheimer	22
VI. Aspectos a tener en cuenta en el diseño de intervenciones desde la Terapia Cognitivo Conductual dirigidas a personas mayores	31
VII. Distribución de usuarios según fases en los Centros de la Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer de A Coruña	54
VIII. Criterios de inclusión y de exclusión	55
IX. Procedimiento de evaluación inicial de las variables principales y secundarias	57
X. Procedimiento de evaluación final de las variables principales y secundarias	60
XI. Plan de intervención psicológica	63

XII. Plan de trabajo	67
XIII. Financiación de la investigación	72

Índice de figuras

1. Organigrama de la Asociación de Familiares de enfermos de Alzheimer de A Coruña	40
2. Procedimiento para la selección de la muestra	56

Anexos.

Anexo I. Criterios para el diagnóstico de demencia del Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)	75
Anexo II. Criterios para el diagnóstico de demencia de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)	76
Anexo III. Criterios para el diagnóstico de enfermedad de Alzheimer del Diagnostical and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)	77
Anexo IV. Criterios para el diagnóstico de enfermedad de Alzheimer de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)	78
Anexo V. Escala de Deterioro Global de Reisberg (GDS)	79
Anexo VI. Pautas para una correcta comunicación diagnóstica al paciente con enfermedad de Alzheimer	81
Anexo VII. Criterios para el diagnóstico de episodio depresivo mayor del Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)	82
Anexo VIII. Criterios para el diagnóstico de F32 episodios depresivos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)	83
Anexo IX. Escala de Cornell para la depresión en la demencia (ECDD)..	84

Anexo X. Mini Examen Cognoscitivo de Lobo (MEC)	86
Anexo XI. Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit	88
Anexo XII. EuroQoL 5D	89
Anexo XIII. Entrevista. Paciente	90
Anexo XIV. Entrevista. Familiar	91
Anexo XV. Cuestionario inicial. Pacientes	92
Anexo XVI. Cuestionario inicial. Familiares	93
Anexo XVII. Registro observación sesiones	94
Anexo XVIII. Cuestionario final	95
Anexo XIX. Cuestionario de satisfacción	96
Anexo XX. Compromiso del investigador principal	97
Anexo XXI. Hoja de información al paciente adulto. Estadío inicial	98
Anexo XXII. Hoja de información al paciente adulto. Estadío moderado	101
Anexo XXIII. Hoja de información al paciente adulto. Familiar	104
Anexo XXIV. Documento de consentimiento para la participación en un estudio de investigación	107
Anexo XXV. Documento de consentimiento para representante legal para la participación en un estudio de investigación	108

1. RESUMEN

La enfermedad de Alzheimer (EA) es una de las principales causas de dependencia en la población mayor. Aproximadamente la mitad de las personas con EA presentan síntomas depresivos caracterizados por empeorar significativamente el proceso. Las terapias no farmacológicas (TNF) dirigidas a la mejora del estado cognitivo y físico de los pacientes han sido objeto de numerosas investigaciones. Las intervenciones psicológicas con familiares, aplicadas de forma individual o en grupos de ayuda mutua, constituyen un recurso ampliamente presente en las asociaciones de familiares de enfermos de Alzheimer. La mejora del estado emocional de los pacientes y de su calidad de vida, así como la de sus familiares cuidadores, debe constituir una prioridad sociosanitaria, teniendo en cuenta la elevada prevalencia de la sintomatología depresiva en la EA y las consecuencias negativas que genera sobre la salud.

Objetivo: Evaluar la eficacia de la intervención psicológica en la calidad de vida de las personas con EA y síntomas depresivos, y sus familiares.

Metodología: El proyecto será desarrollado desde una doble metodología, cuantitativa y cualitativa. Se realizará un ensayo clínico aleatorizado y controlado, con asignación al azar a un grupo experimental (pacientes con EA y síntomas depresivos que recibirán intervención psicológica) o control (pacientes a los que se les aplicará terapia de actividad cognitiva con intervenciones focalizadas en la mejora de su estado emocional). Se seguirá un paradigma cualitativo a objeto de analizar en profundidad cuál es la sintomatología depresiva que presentan los pacientes; esta información se utilizará para el diseño de intervenciones individualizadas y centradas en las necesidades de las personas con EA y síntomas depresivos. Las principales variables de estudio son: la calidad de vida (Test de calidad de vida EuroQoL 5d), el estado emocional (Escala de Cornell para la depresión en la demencia) y el grado de sobrecarga del cuidador (Escala Zarit).

Palabras clave: enfermedad de Alzheimer, depresión, intervención psicológica, calidad de vida.

Resumo

A enfermidade de Alzheimer (EA) é unha das principais causas de dependencia na poboación maior. Aproximadamente a metade das persoas con EA presentan síntomas depresivos, caracterizados por empeorar significativamente o proceso. As terapias non farmacolóxicas (TNF) dirixidas á mellora do estado cognitivo e físico dos pacientes foron obxecto de numerosas investigacións. As intervencións psicolóxicas con familiares, aplicadas de xeito individual ou en grupos de axuda mutua, constitúen un recurso amplamente presente nas asociacións de familiares de enfermos de Alzheimer. A mellora do estado emocional dos pacientes e da súa calidade de vida, así como a dos seus familiares, debe constituir unha prioridade sanitaria, tendo en conta a elevada prevalencia da sintomatoloxía depresiva na EA e as consecuencias negativas que provoca sobre a saúde.

Obxectivo: Avaliar a eficacia da intervención psicolóxica sobre a calidade de vida das persoas con EA e síntomas depresivos, e os seus familiares.

Metodoloxía: O proxecto será desenrolado dende unha dobre metodoloxía, cuantitativa e cualitativa. Se realizará un ensaio clínico aleatorizado e controlado, con asignación ó azar a un grupo experimental (pacientes con EA e síntomas depresivos que recibirán intervención psicolóxica) ou control (pacientes ós que se lles aplicará terapia de actividade cognitiva con intervencións focalizadas na mellora do seu estado emocional). Se seguirá un paradigma cualitativo a obxecto de analizar en profundidade cal é a sintomatoloxía depresiva que presentan os pacientes; esta información será empregada para o deseño de intervencións individualizadas e centradas nas necesidades das persoas con EA e síntomas depresivos. As principais variables de estudo son: a calidade de vida (Test de calidade de vida EuroQoL 5d), o estado emocional (Escala de Cornell para a depresión na demencia) e o grado de sobrecarga do cuidador (Escala Zarit).

Palabras clave: enfermidade de Alzheimer, depresión, intervención psicolóxica, calidade de vida.

Abstract

Alzheimer's disease (AD) is one of the principal causes of dependence in the elderly population. More or less, the half of people with AD have depressive symptoms, characterized by significantly worsen the process. Non-pharmacological therapies aimed at improving cognitive and physical status of the patients have been the subject of many investigations. Psychological interventions with family, applied individually or in groups of mutual aid, are present in the Alzheimer patients family associations. Improving the emotional state of the patients and consequently their quality of life as well as family caregivers, should be a priority, considering the high prevalence of depressive symptoms in AD and the negative consequences generate in the health.

Objective: To evaluate the efficacy of psychological intervention on quality of life of people affected by AD with depressive symptoms and their family caregivers.

Methodology: The project will be developed from a dual methodology, quantitative and qualitative. Will be do a randomized controlled trial. The experimental group will be received psychological intervention, while the control group will be received cognitive activity therapy with interventions targeted to improve emotional state. Will be follow a cualitative method to analyze in depth what depressive symptoms experienced by patients; this information is used to design individualized interventions. Study variables: quality of life (Quality of Life Test EuroQoL 5d), emotional state (Cornell Scale for Depression in Dementia Scale) and caregiver overload (Zarit Scale).

Keywords: Alzheimer's disease, depression, psychological intervention, quality of life.

2. ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

El progresivo incremento en la esperanza de vida que se ha producido en los últimos años está generando la necesidad de poner en marcha políticas de intervención dirigidas a la mejora de la calidad de vida de las personas mayores.

Las líneas estratégicas diseñadas desde la Unión Europea van dirigidas al fomento del envejecimiento activo, como una forma de prevenir situaciones de dependencia.

El desarrollo de intervenciones que tengan por objeto responder a las necesidades de las personas mayores y sus familias, y mejorar su calidad de vida es una de las cuestiones de mayor importancia a ser tratadas en el siglo XXI ⁽¹⁾.

Galicia cuenta con una población especialmente envejecida, con un 23,15% de personas mayores de 65 años, según se detalla en la Tabla I. Las previsiones futuras pronostican un incremento exponencial en esta franja de edad. Por este motivo debe constituirse en una prioridad el establecimiento de programas de intervención que retrasen la aparición de situaciones de dependencia, fomentando un envejecimiento con salud y activo.

Tabla I. Población mayor de 65 años en Galicia y en la provincia de A Coruña: Estimaciones para el año 2013.

Población	Galicia		A Coruña provincia		A Coruña comarca		A Coruña ciudad	
NºTotal	2765940		1138161		398412		245923	
Mayor de 65	640263	23,15%	255526	22,45%	81264	20,40%	55110	22,40%
65-84 (sobre > 65)	540351	84,40%	218675	85,58%	70291	86,50%	47521	86,20%
+ 84 (sobre > 65)	99912	15,60%	36.851	14,42%	10973	13,50%	7589	13,80%

Fuente: Elaboración propia con datos de población del Padrón de habitantes del 2013 (Instituto Galego de Estadística).

2.1.- Deterioro cognitivo, demencia y enfermedad de Alzheimer

El deterioro cognitivo y su evolución hacia la demencia son patologías generadoras de severas situaciones de dependencia, tanto desde el punto de físico, como cognitivo. Por este motivo, su conocimiento y abordaje debe convertirse en una prioridad para los sistemas socio-sanitarios.

El deterioro cognitivo leve (DCL) es considerado como un estadio intermedio entre el envejecimiento normal y la demencia ⁽²⁾. Se define como el deterioro cognitivo que supera lo normalmente esperable para la edad, pero que no cumple con los criterios de demencia, pues la funcionalidad está preservada ⁽³⁾.

Las personas que padecen un DCL tienen un mayor riesgo de desarrollar una demencia. Ésta se define como un síndrome orgánico, adquirido, de etiología múltiple, que cursa con un deterioro progresivo de las funciones superiores respecto al nivel previo, afectando a dos o más áreas cognitivas con intensidad suficiente como para interferir en las actividades de la vida diaria, en ausencia de nivel de conciencia alterado ⁽⁴⁾.

Los principales criterios utilizados para el diagnóstico de la demencia son los establecidos en el *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)* ⁽⁵⁾ y en la *Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)* ⁽⁶⁾, recogidos en los Anexos I y II, respectivamente.

En Galicia, se estima que existen casi 99.000 personas afectadas por una demencia, lo que supone un 3,57% del total de población, y un 15,43% de la población mayor de 65 años, como puede observarse en la Tabla II.

Tabla II. Estimación de la prevalencia de demencias en Galicia, provincia de A Coruña, comarca de A Coruña y ayuntamiento de A Coruña.

Población	Galicia	A Coruña provincia	A Coruña comarca	A Coruña ciudad
Nº Total	98766	38850	12215	8312
% respecto total población	3,57%	3,41%	3,07%	3,38%
65-84 (sobre > 65)	15,43%	15,20%	15,03%	15,04%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de población del Padrón de habitantes (Instituto Galego de Estadística, 2013) y de la Organización Mundial de la Salud (2012).

La enfermedad de Alzheimer (EA) se sitúa como el tipo más frecuente de demencia, seguida de la EA con componente vascular, de la demencia vascular y de la demencia frontotemporal, que constituyen, en su conjunto, más del 90% del total de casos de demencia ⁽⁷⁾.

La EA es una enfermedad de evolución lenta y se caracteriza por la pérdida progresiva de la memoria, la orientación, el juicio y el lenguaje. En promedio su duración es de 8 a 12 años, con un período de sintomatología sutil. La etiopatogenia de la enfermedad es múltiple y existen pocos casos hereditarios por transmisión autosómica dominante de alteración cromosómicas ⁽⁸⁾. En los Anexos III y IV figuran los criterios diagnósticos para la EA establecidos en el DSM-IV ⁽⁵⁾ y en la CIE-10 ⁽⁶⁾.

2.2.- Depresión en la EA

Según la OMS, la depresión es un trastorno mental que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración ⁽⁹⁾.

La prevalencia de la depresión en general es del 5-6%, y en los mayores de 65 años, se estima entre el 12-15%, siendo mayor en mujeres ⁽¹⁰⁾.

La depresión en la población mayor frecuentemente se acompaña de quejas subjetivas de mal funcionamiento mental, lo que suele conducir a confusión y a la necesidad de realizar exploraciones neuropsicológicas cuidadosas, para un diagnóstico diferencial entre depresión y EA ⁽¹¹⁾.

La asociación de depresión y EA se presenta de cuatro formas ⁽¹²⁾.

1. La depresión puede anteceder a la EA.
2. Los síntomas depresivos pueden ser una manifestación propia de la EA.
3. La depresión y la demencia cursan como entidades independientes.
4. Los trastornos cognitivos son secundarios a la depresión y no relacionados con el síndrome demencial.

Actualmente se evidencia que, en general, los síntomas psicológicos y conductuales están presentes en un elevado porcentaje de pacientes con demencia. Los que obtienen una mayor prevalencia, son la apatía, la depresión y la ansiedad ⁽¹³⁾.

La depresión es una de las comorbilidades neuropsiquiátricas más frecuentes en la EA, con frecuencias que oscilan muy significativamente ⁽¹⁴⁾, desde un 29,8 % ⁽¹⁵⁾, a un 35,13 % ⁽¹⁶⁾ o un 65,7% ⁽¹⁷⁾. Esta oscilación es debida a las diferentes poblaciones que se muestran y a la utilización de diferentes instrumentos ⁽¹⁴⁾, así como en función de la metodología de cada estudio ⁽¹⁸⁾.

Como criterio general se estima que de un 40 a un 50% de los pacientes con EA presentan en algún momento de su evolución rasgos depresivos, síntomas distímicos o disfóricos, en tanto que un porcentaje significativamente más bajo cumple en forma estricta con los criterios de depresión mayor ⁽¹⁹⁾.

Cuando se constata que los síntomas depresivos son una manifestación propia de la EA, se considera que es debido a alguna de las siguientes causas ⁽²⁰⁾:

- a) La depresión en la EA puede ser una alteración provocada por la presencia de cambios neurobiológicos en el cerebro de estos sujetos.
- b) Puede ser una respuesta de los sujetos con EA ante la propia percepción de sus discapacidades y la progresión de la enfermedad.
- c) Puede ser el resultado de cierta predisposición o vulnerabilidad genética o psicológica.
- d) Puede haber factores psicológicos, sociales y ambientales que pudieran incidir negativamente en el estado de ánimo de estas personas.

La depresión es frecuente que aparezcan en los estadios iniciales o moderados de la EA. Se considera que afecta a un 50% de los pacientes que se encuentran en fase inicial, con una puntuación de 4 en el GDS (Global Deterioration Scale de Reisberg; Anexo V), a un 25% de pacientes en fase moderada, con GDS 5, y a un 12,5% de usuarios en fase moderadamente grave, con GDS 6. El paciente que conserva cierto grado de conciencia de sus fallos cognitivos, tiende a sufrir más y a quejarse de depresión, lo que podría deberse a una reacción ante las pérdidas que ocasiona la EA ⁽¹⁹⁾.

Una investigación reciente revela que existe una alta frecuencia de depresión entre los pacientes con EA, particularmente, entre los pacientes de sexo femenino ⁽²¹⁾.

2.2.1.- Factores de riesgo.

Se distinguen tres factores de riesgo, desde la perspectiva psicológica, para el desarrollo de depresión en la EA.

1. Conciencia de los propios déficit: Estudios recientes han planteado que la conciencia o no de los propios déficits podría tener alguna relación con la aparición de la depresión en las personas con EA. Es decir, aquellos pacientes que son más conscientes de sus propios déficits cognitivos y conductuales podrían ser más propensos a presentar depresión. En este sentido algunas investigaciones han encontrado que existe una correlación significativa entre la presencia de anosognosia y depresión en sujetos con EA, y plantean que aquellos pacientes que no llegaron a presentar depresión mostraron una mayor negación de sus déficits cognitivos ⁽²⁰⁾.

2. Cambios en las personas mayores: Las personas mayores experimentan una serie de cambios que pueden afectar su estado de ánimo. Todos estos aspectos también se presentan en las personas con EA. Además estos pacientes experimentan una disminución de sus capacidades cognitivas que pueden provocar mayor dificultad para comprender y gestionar dichos cambios ⁽²⁰⁾.

3. Comunicación diagnóstico: La comunicación del diagnóstico de EA resulta segura para los pacientes, siempre que se realice de forma adecuada. En el Anexo VI figuran las pautas para la correcta transmisión del diagnóstico, de especial relevancia para prevenir la aparición de síntomas depresivos vinculados a este factor de riesgo.

Los cuidadores también deben ser valorados en este punto, dado que la sintomatología depresiva es común después de la comunicación del diagnóstico ⁽²²⁾.

2.2.2.- Sintomatología depresiva específica

Algunos de los síntomas depresivos en las personas con EA son la ansiedad, tensión, irritabilidad, apatía, tristeza, pérdida de energía y aislamiento social ⁽²⁰⁾. Los tres signos más frecuentes son: la fatiga o pérdida de energía (59,4%), la disminución del afecto positivo o placer en respuesta a los contactos sociales y actividades (46,2%) y la agitación o retardo psicomotor (36,9%) ⁽²³⁾.

Existe una presentación fenomenológica específica para la depresión en la EA, definida por las siguientes características ⁽¹²⁾:

- La tristeza es sólo de minutos de duración.
- Recurre frecuentemente.
- La tristeza franca a menudo es reemplazada por irritabilidad, temor, preocupaciones o ansiedad.
- La culpabilidad y el pensamiento suicida son infrecuentes.

Se considera relevante tener en cuenta que existen variaciones de la depresión en personas mayores con respecto a la clínica de los pacientes más jóvenes ⁽²⁴⁾:

- Las preocupaciones somáticas son muy frecuentes y pueden presentarse en formato delirante nihilista e hipocondríaco.
- El estado de ánimo deprimido o la tristeza vital más típica de pacientes más jóvenes se describe con menor claridad en los más mayores. En su lugar se refieren situaciones de vacío, ansiedad o incomodidad, anergia, pérdida de interés, anhedonia y síntomas vegetativos como el insomnio o la anorexia.

