



# Universidad Europea CANARIAS

## Intervención psicológica en Demencia por Cuerpos de Lewy: apoyo a pacientes y cuidadores.

---

### Trabajo Fin de Máster

---

Autor/a:

Sara Canino Dorta

Elisabeth Melián Ballesteros

Tutor/a:

Yaiza Moreno Martín

24 de junio de 2024

#### Campus de la Orotava

Calle Inocencia García, 1

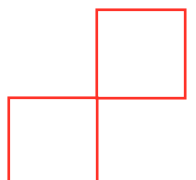
38300 la Orotava

Tenerife [universidadeuropea.com](http://universidadeuropea.com)

#### Instalaciones de Santa Cruz

C/ Valentín Sanz, 27

38002 Santa Cruz de



## Resumen

La demencia por Cuerpos de Lewy es una enfermedad cerebral degenerativa y la segunda causa más común de demencia que presenta síntomas cognitivos, neuropsiquiátricos, del sueño, motores y autónomos, además de sintomatología ansiosa y depresiva asociada. Hay tratamiento farmacológico que mejora la cognición y los síntomas psiquiátricos, pero la investigación sobre el tratamiento no farmacológico es limitada, siendo crucial para la mejora de los pacientes.

Este protocolo incluye a pacientes con un diagnóstico de DCL menor a 12 meses, con edades entre 60 y 80 años, de nacionalidad española y residentes en Tenerife, así como a cuidadores informales directos. La intervención consta de dos partes: una evaluación neuropsicológica inicial para determinar las necesidades, seguida de la intervención que aborda la sintomatología ansiosa, depresiva y psiquiátrica, promueve hábitos saludables, incluye estimulación cognitiva grupal e intervención familiar. La evaluación se realizará al inicio, durante y seis meses después de la intervención, utilizando instrumentos validados y evaluando el logro de objetivos.

Se evaluará la eficacia, efectividad y eficiencia de los resultados, anticipando que la intervención será efectiva y eficiente. Se discutirán limitaciones, fortalezas y posibles implicaciones teóricas y prácticas del programa.

**Palabras claves:** Demencia por Cuerpos de Lewy (DCL), estimulación cognitiva, evaluación neuropsicológica, hábitos saludables, intervención con cuidadores, sintomatología ansiosa, depresiva y psiquiátrica.

**Abstract**

Lewy Body dementia is a degenerative brain disease and the second most common cause of dementia that presents cognitive, neuropsychiatric, sleep, motor and autonomic symptoms in addition to associated anxious and depressive symptomatology. There is pharmacological treatment that improves cognition and psychiatric symptoms, but research on non-pharmacological treatment is limited, being crucial for the improvement of patients.

This protocol includes patients with a diagnosis of LBD under 12 months, aged between 60 and 80 years, of Spanish nationality and resident in Tenerife, as well as direct informal caregivers. The intervention consists of two parts: an initial neuropsychological assessment to determine needs, followed by the intervention that addresses anxious, depressive and psychiatric symptomatology, promotes healthy habits, includes group cognitive stimulation and family intervention. The evaluation will be carried out at the beginning, during and six months after the intervention, using validated instruments and assessing the achievement of objectives.

The efficacy, effectiveness and efficiency of the results will be evaluated, anticipating that the intervention will be effective and efficient. Limitations, strengths and possible theoretical and practical implications of the program will be discussed.

**Keywords:** anxious, depressive and psychiatric symptoms, caregiver intervention, cognitive stimulation, healthy habits, Lewy Body dementia (LBD), neuropsychological evaluation.

## 1. Introducción

### 1.1. Definición de Demencia por Cuerpos de Lewy.

La Demencia por Cuerpos de Lewy (DCL) es una enfermedad cerebral degenerativa, de carácter progresivo, en la que se presenta demencia, psicosis y síntomas de parkinsonismo (Haider et al., 2024). Es la segunda causa más común de demencia neurodegenerativa, caracterizada por la acumulación de la proteína  $\alpha$ -sinucleína en el cerebro. Estos acúmulos son los denominados cuerpos de Lewy. Presenta síntomas cognitivos, neuropsiquiátricos, del sueño, motores y autónomos (Prasad et al., 2023).

