II ENCUENTRO DE INVESTIGADORES
"INVESTIGACIÓN Y ENVEJECIMIENTO: RESPUESTAS PARA DAR CALIDAD A LA VIDA"
Salamanca, 10 de marzo de 2015
Fundación General de la Universidad de Salamanca – Fundación Reina Sofía – Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

Apoyo Gerontológico a Domicilio a Través de las Nuevas Tecnologías: Domótica y Telemedicina (AGAD-TIC)

M.J. Fares Varela[1*], T. Río Díaz[2], A. Maseda[3], M. Villanueva[1], C. Pérez[1], J.C. Millán Calenti[3]
[1] Recursos y Servicios Gerontológicos Gallegos S.L.
[2] Complejo Gerontológico La Milagrosa. A Coruña
[3] Universidad de A Coruña / Facultad de Ciencias de la Salud / GIG **mariajose.fares@rysg.es*

INTRODUCCIÓN

Telegerontología® es un recurso de apoyo gerontológico que permite a las personas mayores beneficiarse de una serie de funcionalidades las 24 h/día, 365 días/año. Estas son: contenidos estáticos, profesional en casa, terapias grupales, valoración y estimulación cognitiva y registro de parámetros biomédicos.

1. Una pantalla táctil
2. Una cámara web
3. Un terminal de servicios
4. Una pulsera

AGAD-Tic

TeleG®

- Contenidos
- Videoconferencia
- Videoalarma
- Vídeos
- Telecognitio®
- Chequeo
- Navegador
- Oftalmología
- Agenda

Telemedicina

- Control de errantes
- Detección de caídas
- Sensor de humedad para pañales

Domótica

- Encendido y apagado de luces
- Apertura y cierre de cortinas y/o persianas
- Encendido, apagado y regulación de la temperatura
- Apertura y cierre de suministro de agua

OBJETIVOS

El objetivo principal del proyecto AGAD-TIC, es fomentar el desarrollo industrial en el ámbito socio-sanitario, en lo referido a las tecnologías de apoyo a las personas mayores que permanecen en su domicilio. Para ello, esta propuesta pretende ampliar las funcionalidades de Telegerontología® y proporcionar así más y mejores servicios en el ámbito de la telemedicina y la domótica.

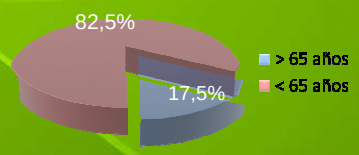
JUSTIFICACIÓN CARÁCTER INNOVADOR

AGAD-TIC supondrá un elemento importante de seguridad pues permite un mayor control del entorno a través de un interfaz más amigable y características inexistentes en otros productos. Para ello se crearán y mejorarán sistemas como la detección de caídas o seguimiento y control de las actividades.

MERCADO AL QUE VA DIRIGIDO

Personas mayores y cuidadores, definiendo tres grandes grupos: personas de 65 o más años, familiares y/o cuidadores y centros socio-sanitarios. El colectivo de personas de 65 o más años representa en España el 17,5% de la población total (INE, 2011).

AGAD-TIC
- Mayores de 65 años
- Familiares y cuidadores
- Centros socio-sanitarios



Complejo Gerontológico La Milagrosa
telegerontología®
GOBIERNO DE ESPAÑA · MINISTERIO DE ECONOMÍA Y COMPETITIVIDAD
RySg
UNIVERSIDADE DA CORUÑA
Grupo de Investigación en Gerontología

Proyecto AR.S:

Intervención psicosocial a través del Arte y la elaboración de contenidos digitales para personas con Demencia temprana. [1] .

Autores: López Méndez, L[2]. Ullán de la Fuente, A[3]. González-Ingelmo, Mª E[4]. Hernández Belver, M[5].

Organizado por:
[2]Investigadora predoctoral. Dpto. Psicología Social y Antropología. Universidad de Salamanca.
[3]Psicóloga y profesora titular. Dpto. Psicología Social y Antropología. Universidad de Salamanca.
[4]Psicóloga y responsable investigación. Centro de Referencia Estatal de Alzhéimer y otras Demencias. Salamanca.
[5]Catedrático y Profesor titular. Dpto. Didáctica de la Expresión Plástica. Universidad Complutese.

Ubicación del trabajo de campo: Centro de Referencia Estatal (CRE) de Salamanca.

Enviar correspondencia a: lorenalopezmendez@usal.es

Introducción

El Proyecto AR. S: Arte y Salud Alzhéimer, en colaboración con el Centro de Referencia Estatal de atención a personas con Enfermedad de Alzheimer y otras demencias (CREA - IMSERSO) ha introducido el Arte como intervención psicosocial y terapia no farmacológica, dirigida a mejorar los síntomas psicológicos y conductuales de las demencias (SPCD), uno de los principales problemas para cuidadores y familiares. Se estudiaron, diseñaron e Implementaron actividades artístico-educativas (Pintura, Grabado, Fotografía, etc), para analizar las posibilidades y beneficios psicosociales que puede proporcionar el Arte, los procesos artístico-creativos y la elaboración de contenidos digitales en la mejora de la calidad de vida y autoestima en personas con Alzhéimer y otras demencias.

En los últimos años numerosos estudios han demostrado que la intervención a través de la educación artística puede ser beneficiosa para reducir las cuatro AES de la enfermedad de Alzheimer (Agitación, agresividad, apatía y ansiedad) y fomentar la socialización y comunicación.

Objetivos

- Mejorar la calidad de vida, autoestima y sistemas de cuidado de personas con Alzhéimer u otras demencias y sus cuidadores familiares.
- Favorecer conexiones con su contenido vital pasado y presente a través del Arte y la experiencia Estética.
- Fomentar la participación y comunicación del usuario con la Producción Cultural.
- Preservar las capacidades cognitivas de los participantes el mayor tiempo posible.
- Sensibilizar a la sociedad erradicando estigmas asociados a la enfermedad.

Materiales y métodos

Marco Terapéutico
El programa de educación artística se configuro en 24 sesiones durante 4 meses a razón de una sesión semanal de 1 hora y 30 minutos en formato grupal (2 grupos de 8 usuarios máximo). La intervención se realizó entre las 15:00 y las 19:00 p.m. en un espacio designado específicamente para la actividad y aislado de las unidades de convivencia y el centro de día. Las sesiones se llevaron a cabo con la presencia de una experta en educación artística, una educadora social y una auxiliar de clínica.

Los objetivos terapéuticos implementados durante las sesiones fueron pautados por el equipo del Proyecto AR.S en colaboración con profesionales del centro CRE Alzhéimer.

Objetivos terapéuticos
- Mejora de la motivación y atención a través del diálogo.
- Aumento de la socialización y participación en grupo.
- Activación de recuerdos y emociones positivas a través del visionado de obras de Arte.
- Fomento de la autoestima por medio del sentimiento de capacidad de crear una obra artística propia.
- Ejercitación de la psicomotricidad tanto fina como gruesa.
- Disminución de las 4 AES de la enfermedad (agitación, ansiedad, apatía y agresividad).
- Fomento de las relaciones interpersonales.
- Mejora de la calidad de vida.
- Ampliación de la estimulación sensorial.

En el diseño del programa se tomaron como puntos básicos, a tener en cuenta los enunciados de la **Tabla** 1(Ullán et al. 2012). Los talleres piloto, **Tabla 2**, se llevaron a cabo en tres fases:

1. Fase de Análisis/APRECIACIÓN - Presentación con imágenes de artistas que se tomaron como referencia. Algunas de ellas eran reconocibles por los participantes y otras eran nuevas para ellos, así, poco a poco, asimilaron una serie de contenidos propios del mundo del Arte. Por último, a estas presentaciones se les incorporaba el registro fotográfico del proceso una vez realizado el taller, lo que permitió documentar gráficamente los procesos creativos y crear un diario en imágenes de las sesiones.

2. Fase PRODUCCIÓN - Realización de la obra por parte de los participantes. En esta fase el participante requiere de nuestro apoyo y guía en el aprendizaje de las técnicas artísticas aplicadas en el taller. Estas técnicas servirán a los participantes para poderlas emplear como herramientas de trabajo en su proyecto artístico. **Fig 1** a **4**.

3. Fase puesta en común - Esta se subdivide en dos apartados:

3.1. Debate previo a la realización de la Fase de producción, en la que los participantes debatieron, acerca de un tema en relación a la presentación de los artistas expuestos. **Fig. 8** a **11.**
3.2. Diálogo de los resultados obtenidos, pues cada participante muestra su obra, indicando que materiales ha empleado, técnica y proceso.

Tabla 1. Criterios generales para el diseño del programa de actividades artísticas. (Ullán et al. , 2012).

1. Las actividades artísticas estarán diseñadas de manera que pudieran formar parte de un programa de educación artística preparado para personas adultas que no presenten patologías neurológicas.

2. Las actividades diseñadas promoverán el contacto con obras de arte y artistas relevantes de diferentes épocas y estilos.

3. Las técnicas artísticas utilizadas promoverán la creatividad y el desarrollo de una obra personal por parte de los participantes.

4. Se tratará de establecer vínculos entre obras de arte que se incluyan en el programa y las creaciones personales de los participantes, bien por la técnica, bien por el contenido, bien por los aspectos formales y/o conceptuales de las creaciones.

5. Se cuidará, en el diseño de las actividades artísticas, que estas promuevan un sentido del valor personal y de la identidad de los participantes.

6. Las actividades artísticas diseñadas favorecerán la utilización de capacidades cognitivas (como relación, discriminación, asociación, etc.) y de capacidades de comunicación de los participantes.

Fig. 1.

Fig. 2.

Fig. 3.

Tabla 2. Talleres realizados en el Programa de Educación Artística en el Centro Cree de Alzheimer.

TALLER. Título	TÉCNICA
1. ARTE Y CULTURA POP.	*Collage*
2. MOSAICOS. DE LA TEXELA AL PIXEL.	*Collage*
3. MEMORIA DEL PAISAJE.	*Collage y pintura*
4. OBJETOS. RELATORES DE VIDA.	*Collage y pintura*
5. RASTROS. ESTELAS DEL PASO DEL TIEMPO.	*Collagraph-Grabado.*
6. PELLIZCANDO LA NATURALEZA.	*Pellizco-Técnica cerámica.*
7. P´AQUÍ- P´ALLÍ. SALAMANCA- CIUDAD PATRIMONIO CULTURAL.	*Dibujo –intervención sobre fotografía en B/N.*

Participantes

El grupo de intervención con Arte y Educación artística estuvo formado por 16 personas con demencia en fase moderada con una Escala de Deterioración Global (GDS 4-5). 8 usuarios (7 mujeres y 1 hombre) del centro de día y 8 usuarios (7 mujeres y 1 hombre) de unidades de convivencia, seleccionadas por su interés por el Arte y sus procesos técnicos.