- Las quejas subjetivas y/o signos objetivos de deterioro cognitivo, especialmente de la memoria, son importantes en aproximadamente el 10% de las depresiones graves de la persona mayor.
- Puede aparecer agitación psicomotriz.

Además, la depresión en la población mayor cursa con una menor intensidad de la afectividad negativa, a expensas de las emociones de miedo, hostilidad y culpa ⁽²⁵⁾:

Existe una correlación entre el nivel de autoestima y los niveles de depresión, indicando que probablemente cuanto mayor sea el nivel de autoestima habrá menor depresión ⁽²⁶⁾, de lo que se deduce que este deberá ser uno de los objetivos de las intervenciones psicológicas que se programen.

2.2.3.- Diagnóstico

El diagnóstico diferencial entre demencia y depresión es complejo y no está exento de dificultades ⁽¹⁰⁾. En esta línea, resulta ya clásica la consideración de la pseudodemencia depresiva, que se define como un deterioro intelectual en un paciente con trastorno psiquiátrico primario. Los síntomas se asemejan, al menos en parte, a los de la demencia orgánica, la afectación intelectual es reversible y se da en ausencia de un proceso neuropatológico primario causante del deterioro cognitivo. La presencia de pseudodemencia implica depresión con peor pronóstico ⁽¹⁸⁾.

Tabla III. Diferencias entre pseudodemencia depresiva y demencia.

	Pseudodemencia depresiva	Demencia
Momento de inicio	Preciso	Impreciso
Instauración de síntomas	Rápida	Lenta
Historia de depresión	Si	No
Antecedentes familiares	Si	No
Quejas, falta de memoria	Múltiples	Anosognosia
Respuesta "no sé"	Frecuentes	Raras
Variación circadiana	Sí	No
Síntomas neurológicos	No	Si
Memoria reciente vs. Remota	Similar	Reciente peor
Sentimientos de culpa	Si	No

Fuente: Documento de Consenso Depresión en pacientes con enfermedades neurológicas. Sociedad Española de Psiquiatría y Sociedad Española de Neurología (2012).

Investigaciones recientes sugieren que la depresión en la EA, puede ser diferente del trastorno depresivo mayor ⁽²⁷⁾.

A objeto de estudiar la especificidad de los síntomas depresivos en una investigación de Engedal K et al ⁽²⁸⁾ se utilizaron tres criterios clínicos diferentes: el DSM-IV (Anexo VII), la CIE-10 (Anexo VIII) y los PDC-DAD (Criterios diagnósticos provisionales para la depresión en la EA). El estudio concluye que los síntomas más importantes del trastorno depresivo en personas con EA son prácticamente los mismos que para el resto de pacientes, usando el DSM-IV y la CIE-10, mientras que difieren, según los criterios PDC-DAD.

La elección de unos u otros criterios diagnósticos determina que exista una alta variabilidad de las tasas de depresión en la EA. Los resultados sugieren que el uso de criterios diagnósticos genéricos tales como el CIE 10 o el DSM IV ofrece bajas tasas de prevalencia, en comparación con criterios diagnósticos específicos como el PDC-DAD ⁽²⁹⁾.

En línea con las investigaciones anteriores, se hace patente la necesidad de establecer unos criterios diagnósticos específicos para la depresión en la EA ⁽³⁰⁾.

Debe considerarse un trastorno depresivo cuando existe un ánimo depresivo constante y pérdida de la capacidad de disfrutar, se expresan deseos de muerte manifiestos y existe una historia familiar o personal de depresión anterior al inicio de la demencia ⁽³¹⁾.

La Sociedad Española de Neurología (SEN) y la Sociedad Española de Psiquiatría (SEP) han elaborado un documento de consenso, en el que se aceptan los criterios para el diagnóstico de depresión en la EA ⁽¹⁸⁾, establecidos por Olin et al ⁽³²⁾, que figuran en la siguiente tabla.

Tabla IV. Criterios para el diagnóstico de depresión en la enfermedad de Alzheimer

a. Al menos 3 de los siguientes síntomas:

1. Humor deprimido clínicamente significativo.*
2. Afecto o placer positivo disminuido en respuesta al contacto social o a las actividades cotidianas.
3. Aislamiento o retirada social.
4. Disrupción en apetito.
5. Disrupción en sueño
6. Cambios psicomotores **
7. Irritabilidad.
8. Fatiga o pérdida de energía.
9. Sentimientos de inutilidad, desesperanza o culpa.
10. Pensamientos recurrentes de suicidio.

* Síntomas presentes al menos 2 semanas, que afecta al funcionamiento del paciente y, al menos, uno es: 1. Humor depresivo o 2. Afecto o placer positivo disminuido.

** No se incluirán síntomas relacionados claramente con otra enfermedad médica o que sean claramente síntomas no afectivos de la demencia (por ejemplo, pérdida de peso por dificultades en la ingesta).

b. Se reúnen todos los criterios para el diagnóstico de DTA.

Los síntomas causan un estrés o una disrupción clínicamente significativa en el funcionamiento.

Los síntomas no ocurren exclusivamente en el curso de un delirium.

Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos de una sustancia.

Los síntomas no se deben a otros diagnósticos psiquiátricos mayores en el eje I.

Especificar: con psicosis de la demencia tipo Alzheimer (DTA) / con otros síntomas psiquiátricos significativos / con historia previa de trastorno afectivo.

Fuente: Olin et al (2002).

2.2.4- Evaluación psicológica

Una de las principales cuestiones que se deben tener en cuenta a la hora de valorar la presencia de depresión en la EA es la existencia de una amplia gama de instrumentos de evaluación. Las técnicas más empleadas son las entrevistas, los autoinformes, y los autorregistros y la observación conductual ⁽²⁰⁾.

Tabla V. Técnicas evaluación de depresión en Alzheimer.

	Objetivos	Características diferenciales en depresión y EA
Entrevistas	<ul style="list-style-type: none"> -Obtener información de factores personales, familiares, ambientales y/o sociales relacionados con los síntomas depresivos -Operativizar el problema y determinar los aspectos que eliciten las manifestaciones o las mantienen -Investigar en profundidad la naturaleza, frecuencia e intensidad de los síntomas 	No existen diferencias significativas
Autoinformes	<ul style="list-style-type: none"> -Proporcionar información de los propios estados subjetivos -Detectar cambios en la intensidad de la depresión, especialmente cognitivos -Valorar la intensidad de los síntomas 	Son los instrumentos de evaluación de la depresión en personas mayores con y sin depresión
Autorregistros y Observación Conductual	<ul style="list-style-type: none"> - Investigar las conductas problema, su intensidad y su frecuencia, a través de registros que cubre el paciente 	<p>No suelen utilizarse con frecuencia para la evaluación de la depresión en la EA debido a las dificultades para el registro en fases moderadas.</p> <p>Posibilidad de que los cubran los cuidadores familiares.</p>

Fuente: Elaboración propia a partir de Lucas Carrasco et al ^(33, 35).

Por lo que se refiere a los autoinformes, existe cada vez mayor evidencia de que las personas con demencia leve- moderada proporcionan información apropiada de sus propios estados subjetivos ⁽³³⁾.

Un estudio realizado a pacientes con deterioro cognitivo leve o EA precoz, en comparación con adultos mayores, revela la validez de autoinformes del estado de ánimo, como el Inventario de Depresión de Beck, en personas con deterioro cognitivo leve o EA precoz ⁽³⁴⁾.

Un estudio transversal que ha evaluado la fiabilidad y validez de la versión en española de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, evidencia que se trata de una medida adecuada para analizar los síntomas depresivos, en personas afectadas por una demencia ⁽³⁵⁾. Se trata del test más utilizado en nuestro medio.

Una investigación evaluó la validez de la Escala de Depresión de Montgomery- Asberg (MADRS) y de la Escala de Cornell para Depresión en la Demencia (ECDD) (Anexo IX) en pacientes en estadio inicial. Dicho estudio concluye que la MADRS y la ECDD, distinguieron eficazmente a los sujetos deprimidos con EA, de los no deprimidos. Ambas escalas se pueden utilizar para evaluar los síntomas depresivos, en pacientes con inicio temprano de EA ⁽³⁶⁾.

Suele recomendarse la aplicación de estas escalas cuando la puntuación del Mini Mental State Examination (MMSE) sea igual o inferior a 18 puntos ⁽¹⁸⁾. Se considera que cuando el nivel cognoscitivo está comprometido, la validez de los autoinformes está muy reducida, por lo que será preferible optar por los otros medios de valoración.

Con respecto a los autorregistros y observación conductual, en los casos en que deben ser cubiertos por los cuidadores, se les deben ofrecer una serie de pautas para distinguir la presencia de posibles síntomas depresivos. Se les pedirá que evalúen la expresión facial que, en el caso de personas deprimidas, denota decepción, desesperanza y temor. Las comisuras bucales se inclinan hacia abajo y la mirada permanece fija. Los grupos de músculos antagonistas muestran cierto desequilibrio, con contracción ligera de flexores y

abductores, de tal manera que aparece la llamada “actitud de flexión” de la depresión ⁽²⁶⁾.

Por lo que se refiere a las limitaciones de los instrumentos para la evaluación psicológica de la depresión en a EA, cabe destacar que algunos carecen de grupos de referencia para este tipo de población, y que determinados factores como la presencia de enfermedades físicas, la toma de medicamentos, el nivel cognitivo del sujeto, su escolaridad y el lenguaje utilizado en algunas de estas pruebas, pueden conducir intepretaciones equivocadas ⁽²⁰⁾.

2.2.5- Evaluación de la calidad de vida

Una forma indirecta de evaluar la presencia de síntomas depresivos consiste en la utilización de instrumentos que midan la calidad de vida (CV), teniendo en cuenta la relación directa existente entre ambas entidades.

A partir de estudios cualitativos en los que se ha recogido información de las propias personas con demencia, de cuidadores y de profesionales, se han construido diversas escalas para la medición de la CV.

Un incremento en la CV tras la implementación de una intervención podría deberse a los beneficios de la terapia en sí, a la interacción social con pares y al aumento del nivel de energía ligado al aumento de la capacidad para hacer tareas ⁽³⁷⁾.

Estas escalas incluyen aspectos comunes como son aspectos relacionados con las actividades de la vida diaria, aspectos psicológicos y sociales. La evaluación de la CV en personas con demencia ayuda a reducir el estigma, a considerar la persona como tal, e introduce un elemento humanístico en los sistemas de salud y

social. Se trata de una de las variables resultado más importantes para estudiar la eficacia de intervenciones en personas con demencia ⁽³⁸⁾.

Es conveniente realizar la evaluación de la CV a través de escalas autoaplicadas, ya que las personas próximas tiende a subestimar dicho constructo ⁽³⁹⁾. Se considera que las personas con demencia leve-moderada son informantes adecuados de sus propios estados subjetivos, tanto de la percepción de su CV como de su estado de salud, y que facetas hasta ahora omitidas en la evaluación de estas personas, como las relaciones personales y disfrutar de la vida, deben considerarse, tanto en la práctica clínica diaria como en ensayos clínicos, ya que son importantes y están relacionadas con la CV ⁽³³⁾.

2.2.6- Tratamiento

En la actualidad existe consenso en considerar más eficaces aquellos modelos de intervención que combinan los tratamientos farmacológicos y los no farmacológicos para personas con EA ⁽⁴⁰⁾. Sin embargo, no está clara la mejor manera de implementarlos. Se considera que los fármacos tienen una eficacia limitada en este contexto y conllevan el riesgo de efectos secundarios significativos.

Se debe tener en consideración que la presencia de síntomas depresivos claros en un paciente con demencia puede remitir de manera espontánea en períodos relativamente breves de tiempo en un porcentaje elevado de casos. Esta característica clínica común puede tener implicaciones significativas a la hora de diseñar estrategias terapéuticas en estos pacientes. Para algunos autores puede establecerse la consideración de tratar o no estos síntomas, especialmente en lo que a utilización de psicofármacos se refiere, en función del tiempo de duración de los mismos; concretamente,

episodios depresivos de menos de 4 semanas de duración podrían ser susceptibles de no recibir un tratamiento psicofarmacológico, salvo lógicamente aquellos casos en los que estuvieran presentes síntomas de gravedad como riesgo de suicidio, aparición de conductas regresivas como el rechazo activo de la ingesta con riesgo de deshidratación y desnutrición, la agitación asociada o la presencia de episodios depresivos previos que requiriesen ser tratados ⁽¹⁸⁾.

2.2.6.1.- Terapias no farmacológicas en la enfermedad de Alzheimer

Dentro del campo de las terapias no farmacológicas (TNF) dirigidas a las personas con EA, algunas han demostrado reportar beneficios en el área psicológica.

En esta línea, se destaca la importancia de reducir la preocupación por los trastornos de memoria ⁽⁴¹⁾, en el diseño de intervenciones, por lo que éste se considera un importante factor a tener en cuenta.

Los programas de intervención deben romper la dinámica de apatía y aislamiento, estimulando las facultades mejor conservadas y enlenteciendo la prognosis, aspectos considerados de gran relevancia en el diseño de TNF ⁽⁴²⁾.

A continuación se analizan TNF que han demostrado eficacia en la mejoría de la sintomatología depresiva de pacientes con depresión y EA, como son: las intervenciones psicológicas, musicoterapia, yoga, terapias de estimulación cognitiva, terapia de validación de intervención sensorial.

Intervenciones psicológicas.

Orgeta et al ⁽⁴³⁾ en una revisión sistemática compararon la intervención psicológica para las personas con EA, con la atención habitual. Las intervenciones psicológicas utilizadas se basaron en la terapia cognitivo-conductual (TCC), el asesoramiento y la terapia psicodinámica interpersonal. Se encontró evidencia de que la intervención psicológica puede reducir los síntomas depresivos en las personas con demencia. También hubo evidencia de que la TCC puede reducir los síntomas de ansiedad en personas con demencia leve. Debido a la imprecisión de los resultados, no se puede concluir si los tratamientos psicológicos tienen un efecto sobre la calidad de vida, la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria, los síntomas psiquiátricos generales, o la cognición, y en el estado anímico de los cuidadores de los pacientes, ya que la mayoría de los estudios no midieron estos resultados. El pequeño número de estudios y las diferencias entre ellos en el tipo y duración del tratamiento, hacen que sea difícil sacar conclusiones generales, sobre la mejor manera de aplicar la intervención psicológica en personas con demencia, que presenten síntomas depresivos o de ansiedad.

Musicoterapia.

El efecto de otras técnicas, como la musicoterapia, también ha sido estudiado, para la mejora de los síntomas de ansiedad y depresión en las personas con EA. En el caso concreto de la musicoterapia se ha localizado un estudio controlado aleatorizado, que tenía por objeto evaluar los efectos de esta técnica, sobre la ansiedad y la depresión, con pacientes con EA moderada. Entre los resultados obtenidos, se encuentran mejoras significativas en ansiedad y depresión, en el grupo de musicoterapia, con respecto al grupo control. Estos resultados confirman el efecto valioso de la musicoterapia sobre la ansiedad y depresión en pacientes con EA ⁽⁴⁴⁾.

Yoga.

El yoga ha demostrado beneficios sobre variables psicológicas, como la depresión y la ansiedad, así como sobre variables físicas y funcionales en pacientes con EA. En las sesiones de yoga se combina el movimiento físico, los ejercicios respiratorios y las técnicas de relajación ⁽⁴⁵⁾.

Terapia de Estimulación Cognitiva.

Se encontraron resultados favorables sobre las variables de rendimiento cognitivo global y calidad de vida tras la aplicación de Terapias de Estimulación Cognitiva (TEC). Estos resultados positivos pueden asociarse al conjunto de distintas técnicas utilizadas dentro de las sesiones de la TEC sustentadas en otras terapias psicosociales, que a su vez también han presentado resultados favorables, tales como la terapia de reminiscencia, la terapia de valoración, la terapia de orientación a la realidad y estimulación cognitiva activa. A modo de ejemplo, en relación con la “terapia de orientación a la realidad”, una mejoría en la orientación se traduce en una mejor comprensión y adaptación al medio que les rodea, conduciendo potencialmente a un aumento de la sensación y percepción de control, autoeficacia y autoestima, y con ello a una mejoría psicológica del paciente ⁽³⁸⁾.

Las TEC consiguen una reducción significativa de los síntomas de apatía y depresión. Aplicando técnicas de Entrenamiento Cognitivo, el 75% de los sujetos del grupo experimental mantuvo o mejoró su estado de ánimo al finalizar el tratamiento. Con la Rehabilitación Cognitiva, se obtuvo una reducción significativa de los síntomas de ansiedad y depresión ⁽⁴⁰⁾.

Terapia de Validación.

Por lo que se refiere a la Terapia de Validación, que se basa en el principio general de aceptación de la realidad y de la verdad personal de la experiencia ajena, clásicamente utilizada para el manejo de los síntomas depresivos en la EA, no hay pruebas suficientes de ensayos aleatorios para poder establecer conclusiones acerca de su eficacia ⁽⁴⁶⁾.

Intervención Sensorial.

La intervención sensorial también ha conseguido mejorías en el estado psicológicos de los pacientes ⁽⁴⁷⁾. Se trata de una técnica desarrollada por terapeutas ocupacionales, cuya base conceptual radica en brindar estimulación sensorial organizada para producir comportamientos adaptativos y cuyo uso se ha generalizado en grupos de poblaciones con daño cerebral ⁽⁴⁸⁾.

Un aspecto a tener en cuenta en el diseño de intervenciones, desde el punto de vista sensorial, son las severas dificultades para el reconocimiento de las expresiones faciales en las personas con EA. La única emoción que reconocen aún en estados moderados, es la de felicidad. La rabia y la tristeza se ven afectadas desde los estados leves y el reconocimiento de la expresión de miedo se altera sólo en los estados moderados de la enfermedad. Los déficits en el procedimiento del reconocimiento de las expresiones faciales probablemente puede afectar la comunicación no verbal y las relaciones interpersonales, además de generar confusión cognitiva, desorientar la conducta social y, consecuentemente, afectar la calidad de vida de los pacientes con EA. Estos resultados indican que es necesario incluir intervenciones focalizadas en el reconocimiento de las emociones, desde estadios iniciales ⁽⁴⁹⁾.