### 1.2. Breve recorrido histórico.

En 1912, Foster y Lewy definieron inicialmente los cuerpos de Lewy, tras identificarlos en el tronco cerebral de pacientes con *parálisis agitans*, actualmente, enfermedad de Parkinson. Posteriormente, Hassler describió los cuerpos de Lewy (CL) corticales. En 1961, Okazaki plantea relacionarlos con la demencia (De la Vega Cotarelo y Zambrano, 2013). En 1983, Yoshimura utiliza el término DCL describiendo una demencia progresiva con síntomas de parkinsonismo y afectación cortical por presencia de CL (Diéguez-Perdiguero et al., 2010). En 1995, los investigadores añadieron al concepto de DCL toda una serie de trastornos con patología relacionada, ya que es posible encontrar también CL en el cerebro de pacientes que sufren Enfermedad de Alzheimer (EA) (Jagust, s. f.). En 1996, finalmente se establecieron los criterios clínicos para la DCL, en la reunión del Consorcio (Diéguez-Perdiguero et al., 2010).

### 1.3. Prevalencia, incidencia y mortalidad.

Es importante destacar que los estudios poblacionales epidemiológicos existentes sobre los diferentes subtipos de demencias menos frecuentes son pocos y con una calidad metodológica bastante heterogénea (Viguera Editores, 2018). La DCL representa entre el 20% y el 30% de las demencias (Haider et al., 2024). Hogan et al (2016) realizan una revisión sistemática, encontrando que la tasa de incidencia de la DCL oscilaba entre 0,5 y 1,6 por 1.000 personas en un año, representando la DCL entre un 3,2% y un 7,1% de todos los casos de demencia en los estudios de incidencia realizados en el Pacífico Occidental, Europa, América y el Sudeste Asiático. La prevalencia aumentaba a medida que aumentaba la edad, por lo que se concluye que la DCL se vuelve más común con la edad y representa, por tanto, un 5% de todos los casos de

demencia en población de mayor edad. La mortalidad es elevada, con un riesgo de 1,8 a 3,2 en comparación con la población general, con una supervivencia de 3,4 a 4,7 años (Villarejo Galende et al., 2021). En cuanto al género, la prevalencia varía significativamente en función de la región: en Turquía, Francia, Finlandia y Corea hay mayor prevalencia en mujeres, en Brasil, Italia y Japón, en cambio, lo es en hombres (Hogan et al., 2016).

#### **1.4. Etiología de Demencia.**

Actualmente se desconoce la causa de la DCL. No obstante, la genética, los factores ambientales y los cambios asociados al envejecimiento pueden guardar relación con su origen, aunque precisa de mayor investigación (Haider et al., 2024).

#### **1.5. Sintomatología asociada.**

Según Gomperts (2016), la DCL presenta un conjunto de características clínicas entre las que destacan un deterioro progresivo en las funciones cognitivas en memoria, atención, funciones ejecutivas y habilidades visoespaciales. Entre los síntomas neuropsiquiátricos sobresalen las alucinaciones visuales, en su inicio unimodales, y en fases más avanzadas pueden presentar delirios de temática paranoica. El estado de alerta y la atención son fluctuantes, oscilando entre episodios de mirada fija y flujo de ideas perturbadoras o somnolencia diurna. Destacan también los síntomas parkinsonianos, con presencia de bradicinesia y alteración de la marcha. Son características las alteraciones del sueño REM y un profundo deterioro autónomo. Por otro lado, el 25% de pacientes con DCL pueden presentar sintomatología ansiosa y depresiva (Ruiz, 2021).