Resultados

El análisis de resultados y en concreto su evaluación, se llevo a cabo de manera consensuada respondiendo a un formulario resumen (**Tabla 3**) acerca de cada participante, entre los tres educadores que formaban el equipo. El nivel de desacuerdo solía ser bajo y en caso de duda siempre se seleccionaba la opción de respuesta que menos compromiso implicaba (opción d) para la pregunta cuatro; opción b) o c) para la cinco; y opción c) para la seis

Tabla 3. Formulario resumen.(Ullán et al., 2012).

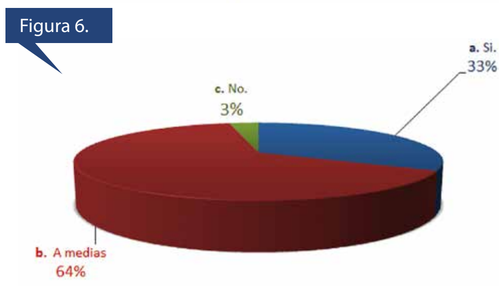
1. Fecha
2. Identificación del taller.
3. Nombre del participante.
4. ¿Ha manifestado interés y atención en el proceso del taller?
   a. Si, de forma continua durante toda la duración del mismo.
   b. Sí, pero con intervalos.
   c. No.
   d. No se podría decir.
5. ¿Ha completado el trabajo del taller?
   a. Sí.
   b. A medias.
   c. No
6. ¿Ha disfrutado con la participación en el taller?
   a. Sí, claramente, lo afirma o se observa sin ambigüedad.
   b. Sí, posiblemente (es una deducción de los técnicos)
   c. No podemos afirmar nada al respecto.
   d. No ha disfrutado(se ha observado des agrado o disconformidad)
7. Observaciones sobre el participante.
8. Observaciones sobre el grupo.

Fig. 4.

Figura 5.

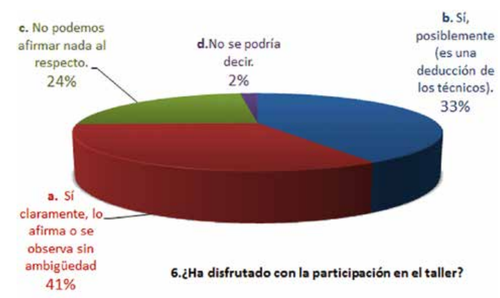
4.¿ Ha manifestado interés y atención en el proceso del taller?.

Figura 6.



5. ¿Ha completado el taller?

Figura 7.



6.¿Ha disfrutado con la participación en el taller?

De las 157 evaluaciones recogidas en la **Tabla 3**, hemos obtenido en la pregunta **4. ¿Ha manifestado interés y atención en el proceso del taller?** un 59% (n-93) en la respuesta a. *Sí de forma continua durante toda la duración del mismo*. Un 24%(n-37) en la respuesta b. *Sí pero con intervalos*. Un 17%(n-27) en la c. *No*, y por último en la d. *No se podría decir*, un 0% (n-0). Ante estos resultados, consideramos la participación, el esfuerzo y el interés mostrado por los participantes, factores claves en nuestro modelo educativo, siendo este de garantía, pues presentamos una valoración alta 83% en su interés y atención durante el proceso del taller. Por el contrario el porcentaje de participantes que consideramos que no han manifestado interés y atención es irrelevante dentro del total de participantes analizados, estando este valor entorno al 17%. También destacamos un porcentaje nulo de participantes de los que no se podría precisar su interés y atención en el proceso del taller. **Fig.5**.

En general la asistencia y participación en el taller ha sido muy positiva del 90% (n-7 de 8), pues en la mayoría de los casos todos querían asistir al taller, aunque en alguna ocasión sea como mero espectador y salvo en dos ocasiones dos participantes abandonaron el aula –taller, uno por desavenencias con el grupo y otro por estado de ansiedad y agitación previo al taller.

Respecto a la cuestión **5.¿Ha completado el trabajo del taller?.** Hemos alcanzado en la respuesta a.*Sí*, un 33%(n-51). En la b. *A medias*, un 64% (n-101) y en la c. *No*, un 3%(n-5). Si analizamos estas respuestas podemos afirmar que los participantes precisan más tiempo del estipulado para realizar la obra. **Fig.6**.

Por último, contestando a la pregunta **6. ¿Ha disfrutado del taller?.** Se ha obtenido los siguientes resultados, en la respuesta a. *Sí claramente, lo afirma o se observa con ambigüedad*, un 43% (n-49). En la respuesta b. *Sí, posiblemente(es una deducción de los técnicos*) un 33%(n-37). En la c. *No podemos afirmar nada al respecto*, un 22% (n-25) y por último d. *No se podría decir*, un 8%(n-2). **Fig.7**.

En este punto tenemos que señalar que un 76%, ha disfrutado en el taller, el ambiente generado en el mismo ha sido agradable y distendido. Frente a un 8% que no podríamos especificar.

Por último en las preguntas **7. Observaciones sobre el participante** y **8. Observaciones sobre el grupo**, anotamos los detalles y actitudes más relevantes en su proceso de enseñanza aprendizaje en el inicio, durante y al final del taller.

Respecto a la pregunta-7. Observaciones sobre el participante, tenemos en cuenta cual es su actitud al iniciar el taller, si recuerda a las educadoras que lo imparten, si es la primera o el primero en aceptar la invitación a participar, si recuerda lo realizado la sesión anterior, si recuerda el proceso del taller, si permanece activo y muestra interés durante el proceso de la actividad, si existen factores externos que dificulten el transcurso del taller (visita de un familiar o cuidador, hora de medicación, frustración…), si presentan cierta autonomía o precisan de apoyo en la consecución de su propia obra, es decir si reinician el trabajo por su cuenta, si muestran interés ante los comentarios del proceso de sus obras etc.

En cuanto a la pregunta-8. Observaciones sobre el grupo, valoramos el comportamiento del participante como parte de un grupo, cual es su rol dentro del mismo, si activa y motiva al resto de compañeros o si por lo contrario se muestra apático. También analizamos reacciones del grupo con respecto a la actividad, si la valoran positivamente o por el contrario la abandonan por sentimiento de incapacidad o no empatía.

Por último el carácter de esta investigación ha presentado una leve limitación, el tamaño de la muestra, la cual no nos permitió un análisis pormenorizado de los resultados en relación al diagnóstico neurológico. Asimismo, detectamos que para llevar un estudio más amplio de la incorporación del Arte como Terapia No Farmacológica (TFN) precisamos de programaciones de educación artísticas dilatadas en tiempo y forma.

Fig. 8. **Participante L**
Árbol
Collagraph sobre papel.
29,7 x 42cm.
Diciembre 2014.

Fig. 9. **Participante N**
Campo
Collagrph sobre papel.
29,7 x 42cm.
Enero 2015.

Fig. 10. **Participante M**
Ristra de ajos
Arcilla blanca
Medidas variables.
Noviembre 2014.

Fig. 11. **Participante C**
Casa de las Conchas.
Cera sobrefotografía B/Nl
29,7 x 42cm.
Enero 2015.

Conclusiones

Las sesiones de intervención psicosocial a través del Arte y la Educación artística, tuvieron un efecto positivo en la autoestima, bienestar y autoconcepto en personas con demencia. Las actividades artísticas facilitaron la capacidad de promover la implicación y una experiencia positiva de los usuarios en la intervención. El empleo de contenidos digitales que nos permitan mostrar no sólo obras de arte de diferentes épocas y estilos que traten un tema concreto y cercano para los usuarios, como también realizar un registro en imágenes del proceso de los participantes durante la sesión, pueden explicar que durante el proceso no aparecieran trastornos de conducta (SPCD).

Asimismo, este tipo de actividades pueden ser consideradas como Terapia no Farmacológica (TFN), pues han contribuido a erradicar el estigma asociado a la enfermedad de Alzhéimer y al envejecimiento, cambiando la percepción, aportando un valor y capacidad a los participantes, como también ha estimulado cognitivamente a los usuarios ayudándoles a preservar sus capacidades funcionales y motoras por más tiempo.
Finalmente, destacamos la necesidad de contar con profesionales especializados en el campo tanto del Arte como de la terapia para llevar a cabo este tipo de programas, que traten a los usuarios en su globalidad, fomentando la participación en las sesiones de personal sanitario, cuidadores, familiares,etc.

RECOMENDACIONES

Los positivos resultados obtenidos en la intervención sugieren continuar con esta línea de investigación, ampliando el tamaño de la muestra y su tiempo de ejecución.

Referencias

Salisbury, K. Algar, K. Windle, G. (2011). Arts programmes and quality of life for people with dementia - A review .Journal of Dementia Care. Volume 19, Issue 3, 33-37.
Ullán, A.M. Belver,M.H. Badia, M. Moreno,C. Garrido, E. Gómez-Isla, J. Gonzaléz-Ingelmo,E. Delgado , J. Serrano, I. Herrero, C. Manzanera,P & Tejedor, L. (2012). Contributions of an artistic educational program for older people with early dementia: An exploratory qualitative study. Dementia.0(0). 1-22. doi: 10.1177/1471301211430650.

[1] Esta investigación ha sido financiada por la Junta de Castilla y León y el Fondo Social Europeo (ORDEN EDU/1204/2010, de 26 de Agosto), mediante la beca predoctoral (PIRTU).

Junta de Castilla y León
Consejería de Educación
UNIÓN EUROPEA
Fondo Social Europeo
Europa impulsa nuestro crecimiento
MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD
IMSERSO
CRE Alzheimer
Imserso. Salamanca
VNiVERSiDAD D SALAMANCA
a r .s

ESTUDIO DE FUNCIONES EJECUTIVAS EN UN GRUPO DE PACIENTES GERIÁTRICAS CON ESQUIZOFRENIA INSTITUCIONALIZADAS

Silvia Cámara Barrio[1]; Mercedes Vaquero Casado[2]; Rocio Baleriola Recio[2]; Emilio González Pablos[3]; Rosa Sanguino de Andrés[4] ; Luis A. Cuéllar Requejo[5] .