Los resultados de una revisión sistemática y metanálisis del campo de las TNF en la EA señalan que pueden contribuir de forma realista y asequible a la mejora y administración de cuidados en la EA, tanto de los enfermos como de los cuidadores. Al contrario de lo que sucede con los fármacos, las intervenciones no farmacológicas suelen ser de bajo coste, centrándose el gasto en recursos humanos, y no en el empleo de costosas tecnologías o fármacos. Esto implica que las terapias no farmacológicas que hayan demostrado su eficacia podrán ser aplicadas de forma económica en países en vías de desarrollo ⁽⁵⁰⁾.

2.2.6.2.- Intervenciones psicológicas dirigidas adultos deprimidos

Se ha realizado una revisión de estudios en esta línea, a objeto de valorar una posible adaptación, a la población de pacientes con depresión y demencia.

Concretamente, se han analizado los beneficios en esta población de las siguientes técnicas: terapia cognitivo- conductual, terapias conductuales de tercera generación, psicoterapia positiva, terapias de optimización selectiva por compensación, enfoque de crecimiento postraumático, y estrategias de afrontamiento del estrés.

Terapia Cognitivo- Conductual.

Se trata de un término excesivamente amplio ya que incluye variadas técnicas terapéuticas, tales como la psicoeducación, la reestructuración cognitiva, las técnicas basadas en el condicionamiento clásico y operante, la solución de problemas o el entrenamiento en habilidades.

La Terapia Cognitivo- Conductual (TCC) parece ser la terapia respaldada por una mayor cantidad de evidencia en población adulta

general y también, particularmente, en la población de personas mayores de 60 años. Se trata de una terapia empíricamente validada para la depresión, algo que resulta de crucial importancia, dadas las limitaciones y complicaciones del tratamiento farmacológico de esta patología en esta población. En este sentido, cabe mencionar los efectos secundarios de los fármacos que pueden limitar la capacidad funcional de las personas mayores, así como ocasionar problemas neuropsicológicos como la afectación de la memoria, de la coordinación y de la atención, que pueden incrementar el riesgo de caídas y fracturas. Los primeros estudios que mostraron eficacia de la TCC en el tratamiento de la depresión en personas mayores se realizaron en los años ochenta del siglo pasado. Además, existen datos que avalan la eficacia de la TCC en el tratamiento de la depresión en personas con demencia, con deterioro cognitivo y en personas mayores frágiles y con problemas graves de salud ⁽⁵¹⁾, por lo que parece que su adaptación resultaría válida para la población objeto del presente proyecto.

Tabla VI. Aspectos a tener en cuenta en el diseño de intervenciones desde la Terapia Cognitivo Conductual dirigidas a personas mayores.

- Poseer un profundo conocimiento sobre el proceso de envejecer.
- Estar familiarizado con las particularidades del entorno social y las circunstancias vitales.
- Conocer los problemas más frecuentes que suelen afrontar.
- Entender la importancia del contexto familiar.
- Valorar la presencia habitual de enfermedades físicas.
- Indagar acerca de la existencia de importantes diferencias de tipo cultural o educativo.
- Incluir de forma explícita el reconocimiento y la valoración del conocimiento y las destrezas adquiridas por la persona mayor a lo largo de su vida.
- Ayudar al paciente a identificar los recursos personales que podrán serle útiles para conseguir los objetivos terapéuticos.
- Centrarse en el análisis y desafío de las distorsiones cognitivas presentes en esquemas cognitivos generales altamente elaborados y amplios.

Fuente: Elaboración propia a partir de Márquez et al (2013) ⁽⁵¹⁾.

Dentro de la TCC cabe realizar una mención especial de:

1. Intervenciones Psicoeducativas: Son consideradas como uno de los procedimientos más efectivos para reducir el malestar de los cuidadores de personas con demencia. Sin embargo, y a pesar de que mediante ellas se obtienen beneficios significativos para la salud de los cuidadores, es un hecho aceptado que su éxito ha sido limitado. De ahí la necesidad de establecer vías de mejora de dichos programas ⁽⁵²⁾.

2. TCC para la modificación de pensamientos disfuncionales: Se realizaron investigaciones dirigidas a cuidadores de personas con demencia. Se destacan los beneficios de la importancia de intervención sobre pensamientos poco adaptativos ⁽⁵³⁾.

3. Programas de Solución de Problemas: Se aplicaron a cuidadores y estaban orientados al manejo de los comportamientos problemáticos del enfermo ⁽⁵³⁾.

Las Terapias Conductuales de Tercera Generación.

Bajo este epígrafe, se agrupan enfoques terapéuticos que proponen un replanteamiento contextual de la TCC, enfatizando la importancia del contexto en el que tiene lugar la conducta problemática y las funciones de ésta, más que la topografía de los síntomas. Centrando la atención en las personas mayores, en esta población pueden apreciarse con claridad esos cambios y pérdidas no modificables que suelen ocurrir en su vida. La vejez trae asociado de forma inevitable un declive físico expresado en cambios físicos y funcionales que, aunque pueden retrasarse o minimizarse con estilos de vida activos y hábitos saludables, suelen aparecer en alguna medida a partir de un determinado momento. Asimismo, las personas mayores son protagonistas de pérdidas irreparables de personas

queridas, de etapas maravillosas en sus vidas y roles o funciones que han sido fundamentales para ellos. De este modo, la importancia de la aceptación de experiencias aversivas se pueden apreciar con plena intensidad en la etapa de la vejez. De hecho, numerosos estudios demuestran que las personas mayores más satisfechas con sus vidas son las que presentan una mayor aceptación psicológica de los cambios asociados al envejecimiento ⁽⁵⁴⁾.

Dentro de las Terapias Conductuales de Tercera Generación, se distinguen:

1. Terapia basada en atención plena o mindfulness. Se trata de la terapia de este grupo que ha sido objeto de un mayor número de experiencias con población mayor hasta la fecha. Se ha encontrado que el entrenamiento de las personas mayores en atención plena se asocia con incrementos en su nivel de bienestar emocional: depresión, ansiedad y estrés. Potencia el contacto con el momento presente y la conciencia de las experiencias vitales cotidianas, que puede ser una estrategia terapéutica de gran utilidad para ayudar a las personas a hacer frente a una enfermedad propia. Este enfoque ha sido analizado en cuidadores de personas con demencia, midiendo su efecto sobre los niveles de malestar psicológico y de sobrecarga, obteniéndose resultados positivos ⁽⁵⁴⁾. Se considera que este tipo de intervención puede tener un efecto positivo sobre los niveles de malestar psicológico y sobrecarga en familiares cuidadores principales de enfermos con demencia tipo Alzheimer ⁽⁵⁵⁾.

2. Terapia Dialéctico Conductual. Ha sido adaptada para el tratamiento de la depresión en las personas mayores. Esta terapia está centrada en la mejora del sentido de identidad personal, la potenciación de habilidades necesarias para la solución de problemas, la regulación de las emociones y el adecuado funcionamiento interpersonal ⁽⁵⁴⁾. Utilizada conjuntamente con la medicación

antidepresiva, ha mostrado ser eficaz en el tratamiento de personas mayores con depresión mayor ⁽⁵¹⁾.

3. Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT): Se centra en ayudar a las personas a aceptar las cosas que no pueden ser cambiadas de un modo que le permita seguir activos y comprometidos con sus valores vitales ⁽⁵⁴⁾. Se postula que diversos trastornos psicológicos comparten la estructura funcional de la evitación experiencial, o tendencia a no establecer contacto con las experiencias internas aversivas y las situaciones que las generan. Esta tendencia muestra una relación directa con los niveles de malestar emocional, depresión y ansiedad en las personas mayores. Para tratar esta problemática, el enfoque ACT propone enseñar a los pacientes a potenciar su capacidad de aceptar las experiencias aversivas inmodificables para poder seguir llevando a cabo las actividades que les permitan continuar caminando en dirección a sus valores. Dado que las personas mayores experimentan situaciones que no se pueden modificar como las pérdidas de seres queridos, el declive de la capacidad física y funcional, el enfrentamiento a enfermedades crónicas propias o las dificultades con un familiar cercano, este enfoque puede resultar especialmente relevante a la hora de abordar la evaluación y la intervención psicológica en este grupo población ⁽⁵¹⁾.

Psicoterapia Positiva.

La terapia en base a la psicología positiva para pacientes con depresión, tiene un enfoque derivado de la felicidad y el optimismo, favoreciendo que las personas piensen en forma positiva y no se centren en las patologías. De esta manera, se busca educar al paciente con el objetivo de hacer este cambio permanente, transformando su estilo cognitivo y de este modo disminuyendo las probabilidades de recaídas las cuales son frecuentes en este trastorno ⁽⁵⁶⁾.

Terapias de la Optimización Selectiva por Compensación (SOC).

Las Terapias de Optimización Selectiva por Compensación (SOC) están basadas en la idea de que las personas pueden aprender a optimizar su forma de funcionar, aprendiendo a seleccionar cuidadosamente las metas a perseguir y las acciones para alcanzarlas, renunciando, cuando sea necesario, a seguir persiguiendo objetivos inalcanzables. El centrarse en los objetivos alcanzables, optimizar el funcionamiento en esas áreas y compensar las limitaciones a través de diversas estrategias, teniendo siempre claro el nivel máximo posible de funcionamiento al que se puede llegar, son modos excelentes de adaptarse a los cambios producidos por el envejecimiento ⁽⁵¹⁾.

Enfoque del crecimiento postraumático o crecimiento ante la adversidad.

Este enfoque está relacionado con la estrategia de potenciar la sabiduría reflexionando sobre las experiencias dolorosas ya vividas y lo aprendido en ellas, analizando y trayendo a la reflexión actual los aspectos psicológicos positivos que se tienen gracias a ellas; por ejemplo, el cambio en la percepción de uno mismo. Básicamente se trata de ayudar a los pacientes a generar secuencias, en las que las experiencias dolorosas son transformadas en experiencias de crecimiento. El terapeuta les ayuda a integrar sus experiencias dolorosas y a interpretar los acontecimientos vitales pasados básicamente negativos en sus narrativas personales como parte de sus historias de vida que sentaron la base de aprendizajes fundamentales y de un cambio significativo y positivo en la comprensión de uno mismo y del mundo ⁽⁵¹⁾.

Estrategias de afrontamiento del estrés.

Se analizaron los beneficios de esta técnica en cuidadores de pacientes con EA. El estrés del familiar está relacionado con las características de la situación de cuidado, con la valoración que él realice de la misma y con los recursos personales que pone en marcha frente a ella. Por lo tanto las estrategias de afrontamiento son eficaces en función de la situación a la que se aplican más que por la propia conducta en sí ⁽⁵⁷⁾.

2.2.6.3.- Intervención desde la Terapia Ocupacional

La intervención de Terapia Ocupacional (TO) dirigida a atenuar los síntomas depresivos en personas con EA, debe basarse en la visualización del paciente como un individuo con una historia singular de valores e intereses, actividades vitales y patrones de vida diaria. Desde el modelo de persona- ambiente-ocupación, la persona se considera como un ser singular con habilidades innatas para el desempeño. Es posible que sea incapaz de aprender nuevas habilidades, pero las antiguas habilidades y los hábitos suelen estar profundamente arraigadas y se pueden utilizar durante mucho tiempo mientras la enfermedad progresa ⁽⁵⁸⁾.

El Modelo Canadiense de Desempeño Ocupacional es una perspectiva de abordaje que puede colaborar en el manejo de los síntomas psicológicos y conductuales en la demencia, ya que le otorga facultades y habilita a las personas, tomando en cuenta sus necesidades particulares. Las ocupaciones proveen de estructura a la vida, forman hábitos y regulan las relaciones afectivas con el resto de personas y con el medio. El uso de actividades adaptadas a las capacidades preservadas y sus intereses puede minimizar o eliminar las conductas problemáticas tales como la depresión, la agitación y ansiedad, por medio de adecuaciones ambientales y entrenamiento a los cuidadores sobre técnicas de manejo y comunicación ⁽⁵⁸⁾.

2.3.- Los cuidadores de personas en enfermedad de Alzheimer

La complejidad del concepto del sobrecarga del cuidador del paciente con demencia ha dado lugar a un gran número de pruebas de evaluación, empleando diferentes enfoques ⁽⁵⁹⁾.

Los cuidadores informales presentan dificultades para la interacción social y poseen bajos índices de apoyo social percibido. Se considera que ambos aspectos correlacionan con no haber recibido ningún tipo de asesoría en relación con la enfermedad y el cuidado del paciente con demencia, y con no conocer o no disponer de acceso a redes de apoyo ⁽¹¹⁾.

2.4.- Las asociaciones de familiares

Desde la sospecha de un posible caso de demencia hasta que concretamente ese paciente es diagnosticado y recibe una intervención y/o tratamiento son varios los agentes implicados en su abordaje, concretamente ⁽⁶⁰⁾.

- a) Los familiares.
- b) Los profesionales sanitarios (equipo de atención primaria y equipo de atención especializada) y sociales.
- c) Las asociaciones de familiares de afectados.
- d) Las administraciones públicas relacionadas
- e) Las entidades públicas, privadas y/o concertadas prestadoras de servicios.

El presente estudio se realizará en la Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer de A Coruña (AFACO). Nace en el año 1995 con el amplio objetivo de minimizar las grandes consecuencias de las personas que padecen este mal y sus familias, en aquel entonces desconocidas para la población general y por los poderes públicos en particular, lo que generaba un marco de desamparo y desprotección a los afectados.

Está integrada dentro de la Federación Gallega de enfermos de Alzheimer (FAGAL), y la Confederación Española de Familiares de Enfermos de Alzheimer (CEAFA).

Desde sus inicios, AFACO se erige como un referente autonómico en la atención a las demencias, siendo de las primeras entidades creadas en Galicia. Desde estos primeros momentos se destaca por dotar de los más altos niveles de calidad cada uno de los proyectos desarrollados

En la actualidad, se configura como un recurso especializado en la atención a personas con demencia y sus familias en la ciudad de A Coruña y su área metropolitana, una población en la que la escasez de recursos hace que, en más de un 85% de los casos, los enfermos sean atendidos exclusivamente por sus familias, con el consiguiente perjuicio económico, laboral, social y de salud que ello comporta en los cuidadores y que repercute directamente en el enfermo.

Los profesionales que componen la plantilla de AFACO, han planificado, gestionado y ejecutado numerosos proyectos enmarcados dentro de la atención social y terapéutica, dirigidos a las personas afectadas por una demencia y sus familias, con el apoyo de todos sus socios, entidades públicas, organismos privados y organizaciones sin ánimo de lucro.

Los programas desarrollados a lo largo de estos años son de muy diversa índole, si bien cabe destacar los que siguen:

- Servicio de atención y primera acogida a personas afectadas.
- Información y asesoramiento en recursos sociales.
- Orientación jurídico-legal.
- Asesoramiento en productos de apoyo y adaptaciones funcionales del hogar.
- Grupos de autoayuda para familiares.
- Atención psicológica individual para familiares.
- Transporte adaptado.
- Formación especializada.
- Elaboración y publicación de guías y manuales de ayuda a familias.
- Colaboración en proyectos de investigación.
- Centros especializados en la aplicación de TNF: Centro Terapéutico de San Diego, Centro Terapéutico de Salvador de Madariaga y Centro de Día Barrio de las Flores, los tres en la ciudad de A Coruña.

La base de la atención prestada en AFACO reside en la filosofía preventiva de cada una de sus intervenciones y en la atención temprana a enfermos y familiares. Dadas las características de esta enfermedad, es en las primeras fases de manifestación de la misma, cuando las familias precisan de un mayor esfuerzo por parte de las diferentes entidades públicas y privadas, para contar con la asistencia en los diferentes ámbitos afectados por esta patología: sanitario, social, psicológico, ... etc.

Es en este primer momento cuando los enfermos deben iniciar de modo pautado el tratamiento no farmacológico, que les permita mantener durante el mayor tiempo posible las capacidades para poder desenvolverse de forma autónoma.

En la Figura 1 se presenta el organigrama actual de AFACO.

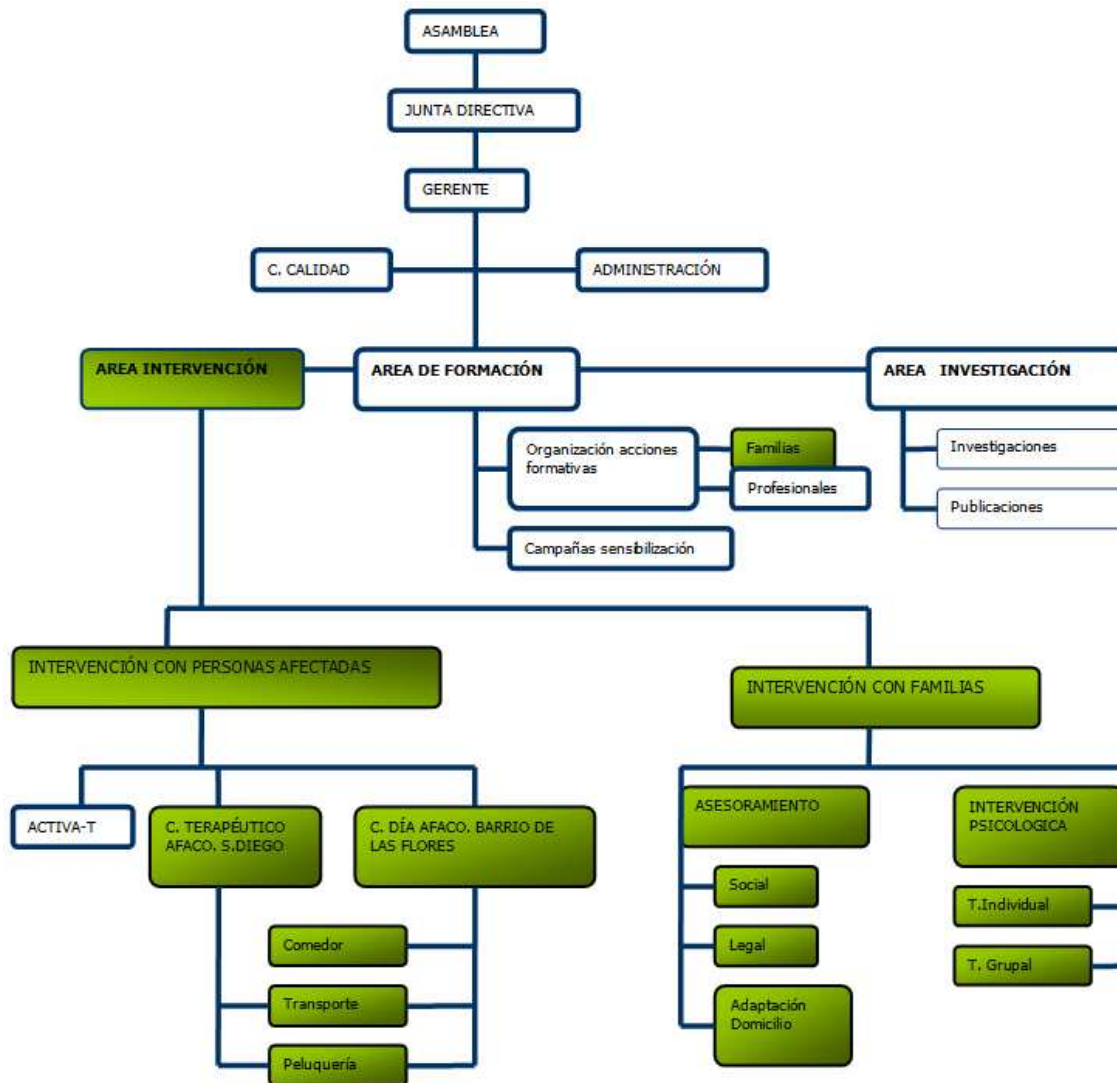


Figura 1. Organigrama de la Asociación de Familiares de enfermos de Alzheimer de A Coruña. Fuente: Elaboración propia. En color verde se detallan las acciones dirigidas a personas afectadas y sus familias.