#### **1.6. Diagnóstico diferencial.**

El correcto diagnóstico de la DCL presenta un gran desafío debido a las similitudes de los síntomas y biomarcadores con otras formas de demencia. Comparte síntomas clínicos con la demencia por enfermedad de Parkinson (EP). El comienzo del deterioro cognitivo antes, o menos de un año después del parkinsonismo, es indicativo de DCL mientras que en la EP el parkinsonismo ha de producirse primero o mínimo un año antes (Emre et al., 2007). Asimismo, la DCL y la EA comparten alteraciones atencionales y de percepción visual, lo que dificulta establecer un diagnóstico riguroso (Ferman et al., 2007). En etapas iniciales de la EA,

se necesitan mediciones de biomarcadores específicos para diferenciarla de la DCL (Maclin et al., 2019). En la DCL, frente a la EA, existe presencia temprana de sintomatología motora extrapiramidal, trastornos autonómicos, alteraciones del sueño y problemas de memoria de trabajo (Irizarry et al., 2022). La mayor distinción de la DCL entre la EP y EA se encuentra en la forma de presentación de los síntomas y signos de las enfermedades, donde las más predominantes son las alteraciones neuropsiquiátricas y una evolución clínica más rápida de la sintomatología (Kaufer, 1998).

Las fluctuaciones cognitivas y las alucinaciones visuales frecuentes presentes en la DCL pueden superponer también el diagnóstico con el delirio, otro factor a tener en cuenta a la hora de establecer un diagnóstico (Morandi et al., 2017).

### **1.7. La demencia por Cuerpos de Lewy en España.**

Como indica el Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Atención Integral a las Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias (2011), en España, las investigaciones muestran que entre el 5% y 14,9% de mayores de 65 años y entre el 9% y 17,2% de mayores de 70 años, padecen demencia. Infiriendo que alrededor de 500.000 a 750.000 españoles padecen esta enfermedad. Un 8,9% de los casos de demencias en España lo representa la DCL. No obstante, y a pesar de su elevada prevalencia, los estudios sobre la DCL en España son escasos y poco actualizados.

### **1.8. Tratamiento de la Demencia por Cuerpos de Lewy.**

En el tratamiento farmacológico de la DCL la rivastigmina (inhibidor de la colinesterasa) mejora la cognición; mientras que los antipsicóticos, como la quetiapina y olanzapina, reducen los síntomas psiquiátricos, pero los efectos adversos limitan su uso. Por otro lado, la memantina (fármaco antagonista no competitivo del receptor NMDA) ha mostrado ligeros beneficios en la sintomatología cognitiva (Stinton et al., 2015). El uso de neurolépticos para las alucinaciones está contraindicado, ya que los pacientes con DCL presentan gran sensibilidad, pudiendo agravar los síntomas parkinsonianos de manera irreversible, además de afectar en las funciones cognitivas (Gomperts, 2016).

Una revisión sistemática realizada por Connors et al. (2018) revela que las investigaciones sobre las intervenciones no farmacológicas de la DCL son escasas. No obstante, resaltan la importancia de estas en el

tratamiento de la DCL, en especial por las limitaciones del tratamiento farmacológico y apuestan por las intervenciones multifactoriales.

### **1.9. Figura del cuidador en la demencia por Cuerpos de Lewy.**

La DCL supone una elevada carga para los cuidadores, generando altos niveles de estrés, ansiedad y depresión que derivan en la institucionalización del paciente y que denotan la necesidad de apoyo psicológico al cuidador (Villarejo Galende et al., 2021). Entre las intervenciones más eficaces destacan las psicoterapéuticas y psicoeducativas, en especial las terapias cognitivo-conductuales (TCC) y la terapia de aceptación y compromiso (ACT) (Losada et al., 2015). Los programas que incluyen psicoeducación pueden disminuir la ansiedad de los cuidadores y promover una mejor calidad de vida. La creación de una red y/o grupo de apoyo social reducen la carga psicológica y ayudan a una mejor comprensión de la enfermedad (Gil y Navas, 2017) siendo especialmente efectivo sobre el sentimiento de autoeficacia y la sobrecarga (Vandepitte et al., 2016).

#### **Justificación de la intervención, tipo de programa de intervención y contexto:**

La motivación de la presente intervención surge de la necesidad de un abordaje integral de los síntomas cognitivos, emocionales y comportamentales de los pacientes, así como de la necesidad de apoyo psicológico ante la carga del cuidador y del desarrollo de estrategias efectivas para el cuidado (Smith et al., 2019). La intervención terapéutica requiere un enfoque global; por ende, un programa de intervención que aborde los distintos factores (Connors et al., 2018), abarcando la sintomatología propia de la DCL y la derivada del rol del cuidador.