1. Psicóloga Clínica CRPS. Hospital Benito Menni. Valladolid. 2. Residente Psicología Clínica. Complejo Asistencial de Palencia (Palencia). 3. Psiquiatra. Complejo Hospitalario San Luis (Palencia)4. Psicologa Clínica. Hospital San Telmo (Palencia).5. Terapéuta Ocupacional CRPS. Hospital Benito Menni. (Valladolid)

- Persona de contacto: Silvia Cámara Barrio. E-mail de contacto: silviacamarabarrio@gmail.com

INTRODUCCIÓN: ¿Cómo influye el envejecimiento en la calidad de vida?, y ¿Cómo influye cuando sumamos un trastorno mental grave, como la esquizofrenia, y un elevado número de años de institucionalización?. Desde el comienzo Bleuler y Kraepelin reconocían déficits a nivel de memoria y atención en esquizofrenia. La literatura muestra que las funciones cognitivas más afectadas serían la atención, la memoria y las funciones ejecutivas. Aparecen dificultades en aquellas tareas que implican sobre todo planificación de tareas orientadas a un objetivo, flexibilidad cognitiva y capacidad de inhibición (Chan, Chen, & Law, 2005; Kalkstein, Wylie, Clark, Butler, & Javitt, 2008). La pérdida de estas habilidades comprometen la capacidad de una persona para mantener una vida independiente, para ayudarse constructivamente y para llevar una vida socialmente productiva con independencia (Muñoz-Céspedes y Tirapu-Ustarróz, 2004). Estos procesos neuropsicológicos son necesarios para la adaptación al medio (López-Mato y Malagold, 2001).

OBJETIVO DEL ESTUDIO: evaluar si existe deterioro en funciones ejecutivas en una muestra de 28 mujeres con diagnóstico de esquizofrenia ingresadas en el Complejo Hospitalario de San Luis (Palencia). Así mismo ver si este deterioro correlaciona con la edad de las pacientes evaluadas, los años de institucionalización y el rendimiento ejecutivo de cada una de ellas evaluado por personal hospitalario.

MATERIAL Y MÉTODOS: diseño no experimental, transversal, descriptivo y correlacional. Se recogen datos a partir de la historia clínica, y la evaluación psicométrica mediante:

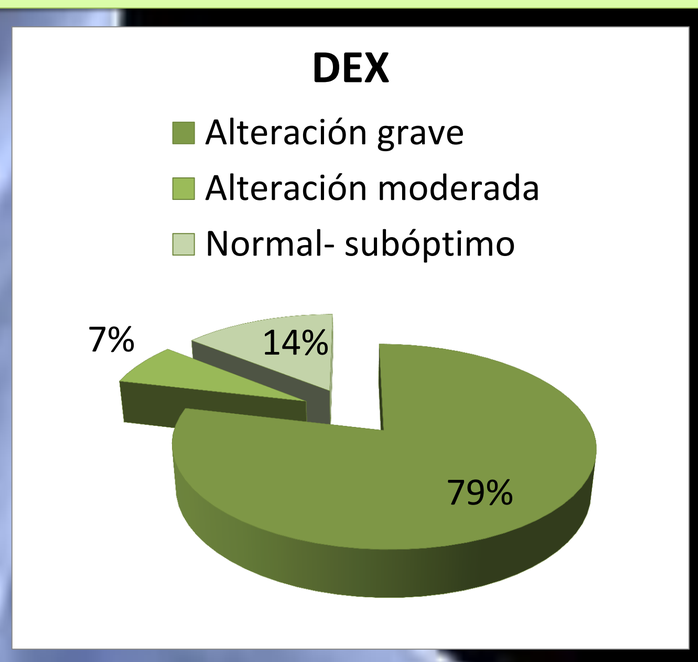
- *FAB "Frontal Assessment battery":* Evalúa la presencia y severidad del síndrome disejecutivo.
- *Cuestionario Disejecutivo DEX:* heteroaplicado. Valora: inhibición, intencionalidad, memoria ejecutiva,, y dos factores relacionados con la emocionalidad y los cambios de personalidad denominados afecto positivo y negativo

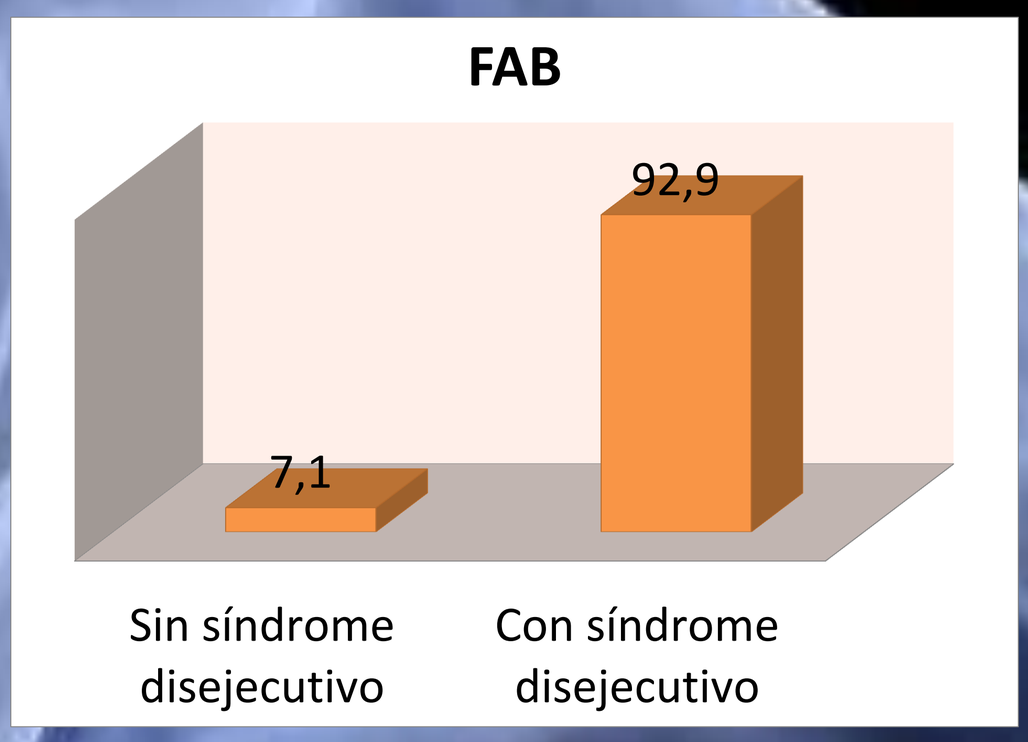
Se realiza análisis descriptivo y estadístico.

PARTICIPANTES: 28 mujeres geriátricas institucionalizadas con esquizofrenia. Con una media de edad de 75 años. Los años de institucionalización oscilan entre los 19 y los 68.

RESULTADOS:

- **Escala FAB: 92,9% de la muestra obtiene una puntuación que no supera el punto de corte, indicativo de un funcionamiento frontal deficitario.**
- **Cuestionario DEX, el 78,6% presenta una alteración grave de funcionamiento ejecutivo. 7,1% con funcionamiento disejecutivo moderado. Y un 14,2% entre normal y subóptimo.**
- **No aparece correlación estadísticamente significativa entre el rendimiento frontal y la edad o los años de institucionalización.**
- **Si que existe una correlación estadísticamente significativa entre el rendimiento en la prueba FAB y las puntuaciones en el DEX, con una r=-0.448 y una p<0.05.**





CONCLUSIONES: Los resultados muestran un rendimiento deficitario en las funciones ejecutivas de la muestra de pacientes evaluadas, lo que confirma los datos encontrados en estudios previos, lo cual condiciona la calidad de vida, condicionando la calidad de vida e independencia de las pacientes.

LIMITACIONES: se incluyen sólo mujeres en el estudio, la franja de edades es muy pequeña, pueden existir comorbilidades con la esquizofrenia que influyan en el rendimiento cognitivo, los años de institucionalización pueden ejercer una influencia en los datos obtenidos que se escapen en el estudio, l-as pruebas utilizadas son de screening.

PUNTOS DE INTERÉS: Constituye una muestra de pacientes insitucionalizadas durante muchos años, lo cual aporta una característica distintiva al grupo.

Aun quedan muchas incógnitas en relación a todo lo que conlleva la Esquizofrenia, el envejecimiento y la institucionalización, pero quizá el estudio neuropsicológico ayude a conocer de manera más específica y concreta las alteraciones que conlleva la enfermedad. Pudiendo crear programas de tratamiento personalizados, centrándonos en áreas específicas deficitarias.

BIBLIOGRAFÍA: Galaverna, F., Bueno, A. y Morra, C. (2011). Perfil neurocognitivo en la esquizofrenia. Revista neuropsicología, neuropsiquiatría y neurociencias, vol.11,n2,pp103-113.
Aponte, H., Torres, P. y Quijano, MC. (2008). Función ejecutiva y cociente intelectual en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia. Acta colombiana de psicología 11 (1):127-134.
Tirapu-Ustárroz, J., Muñoz Céspedes, JM., Pelegrín Valero, C. (2002). Funciones ejecutivas: necesidad de una integración conceptual. Revista Neurología; 34 (7): 673-685.

CONTROL DE ABANDONO EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS

AUTORES: 1.-Fernández-Utrilla Miguel, Manuel. Dtor. Centro de Investigación, Universidad Europea. 2.- Fernández-Utrilla Miguel, Pilar, enfermera geriátrica, Residencia Juan González. 3.- López Manzano, Eva, enfermera Hospital Regional.

INTRODUCCIÓN

Nuestra localización europea nos sitúa en el continente con la mayor tasa de personas mayores a nivel global. Este aspecto tiene repercusión en multitud de ámbitos tales como el económico o el político pero sobre todo en el estado del bienestar del que se hace gala desde hace décadas. En su desarrollo salen a la luz multitud de preguntas que nos llevan a replantear los distintos enfoques que desde cada país componente de la unión, se está dando a este concepto: ¿Qué es la vejez? ¿Cómo ha evolucionado con el tiempo? y ¿Cómo la vemos en la actualidad?

El inicio para cada una de estas respuestas radica en encontrar una definición común entre los investigadores que ayude a la concreción en los conceptos y con ellas, un punto futuro en común que sitúe el horizonte y con él los objetivos a alcanzar. Desde el estudio que se presenta, se propone que este pase por crear una referencia que mida de forma objetiva el índice de abandono existente en el sistema.

PALABRAS CLAVES

Mayores, centro geriátrico, abandono

OBJETIVO

Determinar el índice de abandono existente actualmente en pacientes institucionalizados, es decir, pacientes ingresados en residencias geriátricas.

MATERIAL Y MÉTODO

En el caso de esta investigación, se utilizará una metodología de trabajo basada en una revisión bibliográfica a través de publicaciones validadas.

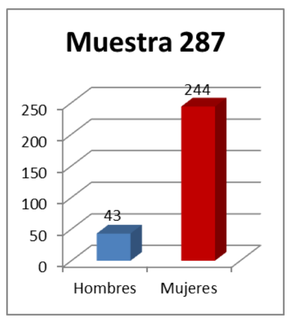
A partir de dicha revisión se propone una función de los factores principales relacionados con la problemática a estudiar, que ha resultado el índice de abandono existente. Los valores a introducir en dicha función han sido recogidos a través de una encuesta formada por cuestiones validadas de forma científica en dos fases: piloto inicial de validación y recogida masiva posterior de información. Los resultados obtenidos han servido para contrastar la hipótesis de investigación y los objetivos establecidos de inicio.