2.5.- Antecedentes: Conclusiones

Como conclusiones de lo expuesto con anterioridad cabe destacar que:

- La alta prevalencia de sintomatología depresiva en la demencia y el uso de psicotrópicos sugieren que son necesarios nuevos enfoques de intervención ⁽⁶¹⁾.
- Los efectos secundarios de los fármacos antidepresivos pueden limitar la capacidad funcional, ocasionar problemas neuropsicológicos como la afectación de la memoria, de la coordinación y de la atención, y pueden incrementar el riesgo de caídas y fracturas ⁽⁵¹⁾.
- Diferentes estudios revelan importantes efectos en la salud de los síntomas depresivos coadyuvantes a la EA en los pacientes y en sus cuidadores ⁽⁶²⁾.
- Un mejor conocimiento de los factores que pueden predecir los síntomas depresivos en la EA permitirá establecer estrategias que permitan su abordaje. Los estudios llevados a cabo son escasos con lo que se deben llevar a cabo más investigaciones que contribuyan a mejorar su comprensión ⁽⁶³⁾.
- Las terapias psicológicas con familiares, a objeto de ayudarles a comprender y sobrellevar mejor la enfermedad, están abundantemente documentadas, algo que no ha ocurrido en el caso de la intervención psicológica con personas afectadas.
- La depresión en la EA está asociada con una menor calidad de vida, una mayor mortalidad y una mayor carga para el cuidador. El tratamiento exitoso de la depresión en la EA, contribuye a mejorar el estado de ánimo y la calidad de vida de los pacientes, así como la carga del cuidador principal ⁽²⁷⁾.
- Esta situación contrasta con el infradiagnóstico, que impera en la situación actual ⁽¹⁴⁾. Por lo que se hace patente la necesidad de más investigación, para mejorar el diagnóstico y las opciones terapéuticas ⁽²⁷⁾, que poder ofrecer a las personas afectadas por depresión y EA.

3. BIBLIOGRAFÍA

- (1) Rodríguez RM, Cigarán M, Puente CP. Análisis de programas de intervención psicosocial en cuidadores de pacientes con demencia. *Inform Psiquiat.* 2006; 184: 173-186.
- (2) Pedraza C. Neuropsicología del envejecimiento y las demencias. *Psychological Writings.* 2013; 6 (3): 1-4.
- (3) Custodio EN, Herrera DE, Lira DE, Montesinos R, Linares Y, Bendezú L. Deterioro cognitivo leve: ¿dónde termina el envejecimiento normal y empieza la demencia? *A Fac Med.* 2012; 73 (4): 321-330.
- (4) Gil P, Martín FJ. Consideraciones geriátricas de las enfermedades neurodegenerativas. *Medicine.* 2006; 9 (62): 4011-4020.
- (5) American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders.* 4ª ed. Washington: American Psychiatric Association; 1994.
- (6) World Health Organization. *The ICD-10 Classification of mental and behavioural disorders.* Geneva: World Health Organization; 1992.
- (7) Garré J, López S, Montserrat S, Pericot I, Turon A, Lax C. Viabilidad de un registro de demencias: características clínicas y cobertura diagnóstica. *Rev Neurol.* 2007; 44 (7): 385-391.
- (8) Herrera M, Hernández ME, Manzo J, Aranda GE. Enfermedad de Alzheimer: inmunidad y diagnóstico. *Rev Neurol.* 2010; 51 (3): 153-164.
- (9) Organización Mundial de la Salud. Depresión [acceso 30 de abril de 2014] Disponible en: <http://www.who.int/topics/depression/es/>

- (10) Balmón C, Dorado JA. Detección y prevalencia de trastornos depresivos geriátricos en atención primaria. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* 2004; 90: 9-20.
- (11) Pabón DK, Galvis MJ, Cerquera AM. Diferencias en el apoyo social percibido entre cuidadores informales y formales de pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Psicología desde el Caribe.* 2014; 31 (1): 59-77.
- (12) Slachevsky A, Fuentes P. Síntomas psicológicos y conductuales asociados a demencias: actualización terapéutica. *Rev Med Chile.* 2005; 133: 1242-1251.
- (13) López-Pousa S, Vilalta-Franch J, Garre-Olmo J, Pons S, Cucurella MG. Caracterización y prevalencia de los síntomas psicológicos y conductuales en pacientes con demencia. *Rev Neurol.* 2007; 45 (11): 683–688.
- (14) Amore M, Tagariello P, Laterza C, Savoia EM. Subtypes of depression in dementia. *Arch Gerontol Geriatr.* 2007; 44 (1): 23–33.
- (15) Chiu P-Y, Steffens D, Chen P-K, Hsu Y-C, Huang H-T, Lai T-J. Depression in Taiwanese patients with Alzheimer's disease determined by the National Institutes of Mental Health Provisional Criteria. *Int Psychogeriatr.* 2012; 24 (8): 1299–1305.
- (16) Vital TM, Hernandez SS, Stein AM, Garuffi M, Corazza DI, de Andrade LP, et al. Depressive symptoms and level of physical activity in patients with Alzheimer's disease. *Geriatr Gerontol. Int.* 2012; 12 (4): 637–642.
- (17) Rosness TA, Barca ML, Engedal K. Occurrence of depression and its correlates in early onset dementia patients. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2010; 25(7): 704-711.
- (18) Sociedad Española de Psiquiatría y Sociedad Española de Neurología. Documento consenso SEP-SEN. Depresión en pacientes con enfermedades neurológicas. Madrid: Grupo SANED; 2012.

- (19) Guerra MA, Llibre JC, Perera E. Síntomas psicológicos y conductuales en pacientes con demencia. *Revista Habanera de Ciencias Médicas* [Internet]. 2009 [cited 2014 Apr 28]; 8 (1). Available from: <http://estudiosterritoriales.org/articulo.oa?id=180414030018>
- (20) Arango JC, Fernández-Guinea S. Depresión en la enfermedad de Alzheimer. *Rev Lat Am Psicol.* 2003; 35 (1): 41-54.
- (21) Usman S, Chaudhary H, Asif A, Yahya M. Severity and risk factors of depression in Alzheimer's disease. *J Coll Physicians Surg Pak.* 2010; 20(5): 327-330.
- (22) Lladó A, Molinuevo JL. Impacto psicológico del diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer. *Rev Neurol.* 2008; 23 (5): 294-298.
- (23) Benoit M, Berrut G, Doussaint J, Bakchine S, Bonin-Guillaume S, Frémont P, et al. Apathy and depression in mild Alzheimer's disease: a cross-sectional study using diagnostic criteria. *J. Alzheimers. Dis.* 2012;31(2): 325–334.
- (24) Izquierdo E, Fernández E, Sitias M, Elias M, Chesa D. Depresión y riesgo de demencia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.* 2003 (87): 31-52.
- (25) Alcalá V, Camacho M, Giner J. Afectos y depresión en la tercera edad. *Psicothema.* 2007; 19 (1): 49-56.
- (26) Canto HG, Castro EK. Depresión, autoestima y ansiedad en la tercera edad: un estudio comparativo. *Enseñanza e Investigación en Psicología.* 2004; 9 (2): 257-270.
- (27) Appleby B, Roy P, Valenti A, Lee H. Diagnosis and treatment of depression in Alzheimer's disease: impact on mood and cognition. *Panminerva Med.* 2007; 49(3): 139-149.

- ⁽²⁸⁾ Engedal K, Barca ML, Laks J, Selbaek G. Depression in Alzheimer's disease: specificity of depressive symptoms using three different clinical criteria. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2011; 26 (9): 944–951.
- ⁽²⁹⁾ Vilalta-Franch J, Garre-Olmo J, López-Pousa S, Turon-Estrada A, Lozano-Gallego M, Hernández-Ferrándiz M, Pericot-Nierga I, Feijóo-Lorza R. Comparison of different clinical diagnostic criteria for depression in Alzheimer disease. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2006 Jul;14 (7): 589-597.
- ⁽³⁰⁾ Even C, Weintraub D. Case for and against specificity of depression in Alzheimer's disease. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2010; 64 (4): 358-366
- ⁽³¹⁾ Téllez JM, Villena A, López-Torres JD, Morena S, López C. Síntomas conductuales y psicológicos de la demencia: ¿cómo tratarlos? *Rev Clin Med Fam*. 2005. 1 (1): 39-47.
- ⁽³²⁾ Olin JT, Schneider LS, Katz IR, Meyers BS, Alexopoulos GS, Breitner JC, et al. Provisional diagnostic criteria for depression of Alzheimer disease. *Am J Geriatr Psych*. 2002 (10): 125-131.
- ⁽³³⁾ Lucas- Carrasco R, Però M, March J. Calidad de Vida Global en personas con demencia. *Rev Neurol* 2011; 52: 139-146.
- ⁽³⁴⁾ Carvalho JO, Tan JE, Springate BA, Davis JD. Self-reported depressive syndromes in mild cognitive impairment and mild Alzheimer's disease. *Int Psychogeriatr*. 2013; 25 (3): 439–444.
- ⁽³⁵⁾ Lucas-Carrasco R. Spanish version of the Geriatric Depression Scale: reliability and validity in persons with mild-moderate dementia. *Int Psychogeriatr*. 2012; 24 (8): 1284–1290.
- ⁽³⁶⁾ Leontjevas R, Hooren S van, Mulders A. Montgomery-Asberg Depression Rating Scale and the Cornell Scale for Depression in Dementia: a validation study with patients exhibiting early-onset. *Am J Geriatr Psych*. 2009; 17(1) :19–20.

- (37) Lucas- Carrasco R. Calidad de vida en personas con demencia: revisión de escalas específicas de autoevaluación. *Med Clin*. 2012; 138 (8): 349-354.
- (38) Miranda Castillo C, Mascayano Tapia F, Roa Herrera A, Maray Ghigliotto F, Serraino Guerra L. Implementación de un programa de estimulación cognitiva en personas con demencia tipo Alzheimer: un estudio piloto en chilenos de tercera edad. *Universitas Psychologica*. 2013; 12(2): 445-455.
- (39) Crespo López M, Hornillos Jerez C, Bernardo De Quirós Aragón M, Gómez Gutiérrez MM. La evaluación de la calidad de vida en personas con demencia. *Rev Esp Geriatr Gerontolog*. 2011; 46: 319-324.
- (40) García-Alberca JM. Las terapias de intervención cognitiva en el tratamiento de los trastornos de conducta en la enfermedad de Alzheimer. Evidencias sobre su eficacia y correlaciones. *Neurología*. 2012. DOI: 10.1016/j.nrl.2012.10.002.
- (41) Gates N, Valenzuela M, Sachdev PS, Fiatarone Singh MA. Psychological well-being in individuals with mild cognitive impairment. *Clin Interv Aging*. 2014 May 8; 9: 779-92.
- (42) Ruiz M, Reina A. El papel del psicólogo en la enfermedad de Alzheimer. *Papeles del Psicólogo*. 2000; 76: 3-8.
- (43) Orgeta V, Qazi A, Spector AE, Orrell M. Psychological treatments for depression and anxiety in dementia and mild cognitive impairment. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 1. Art. N°.: CD009125.
- (44) Guetin S, Portet F, Picot MC, Pommie C, Messaoudi M, Djabelkir L et al. Effect os music therapy on anxiety and depression in patients with Alzheimer´s type dementia: randomised controlled study. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2009; 28 (1): 36-46.

- (45) Quintero E, Rodríguez MC, Guzmán LA, Llanos OG, Reyes A. Estudio piloto: efectos de un programa de hatha-yoga sobre variables psicológicas, funcionales y físicas en pacientes con demencia tipo alzheimer. *Psychologia. Avances de la disciplina*. 2001; 5 (2): 45-56.
- (46) Neal M, Briggs M. Terapia de validación para la demencia. En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008. Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>
- (47) Monsalve AM, Rozo CM. Integración sensorial y demencia tipo Alzheimer: principios y métodos para la rehabilitación. *Rev Col Psiqui*. 2009; 38 (4): 717-738.
- (48) Monsalve AM, Rozo CL. Aproximación conceptual al uso de la integración sensorial en personas con demencia tipo Alzheimer. *Rev Col Psiqui*. 2007; 36 (2): 320-331.
- (49) Zapata LP. Reconocimiento de las expresiones faciales emocionales en pacientes con demencia tipo Alzheimer de fase leve a moderada. *Psicología desde el Caribe*. 2008 (21): 64-84.
- (50) Eficacia de las terapias no farmacológicas en la enfermedad de Alzheimer. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2010; 30: 161-178.
- (51) Márquez M, Romero R. Intervención psicológica en personas mayores desde el paradigma cognitivo- conductual y aportaciones recientes desde las terapias de tercera generación. 2013: 40 (Supl 3): 30-39.
- (52) Losada A, Montorio I. Pasado, presente y futuro de las intervenciones psicoeducativas para cuidadores familiares de personas mayores dependientes. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2005; 40:
- (53) Losada Baltar A. Eficacia diferencial de dos intervenciones psicoeducativas para cuidadores de familiares con demencia. *Rev Neurol*. 2004; 38 (8): 701-708.

- ⁽⁵⁴⁾ Márquez M. Nuevas herramientas para la intervención psicológica con personas mayores: la tercera generación de terapias conductuales. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2010; 45: 247-249.
- ⁽⁵⁵⁾ Franco C, Sola MM, Justo E. Reducción del malestar psicológico y de la sobrecarga en familiares cuidadores de enfermos Alzheimer mediante la aplicación de un programa de entrenamiento en Mindfulness (conciencia plena). *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2010; 45: 252-258.
- ⁽⁵⁶⁾ Cuadra A, Veloso C, Ibergaray M, Rocha M. Resultados de la psicoterapia positiva en pacientes con depresión. *Ter Psicol.* 2010; 28 (1): 127-134.
- ⁽⁵⁷⁾ Tartaglini MF, Hoffman SD, Stefani D. Sentimiento de sobrecarga y afrontamiento en cuidadores familiares principales de pacientes con demencia. *Rev Arg Clin Psychol.* 2010; 19 (3): 221-226.
- ⁽⁵⁸⁾ Rodríguez J, Fajardo J. Sobre la contribución de la terapia ocupacional en el manejo no farmacológico de los síntomas psicológicos y conductuales asociados a la demencia. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional.* 2012; 12 (2): Disponible en: <http://www.tecnovet.uchile.cl/index.php/RTO/article/view/25307/26630>
- ⁽⁵⁹⁾ Martín M, Domínguez A, Muñoz P, González E, Ballesteros J. Instrumentos para medir la sobrecarga en el cuidador informal del paciente con demencia. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2013; 48: 276-284.
- ⁽⁶⁰⁾ Fernández- Lanao V, Crespo M. Resiliencia, personalidad resistente y crecimiento en cuidadores de personas con demencia en el entorno familiar: una revisión. *Clínica y Salud.* 2011; 22 (1): 21-40.
- ⁽⁶¹⁾ Domínguez Orozco ME. Coordinación sociosanitaria y evaluación integral en demencias: el rol de las asociaciones de familiares de enfermos de Alzheimer. *Papeles del Psicólogo.* 2013; 34 (2): 123-131.

⁽⁶²⁾ Stewart R, Hotopf M, Dewey M, Ballard C, Bisla J, Calem M, Fahmy V, Hockley J, Kinley J, Pearce H, Saraf A, Begum A. Current prevalence of dementia, depression and behavioural problems in the older adult care home sector: the South East London Care Home Survey. *Age Ageing*. 2014. doi: 10.1093/ageing/afu062

⁽⁶³⁾ Porta-Etessam J, Tobaruela-González JL, Rabes-Berendes C. Depression in patients with moderate Alzheimer disease: a prospective observational cohort study. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 2011; 25 (4): 317–325.

⁽⁶⁴⁾ Arbus C, Gardette V, Cantet CE, Andrieu S, Nourhashémi F, Schmitt L, et al. Incidence and predictive factors of depressive symptoms in Alzheimer's disease: The REAL. FR study. *J Nutr Health Aging*. 2011; 15 (8): 609-617.

4. HIPÓTESIS

La intervención psicológica en personas afectadas por la EA y por síntomas depresivos conseguirá mejorar su calidad de vida y la de sus familiares cuidadores.

5. OBJETIVOS

El objetivo general de este estudio consiste en evaluar la eficacia de la intervención psicológica sobre la calidad de vida de las personas afectadas por la EA con síntomas depresivos y sus familiares cuidadores.

Como objetivos específicos, pueden señalarse:

- Identificar los síntomas depresivos que aparecen en personas afectadas por la EA.
- Determinar la posible asociación entre los síntomas que presenta la persona con EA y las fases de la enfermedad en las que aparecen con una mayor frecuencia.
- Analizar cómo perciben los pacientes su estado emocional.
- Evaluar la eficacia de la intervención psicológica sobre el estado emocional de las personas afectadas de EA.
- Demostrar si la posible mejoría del paciente, tras la aplicación del programa, se relaciona con menores niveles de estrés y de sobrecarga, así como con una mejora de la calidad de vida, en sus familiares cuidadores.
- Diseñar una valoración e intervención psicológicas, dentro de los Procesos del Sistema de Gestión de Calidad de los Centros de atención a personas con EA de AFACO.

6. METODOLOGÍA

6.1. Tipo de estudio.

La investigación tendrá como objetivo evaluar la eficacia del tratamiento de intervención psicológica, en comparación con la TEC, técnica que ha demostrado conseguir una reducción significativa de los síntomas de depresión, tal y como se ha señalado en el apartado de antecedentes ⁽⁴⁰⁾.

El proyecto será desarrollado desde una doble metodología, cuantitativa y cualitativa, que se exponen en detalle a continuación.

6.1.1. Ensayo clínico aleatorizado y controlado

Se realizará un ensayo clínico aleatorizado y controlado, con asignación al azar a un grupo experimental o control. Este diseño se incluye dentro de los estudios analíticos experimentales

En cada Centro de AFACO, se asignarán aleatoriamente, a un grupo control y a un grupo experimental, los usuarios que además de padecer la EA, presenten sintomatología depresiva. Por tanto, sólo participarán en el estudio los pacientes con EA y síntomas depresivos.

6.1.2. Metodología Cualitativa

El proyecto sigue igualmente un paradigma cualitativo, a objeto de analizar en profundidad cuál es la sintomatología depresiva, presente en los pacientes que acuden a los Centros de AFACO y tomarla como base para el diseño de una intervención individualizada y centrada en cada caso en particular. Con tal fin, para complementar

las puntuaciones obtenidas en los test de evaluación, se considera necesario realizar una entrevista estructurada con el paciente y con su familiar de referencia, al inicio y al final de la intervención.

Se considera pertinente incluir esta metodología, debido a la inexistencia de un amplio volumen de investigación acerca de la especificidad de los síntomas depresivos en la EA, por tratarse de un tema relevante desde el punto de vista social y porque el estudio traerá consigo implicaciones, desde el punto de vista práctico, de aplicación clínica. En la revisión bibliográfica, ha podido constatarse la escasez de estudios cualitativos en esta área, debido a que la mayor parte de las investigaciones siguen un enfoque cuantitativo, lo que lleva a considerar que este tipo de abordaje aportará información relevante, para el objeto de estudio.

Se ha optado por una metodología fenomenológica-interpretativa. Dicha decisión se basa, en que en el estudio, se toma la experiencia o vivencias subjetivas de cada sujeto, como base del conocimiento, pretendiendo describir y entender los fenómenos, en este caso la sintomatología depresiva coadyuvante a la EA, desde el punto de vista de cada participante. Como se indicó con anterioridad, la entrevista en profundidad será el método principal de recogida de datos; en la misma el investigador escuchará de tal manera que la persona haga una introspección para averiguar la esencia o cómo se siente íntimamente.

6.2. Ámbito de realización

El estudio se llevará a cabo en AFACO. Esta entidad cuenta, en la actualidad, con tres Centros de Atención a Personas con EA, en la ciudad de A Coruña. En los mismos, ofrece una atención especializada e integral, a 185 usuarios, cuando se encuentran a su máxima ocupación.

El objetivo de la asistencia de los usuarios a los Centros, es conseguir enlentecer el avance de la demencia, a través de la aplicación de diferentes terapias no farmacológicas, implementadas por un equipo técnico interdisciplinar, formado por: enfermera, fisioterapeuta, logopeda, psicólogo, terapeuta ocupacional y trabajadora social.

Dichas técnicas son aplicadas de forma individual y en grupos homogéneos, alternando ambas modalidades de intervención.

En la actualidad, se están implementando diferentes talleres y actividades basadas, entre otras, en las técnicas de Estimulación Cognitiva, Musicoterapia, Psicomotricidad, Laborterapia y Estimulación Sensorial. En todos los casos, se trata de técnicas de eficacia contrastada, para la estimulación de personas con demencia.

6.3. Población de estudio

Los Centros de AFACO disponen de capacidad para dar cobertura terapéutica a 185 personas afectadas por la EA.

En la Tabla VII se muestra la distribución de usuarios según la fase de la enfermedad en la que se encuentran en los dispositivos de la asociación.

Tabla VII. Distribución de usuarios según fases en los Centros de la Asociación de Familiares de enfermos de Alzheimer de A Coruña

Centro AFACO de San Diego: 45 usuarios.	Grupo de Mañana: 30 usuarios en fase leve, divididos en dos grupos.	
	Grupo de Tarde: 15 usuarios en fase leve-moderada.	
Centro Terapéutico AFACO Salvador de Madariaga: 80 usuarios	Grupo de Mañana: 40 usuarios	En fase leve- moderada, en ambos casos, divididos en tres grupos, en función del grado concreto de deterioro cognitivo.
	Grupo de Mañana: 40 usuarios	
Centro de Día AFACO Barrio de las Flores: 60 usuarios	En fase moderada- avanzada, divididos en dos grupos, en función del grado de deterioro cognitivo.	

Fuente: Elaboración propia.

6.4. Período de estudio

El estudio se desarrollará de abril de 2014 a junio de 2015.

6.5. Proceso de selección

En la tabla VIII se recogen los criterios de inclusión y de exclusión.

Tabla VIII. Criterios de inclusión y de exclusión.

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Acudir a los Centros de AFACO	Tener un elevado grado de deterioro cognitivo (estadío GDS 6 o 7).
Otorgar consentimiento para participar en la investigación	No poseer capacidad de expresión verbal
Obtener una puntuación superior a 18 en el Mini Examen Cognoscitivo de Lobo (MEC) (Anexo X) equivalente a un grado de deterioro cognitivo moderadamente grave.	
Obtener una puntuación mayor de 8 en la Escala de Cornell, indicativa de trastorno depresivo	

Fuente: Elaboración propia.

Los criterios de exclusión vienen determinados por la imposibilidad de introspección derivada de ambas condiciones.

La selección de la muestra se realizará siguiendo los pasos señalados en la figura 2:

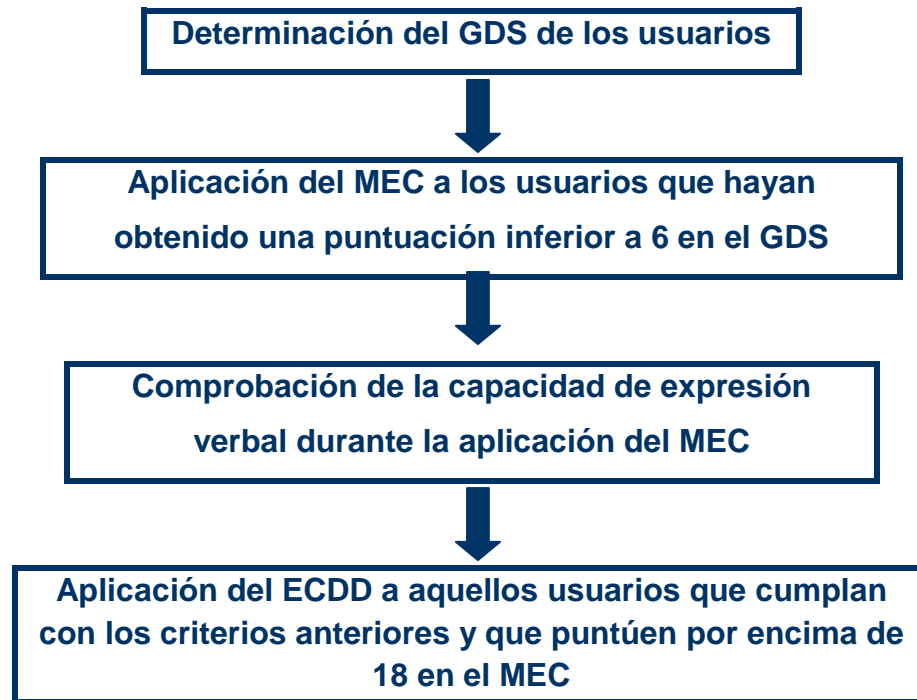


Figura 2. Procedimiento para la selección de la muestra. Fuente: Elaboración propia.

GDS: Global Deterioration Scale de Reisberg. MEC: Mini Examen Cognoscitivo de Lobo. ECDD: Escala de Cornell de Depresión en Demencia.

6.6. Variables de estudio

6.6.1. Persona afectada

La variable principal es:

- Nivel de calidad de vida a través del Test de Calidad de Vida Euroqol-5d (Anexo XII).

Las variables secundarias son:

- Variables sociodemográficas: sexo, edad, estado civil, tener o no tener hijos, unidad de convivencia (vive solo/acompañado), nivel de estudios.

- Diagnóstico de principales patologías.
- Tratamiento farmacológico actual.
- Fecha de inicio de tratamiento no farmacológico en los Centros de AFACO.
- Nivel de deterioro cognitivo, según el GDS.
- Puntuación en sintomatología depresiva según la ECDD.
- Información cualitativa referida a la sintomatología depresiva, obtenida a partir de una entrevista semiestructurada.

6.6.2. Cuidador

En este caso, la variable principal es:

- Nivel de calidad de vida propio, a través del Test de Calidad de Vida EuroQoL 5d.

Las variables secundarias son:

- Variables sociodemográficas: sexo, edad, estado civil, tener o no tener hijos, unidad de convivencia (vive solo/acompañado), nivel de estudios.
- Nivel de sobrecarga de cuidados, medida a través de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit (Anexo XI).

6.7. Mediciones

6.7.1. Medición inicial.

Una vez seleccionada la muestra a través de la comprobación del cumplimiento de los criterios de inclusión y de exclusión, se realizará una medición inicial de las variables principales y de las variables secundarias, que aparece reflejada en la tabla IX.

Tabla IX. Procedimiento de evaluación inicial de las variables principales y secundarias.

1. Revisión de las historias clínicas de los usuarios.	a) Informe médico	Sexo Edad Enfermedades principales que presenta la persona con EA. Patologías psiquiátricas previas o actuales Tratamiento farmacológico actual
	b) Contrato de incorporación al Centro	Fecha de inicio del TNF en AFACO
	c) Historia social	Estado civil Número de hijos Unidad de convivencia actual
	d) Historia ocupacional	Nivel de estudios
2. Entrevista con el usuario	<p>Se seguirá el guión de entrevista semiestructurada recogido en el Anexo XIII, con el objetivo de obtener información cualitativa referida a la sintomatología depresiva, que complemente los datos de la ECDD, pasada con anterioridad, durante la comprobación de los criterios de inclusión.</p> <p>Se utilizará el Test de Calidad de Vida EuroQoL 5d, para la valoración de la calidad de vida del usuario.</p>	
3. Entrevista con el familiar	<p>Se recogerán datos sociodemográficos: sexo, edad, estado civil, número de hijos, unidad de convivencia y nivel de estudios.</p> <p>Se seguirá el guión de entrevista semiestructurada recogida en el Anexo XIV. El familiar responderá a las preguntas acerca del estado del usuario.</p> <p>Se utilizará la Escala Sobrecarga del Cuidador de Zarit y el Test de Calidad de Vida EuroQoL-5d, para la valoración de la calidad de vida del familiar.</p>	

Fuente: Elaboración Propia.

Con los datos obtenidos a través de la revisión de la historia clínica y de la entrevista con el usuario, se cumplimentará el Cuestionario de evaluación inicial del usuario, recogido en el Anexo XV, que además recogerá las puntuaciones en los test: GDS, MEC y ECDD, pasados al usuario para la comprobación de los criterios de inclusión y exclusión.

Con los datos recogidos en la entrevista con el familiar, se cumplimentará el Cuestionario de evaluación inicial del familiar, recogido en el Anexo XVI.

6.7.2. Mediciones intermedias.

Durante las 16 semanas de intervenciones, se realizarán 3 mediciones intermedias, coincidiendo con la última semana de cada mes. Concretamente, se efectuará una observación participante de los usuarios en las terapias, que tendrá como objetivo detectar posibles comportamientos que sean indicativos de un estado de ánimo depresivo. La información será registrada en el Anexo XVII, inmediatamente después de las sesiones de estimulación. Se solicitará la autorización pertinente (ver Aspectos Éticos) para la elaboración de registros de vídeo, que faciliten el análisis detallado de las actitudes de los usuarios durante las terapias.

Las mediciones intermedias tienen como objetivo realizar comprobaciones de la eficacia del programa, que permitan introducir modificaciones, en la línea de mejora continua y ajuste a las necesidades de los participantes.

6.7.3. Medición final.

La medición final de las variables se desarrollará según lo indicado en la Tabla X.

Tabla X. Procedimiento de evaluación final de las variables principales y secundarias.

1. Entrevista con el usuario	<p>Se realizará la aplicación final de los siguientes test de evaluación:</p> <ul style="list-style-type: none">- GDS.- MEC- ECDD- Test de Calidad de Vida EuroQoL-5d. <p>Se seguirá el guión de entrevista semiestructurada, utilizada en la valoración inicial.</p> <p>Se utilizará un Cuestionario de satisfacción con el programa (Anexo XIX), con el objetivo de medir el grado de conformidad de los usuarios con las intervenciones desarrolladas.</p>
2. Entrevista con el familiar	<p>Se realizará la aplicación final de los siguientes test de evaluación:</p> <ul style="list-style-type: none">- Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit.- Test de Calidad de Vida Euroqol-5d. <p>Se seguirá el guión de entrevista semiestructurada, utilizada en la valoración inicial.</p>

Fuente. Elaboración propia.

Con los datos obtenidos en ambas entrevistas, se cubrirá el Cuestionario de Evaluación Final (Anexo XVIII).

Las entrevistas inicial y final, con el usuario y con el familiar, serán realizadas por la investigadora, psicóloga, terapeuta ocupacional y responsable de calidad y de formación en AFACO, desde hace 11

años. El otro psicólogo de la asociación, experto en el campo de las demencias, registrará los datos por escrito.

Se han diseñado entrevistas en profundidad monotemáticas, en las que el entrevistador controla el ritmo de la misma, en función de las respuestas obtenidas y sigue un esquema general y flexible de preguntas, en cuanto al orden, contenido y formulación. El entrevistador puede alterar, si es preciso, el orden y la forma de las preguntas de los guiones, añadiendo nuevas si es preciso, y explica cuanto haga falta el sentido de las preguntas, algo fundamental en el caso de pacientes con EA, que pueden tener alterada su capacidad de comprensión verbal.

Las entrevistas permiten investigar los pensamientos negativos que sufren las personas afectadas por la EA en estadio inicial y moderado, y los síntomas depresivos que auto-informan ellas mismas, por una parte, y que observan sus familiares, por otra. La información proporcionada por las familias será fundamental, de cara a complementar la aportada por los propios enfermos que, en ocasiones, tendrán dificultades para realizar una introspección, como consecuencia de la demencia que padecen.

La información recogida durante la investigación, a través de los distintos métodos indicados con anterioridad, será ordenada y relacionada entre sí, y con los fundamentos teóricos de la investigación. Concretamente, se realizará un análisis paradigmático de los datos, con el objetivo de establecer posibles generalizaciones, al respecto de la muestra total de usuarios. Además del interés que supone disponer de la definición de la sintomatología depresiva concreta en cada paciente de cara al diseño de intervenciones centradas en sus necesidades, resulta sumamente atractiva la posibilidad de establecer posibles generalizaciones, lo que permitiría trazar una línea general básica, de evaluación e intervención psicológica, a incluir dentro de los Procesos del Sistema de Gestión de Calidad de AFACO, que después se adaptaría a cada usuario en concreto.

6.8. Intervención

Intervención del grupo experimental.

El grupo experimental recibirá una intervención psicológica en dos sesiones semanales, de 1 h de duración, durante 16 semanas, entre el 1 de septiembre y al 19 de diciembre de 2014.

Intervención del grupo control.

El grupo control recibirá terapia de estimulación cognitiva en las mismas condiciones, en cuanto a horarios, duración y frecuencia de las sesiones que el grupo experimental ^(38, 40). Después de finalizar la investigación, los participantes del grupo control, si así lo desean, recibirán la intervención del grupo experimental.

En la Tabla XI se presenta el plan de intervención psicológica.

Tabla XI. Plan de intervención psicológica.

	Fase inicial	Fase intermedia	Fase final
Objetivos	<p>Explicar los objetivos y contenido de la terapia</p> <p>Establecer una relación terapéutica adecuada con cada individuo y un clima de grupo agradable</p> <p>Entrenar en habilidades sociales deficitarias</p>	<p>Identificar y modificar distorsiones cognitivas, pensamientos automáticos disfuncionales y creencias irracionales</p>	<p>Analizar el cumplimiento de los objetivos terapéuticos</p> <p>Elaborar un plan de prevención de recaídas</p>
Intervenciones	<p>Adquisición de habilidades terapéuticas</p> <p>Intervenciones psicoeducativas</p>	<p>Técnicas de reestructuración cognitiva</p> <p>Terapia de solución de problemas</p> <p>Terapia de aceptación y compromiso</p> <p>Psicoterapia positiva para el incremento de la autoestima</p> <p>Estrategias de afrontamiento del estrés</p>	<p>Revisión de lo aprendido en la terapia, de los logros conseguidos y su ajuste con los objetivos planteados</p> <p>Ensayos de conducta dentro del plan de prevención de recaídas</p>
<p>Refuerzo positivo de la participación en la terapia, del cumplimiento de tareas y de la calidad con la que se han realizado</p>			

Fuente: Elaboración propia.

6.9. Justificación del tamaño muestral

Deseamos evaluar si la intervención afectiva es mejor que la terapia de actividad cognitiva, utilizada habitualmente como terapia no farmacológica, como tratamiento de los síntomas depresivos, en pacientes con EA.

Sabemos, por datos previos, que la eficacia de la terapia de actividad cognitiva en el tratamiento de los síntomas depresivos, se sitúa alrededor del 37%, según consta en evaluaciones de eficacia, llevadas a cabo en los Centros de AFACO. Consideramos clínicamente relevante si el nuevo tratamiento, es decir, si la intervención afectiva, alivia los síntomas depresivos en un 60%.