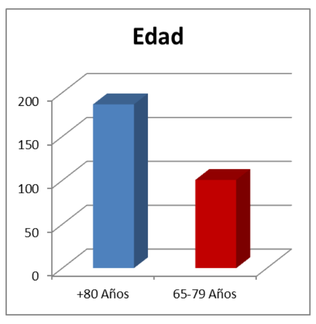
El experimento expuesto ha sido realizado en distintos centros geriátricos del servicio asistencial que el gobierno andaluz pone a disposición de sus mayores.

Por lo tanto, se puede relatar brevemente que la metodología de trabajo utilizada en este estudio se compone de tres partes: revisión bibliográfica y creación del índice, recogida de datos y análisis final de los resultados para la obtención de las conclusiones que refrenden las hipótesis y objetivos propuestos.

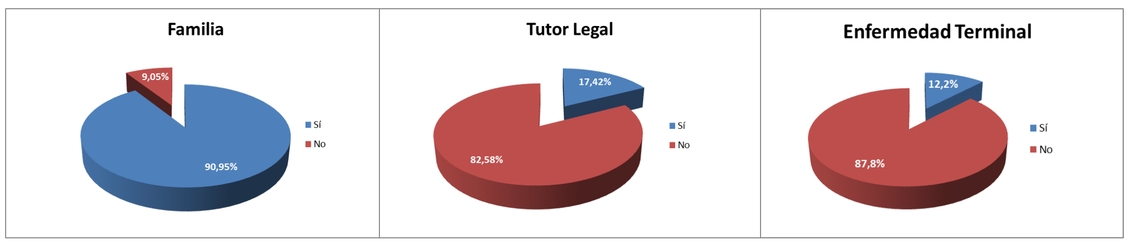
RESULTADOS

Demográficos





Específicos



CONCLUSIONES y/o DISCUSIÓN

Las conclusiones de este estudio se enmarcan en el establecimiento de un índice objetivo que nos permita comprender cual es la relación que se mantiene entre los ancianos y sus familias una vez ingresan en centros especializados. ¿Las relaciones continúan o son abandonados a su suerte?

En primer lugar y a la vista de los resultados obtenidos se puede concluir que con el paso del tiempo, el anciano va siendo olvidado en la institución donde se ve ingresado.

En segundo lugar, se crea una nueva red afectiva. Su familia va siendo sustituida, en la mayoría de los casos, por la gran familia que representan los residentes y el personal que le asiste en sus necesidades diarias.

Finalmente, cabe constatar que se pierde la consciencia, en un porcentaje que supera el 80%, de la existencia de una familia olvidando paulatinamente la suya original.

FUNDACIÓN intras

wwww.intras.es

acompañamos la recuperación de las personas

Efectividad de un programa de intervención denominado "Sistema estructurado de entrenamiento en memoria. Método Gradior."

[1]Bueno Aguado, Y.; [2]Franco Martín, M.A.; [2]Solis Rodriguez , A.; [2]Parra Vidales, E.; [2]Bernate, M.; Toribio Guzman, J.M.;

1 Fundación Intras 2 Instituto Ibérico de Investigación en Psicociencias (Fundación Intras)

INTRODUCCION

En las proyecciones que realiza el Instituto Nacional de Estadística para los años 2020-2050 se establece que **la población mayor crecerá ocho veces más** rápido **que la total**. El horizonte futuro representará una sociedad envejecida en la cual, casi un tercio de la población, serán ciudadanos mayores de 65 años. En consecuencia, los avances dirigidos hacia la **disponibilidad de intervenciones psicoterapéuticas**, **validadas científicamente**, para la prevención de las discapacidades relacionas con el proceso del envejecimiento, entre ellas, el deterioro cognitivo, **constituyen un reto** de gran prioridad para nuestra sociedad (1). La maleta de memoria "Sistema estructurado de entrenamiento en memoria. Método Gradior" (2) se presenta como una de estas posibles intervenciones.

OBJETIVO

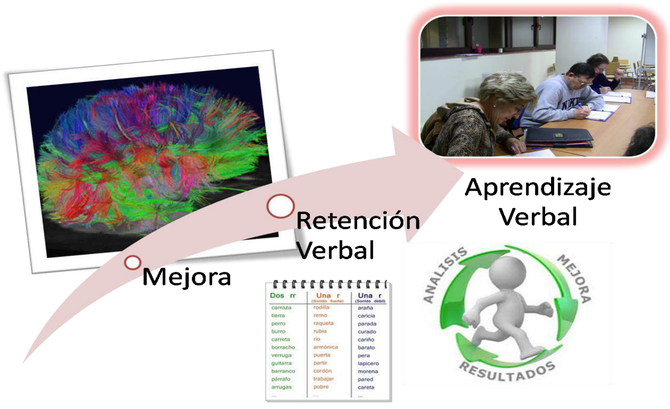
Estudiar la efectividad (mejora objetiva de las variables medidas pre-post tratamiento) de un programa de intervención denominado "Sistema estructurado de entrenamiento en memoria. Método Gradior", como un instrumento válido para la estimulación y/o entrenamiento cognitivo de personas mayores.

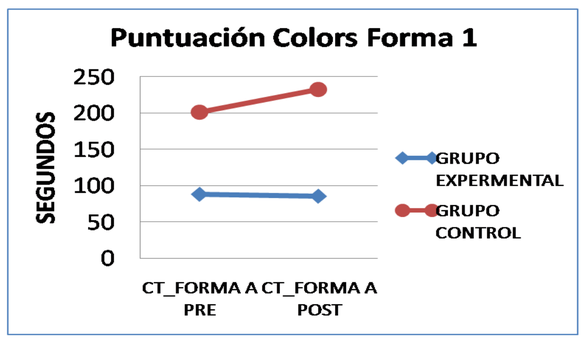
MATERIAL Y METODO

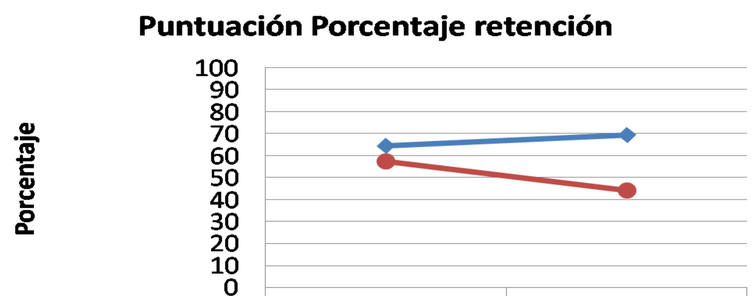
Estudio formado por 154 personas de las cuales, 77 formaron parte del grupo experimental y otras 77 personas integraron el grupo control, con una edad media de 75,38 ±8,06 años, explorados a través de un protocolo de evaluación antes y después de la implementación del programa de entrenamiento. Evaluación con MEC, WMS-III subtest dígitos y Textos, HVLT-R, CTT, GDS (depresión) y CQSM. Se utilizó el método Gradior para Entrenamiento de Memoria con 16 sesiones de intervención de hora y media cada sesión, dos veces por semana.

RESULTADOS

Se observa un efecto estadísticamente significativo para las pruebas de MEC, WMS-III Textos y Dígitos, CTT, CQSM Y GDS-20. En HVLT-R se observa cambios significativos en la modalidad de reconocimiento y recuerdo demorado.







	HVLT-R PRE	HVLT-R POST
GRUPO EXPERMENTAL	64,38	69,49
GRUPO CONTROL	57,3	44,14

CONCLUSIONES

El programa "Sistema estructurado de entrenamiento en memoria. Método Gradior" resulta efectivo en el rendimiento global de personas mayores sin deterioro cognitivo, observándose un incremento gradual de su rendimiento durante el periodo de entrenamiento mientras que el grupo control no modificó su puntuación. Se verifica que los participantes han mejorado su estado de ánimo, manifestando un decremento de aspectos negativos durante la estancia en el programa.

BIBLIOGRAFIA

1.- Hampstead, B.M; Gillis, M.M., Stringer,A.Y. (2014). Cognitive Rehabilitation of memory fior MCI: A methodological Review and model for future Research. JINS, 20, 135-151. Doi:10.1017/S1355617713001306.

2.- Franco, M., Bueno, Y., Merino, V., y Orihuela, T. (2006). *Sistema estructurado de entrenamiento en Memoria. Método Gradior.* Valladolid: Edintras.

Contacto: Fundación INTRAS. C/Santa Lucía, nº 19. 47005 Valladolid (España).

+34 983 399633 yba@intras.es ybaintras

FUNDACIÓN intras

wwww.intras.es

acompañamos la recuperación de las personas

"Experiencia de 4 años de tratamiento de un paciente con EA mediante el Sofware Gradior©."

[1,2]Bueno Aguado, Y.; [2,3]Franco Martín, M.A.; [1]Antolín Peréz, R.

1 Clínica de Memoria de Fundación Intras 2.Instituto Ibérico de Investigación en Psicociencias . 3.- Profesor asociado Universidad de Salamanca.

INTRODUCCION

Se estima que para el año 2050, las personas mayores de 65 años serán alrededor de 1,1 billón en el mundo, de las cuales, 37 millones serán personas con demencia, lo cual además conllevará una enorme carga socioeconómica. En consecuencia, los avances dirigidos hacia una intervención terapéutica para la prevención del deterioro cognitivo (demencia) constituye un reto de gran prioridad para nuestra sociedad. Esto supone, entre otras, la realización de investigaciones que ayuden a establecer estrategias de neuroprotección cerebral mediante la estimulación cognitiva, lo cual redundará en potenciales beneficios clínicos y sociales en poblaciones con enfermedad neurodegenerativa, e incluso en población mayor que aún no ha manifestado síntomas de deterioro (1). El software Gradior se presenta como una herramienta dentro de las ATC (Asistive Technology for cognition) que se usa en la prevención y el tratamiento de personas con deterioro cognitivo (2).

OBJETIVO

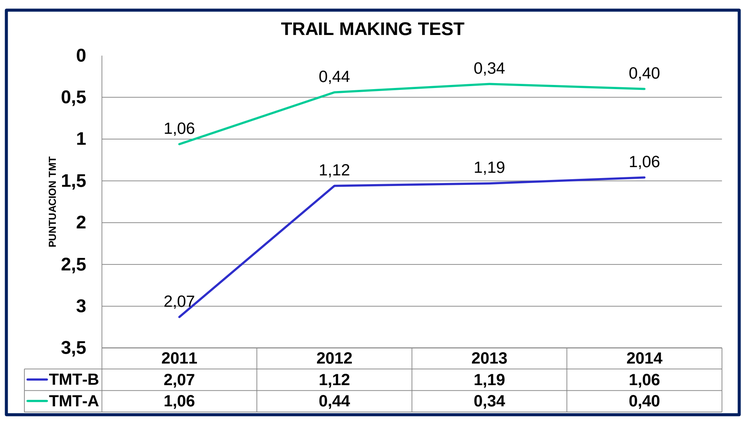
Estudio de caso único de seguimiento por cuatro años de un tratamiento combinado de estimulación cognoscitiva estructurado e individualizado utilizando el "software Gradior©" en una persona con Enfermedad de Alzheimer.