Fijando un nivel de confianza del 95% (test bilateral) y un poder estadístico de un 80%, se precisa una muestra de 57 pacientes, en cada uno de los grupos.

Teniendo en cuenta que, según algunos estudios a los que se hizo referencia en con anterioridad, la sintomatología depresiva afecta a, aproximadamente, un 66% de los pacientes con demencia, y siendo la población total de pacientes de los Centros de AFACO, de 185 personas, se puede suponer que padecerán síntomas depresivos coadyuvantes a la demencia, 122 pacientes, aproximadamente.

Dichos pacientes, en el caso de cumplir los criterios de inclusión, se asignarían aleatoriamente a los grupos control y experimental, 61 pacientes a cada grupo, con lo que, si fuese el caso, se cumpliría con el requisito establecido del tamaño muestral).

6.10. Plan de Análisis

El análisis de datos se realizará con la herramienta computacional R- Commander.

Se calcularán las medias, desviaciones estándar y las distribuciones de frecuencia (frecuencia absoluta y porcentaje relativo) para describir las características de los sujetos de cada grupo al inicio y al final de la investigación.

Se aportará información sobre el número inicial de participantes, número de pérdidas posteriores (retiradas y abandonos, y su causa), y número de participantes que completan el ensayo en cada grupo.

Inicialmente se realizará un estudio descriptivo de los resultados obtenidos. Posteriormente se emplearán procedimientos de inferencia estadística mediante el contraste de hipótesis para valorar la significación de las diferencias encontradas entre los grupos de la muestra, utilizando intervalos de confianza del 95% (riesgo $\alpha=0,05$), y se asumen como significativos aquellos valores de p inferiores a 0,05.

Para muestras independientes, los métodos paramétricos requieren que las observaciones en cada grupo provengan de una distribución aproximadamente normal con una variabilidad semejante, de modo que si los datos disponibles no verifican tales condiciones, se utilizarán procedimientos no paramétricos.

Para evaluar el ajuste a la distribución normal se utilizará el test de Kolmogorov-Smirnov y el test de Shapiro-Wilks. Para comprobar que las varianzas de ambos grupos son iguales se empleará la prueba F y el test de Levene.

El análisis de las variables cualitativas se realizará mediante el cálculo de proporciones o porcentajes. Si la variable de respuesta sigue una escala cualitativa ordinal, se empleará el test U de Mann-Whitney.

El análisis de las variables cuantitativas se realizará mediante el cálculo de sus medidas de centralización y dispersión. Para el contraste de medias de una variable cuantitativa dependiente con una cualitativa independiente dicotómica se utilizará el test estadístico T de Student para dos muestras independientes. Si no se cumplen las condiciones necesarias para su aplicación, se utiliza la prueba no paramétrica equivalente: la U de Mann-Whitney.

6.11. Limitaciones

- Con el fin de limitar el sesgo del entrevistador se utilizarán cuestionarios estructurados y la investigadora realizará un entrenamiento previo en el uso y administración de los diferentes instrumentos de evaluación.
- Con respecto al sesgo de selección, consistente en las pérdidas de usuarios durante el programa, no se prevé que suponga una importante limitación, teniendo en cuenta el reducido número de bajas que se producen mensualmente en los Centros de AFACO.
- Los resultados sólo se podrán generalizar a personas con EA que reciben una intervención especializada en un centro de día, asociación o recurso de atención similar.
- Han sido excluidas del estudio personas con DCL, por lo que en próximas investigaciones será interesante incluirlas, con el objetivo de mejorar la calidad de vida y el estado emocional de usuarios que, en un alto porcentaje, llegarán a desarrollar una demencia.

7. PLAN DE TRABAJO

La intervención se desarrollará entre el 1 de septiembre y el 19 de diciembre de 2014, lo que supone 16 semanas.

Tabla X. Plan de trabajo

Actividades	2014									2015		
	2º trimestre			3er trimestre			4º trimestre			1er trimestre		
	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar
Elaboración de la propuesta	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Presentación de la propuesta	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Planificación	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Intervención	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Evaluación continua	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Análisis e interpretación de datos	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Elaboración de informe	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Divulgación	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

Fuente: Elaboración propia.

8. ASPECTOS ÉTICOS

El desarrollo del proyecto se realizará respetando las Normas de Buena Práctica Clínica, los principios éticos fundamentales establecidos en la Declaración de Helsinki y el Convenio de Oviedo, así como los requisitos establecidos en la legislación española en el ámbito de la investigación.

Se plantea la anonimización como un requisito. Se proporcionará información sobre la investigación y se solicitará consentimiento informado a los participantes (consultar modelo en el Anexo XXIV):

- En el caso de pacientes en estadio moderado de la demencia (GDS 5), con incapacidad para la toma de decisiones, se les entregará la Hoja informativa (Anexo XXII) a sus familiares, así como el consentimiento informado para representante legal (Anexo XXV).
- En el caso de pacientes en estadio inicial de la demencia (GDS 4), que tienen conservada la capacidad de toma de decisiones, se les hará entrega, además de lo indicado en el punto anterior, de la Hoja de información al paciente adulto estadio inicial (Anexo XXI) y se les solicitará consentimiento informado. Por tanto, en este caso, se informará y se solicitará consentimiento a paciente y cuidador. Se entiende que en estadios moderados, el enfermo no dispondrá de capacidad cognitiva para la comprensión de los aspectos relativos a la investigación.
- En el caso de los familiares se les entregará hoja informativa acerca de su participación (Anexo XXIII) y consentimiento informado.

En todo momento, se seguirá el Código Deontológico del Colegio Oficial de Psicólogos de Galicia.

A petición de la investigadora, se solicitará un informe acerca del estudio, al Comité Autonómico de Ética de la Investigación de Galicia. El compromiso de la investigadora principal se recoge en el Anexo XX.

Se seguirá la siguiente normativa:

- Ley de Protección de Datos de Carácter Personal (Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre)
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre (básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica)
- Ley 3/2001, de 28 de mayo, (reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes)
- Ley 3/2005, de 7 de marzo, de modificación de la Ley 3/2001 y el Decreto 29/2009 de 5 de febrero, por el que se regula el acceso a la historia clínica electrónica.

9. APLICABILIDAD

Se pretende generar un plan de intervención psicológica que sea aplicable en centros terapéuticos, de estimulación o de día, especializados para la atención de personas afectadas por la EA en estadio leve y moderada. Se medirá la eficacia de las diferentes técnicas utilizadas, con el fin de objetivar cuáles deben ser incluidas en futuros programas desarrollados en esta línea.

También sería posible aplicarlo en unidades de demencia, incluidas en residencias geriátricas.

Como se indicó en el apartado de limitaciones, resultaría muy conveniente validar su uso en los pacientes con DCL, por su alta probabilidad de evolución a demencia.

Además, algunas de las técnicas podrían emplearse dentro de unidades de atención temprana, de las asociaciones de familiares, en las que se realice un apoyo a la comunicación del diagnóstico, en colaboración con los servicios sanitarios especializados y de referencia de los pacientes.

10. PLAN DE DIFUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Se presenta una propuesta de congresos para la difusión de los resultados de la investigación a la comunidad científica. Se sitúan en el ámbito de la EA, psicología, TO, medicina, neurología y población mayor.

- Congreso de la Sociedad Gallega de Geriatria y Gerontología (SGXX). Anual.
- Congreso de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG). Anual.
- Jornadas Interdisciplinarias de la Federaciones de Asociaciones Gallegas de Familiares de Enfermos de Alzheimer (FAGAL). Anuales.
- European Network Therapist in Higher Education (ENOTHE). Anual.
- Council of Occupational Therapist for the European Countries (COTEC). Anual.

Se propone su publicación en revistas científicas de los ámbitos citados con anterioridad. Figura entre paréntesis el factor de impacto recogido en el Journal Citation Report (JCR) del año 2012, publicado por el Institute for Scientific Information (ISI): Actas españolas de psiquiatría (0.452), Anales de psicología (0.552), Behavioural Psychology- Psicología conductual (0.800), Estudios de psicología (0.304), Gaceta sanitaria (1.116), International journal of clinical and health psychology (2.102), Medicina clínica (1.399), Neurología (1.322), Psicológica (0211-2159): 0.709. Psicothema (0.961), Revista de neurología (1.179), Revista de psiquiatría y salud mental (0.667), Spanish journal of psychology (0.827), American Journal of Occupational therapy (1.47).

Además, de las anteriores, también se incluye dentro de la programación de divulgación la Revista de Terapia Ocupacional de Galicia.

11. FINANCIACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

11.1.- Recursos Necesarios.

1. Infraestructura: El proyecto se desarrollará en los Centros de AFACO por lo que no se derivarán gastos vinculados a infraestructura.

2. Recursos humanos: Para el desarrollo del proyecto será preciso contar con un terapeuta ocupacional y psicólogo, encargado de la implementación de las actividades vinculadas a la evaluación e intervención, y de un psicólogo, encargado de apoyar la recogida y análisis de datos. Estos profesionales ya forman parte de la plantilla del Centro, sin embargo su participación en el proyecto, no interferirá en el desarrollo habitual de sus tareas y, por tanto, será presupuestada.

3. Material fungible e inventariable, y la distribución presupuestaria del mismo, se indica en la tabla XIII Se deberá disponer de materiales propios para el proyecto, claramente diferenciados de los propios de la asociación.

Tabla XIII. Financiación da Investigación.

1. Gasto de Personal		1 terapeuta ocupacional: 1975,7 €/mes	17.781,30 €
*Importes brutos		1 psicólogo: 1855,19 €/mes	16.696,71 €
2. Bienes y servicios	a. Material inventariable	2 Ordenadores	1.400 €
		Impresora multifunción	150 €
	b. Material fungible	Folios, bolígrafos, tinta para impresora, archivadores, etc.	100 €
3. Viajes y dietas		Suscripción y participación en congresos	2.500 €
4. Otros		Consumo de telefonía	300 €
Total		56.709,31 €	

Fuente: Elaboración propia.

11.2.- Posibles fuentes de financiación

AFACO presenta cada año sus nuevos programas a las subvenciones convocadas por:

- Entidades públicas: Ayuntamiento de A Coruña y Diputación de A Coruña.
- Entidades privadas: Confederación Española de Asociaciones de Familiares de Enfermos de Alzheimer (CEAFA).

Este proyecto cuenta con los requisitos de novedad y aplicabilidad necesarios para optar a dichas convocatorias, que hasta la fecha, son consideradas como permanentes y de periodicidad anual.

Por lo que se refiere a los Concursos, anualmente diferentes entidades privadas establecen las bases para optar a la financiación de nuevos proyectos. Entre las más destacadas, por venirse convocando desde hace años y por el importe de la cuantía económica asignada, cabe citar:

- Fundación La Caixa.
- BBVA Territorios Solidarios.
- Fundación Iberdrola.
- Fundación Cáser.

ANEXOS

Anexo I. Criterios para el diagnóstico de demencia del Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)

1. Deterioro de la memoria, y alguna de las siguientes alteraciones:
 - A. Afasia
 - B. Apraxia
 - C. Agnosia
 - D. Deficiencia en funciones ejecutivas

2. Las alteraciones previas tienen una intensidad suficiente como para repercutir en el desarrollo de las actividades ocupacionales y/o sociales, y representan un deterioro con respecto a la capacidad previa en esas funciones.

3. Las alteraciones no aparecen exclusivamente durante un síndrome confusional agudo.

4. Evidencia clínica, o por pruebas complementarias, de que se debe a una causa orgánica o al efecto de una sustancia tóxica.

Anexo II. Criterios para el diagnóstico de demencia de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)

1. Deterioro de la memoria:

- (1) Alteración en la capacidad de registrar, almacenar y evocar información
- (2) Pérdida de contenidos mnésicos relativos a la familia o al pasado

2. Deterioro del pensamiento y del razonamiento:

A. Reducción del flujo de ideas

a. Deterioro en el proceso de almacenar información:

- i. Dificultad para prestar atención a más de un estímulo a la vez
- ii. Dificultad para cambiar el foco de atención

B. Interferencia en la actividad cotidiana

C. Nivel de conciencia normal, sin excluir la posibilidad de alteraciones episódicas

3. Las deficiencias se hallan presentes durante al menos 6 meses.

Anexo III. Criterios para el diagnóstico de enfermedad de Alzheimer del Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)

1. Desarrollo de deficiencia cognitiva múltiple, manifestada por
 - A. Alteración de memoria (aprender nueva información y evocar la ya aprendida), y
 - B. Una o más de las siguientes alteraciones cognitivas:
 - i. Afasia
 - ii. Apraxia
 - iii. Agnosia
 - iv. Alteración de funciones ejecutivas
2. Las alteraciones previas representan un deterioro con respecto a las capacidades previas del paciente, y producen dificultades significativas en las funciones ocupacional y social.
3. La evolución se caracteriza por instauración gradual y deterioro cognitivo continuo.
4. Las alteraciones expresadas en 1.A. y 1.B. no se deben a lo siguiente:
 - A. Otros trastornos del sistema nervioso central que puedan ocasionar deterioro progresivo de la memoria y de otras funciones cognitivas (por ej. enfermedad cerebrovascular, enfermedad de Parkinson, enfermedad de Huntington, hematoma subdural, hidrocefalia de presión normal, tumor cerebral).
 - B. Trastornos sistémicos que pueden ocasionar demencia (por ej. hipotiroidismo, deficiencia de vitamina B12, ácido fólico, niacina, hipercalcemia, neurosífilis, SIDA)
 - C. Intoxicaciones
5. Las alteraciones no ocurren únicamente durante un síndrome confusional agudo.
6. El trastorno no es atribuible a una alteración psiquiátrica que pudiera justificar las manifestaciones, como por ejemplo una depresión mayor o una esquizofrenia.

Anexo IV. Criterios para el diagnóstico de enfermedad de Alzheimer de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)

- a) Presencia de un cuadro demencial.
- b) Comienzo insidioso y deterioro lento. El momento exacto del inicio del cuadro es difícil de precisar, aunque los que conviven con el enfermo suelen referir un comienzo brusco.
- c) Ausencia de datos clínicos o en las exploraciones complementarias que sugieran que el trastorno mental pudiera ser debido a otra enfermedad cerebral ó sistémica capaces de dar lugar a una demencia (por ejemplo, hipotiroidismo, hipercalcemia, deficiencia de vitamina B12, deficiencia de niacina, neurosífilis, hidrocefalia normotensiva o hematoma subdural).
- d) Ausencia de un inicio apoplético, súbito o de signos neurológicos focales, tales como hemiparesia, déficits sensoriales, defectos del campo visual o falta de coordinación de movimientos, signos estos que no han tenido que estar presentes en la etapas iniciales de la enfermedad (aunque puedan superponerse a ella en períodos más avanzados).

Anexo V. Escala de Deterioro Global de Reisberg (GDS)

Es una escala fácil de realizar y que resulta muy orientativa del estado del paciente, habiendo demostrado su validez y fiabilidad, para el seguimiento evolutivo de la EA. También ha acreditado su valor pronóstico. A partir de datos observacionales durante la entrevista o en base a cuestiones planteadas al propio enfermo y, según la gravedad, al cuidador, se establece siete estadios posibles, que van desde la normalidad (GDS-1) hasta deterioro cognitivo muy grave (GDS-7). La escala define cada estadio en términos operacionales y en base a un deterioro supuestamente homogéneo. Sin embargo, dado que la secuencia de aparición de los síntomas es a menudo variable, se ha argumentado que la inclusión de un paciente en un estadio de acuerdo a un criterio rígido podría producir errores; no obstante, se trata de una de las escalas más completas, simples y útiles para la estimación de la severidad de la demencia.

GDS 1.- Ausencia de alteración cognitiva (MEC de Lobo entre 30 y 35 puntos). Se corresponde con el individuo normal:

- Ausencia de quejas subjetivas.
- Ausencia de trastornos evidentes de la memoria en la entrevista clínica.

GDS 2.- Disminución cognitiva muy leve (MEC de Lobo entre 25 y 30 puntos). Se corresponde con el deterioro de memoria asociado a la edad:

- Quejas subjetivas de defectos de memoria, sobre todo en:
 - a) Olvido de dónde ha colocado objetos familiares.
 - b) Olvido de nombres previamente bien conocidos.
- No hay evidencia objetiva de defectos de memoria en el examen clínico.
- No hay defectos objetivos en el trabajo o en situaciones sociales.
- Hay pleno conocimiento y valoración de la sintomatología.

GDS 3.- Defecto cognitivo leve (MEC de Lobo entre 20 y 27 puntos). Se corresponde con el deterioro cognitivo leve:

- Primeros defectos claros: manifestaciones en una o más de estas áreas:
 - a) El paciente puede haberse perdido en un lugar no familiar.
 - b) Los compañeros detectan rendimiento laboral pobre.
 - c) Las personas más cercanas detectan defectos en la evocación de palabras y nombres.
 - d) Al leer un párrafo de un libro retiene muy poco material.
 - e) Puede mostrar una capacidad muy disminuida en el recuerdo de las personas nuevas que ha conocido.
 - f) Puede haber perdido o colocado en un lugar erróneo un objeto de valor.
 - g) En la exploración clínica puede hacerse evidente un defecto de concentración).
- Un defecto objetivo de memoria únicamente se observa con una entrevista intensiva.
- Aparece un decremento de los rendimientos en situaciones laborales o sociales exigentes.
- La negación o desconocimiento en los defectos se hace manifiesta en el paciente.
- Los síntomas se acompañan de ansiedad discreta- moderada.

GDS 4.- Defecto cognitivo moderado (MEC de Lobo entre 16 y 23 puntos). Se corresponde con una demencia en estadio leve:

- Defectos claramente definidos en una entrevista clínica cuidadosa en las áreas siguientes:
 - a) Conocimiento disminuido de los acontecimientos actuales y recientes.
 - b) El paciente puede presentar cierto déficit en el recuerdo de su propia historia personal.
 - c) Defecto de concentración puesto de manifiesto en la sustracción seriada de siete.
 - d) Capacidad disminuida para viajes, finanzas, etc.
- Frecuentemente no hay defectos en las áreas siguientes:

- a) Orientación en tiempo y persona.
- b) Reconocimiento de personas y caras familiares.
- c) Capacidad de desplazarse a lugares familiares.
- Incapacidad para realizar tareas complejas.
- La negación es el mecanismo de defensa dominantes.
- Disminución del afecto y abandono en las situaciones más exigentes.