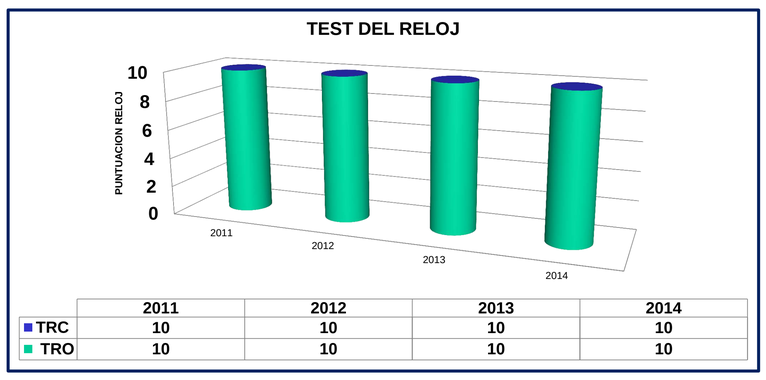
MATERIAL Y METODO

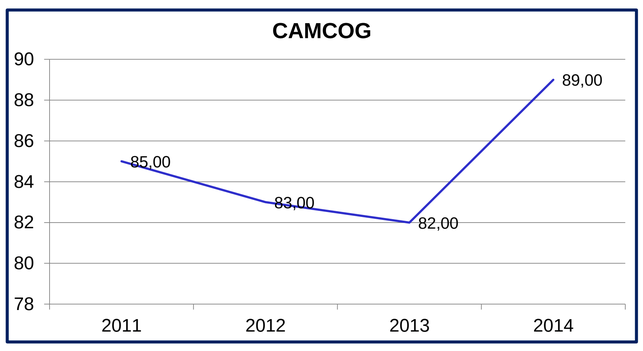
Paciente diagnosticado de Demencia tipo Alzheimer leve con antecedentes familiares. (Genotipo apo-E: E4/E3) en el año 2010. Nivel de estudios licenciado universitario (Médico) con 68 años. Se incorpora a la clínica de Memoria de Fundación Intras en Abril del 2011 donde, después de una evaluación inicial (diagnostico de DCLa unidominio) y observación de línea base de desempeño cognitivo inicial, se establece un programa de intervención estructurado e individualizado de estimulación cognoscitivo de dos sesiones semanales con sesiones de intervención de 1 hora de duración. El material utilizado para la intervención fue el software Gradior (30 minutos)+ Ejercicios lápiz y papel (30 minutos) de la clínica de Memoria de Fundación Intras. Se aplicó con el software Gradior ejercicios de atención, percepción, memoria, cálculo y razonamiento. Con lápiz y papel: secuenciación, inhibición y memoria de trabajo. Se realizó evaluación inicial y evaluaciones anuales de seguimiento. Se utilizó para la evaluación: Test del reloj, CAMCOG, TMT.

RESULTADOS

Se observa a lo largo de estos cuatro años un mantenimiento de funciones cognitivas. Se obtiene una mejora en los resultados TMT y mantenimiento en Test del Reloj y CAMCOG .







CONCLUSIONES

El software Gradior se muestra en este estudio, como una herramienta para la estimulación cognitiva en la prevención el tratamiento de personas con deterioro cognitivo y de apoyo al profesional en el establecimiento de un programa de intervención integral, estructurado e individualizado.

BIBLIOGRAFIA

1.- Lojo-Seoane, C.; Facal, D. Juncos-Rabadan (2012). ¿Previene la actividad intelectual el deterioro cognitivo?. Relaciones entre reserva cognitiva y deterioro cognitivo ligero. Rev.Esp. Geriatr. Gerontol. 47 (6):270-278.

2.-. Franco, M..; Orihuela, T; Bueno, & Cid, T. (2000) *Programa Gradior: Programa de Evaluación y Rehabilitación cognitiva por ordenador*. Ed.Edintras

Contacto: **Clínica de Memoria** Fundación INTRAS. C/Santa Lucía, nº 19. 47005 Valladolid (España).

+34 983 399633 yba@intras.es ybaintras

gradior©

Franco, P.
Universidad Católica de Ávila
e-mail:
paz.franco@ucavila.es
(Persona de contacto)

FUNCIONES COGNITIVAS BÁSICAS EN MAYORES. PROTOCOLO DE ESTUDIO Y VALORACIÓN

Cabaco, A. S.
Universidad Pontificia de Salamanca
e-mail:
ascabaco@upsa.es

II ENCUENTRO DE INVESTIGADORES
"INVESTIGACIÓN Y ENVEJECIMIENTO:
RESPUESTAS PARA DAR CALIDAD A LA VIDA"

INTRODUCCIÓN

El trabajo de investigación esta dirigido al estudio y valoración del funcionamiento cognitivo en personas de edad avanzada, centrado operativamente en dimensiones perceptivo-atencionales, mnésicas y ejecutivas. Nuestra propuesta se desarrolla a través del Protocolo FUCOBAMA (Funcionamiento Cognitivo Básico en Mayores) considerándolo como una herramienta eficaz para detectar posibles alteraciones (Deterioro Cognitivo Leve, o sospecha de demencia, Enfermedad de Alzheimer u otras), así como para poder establecer la vulnerabilidad de este segmento poblacional. Este protocolo consta de cinco áreas: cognición del medio (percepción de objetos y del espacio), interferencia de procesos atencionales (flexibilidad cognitiva) coordinación intención- acción (funciones ejecutivas), dimensiones mnésicas (memoria prospectiva y retrospectiva) y funcionalidad ecológicamente adaptada (actividades de la vida diaria).
Las investigaciones desarrolladas hasta el momento pretenden determinar la predictilidad del mismo y establecer las posibilidades que ofrece para establecer una diferenciación con otros problemas clínicos.

PALABRAS CLAVE

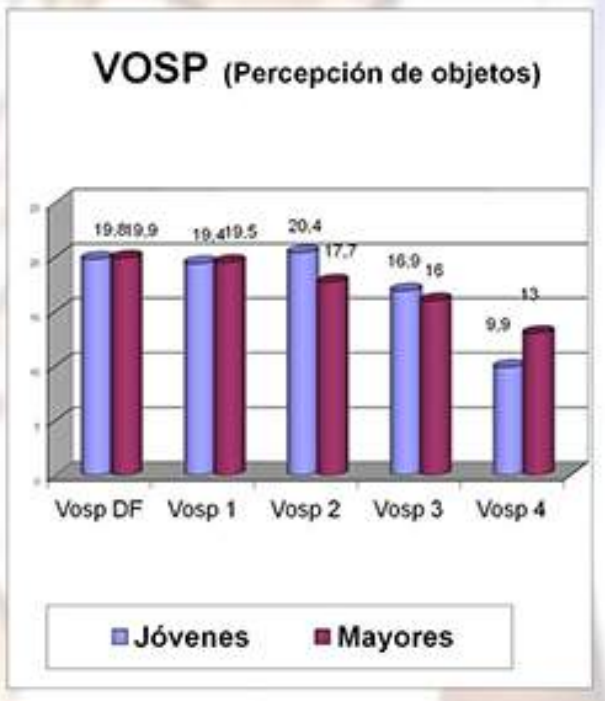
Funcionamiento cognitivo, envejecimiento, programas de intervención en mayores

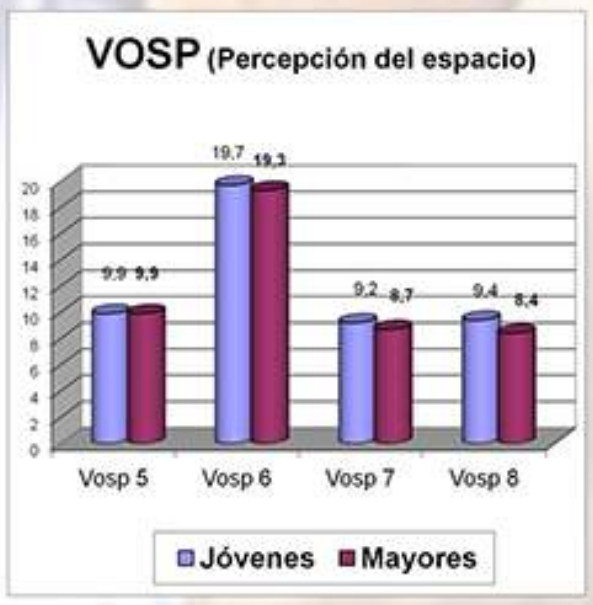
OBJETIVO

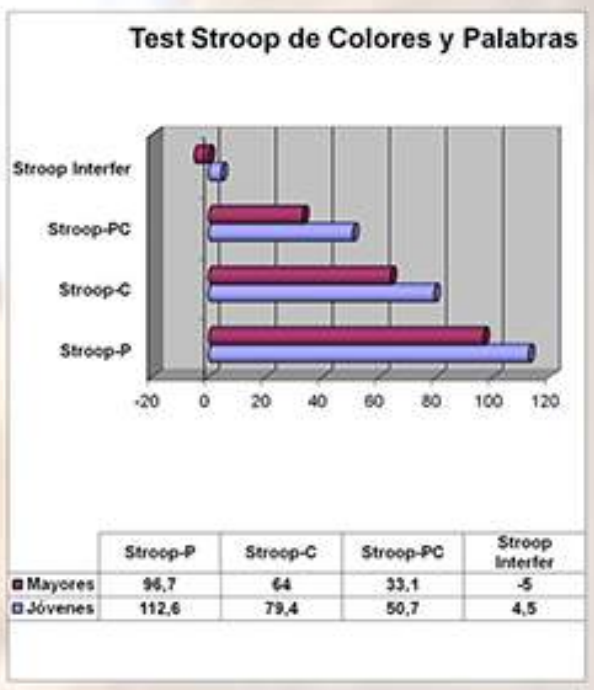
El objetivo general de esta investigación consiste en establecer el patrón de involución en el desarrollo de los procesos cognitivos y motrices, determinando las diferencias que aparecen en los procesos cognitivos (perceptivo-atencionales) y de habilidades motrices en el envejecimiento.