GDS 5.- Defecto cognitivo moderado- grave (MEC de Lobo entre 10 y 19 puntos). Se corresponde con una demencia en estadio moderado:

- El paciente no puede sobrevivir mucho tiempo sin alguna asistencia.
- No recuerda datos relevantes de su vida actual: su dirección o teléfono de muchos años, los nombres de familiares próximos (como los nietos), el nombre de la escuela, etc.
- Es frecuente cierta desorientación en tiempo (fecha, día de la semana, estación, etc) o en lugar.
- Una persona con educación formal puede tener dificultad contando hacia atrás desde 40 de cuatro en cuatro, o desde 20 de dos en dos.
- Mantiene el conocimiento de muchos de los hechos de mayor interés concernientes a sí mismo y a otros.
- Invariablemente sabe su nombre y, generalmente, el de su esposa e hijos.
- No requiere asistencia en el aseo ni en la comida, pero puede tener cierta dificultad en la elección de los vestidos adecuados.

GDS 6.- Defecto cognitivo grave (MEC de Lobo entre 0 y 12 puntos). Se corresponde con una demencia en estadio moderadamente grave:

- Ocasionalmente puede olvidar el nombre del cónyuge, del que, por otra parte, depende totalmente para sobrevivir.
- Desconoce los acontecimientos y experiencias recientes de su vida.
- Mantiene cierto conocimiento de su vida pasada, pero muy fragmentario.
- Generalmente desconoce su entorno, el año, la estación, etc.
- Puede ser incapaz de contar desde 10 hacia atrás, y a veces hacia delante.
- Requiere cierta asistencia en las actividades cotidianas.
- Puede tener incontinencia o requerir ayuda para desplazarse, pero puede ir a lugares familiares.
- El ritmo diurno está frecuentemente alterado.
- Casi siempre recuerda su nombre.
- Frecuentemente sigue siendo capaz de distinguir entre las personas familiares y no familiares de su entorno.
- Cambios emocionales y de personalidad bastante variables, como:
 - a) Conducta delirante: puede acusar de impostor a su cónyuge, o hablar con personas inexistentes, o con su imagen en el espejo.
 - b) Síntomas obsesivos, como actividades repetitivas de limpieza.
 - c) Síntomas de ansiedad, agitación, e incluso conducta violenta, previamente inexistente.
 - d) Abulia cognitiva, pérdida de deseos, falta de elaboración de un pensamiento para determinar un curso de acción propositivo.

GDS 7.- Defecto cognitivo muy grave (MEC de Lobo = 0 puntos, impracticable). Se corresponde con una demencia en estadio grave:

- Pérdida progresiva de las capacidades verbales. Inicialmente se pueden verbalizar palabras y frases muy circunscritas; en las últimas fases no hay lenguaje, únicamente gruñidos.
- Incontinencia de orina. Requiere asistencia en el aseo y en la alimentación.
- Se van perdiendo las habilidades psicomotoras básicas, como la deambulación.
- El cerebro es incapaz de decir al cuerpo lo que ha de hacer. Frecuentemente aparecen signos y síntomas neurológicos generalizados y corticales.

Anexo VI. Pautas para una correcta comunicación diagnóstica al paciente con enfermedad de Alzheimer

- 1) Determinar la etapa de la enfermedad en la que se encuentra el paciente. Si la demencia se encuentra en fase moderada o severa, el individuo difícilmente contará con las habilidades cognitivas para asumir el diagnóstico de la EA.
- 2) Si la demencia se encuentra en etapa leve, se debe determinar la capacidad del individuo para recibir el diagnóstico. La capacidad se puede determinar explorando las áreas cognitivas más relevantes para la toma de decisiones.
- 3) Evaluar aspectos afectivos. Preguntar dirigidamente síntomas de depresión y determinar si el individuo está cursando actualmente con un síndrome depresivo. Averiguar antecedentes de depresión, así como intentos de suicidio en paciente o familiares. Si el individuo está cursando con depresión se debe tratar antes de proseguir.
- 4) Evaluar la voluntad del paciente. A través de la entrevista, intentar averiguar si el individuo quiere saber la explicación final de sus problemas de memoria. Es importante también el aporte que puede hacer la familia sobre qué es lo que querría el individuo y cómo ha enfrentado las noticias en el pasado. Si el individuo expresa querer saber la causa de las alteraciones de la memoria, entonces se sugiere proceder a revelar el diagnóstico. Si el individuo no manifiesta deseo de saber la causa de sus problemas de memoria o incluso expresa en forma explícita no querer saber el diagnóstico, se debe respetar el derecho a no conocerlo.
- 5) Prestar apoyo al paciente y su familia, ya que esta última será su apoyo principal.
- 6) Explicar al paciente que producto de esta enfermedad deberá adaptar su modo de vida actual y que hay intervenciones farmacológicas y no farmacológicas que lo pueden ayudar.

Anexo VII. Criterios para el diagnóstico de episodio depresivo mayor del Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)

A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser 1 estado de ánimo depresivo o 2 pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

1. estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable

2. disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás)

3. pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día.

4. insomnio o hipersomnia casi cada día

5. agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)

6. fatiga o pérdida de energía casi cada día

7. sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)

8. disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)

9. pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Anexo VIII. Criterios para el diagnóstico de F32 Episodios depresivos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)

En los episodios depresivos típicos el enfermo que las padece sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. También son manifestaciones de los episodios depresivos:

- a) La disminución de la atención y concentración.
- b) La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- c) Las ideas de culpa y de ser inútil (incluso en las episodios leves).
- d) Una perspectiva sombría del futuro.
- e) Los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones.
- f) Los trastornos del sueño.
- g) La pérdida del apetito.

La depresión del estado de ánimo varía escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales, aunque puede presentar variaciones circadianas características. La presentación clínica puede ser distinta en cada episodio y en cada individuo. Las formas atípicas son particularmente frecuentes en la adolescencia. En algunos casos, la ansiedad, el malestar y la agitación psicomotriz pueden predominar sobre la depresión. La alteración del estado de ánimo puede estar enmascarada por otros síntomas, tales como irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias o síntomas obsesivos preexistentes o por preocupaciones hipocondríacas. Para el diagnóstico de episodio depresivo de cualquiera de los tres niveles de gravedad habitualmente se requiere una duración de al menos dos semanas, aunque períodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco.

Alguno de los síntomas anteriores pueden ser muy destacados y adquirir un significado clínico especial. Los ejemplos más típicos de estos síntomas "somáticos" (ver Introducción, página 143) son: Pérdida del interés o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras. Pérdida de reactividad emocional a acontecimientos y circunstancias ambientales placenteras. Despertarse por la mañana dos o más horas antes de lo habitual. Empeoramiento matutino del humor depresivo. Presencia objetiva de inhibición o agitación psicomotrices claras (observadas o referidas por terceras personas). Pérdida marcada de apetito. Pérdida de peso (del orden del 5 % o más del peso corporal en el último mes). Pérdida marcada de la libido. Este síndrome somático habitualmente no se considera presente al menos que cuatro o más de las anteriores características estén definitivamente presentes.

Incluye: Episodios aislados de reacción depresiva. Depresión psicógena (F32.0, F32.1 ó F32.2). Depresión reactiva (F32.0, F32.1 ó F32.2). Depresión mayor (sin síntomas psicóticos).

Anexo IX. Escala de Cornell para la depresión en la demencia (ECDD)

La puntuación se basa en síntomas y signos que se hayan manifestado durante la semana previa a la entrevista. No se ha de puntuar si los síntomas son debido a una discapacidad física o enfermedad.

Puntuación: 0= ausencia 1= moderado/intermitente 2= severo A= imposible de evaluar.

A. Signos relacionados con el estado de ánimo				
A	1	2	0	Ansiedad: expresión ansiosa, rumiación, preocupación
A	1	2	0	Tristeza: expresión triste, voz triste, tendencia a llorar
A	1	2	0	Falta de capacidad de reacción delante de situaciones desagradables
A	1	2	0	Irritabilidad: se enfada fácilmente, irascible

B. Alteraciones del comportamiento				
A	1	2	0	Agitación: intranquilidad, se retuerce las manos, se tira de los cabellos
A	1	2	0	Enlentecimiento: movimientos lentos, habla lenta, reacciones enlentecimiento
A	1	2	0	Múltiples molestias físicas (puntuar "0" si sólo presenta molestias gastrointestinales)
A	1	2	0	Pérdida de interés: menos implicado en actividades cotidianas (puntuar sólo si el cambio se ha producido de manera aguda. Por ejemplo: en menos de un mes).

C. Signos físicos				
A	1	2	0	Pérdida de apetito: come menos de lo normal
A	1	2	0	Pérdida de peso: puntuar "2" si ha perdido más de 2 kg en 1 mes
A	1	2	0	Pérdida de energía: fatiga fácil, incapaz de mantener ciertas actividades (puntuar sólo si el cambio se ha producido de forma aguda. Por ejemplo, en menos de un mes).

D. Funciones cíclicas				
A	1	2	0	Variación diurna del humor: los síntomas empeoran por la mañana
A	1	2	0	Dificultad para conciliar el sueño: se duerme más tarde de lo que es habitual en este paciente
A	1	2	0	Se despierta varias veces durante la noche
A	1	2	0	Se despierta más pronto de lo que estaba acostumbrado

D. Alteraciones del contenido del pensamiento				
A	1	2	0	Suicidio: piensa que no vale la pena vivir, deseos de suicidio o tentativas de autolisis
A	1	2	0	Baja autoestima: desprecio de sí mismo, sentimiento de culpa y sentimientos de fracaso
A	1	2	0	Pesimismo: anticipación de lo peor que podría pasar
A	1	2	0	Idealización delirante congruente con el estado de ánimo: ideas delirantes de pobreza, enfermedad o pérdida

La puntuación total se obtiene una vez se han convertido todos los A en 2 y se ha sumado:

0-8 No depresión

9-11 Depresión leve

≥ 12 Depresión grave

Anexo X. Mini Examen Cognoscitivo de Lobo (MEC)

Es test breve de cribado del deterioro cognitivo, producto de la adaptación española del instrumento original (Mini Mental State Examination –MMSE- de Folstein) por Lobo et al.

ORIENTACIÓN (10 puntos)

1.- Orientación Temporal: (5 puntos)

- Dígame el día

- Número

- Mes

- Estación

- Año

2.- Orientación Espacial: (5 puntos)

- Dígame la dirección

- Ciudad

- Provincia

- País

FIJACIÓN (3 puntos).

3.- Repita estas tres palabras: Peseta- Caballo- Manzana

Repetirlas hasta que las aprenda

CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO (8 puntos)

4.- Si tiene 30 pts y me va dando de 3 en 3, ¿cuántas le van quedando? (5 puntos)

30 – 3= 27 – 3= 24 – 3= 21 – 3= 18 – 3=

5.- Repita 5- 9- 2 (hasta que los aprenda). Ahora hacia atrás (3 puntos).

MEMORIA (3 puntos)

6.- ¿Recuerda las tres palabras que le he dicho antes?

LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN (11 puntos)

7.- Mostrar un bolígrafo: ¿Qué es esto? Repetirlo con el reloj

8.- Repita esta frase: En un trigal había cinco perros

9.- Una manzana y una pera son frutas ¿Verdad?

¿Qué son el rojo y el verde?

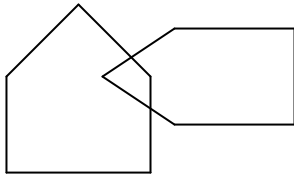
¿Qué son el perro y el gato?

10.- Coja este papel con la mano derecha, dóblelo y póngalo encima de la mesa

11.- Lea esto y haga lo que dice: Cierre los ojos

12.- Escriba una frase

13.- Copie este dibujo



PUNTUACIÓN TOTAL = 35

Anexo XI. Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit

Incluye 22 ítems que evalúan el impacto de la enfermedad sobre el estado físico, emocional y socioeconómico del cuidador.

Las puntuaciones de los ítems oscilan entre 0 (nunca), 1 (casi nunca), 2 (a veces), 3 (bastantes veces) y 4 (casi siempre) y la puntuación total entre 0 y 88. Es una escala de autoevaluación.

No existen normas ni puntos de corte establecidos. Sin embargo, suele considerarse indicativa de "no sobrecarga" una puntuación inferior a 46, y de "sobrecarga intensa" una puntuación superior a 56.

Ítem	Pregunta a realizar	Puntuación
1	¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?	
2	¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?	
3	¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?	
4	¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?	
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	
6	¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia?	
7	¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?	
8	¿Siente que su familiar depende de usted?	
9	¿Se siente agobiado cuando tiene que estar junto a su familiar?	
10	¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?	
11	¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?	
12	¿Cree que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar de su familiar?	
13	¿Se siente incómodo para invitar amigos a casa, a causa de su familiar?	
14	¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar?	
15	¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?	
16	¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	
17	¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?	
18	¿Desearía poder encargarse del cuidado de su familiar a otras personas?	
19	¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar?	
20	¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?	
21	¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?	
22	En general: ¿Se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar?	

Anexo XII. EuroQoL 5D

Se utiliza la adaptación española. Es una escala genérica de “calidad de vida relacionada con la salud”, de autoevaluación.

Tiene 5 dominios (movilidad, autocuidado, actividad diaria, dolor, ansiedad/depresión), y cada dominio tiene 3 opciones de respuesta con puntuaciones entre 0 y 1 (1= estado perfecto).

Además, tiene una “escala analógica visual”, conocida como EuroQoL VAS, con una escala entre 0 y 100, que utiliza la persona para puntuar su estado de salud (100= es el mejor estado de salud).

Marque con una cruz la respuesta de cada apartado que mejor describa su estado de salud en el día de HOY.

Movilidad

- No tengo problemas para caminar
- Tengo algunos problemas para caminar
- Tengo que estar en la cama

Cuidado Personal

- No tengo problemas con el cuidado personal
- Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme
- Soy incapaz de lavarme o vestirme

Actividades Cotidianas (ej., trabajar, estudiar, hacer las tareas domésticas, actividades familiares o actividades durante el tiempo libre)

- No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas
- Tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas
- Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas

Dolor/Malestar

- No tengo dolor ni malestar
- Tengo moderado dolor o malestar
- Tengo mucho dolor o malestar ...

Ansiedad/Depresión

- No estoy ansioso/a ni deprimido/a
- Estoy moderadamente ansioso/a o deprimido/a
- Estoy muy ansioso/a o deprimido/a ...

Anexo XIII. Entrevista. Paciente

1. A nivel global, ¿cómo se encuentra anímicamente, en el momento actual? (*Esperar respuesta*). ¿Está satisfecho con su vida?

2. Actualmente, ¿cómo es su humor? (*Esperar respuesta*). ¿Se encuentra de buen humor/animado la mayor parte del tiempo?

3. ¿Qué actividades suele realizar en su tiempo libre? (*Esperar respuesta*). ¿Con frecuencia se siente aburrido?

4. ¿Qué prefiere quedarse en casa, o salir y realizar alguna actividad? ¿Esto fue siempre así, o ha habido algún cambio últimamente?

5. ¿Qué le apetece más, estar solo o acompañado? ¿Esto siempre fue así, o ha habido algún cambio últimamente?.

6. ¿Ha abandonado alguno de sus hobbies? En caso afirmativo: ¿Qué hobbies ha dejado de hacer? ¿Por qué motivo? ¿Desde cuándo?

7. Actualmente, ¿cómo se siente a nivel de salud, tanto física como mental? ¿Considera que no es capaz de realizar alguna actividad, que antes sí que era capaz de hacerla? En caso afirmativo, ¿qué actividad?, ¿desde hace cuánto tiempo?

8. ¿Cómo se siente a nivel de fuerzas y energía para seguir su vida diaria? ¿Cómo se levanta por las mañanas? (*De requerirse explicación adicional: ¿Le cuesta trabajo levantarse por las mañanas?*)

9. ¿Con frecuencia, siente ganas o necesidad de llorar? En caso afirmativo, ¿cuáles considera que son los motivos?

10. ¿Considera que se enfada con más, menos o igual facilidad que antes?

11. ¿Tiene apetito últimamente? ¿Cóme más, menos o igual que antes? ¿Ha perdido o ganado peso?

12. ¿Cómo duerme actualmente? Esto es, ¿peor, mejor o igual que antes? ¿Le cuesta dormirse? ¿Se despierta con frecuencia?

Anexo XIV. Entrevista. Familiar

1. A nivel global, ¿cómo considera que se encuentra anímicamente su familiar, en el momento actual?
2. Actualmente, ¿su familiar se encuentra de buen humor/animado la mayor parte del tiempo?
3. ¿Qué actividades suele realizar su familiar en su tiempo libre? ¿Con frecuencia cree que se siente aburrido?
4. Su familiar, ¿prefiere quedarse en casa, o salir y realizar alguna actividad? ¿Esto fue siempre así, o ha habido algún cambio últimamente?
5. ¿Considera que a su familiar le apetece más, estar solo o acompañado? ¿Esto siempre fue así, o ha habido algún cambio últimamente?.
6. ¿Su familiar ha abandonado alguno de sus hobbies? En caso afirmativo: ¿Qué hobbies ha dejado de hacer? ¿Por qué motivo cree que ha sido? ¿Desde cuándo?
7. Actualmente, ¿cómo se encuentra su familiar a nivel de salud, tanto física como mental? ¿Considera que no es capaz de realizar alguna actividad, que antes sí que era capaz de hacerla? En caso afirmativo, ¿qué actividad?, ¿desde hace cuánto tiempo?
8. ¿Cómo se levanta su familiar por las mañanas, a nivel de fuerzas y energía?
9. ¿Su familiar llora con frecuencia? En caso afirmativo, ¿cuáles considera que son los motivos?
10. ¿Considera que su familiar se enfada con más, menos o igual facilidad que antes?
11. ¿Su familiar tiene apetito últimamente? ¿Come más, menos o igual que antes? ¿Ha perdido o ganado peso?
12. ¿Cómo duerme su familiar actualmente? Esto es, ¿peor, mejor o igual que antes? ¿Le cuesta dormirse? ¿Se despierta con frecuencia?