MÉTODO

Muestra: 200 sujetos
Materiales:
En esta primera fase del proyecto se ha trabajado solamente con tres dimensiones del FUCOBAMA: dos cognitivas (perceptiva y atencional) y una ejecutiva (rapidez de respuesta).
a) Dimensión perceptiva:
Batería de test para la percepción visual de objetos y del espacio, VOSP
b) Dimensión de procesamiento atencional:
Test Stroop de colores y palabras
c) Dimensión reactiva:
Prueba de Tiempo de Reacción visual y auditivo



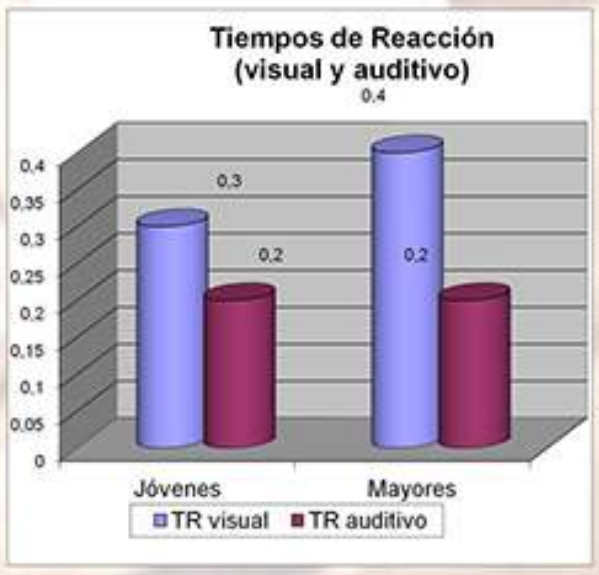




	Stroop-P	Stroop-C	Stroop-PC	Stroop Interfer
Mayores	96,7	64	33,1	-5
Jóvenes	112,6	79,4	50,7	4,5

RESULTADOS

Aparecen diferencias significativas a favor de los jóvenes en *Siluetas*, *Siluetas Progresivas* y *Decisión de Objetos* donde las puntuaciones medias favorecen a las personas jóvenes. Igualmente existen diferencias significativas en *Análisis de Cubos*, *Discriminación de la Posición* y *Localización de Números* con valores medios superiores de los jóvenes. En cuanto al proceso atencional aparecen diferencias significativas en todas las dimensiones estudiadas, es decir, en *Stroop Palabra*, *Stroop*, *Stroop Palabra- Color* y *Stroop Interferencia*.Con relación a los procesos ejecutivos solamente existen diferencias significativas a favor de los jóvenes en los *Tiempos de Reacción Visual*.



CONCLUSIONES

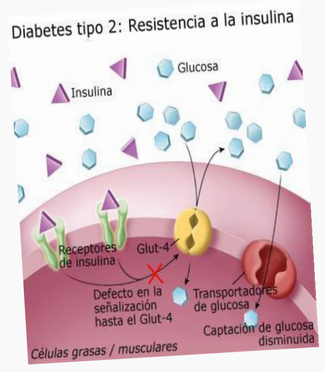
Podemos concluir que el desarrollo de procesos cognitivos en el mayor, tanto perceptivo como atencionales y motrices, no presenta un deterioro generalizado de los procesos cognitivos de entrada de información. Sin embargo, se observa un mayor declive en el mecanismo atencional, dado que los mayores presentan procesos de interferencia de mayor magnitud tanto en tareas de procesamiento automático como controlado. En cuanto a las funciones ejecutivas no se puede establecer un patrón global involutivo puesto que los jóvenes únicamente manifiestan mayor rapidez en procesamiento viso-motriz visual.

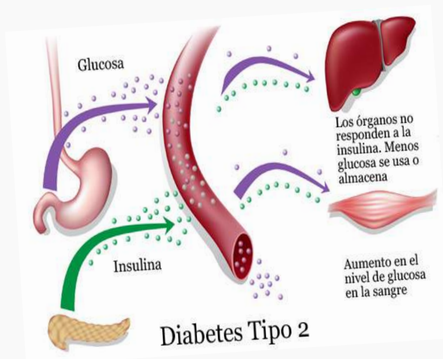
FACTORES DE RIESGO PARA LA SALUD Y CALIDAD DE VIDA EN MAYORES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

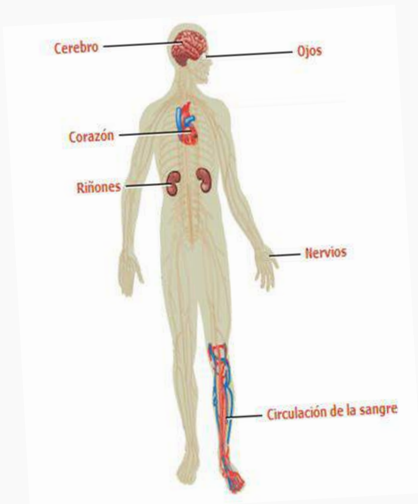
Cristina Jenaro* (crisje@usal.es), Noelia Flores* , Lourdes Moro* M. Carmen Pérez y Maribel Cruz****

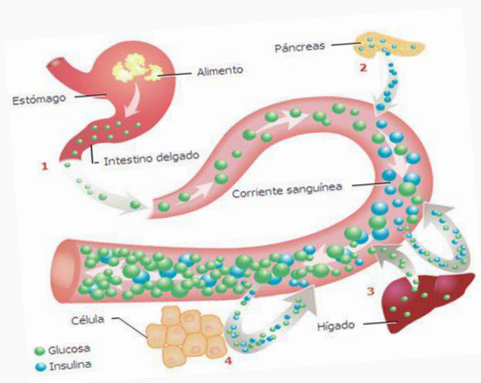
***Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca, España**

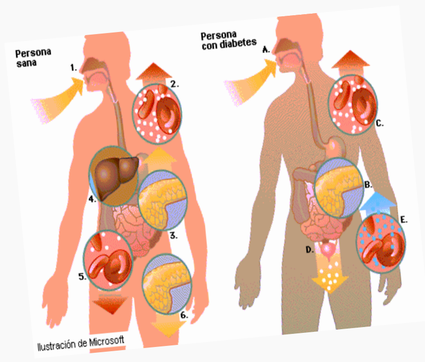
**** Universidad Autónoma de San Luis Potosí, México**

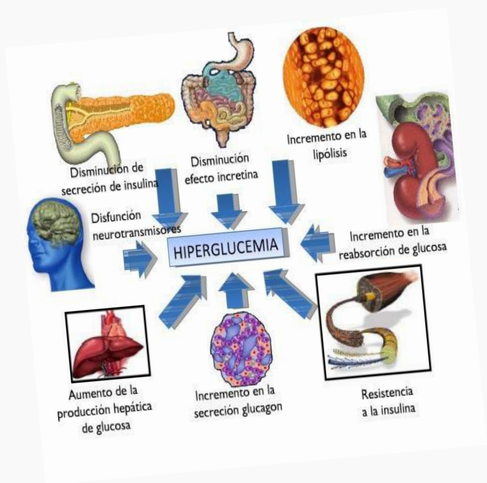












Proyecto parcialmente financiado por la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León: "Utilidad de las TIC´s para el cuidado de la salud en población mayor: estudio preliminar (SOC/SA07/14)"

INTRODUCCIÓN

Enfermedades crónicas como la diabetes constituyen prioridades a nivel mundial.

En países envejecidos como España, el problema cobra aún mayor importancia.

La adherencia al tratamiento es clave para el control de la enfermedad y reducción de problemas secundarios.

MATERIALES Y MÉTODOS

PARTICIPANTES

Muestra de conveniencia (N=100): 54 hombres y 46 mujeres con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. Edad Promedio= 65,8 años)

INSTRUMENTOS

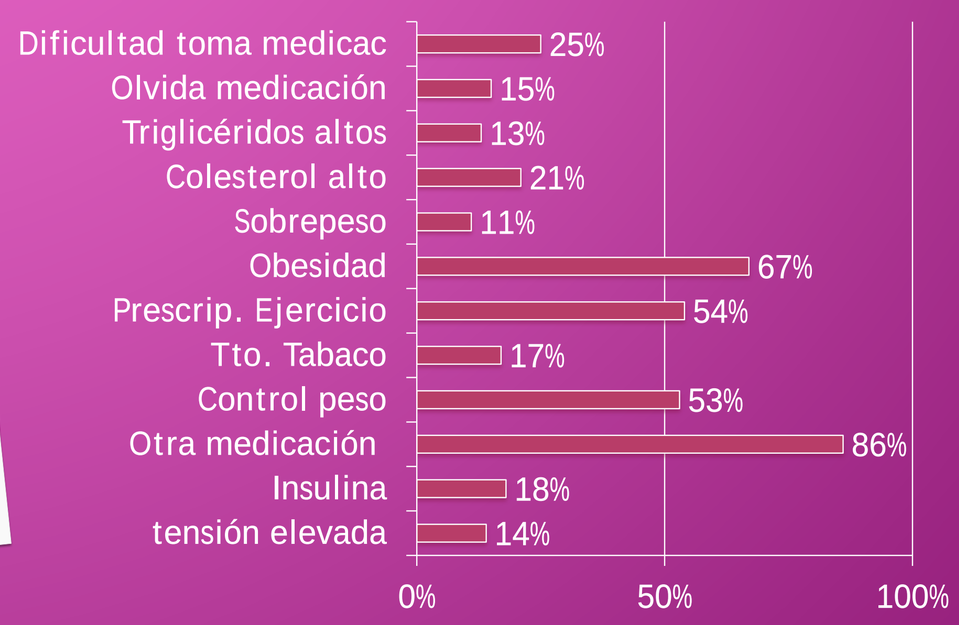
-SF-36 (Calidad de vida)

-Test Morisky-Green (cumplimiento farmacológico)

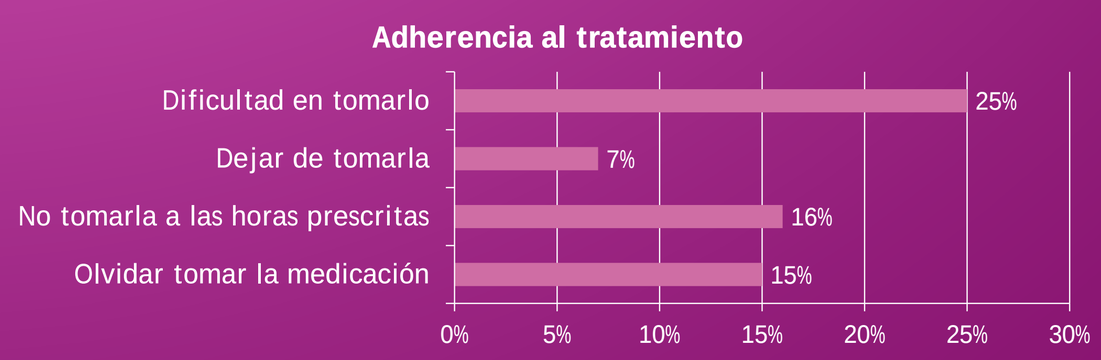
-Adaptación método STEPwise (OMS) para la vigilancia de factores de riesgo de enfermedades crónicas-

-Diabetes Attitude Scale-3 (DAS3)

RESULTADOS



	Necesidad entrenamien-to especial	Percepción gravedad	Valoración del control estricto	Valoración del impacto psicosocial	Autonomía del paciente
Rol Físico		0,233*		-0,344**	-0,264*
Rol Emocional	-0,237*		-0,282*	-0,380**	
Dolor Corporal		0,252*			
Salud General				0,233*	
Vitalidad		0,338**			
Salud Mental				-0,308**	



CONCLUSIONES

Necesidad de potenciar la vida saludable, en población mayor con diabetes tipo 2.