Anexo XV. Cuestionario inicial. Pacientes

Código:

Sexo:

Edad:

Enfermedades principales:

Patologías psiquiátricas previas o actuales:

Tratamiento farmacológico actual:

Fecha de inicio de TNF en AFACO:

Estado civil:

Nº Hijos:

Unidad de convivencia actual:

Nivel de estudios:

Test	Puntuación	Observaciones
GDS		
MEC		
Escala de Cornell		
EuroQoL 5D		

Datos más relevantes de la entrevista:

Anexo XVI. Cuestionario inicial. Familiares

Código:

Sexo:

Edad:

Estado civil:

Nº Hijos:

Unidad de convivencia actual:

Nivel de estudios:

Test	Puntuación	Observaciones
Escala de Zarit		
EuroQoL 5D		

Datos más relevantes de la entrevista:

--

Anexo XVII. Registro observación sesiones

Grupo:

Centro:

Fecha:

Participación grupal:

Grado de comprensión grupal de la intervención:

Análisis Individual:

Usuario	Actitud	Postura

Otros datos de interés:

Anexo XVIII. Cuestionario final

Código:

Paciente:

Test	Puntuación	Observaciones
GDS		
MEC		
Escala de Cornell		
EuroQoL 5D		

Datos más relevantes de la entrevista:

Interpretación de los resultados:

Familiar:

Test	Puntuación	Observaciones
Escala de Zarit		
EuroQoL 5D		

Datos más relevantes de la entrevista:

Interpretación de los resultados:

Anexo XIX. Cuestionario de Satisfacción

Le hacemos entrega de este cuestionario para medir el grado de satisfacción que tiene en relación con el **Programa de Intervención Psicológica**, desarrollado entre el 1 de Septiembre y el 19 de Diciembre de 2014.

Rogamos dedique unos minutos a cubrir este breve cuestionario y conteste con absoluta libertad, ya que es anónimo. Tenga en cuenta que para nosotros es una excelente fuente de información, de gran utilidad en nuestro proceso de mejora continua.

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

Valore los siguientes ítems siguiendo una escala de 1 (nada) a 5 (mucho).	1	2	3	4	5
1. ¿Le parecieron interesantes y amenos los contenidos de las sesiones?					
2. ¿Considera que se desarrollaron en un horario adecuado?					
3. ¿Considera que la duración de 1 hora por sesión fue adecuada?					
4. ¿Cree que ha mejorado su estado anímico general tras la participación en el programa?					
5. ¿El programa respondió a sus expectativas?					
De forma global, valore el programa de 0 a 10:					

Le gustaría participación en nuevos programas de intervención psicológica organizados por AFACO:

Sí Probablemente No

¿Cuáles considera que fueron los temas más interesantes?

Comentarios y Sugerencias.

Anexo XX. Compromiso del Investigador Principal

Dña. Elena María Viqueira Rodríguez

Centro: Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer de A Coruña (AFACO).

Hace constar:

- ✓ Que conoce el protocolo de estudio
- ✓ Que dicho estudio respeta las normas éticas aplicables a este tipo de estudios de investigación
- ✓ Que participará como investigador principal en el mismo
- ✓ Que cuenta con los recursos materiales y humanos necesarios para llevar a cabo el estudio, sin que esto interfiera con la realización de otros estudios ni con las otras tareas profesionales asignadas
- ✓ Que se compromete a cumplir el protocolo presentado y aprobado por el comité en todos sus puntos, así como las sucesivas modificaciones autorizadas por este último
- ✓ Que respetará las normas éticas y legales aplicables, en particular la Declaración de Helsinki y el Convenio de Oviedo y seguirá las Normas de Buena Práctica en investigación en seres humanos en su realización
- ✓ Que notificará al comité que aprobó el estudio datos sobre el estado del mismo con una periodicidad mínima anual hasta su finalización
- ✓ Que los investigadores colaboradores necesarios son idóneos.

En _____, a _____ de _____ de _____

Fdo.

Anexo XXI. Hoja de información al participante adulto. Estadío inicial

Título del estudio: Depresión y demencia: beneficios de la intervención psicológica en la calidad de vida de las personas afectadas y sus familias.

Investigador: Elena María Viqueira Rodríguez.

Centro: Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer de A Coruña (AFACO).

Este documento tiene por objeto ofrecerle información sobre un estudio de investigación en el que se le invita a participar. Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de ...

Si decide participar en el mismo, debe recibir información personalizada del investigador, leer antes este documento y hacer todas las preguntas que necesite para comprender los detalles sobre el mismo. Si así lo desea, puede llevar el documento, consultarlo con otras personas, y tomarse el tiempo necesario para decidir si participar o no.

La participación en este estudio es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar y, si acepta hacerlo, cambiar de parecer retirando el consentimiento en cualquier momento sin obligación de dar explicación. Le aseguramos que esta decisión no afectará a la relación con la asistencia que le prestamos en AFACO, a la que tiene derecho.

¿Cuál es el propósito del estudio? Estudiar los beneficios de un programa de intervención psicológica en personas afectadas por la enfermedad de Alzheimer.

¿Por qué me ofrecen participar a mí? Usted está invitado a participar porque está diagnosticado de enfermedad de Alzheimer y presenta sintomatología depresiva.

¿En qué consiste su participación?

- Revisar su historia clínica custodiada en AFACO.
- Mantener dos entrevistas con usted (al inicial y al final del programa), durante las que se le pasarán dos test de evaluación de síntomas depresivos y calidad de vida.
- Formar parte del grupo experimental o del grupo control del estudio que recibirán las intervenciones que se especifican a continuación.

- Se desarrollarán en el período de 1 de septiembre a 19 de diciembre de 2014 (16 semanas), con una frecuencia de 2 sesiones semanales de 1 hora de duración, incluidas dentro de la programación habitual de AFACO.
 - El grupo experimental recibirá intervención psicológica aplicada de forma grupal. El grupo control recibirá terapia de actividad cognitiva, en las mismas condiciones.
 - La asignación al grupo control y experimental es aleatoria.
 - Los integrantes del grupo control podrán recibir la intervención psicológica desarrollada en el grupo experimental, una vez finalizado el estudio.
- Grabar audiovisualmente las sesiones.

Su participación tendrá una duración aproximada de 40 horas.

¿Qué molestias o inconvenientes tiene mi participación? Su participación no implica molestias adicionales a las de la práctica terapéutica habitual.

¿Obtendré algún beneficio por participar? La investigación pretende mejorar su calidad de vida y su estado emocional. Los resultados obtenidos podrán ser de utilidad en un futuro para otras personas.

¿Recibiré la información que se obtenga del estudio? Si usted lo desea, se le facilitará un resumen de los resultados del estudio.

¿Se publicarán los resultados de este estudio? Los resultados de este estudio serán remitidos a publicaciones científicas para su difusión, pero no se transmitirá ningún dato que pueda llevar a la identificación de los participantes.

¿Cómo se protegerá la confidencialidad de los datos?

El tratamiento, comunicación y cesión de sus datos se hará conforme a lo dispuesto por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. En todo momento, usted podrá acceder a sus datos, corregirlos o cancelarlos, solicitando ante el investigador.

Sólo el equipo investigador y las autoridades sanitarias, que tienen el deber de guardar la confidencialidad, tendrán acceso a todos los datos recogidos por el estudio. Se podrá transmitir a terceros información que no pueda ser identificada. En el caso de que alguna información sea transmitida a otros países, se realizará con un nivel de protección de datos equivalente, como mínimo, a lo exigido por la normativa de nuestro país.

Sus datos serán recogidos y conservados hasta finalizar el estudio de este modo:

- Codificados: que quiere decir que poseen un código con el que el equipo investigador podrá conocer a quien pertenecen.

El responsable de la custodia de los datos es Elena María Viqueira Rodríguez. Al finalizar el estudio los datos serán anonimizados.

¿Existen intereses económicos en este estudio?

La investigación es promovida por AFACO con fondos aportados por ...

El investigador no recibirá retribución específica por la dedicación al estudio.

Usted no será retribuido por participar. Es posible que de los resultados del estudio se deriven productos comerciales o patentes. En este caso, usted no participará de los beneficios económicos originados.

¿Cómo contactar con el equipo investigador de este estudio?

Usted puede contactar con Elena María Viqueira Rodríguez, en el teléfono 981 17 57 73 o en el correo electrónico elenaviqueira@afaco.es

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

Anexo XXII. Hoja de información al participante adulto. Estadío moderado

Título del estudio: Depresión y demencia: beneficios de la intervención psicológica en la calidad de vida de las personas afectadas y sus familias.

Investigador: Elena María Viqueira Rodríguez.

Centro: Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer de A Coruña (AFACO).

Este documento tiene por objeto ofrecerle información sobre un estudio de investigación en el que se invita a participar a su familiar. Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de ...

Si decide que su familiar participe en el mismo, debe recibir información personalizada del investigador, leer antes este documento y hacer todas las preguntas que necesite para comprender los detalles sobre el mismo. Si así lo desea, puede llevar el documento, consultarlo con otras personas, y tomarse el tiempo necesario para decidir si participar o no.

La participación en este estudio es completamente voluntaria. Usted puede decidir que su familiar no participe y, si acepta hacerlo, cambiar de parecer retirando el consentimiento en cualquier momento sin obligación de dar explicación. Le aseguramos que esta decisión no afectará a la relación con la asistencia que prestamos a su familiar en AFACO, a la que tiene derecho.

¿Cuál es el propósito del estudio? Estudiar los beneficios de un programa de intervención psicológica en personas afectadas por la enfermedad de Alzheimer.

¿Por qué ofrecen participar a su familiar? Su familiar está invitado a participar porque está diagnosticado de enfermedad de Alzheimer y presenta sintomatología depresiva.

¿En qué consiste la participación de su familiar?

- Revisar su historia clínica custodiada en AFACO.
- Mantener dos entrevistas con su familiar (al inicial y al final del programa), durante las que se le pasarán dos test de evaluación de síntomas depresivos y calidad de vida.

- Formar parte del grupo experimental o del grupo control del estudio que recibirán las intervenciones que se especifican a continuación.
 - o Se desarrollarán en el período de 1 de septiembre a 19 de diciembre de 2014 (16 semanas), con una frecuencia de 2 sesiones semanales de 1 hora de duración, incluidas dentro de la programación habitual de AFACO.
 - o El grupo experimental recibirá intervención psicológica aplicada de forma grupal. El grupo control recibirá terapia de actividad cognitiva, en las mismas condiciones.
 - o La asignación al grupo control y experimental es aleatoria.
 - o Los integrantes del grupo control podrán recibir la intervención psicológica desarrollada en el grupo experimental, una vez finalizado el estudio.
- Grabar audiovisualmente las sesiones.

Su participación tendrá una duración aproximada de 40 horas.

¿Qué molestias o inconvenientes tiene la participación de su familiar? Su participación no implica molestias adicionales a las de la práctica terapéutica habitual.

¿Obtendrá algún beneficio por participar? La investigación pretende mejorar su calidad de vida y su estado emocional. Los resultados obtenidos podrán ser de utilidad en un futuro para otras personas.

¿Recibiré la información que se obtenga del estudio? Si usted lo desea, se le facilitará un resumen de los resultados del estudio.

¿Se publicarán los resultados de este estudio? Los resultados de este estudio serán remitidos a publicaciones científicas para su difusión, pero no se transmitirá ningún dato que pueda llevar a la identificación de los participantes.

¿Cómo se protegerá la confidencialidad de los datos?

El tratamiento, comunicación y cesión de sus datos se hará conforme a lo dispuesto por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. En todo momento, usted podrá acceder a sus datos, corregirlos o cancelarlos, solicitando ante el investigador.

Sólo el equipo investigador y las autoridades sanitarias, que tienen el deber de guardar la confidencialidad, tendrán acceso a todos los datos recogidos por el estudio. Se podrá transmitir a terceros información que no pueda ser identificada. En el caso de que alguna información sea transmitida a otros países, se realizará con un nivel de protección de datos equivalente, como mínimo, a lo exigido por la normativa de nuestro país.

Los datos serán recogidos y conservados hasta finalizar el estudio de este modo:

- Codificados: que quiere decir que poseen un código con el que el equipo investigador podrá conocer a quien pertenecen.

El responsable de la custodia de los datos es Elena María Viqueira Rodríguez. Al finalizar el estudio los datos serán anonimizados.

¿Existen intereses económicos en este estudio?

La investigación es promovida por AFACO con fondos aportados por ...

El investigador no recibirá retribución específica por la dedicación al estudio.

Su familiar no será retribuido por participar. Es posible que de los resultados del estudio se deriven productos comerciales o patentes. En este caso, usted no participará de los beneficios económicos originados.

¿Cómo contactar con el equipo investigador de este estudio?

Usted puede contactar con Elena María Viqueira Rodríguez, en el teléfono 981 17 57 73 o en el correo electrónico elnaviqueira@afaco.es

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

Anexo XXIII. Hoja de información al participante adulto. Familiar

Título del estudio: Depresión y demencia: beneficios de la intervención psicológica en la calidad de vida de las personas afectadas y sus familias.

Investigador: Elena María Viqueira Rodríguez.

Centro: Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer de A Coruña (AFACO).

Este documento tiene por objeto ofrecerle información sobre un estudio de investigación en el que se le invita a participar. Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de ...

Si decide participar en el mismo, debe recibir información personalizada del investigador, leer antes este documento y hacer todas las preguntas que necesite para comprender los detalles sobre el mismo. Si así lo desea, puede llevar el documento, consultarlo con otras personas, y tomarse el tiempo necesario para decidir si participar o no.

La participación en este estudio es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar y, si acepta hacerlo, cambiar de parecer retirando el consentimiento en cualquier momento sin obligación de dar explicación. Le aseguramos que esta decisión no afectará a la relación con la asistencia que le prestamos en AFACO, a la que tiene derecho.

¿Cuál es el propósito del estudio? Estudiar los beneficios de un programa de intervención psicológica en personas afectadas por la enfermedad de Alzheimer.

¿Por qué me ofrecen participar a mí? Usted está invitado a participar como familiar de una persona diagnosticada de enfermedad de Alzheimer y que presenta sintomatología depresiva.

¿En qué consiste su participación?

- Mantener dos entrevistas con usted (al inicial y al final del programa en el que participará su familiar), durante las que se le pasarán dos test de evaluación de sobrecarga de cuidados y calidad de vida.

Su participación tendrá una duración aproximada de 4 horas.

¿Qué molestias o inconvenientes tiene mi participación? Su participación no implica molestias adicionales a las de la práctica terapéutica habitual.

¿Obtendré algún beneficio por participar? La investigación pretende mejorar su calidad de vida y su nivel de sobrecarga, así como el estado emocional y calidad de vida de su familiar. Los resultados obtenidos podrán ser de utilidad en un futuro para otras personas.

¿Recibiré la información que se obtenga del estudio? Si usted lo desea, se le facilitará un resumen de los resultados del estudio.

¿Se publicarán los resultados de este estudio? Los resultados de este estudio serán remitidos a publicaciones científicas para su difusión, pero no se transmitirá ningún dato que pueda llevar a la identificación de los participantes.

¿Cómo se protegerá la confidencialidad de los datos?

El tratamiento, comunicación y cesión de sus datos se hará conforme a lo dispuesto por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. En todo momento, usted podrá acceder a sus datos, corregirlos o cancelarlos, solicitando ante el investigador.

Sólo el equipo investigador y las autoridades sanitarias, que tienen el deber de guardar la confidencialidad, tendrán acceso a todos los datos recogidos por el estudio. Se podrá transmitir a terceros información que no pueda ser identificada. En el caso de que alguna información sea transmitida a otros países, se realizará con un nivel de protección de datos equivalente, como mínimo, a lo exigido por la normativa de nuestro país.

Sus datos serán recogidos y conservados hasta finalizar el estudio de este modo:

- Codificados: que quiere decir que poseen un código con el que el equipo investigador podrá conocer a quien pertenecen.

El responsable de la custodia de los datos es Elena María Viqueira Rodríguez. Al finalizar el estudio los datos serán anonimizados.

¿Existen intereses económicos en este estudio?

La investigación es promovida por AFACO con fondos aportados por ...

El investigador no recibirá retribución específica por la dedicación al estudio.

Usted no será retribuido por participar. Es posible que de los resultados del estudio se deriven productos comerciales o patentes. En este caso, usted no participará de los beneficios económicos originados.

¿Cómo contactar con el equipo investigador de este estudio?

Usted puede contactar con Elena María Viqueira Rodríguez, en el teléfono 981 17 57 73 o en en el correo electrónico elenaviqueira@afaco.es

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

Anexo XXIV. Documento de consentimiento para la participación en un estudio de investigación

Título del estudio: Depresión y demencia: beneficios de la intervención psicológica en la calidad de vida de las personas afectadas y sus familias.

Yo, _____

- Leí la hoja de información al participación del estudio arriba mencionado que se me entregó, pude comunicarme con Elena María Viqueira Rodríguez y hacer todas las preguntas sobre el estudio.
- Comprendo que mi participación es voluntaria, y que puedo retirarme del estudio cuando quiera, sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en mis atenciones terapéuticas.
- Accedo a que se utilicen mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información al participante.
- Presto libremente mi conformidad para participar en este estudio.

Fdo: El/La participante

Fdo: El/La investigador/a que solicita el consentimiento

Nombre y apellidos:

Nombre y apellidos:

Fecha:

Fecha:

Anexo XXV. Documento de consentimiento para representante legal para la participación en un estudio de investigación

Título del estudio: Depresión y demencia: beneficios de la intervención psicológica en la calidad de vida de las personas afectadas y sus familias.

Yo, _____

representante legal de _____

- Leí la hoja de información al participación del estudio arriba mencionado que se me entregó, pude comunicarme con Elena María Viqueira Rodríguez y hacer todas las preguntas sobre el estudio.
- Comprendo que su participación es voluntaria, y que puede retirarse del estudio cuando quiera, sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en sus atenciones terapéuticas.
- Accedo a que se utilicen sus datos en las condiciones detalladas en la hoja de información al participante.
- Presto libremente mi conformidad para que participe en este estudio.

Fdo: El/La representante legal

Fdo: El/La investigador/a que solicita el consentimiento

Nombre y apellidos:

Nombre y apellidos:

Fecha:

Fecha:

Agradecimientos

A mis directores por compartir sus conocimientos y guiarme en el aprendizaje que ha supuesto el desarrollo del proyecto. Su inestimable colaboración, dedicación y disponibilidad han resultado piezas clave para su elaboración.