El trabajo en equipo es clave para fomentar dicha adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico

II Encuentro de Investigadores: "INVESTIGACIÓN Y ENVEJECIMIENTO: RESPUESTAS PARA DAR CALIDAD A LA VIDA".
Fundación General de la Universidad de Salamanca. Salamanca 5 de marzo de 2015.

"Resultados de la aplicación de un programa de estimulación basado en la Teoría de la Mente a pacientes con demencia ".

Autores: *Rosell-Clari[1], Vicent & Valles-González[2], Beatriz. 1.- Departamento de Psicología Básica. Universidad de Valencia. 2.- Laboratorio de Neurociencias. Universidad del Zulia.*

Contacto : vicente.rosell@uv.es

INTRODUCCIÓN

La demencia es un síndrome complejo que compromete el buen funcionamiento en múltiples áreas del comportamiento humano, especialmente la cognitiva. Por esta razón, las personas con demencia desarrollan inevitablemente diferentes tipos de trastornos del lenguaje. El control cognitivo, y específicamente el metacognitivo, permite organizar, seleccionar, monitorear el proceso comunicativo y ajustar nuestra actividad lingüística a los múltiples contextos. Dentro de nuestro funcionamiento metacognitivo se incluye la Teoría de la Mente (ToM), la cual posee dos componentes: 1.- Cognitivo que se refiere a la posibilidad de hacer inferencias sobre creencias, deseos, pensamientos, motivaciones e intenciones propias y de los otros. 2.- Afectivo que se refiere a la capacidad de inferir sobre emociones y/o sentimientos del propio sujeto y de los. Las alteraciones en el funcionamiento de la ToM en la persona con demencia afectan a su comunicación y se dan por cambios de la estructura cerebral a nivel cortical y subcortical.

Con el propósito de estimular el rendimiento metalingüístico de las personas con demencia, en contextos naturales, se diseñó el Programa de Estimulación de Habilidades Metalingüísticas en Teoría de la Mente (ToM) para personas con Demencia (Valles González, 2014). Esta herramienta provee una serie de estrategias dirigidas a ejercitar diez funciones metalingüísticas claves en la gestión exitosa de la conversación cara a cara y se diseñó teniendo como guía los fundamentos teóricos del Protocolo de Exploración de Habilidades Metalingüísticas MetAphAs (Rosell-Clari y Hernández Sacristán, 2014).

OBJETIVOS

El objetivo general es proveer al terapeuta de una guía estructurada y organizada, dirigida a optimizar las destrezas necesarias para que la persona con demencia en etapa inicial y media, pueda sostener un intercambio lingüístico efectivo con sus interlocutores habituales.

Los objetivos específicos se dirigen a:

1. Estimular la construcción de textos narrativos y descriptivos con base a la descripción de situaciones reales e imaginarias.
2. Comprender diversas situaciones comunicativas intersubjetivas y anticipar posibles eventos futuros.
3. Describir y analizar diferentes contextos en función de la actividad de las personas involucradas.
4. Detectar estados emocionales y organizar la actividad lingüística de los actores involucrados.
5. Comprender actos de habla indirectos.

MÉTODO

Muestra.

La muestra está constituida por un total de 42 sujetos con edades comprendidas entre los 61 y los 87 años de edad, de los cuáles 28 son mujeres y 14 hombres. De los 42 sujetos 22 sujetos están diagnosticados de algún tipo de demencia en los que prevalece la enfermedad de Alzheimer (N =16). Los otros 20 sujetos son personas que desarrollan su vida con normalidad, sin antecedentes médicos, cognitivos o psiquiátricos que interfieran en su calidad de vida (Grupo Normal). Previamente a la implementación del programa se administró a los 42 sujetos el test "Mini Mental State Examination" (Adaptación de Lobo et col., 1979) y junto con la observación clínica de los pacientes con demencia se diferenciaron los pacientes con demencia leve (N =14) y de los pacientes con demencia moderada (N = 8). Los 22 pacientes con demencia, previo consentimiento informado, se han distribuido en dos grupos: el grupo al que se le ha aplicado el programa de estimulación (Grupo Experimental) y el grupo al que no se le ha aplicado dicho programa (Grupo Control). Los pacientes con demencia moderada fueron distribuidos de igual forma en cada grupo de pacientes (GE: demencia leve N = 6, GE: demencia moderada N = 6; GC: demencia leve N = 6, GC: demencia moderada N = 4).

Procedimiento.

Durante enero y febrero de 2014, se realizó una evaluación inicial de las habilidades metalingüísticas a todos los sujetos participantes en esta investigación a través del Test MetAphAs. Posteriormente se aplicó el Programa de Estimulación de Habilidades Metalingüísticas en Teoría de la Mente sólo al grupo experimental. El Programa de Estimulación de Habilidades Metalingüísticas se administró de forma individualizada, con una frecuencia semanal de dos sesiones y con una duración media de 40 minutos por sesión, durante 5 meses, de febrero a junio de 2014. Pasados los 5 meses se volvió a administrar el test MetAphAs para valorar los efectos del tratamiento. Los resultados así obtenidos se analizaron cualitativamente y cuantitativamente de forma individual (intra-sujetos) y entre los diferentes grupos (inter-grupos).

Materiales

Se desarrollaron una serie de materiales y actividades originales, los cuales se organizaron de acuerdo a su dificultad en tres niveles: baja, media y alta; dirigidos a estimular las habilidades metalingüísticas de ToM, a fin de alcanzar tanto el objetivo principal como los específicos.

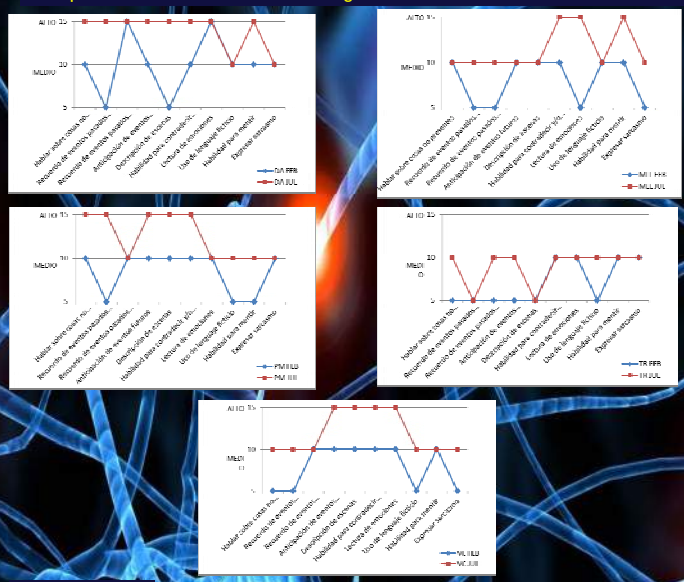
Resultados I

Comparaciones Intra-sujetos.

Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon.

Comparaciones Intrapacientes.	Severidad	Z	Significación
ABJUL — ABFEB	Moderada	-1,000	0,317
AOJUL — AOFEB	Leve	-1,732	0,083
DAJUL — DAFEB	Leve	-2,271	0,023
JMGJUL — JMGFEB	Moderada	-1,732	0,083
JRJUL — JRFEB	Leve	0,000	1,000
JNJUL — JNFEB	Moderada	-1,732	0,083
MLLJUL — MLLFEB	Moderada	-2,333	0,020
PVCJUL — PVCFEB	Leve	-1,732	0,083
PMJUL — PMFEB	Leve	-2,530	0,011
TRJUL — TRFEB	Moderada	-2,000	0,046
VCASJUL — VCASFEB	Leve	-0,577	0,564
VCJUL — VCFEB	Moderada	-2,828	0,005

Gráficos de la evolución cualitativa de los pacientes con comparaciones estadísticas significativas.



Resultados II

Comparaciones Inter-sujetos.

Análisis univariantes.
Sección VI MetAphAs y Total Test MetAphAs

Variables independientes	Sección VI F_{101}	Sección VI Significación	Total Test MetAphAs. F_{101}	Total Test MetAphAs. Significación
Sexo	8,315	0,005	8,913	0,004
Edad	3,544	0,000	3,441	0,000
Diagnóstico	41,729	0,000	32,499	0,000
Tipo de Muestra	100,042	0,000	68,341	0,000
Severidad	87,366	0,000	67,990	0,000
Grupo	58,174	0,000	44,062	0,000

Pruebas post hoc. Análisis univariantes.
Sección VI MetAphAs y Total Test MetAphAs.

Comparaciones		Sección VI Tamhane	Sección VI Significación	Total Test MetAphAs. Tamhane	Total Test MetAphAs. Significación
Diagnóstico	Normal- Alzheimer	10,670	0,000	28,850	0,000
	Normal- Demencia Frontotemporal	1,290	0,027	1,155	1,000
	Alzheimer – Demencia Frontotemporal	-9,381	0,000	-27,695	0,000
Severidad	Normal-D. Leve	7,144	0,000	17,916	0,000
	Normal - D. Moderada	13,831	0,000	40,655	0,000
	D. Leve - D. Moderada	6,687	0,000	22,740	0,000
Grupo	Normal – Control	11,956	0,000	35,322	0,000
	Normal – Experimental	8,361	0,000	21,375	0,000
	Experimental - Control	3,596	0,067	13,947	0,027

Conclusiones

1. Se observa un *claro efecto del tratamiento*:
   A. La mayoría de los pacientes han mejorado sus puntuaciones medias en la realización de las tareas del programa de estimulación, así como en la Sección VI de MetAphAs y en el total del test MetAphAs.
   B. Se observan diferencias estadísticamente significativas en las pruebas post hoc al comparar los datos obtenidos por el Grupo Experimental y el grupo Control.
2. La evolución de cada paciente depende de muchas variables como pueden ser el grado de motivación e implicación en el programa, la asistencia al mismo, no presentar problemas de salud, el grado de adaptación al centro, la estimulación y atención recibida tanto en el centro como la ofrecida por los familiares, otras variables referentes al paciente y al entorno psicosocial
3. Los efectos de las variables independientes (edad, diagnóstico médico, tipo de muestra, severidad y grupo) sobre las variables dependientes (Resultados Sección VI MetAphAs y Resultados Totales Test MeTaphAs) son estadísticamente significativos.
4. Sorprende que la variable sexo presente efectos estadísticamente significativos. Ello se explica porque en esta muestra hay muchas más mujeres con Demencia Moderada (N = 23), que en varones (N = 1).
5. Los resultados cualitativos y cuantitativos animan a la realización de futuras investigaciones.
6. Es necesario realizar estudios con muestras más amplias para obtener resultados más concluyentes.

REFERENCIAS

➢Hernández-Sacristán, C.; Rosell-Clari, V.; Serra-Alegre, E. & Quiles-Climent, J. (2012). On natural metalinguistic abilities in aphasia. A preliminary study. *Aphasiology,* 26 (2), 199-219.

➢Lobo A, Ezquerra J, Gómez-Burgada F, Sala JM, Seva Díaz A. (1979). El miniexamen cognoscitivo: un "test" sencillo, práctico para detectar alteraciones intelectuales en paciente médicos. *Actas Luso Españolas de Neurología y Psiquiatría,* (7):189-201.

➢Rosell Clari, V. & Hernández Sacristán, C. (Coordinadores) (2014). *MetAphAs. Protocolo de Exploración de Habilidades Metalingüísticas Naturales en la Afasia*. Nau Llibres (Valencia).

➢Valles González, B. (2014). *Programa de Estimulación Metalingüística en Teoría de la Mente para personas con demencia*. Edición: Beatriz Valles G.

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

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

(1) Psicóloga, (2) Responsable de investigación, (3) Neuropsicólogo | Centro de Referencia Estatal de atención a personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Imserso

E-mail de contacto: info@crealzheimer.es

Introducción

En los últimos años se ha propuesto la utilidad de los videojuegos como una Terapia no Farmacológica (TNF) para personas con demencia (PCD) ya que permiten ofrecer una intervención coste-efectiva que requiere habilidades tanto físicas como cognitivas y puede aplicarse en un contexto lúdico de interacción social [1]. La consola Wii de Nintendo ha sido utilizada con PCD en diversas ocasiones con resultados positivos sobre la cognición [2], otros aspectos emocionales [3] y sobre la marcha y el equilibrio cuando se ha utilizado como sistema de entrenamiento físico [4].

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

OBJETIVOS

- Demostrar el potencial de los videojuegos como alternativa lúdica para el entrenamiento cognitivo de PCD.
- Valorar la adecuación y aceptación de la videoconsola Wii como herramienta de intervención en personas con demencia leve y moderada.
- Comprobar la eficacia del juego BIG BRAIN ACADEMY (BBA) como programa de entrenamiento cognitivo en personas con demencia en fase leve o moderada.

Materiales y Método

PARTICIPANTES

Criterios de inclusión:

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

Se seleccionaron 45 usuarios del Centro de Referencia Estatal de Atención a personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias del Imserso en Salamanca (CREA), con Enfermedad de Alzheimer, demencia vascular o mixta y en menor medida otras demencias, sin experiencia previa con la videoconsola y con deterioro cognitivo leve-moderado (Ver tabla 1).

De los 38 participantes que realizaron sesiones de intervención con Wii, 14 completaron entre 25 y 36 sesiones durante el periodo de 3 meses (Ver tabla 2) y fueron considerados para el análisis estadístico de la eficacia del tratamiento para mejorar las funciones cognitivas junto a 7 usuarios que formaron el grupo control.

Tabla 1.
Características sociodemográficas y clínicas

N	45
Edad media (dt)	78.86 (6.67)
Varones/Mujeres	19/26
Nº medio sesiones (dt)	27.36 (6.51)

Tabla 2.
Características sociodemográficas y clínicas de los grupos experimentales

	Intervención	Control
n	14	7
Edad	80.13 (5.57)	83.83 (4.57)
Sexo V/M	7/7	2/5
MMSE	19.00 (3.72)	17.71 (1.11)
BARTHEL	88.57 (10.63)	78.57 (15.73)

PROCEDIMIENTO

Asignación aleatoria a grupo:

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

Formato sesiones Wiiterapia:

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

MATERIALES

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

- Mini Mental State Examination (MMSE; Folstein, Folstein, McHugh, 1975).
- Examen cognitivo de Cambridge (CAMCOG) (Roth, Tym, Mountjoy, Huppert, Hendrie, Verma y Goddard, 1986).
- Memory Impairment Screen (B-MIS) (Buschke, Kuslansky, Katz, Stewart, Sliwinski y Eckholdt, 1999).
- Memoria de la lista de palabras de la Batería Neuropsicológica CERAD (Morris, Heyman y Mohs, 1989).
- Test Barcelona – Sub-test de Dígitos directos e inversos (Peña-Casanova, 1990).
- Test del reloj (Goodglass y Kaplan, 1972; Cacho et al., 1996).
- Índice de Barthel (Mahoney y Barthel, 1965).

Las sesiones de Wiiterapia fueron evaluadas mediante dos instrumentos:

- **NPT-ES** [5]. Escala que mide aspectos de la experiencia del paciente en el momento de la intervención. Valora en una escala de 0 (nunca) a 3 (siempre) la participación, disfrute, relación con otros, displacer y rechazo durante la terapia. El rango de puntuaciones es de 0 a 15 puntos. Completada por el terapeuta que dirigía la intervención tras la última de las sesiones de intervención de cada participante.
- **Cuestionario no estandarizado** compuesto por tres preguntas que valoraban la opinión del usuario respecto a la terapia y una pregunta final de valoración global (Ver tabla 3). Aplicado post intervención en forma de entrevista estructurada.

Resultados

- Todos los usuarios aprendieron a usar el mando de la videoconsola en un rango de 1 a 12 sesiones, (M = 3.45 días).
- La puntuación media obtenida en la escala NPT-ES fue de 14.07 puntos de media sobre un máximo de 15 puntos, lo que implica una experiencia muy positiva para los participantes ya que durante las sesiones mostraron:
  - Alta *participación* (M = 2.87, DT = 0.34) y un bajo *rechazo* (M = 2.97, DT = 0.16), manifestando interés y atendiendo a las indicaciones del terapeuta y a las actividades realizadas por sí mismos y sus compañeros.
  - Alto *disfrute* (M = 2.55, DT = 0.79) lo que generó un afecto positivo donde el bienestar y placer se manifestaron a través de la sonrisa, gestos, postura, palabras y acciones. Así mismo no se registraron expresiones de *displacer*.
  - Alta *relación con otros* (M = 2.68, DT = 0.70) comunicándose con otros participantes y el terapeuta de forma positiva, ayudando y animando a otros participantes y felicitándoles por su éxito.
- Cuestionario: La valoración de todos los participantes fue positiva, considerando la terapia divertida y apta para ellos. (Ver Tabla 3). La media en la valoración global de la herramienta fue de 8.86 sobre 10 puntos.

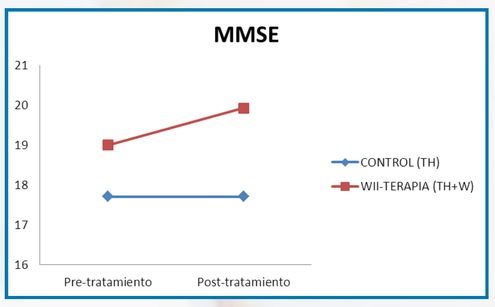
Tabla 3
Rango, media y desviación típica del número de días necesario para aprender a usar el mando y de los cuestionarios de evaluación

	n	Rango	Media (dt)
MANDO/DÍAS	38	1-12	3,45 (2.60)
NPT-ES	38	0-15	14,08 (1.48)
¿Le parece entretenido?	30	0-3	2,93 (0.25)
¿Le parece adecuado para usted?	29	0-3	2,83 (0.38)
¿Le gustaría volver a participar?	30	0-3	2,97 (0.18)
Valoración global	29	0-10	8,86 (1.43)

MANDO/DÍAS: número de días invertido en conseguir autonomía en el manejo del mando.
NPT-ES: Escala experiencia terapia no farmacológica.

Funciones cognitivas

- No se encontró un efecto significativo de la interacción pre-post X tratamiento para ninguna de las variables analizadas ($F_{1, 19} \leq 1.297$, $p \geq .269$, $\eta p2 \leq .064$)
- No se encontraron diferencias significativa pre-post intervención en ninguna de las escalas de valoración para el grupo de intervención, $F_{1, 19} \leq 3.892$, $p \geq .063$, $\eta p2 \leq .170$, ni para el grupo control, $F_{1, 19} \leq 1.464$, $p \geq .241$, $\eta p2 \leq .072$.



- Se observó una tendencia positiva en el *Gr. Wiiterapia* ya que el MMSE mejoró casi un punto post-intervención mientras que el *Gr. Control* mantuvo estables sus puntuaciones, aunque, no se obtuvo un efecto significativo de la interacción pre-post X tratamiento ni se encontraron diferencias significativas pre-post para el *Gr. Wiiterapia* (p = .063).

Conclusiones

- La videoconsola Wii es útil como herramienta para el trabajo con PCD. La percepción de los usuarios y de los profesionales de intervención refleja la validez de este tipo de juegos para PCD.
- Las observaciones de los terapeutas mostraron el efecto motivador que tuvo el trabajo mediante la videoconsola Wii al resultar novedosa para los participantes. Además la introducción de elementos lúdicos aumenta significativamente la motivación de los participantes y genera un afecto muy positivo durante las sesiones, lo que puede aumentar los potenciales beneficios de la terapia.
- Los resultados rompen estereotipos como que el uso de los videojuegos esté asociado únicamente al trabajo con gente joven, que las personas mayores no puedan aprender cosas nuevas o que muestren rechazo a estas tecnologías.

Wiiterapia
CRE de Alzheimer Salamanca
www.crealzheimer.es | info@crealzheimer.es

[1] Weybright, E.H., Dattilo, J., & Rusch, F.R. (2010). Effects of an interactive video game (Nintendo Wii™) on older women with mild cognitive impairment. *Therapeutic Recreation Journal*, *44*(4), 271-287 .

[2] Fernández-Calvo, B., Rodríguez-Pérez, R., Contador, I., Rubio-Santorum, A., & Ramos, F. (2011). Eficacia del entrenamiento cognitivo basado en nuevas tecnologías en pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Psicothema*, *23*(1), 44-50.

[3] Tobiasson, H. (2009). Physical action gaming and fun as a tool within elderly care: Game over or play it again and again. In: Proceedings of the International Ergonomics Association 2009 Conference. IEA '09.

[4] Padala, K.P., Padala, P.R., Malloy, T.R., Geske, J.A., Dubbert, P.M., Dennis, R.A., ... & Sullivan, D.H. (2012). Wii-Fit for improving gait and balance in an assisted living facility: a pilot study. *Journal of Aging Research* , *2012*.

[5] Muñiz, R., Olazarán, J., Poveda, S., Lago, P. & Peña-Casanova, J. (2011). NPT-ES: A measure of the experience of people with dementia during non-pharmacological interventions. *Non-Pharmacological Therapies in Dementia*, 1 (3), 1–11.