Por lo general, los pacientes no cuentan con un tratamiento y seguimiento adecuado y la deficiencia de estos puede derivar en una progresión acelerada de la enfermedad, anticipando la institucionalización y un mayor malestar de los cuidadores (Gitlin et al., 2012).

Con todo esto, se ofrece una propuesta fundamentada en teorías y evidencia descritas en esta propuesta, que incluye un protocolo de evaluación y tratamiento diseñado para su adaptabilidad a una amplia población con DCL y sus cuidadores, no limitándose a un solo contexto clínico, sino que su capacidad, utilidad y adaptabilidad permite un mayor alcance en su aplicabilidad.

Los objetivos se recogen en la Tabla 1:

**Tabla 1**

*Objetivos generales y específicos del programa de intervención:*

<b>Objetivos</b>	
<b>Generales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Aminorar el deterioro cognitivo progresivo y abordar la sintomatología emocional y otras alteraciones comúnmente presentes en los pacientes con DCL, así como la mejora del bienestar emocional y la reducción de la carga de los cuidadores informales.</li> </ul>
<b>Específicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Implementar un plan de intervención versátil, con flexibilidad de adaptación a los diferentes casos de DCL.</li> <li>· Fomentar una mejor comunicación y empatía mutua, fortaleciendo la relación entre pacientes y cuidadores, mediante una mejor comprensión y cooperación en la gestión de la enfermedad.</li> <li>· Aminorar los déficits cognitivos o retraso en la aparición de los mismos.</li> <li>· Mejora de la sintomatología emocional o retraso en la aparición de la misma.</li> <li>· Permitir una mejor adaptación al contexto natural del paciente.</li> <li>· Dotar de mayor autonomía a la persona afectada con DCL.</li> <li>· Disminuir la carga del cuidador.</li> <li>· Dotar al cuidador de habilidades de afrontamiento ante la enfermedad, así como de la información necesaria.</li> </ul>

## **2. Intervención**

### **Participantes**

La intervención con un grupo reducido en estudios piloto permite evaluar la viabilidad del mismo, minimizando los efectos adversos en la aplicación del ensayo, permitiendo la corrección y mejora del diseño (León et al., 2011). Por lo que, una vez aprobada la propuesta, se calculará el tamaño de la muestra adecuado. Para implementar este plan de intervención será fundamental la coordinación con la Asociación



de Cuidadoras, Familiares y Amistades de Personas con Dependencia, Alzheimer y otras Demencias (Acufade) desde donde derivarán a los benefactores del programa. Aquellos interesados deberán inscribirse y posteriormente serán citados para comenzar el proceso de evaluación. Este programa está dirigido tanto a pacientes como a sus respectivos cuidadores informales.

Se requiere un enfoque de intervención específico y adaptado a las necesidades de los pacientes y cuidadores, por lo que se establecen los criterios recogidos en las Tablas 2 y 3:

**Tabla 2**

*Criterios de inclusión y exclusión para pacientes:*

<b>Criterios de inclusión</b>	<b>Criterios de exclusión</b>
Diagnóstico de Demencia por Cuerpos de Lewy.	Diagnóstico de otro trastorno neurocognitivo mayor
Mayores de 60 años y menores de 80.	como la enfermedad de Alzheimer o Parkinson.
Diagnóstico temprano (etapas iniciales), no siendo superior a 12 meses.	Pacientes institucionalizados en hospitales, centros de mayores, residencias u otros recursos que le imposibiliten acudir a la intervención.
De nacionalidad española.	Discapacidad intelectual
Residentes en la isla de Tenerife.	
Capacidad de consentimiento informado.	

**Tabla 3**

*Criterios de inclusión y exclusión para cuidadores:*

<b>Criterios de inclusión</b>	<b>Criterios de exclusión</b>
Ser cuidador informal directo de un paciente con diagnóstico no superior a 12 meses de DCL.	Diagnóstico del paciente de otro trastorno neurocognitivo mayor como la enfermedad de
Mayor de 18 años.	Alzheimer o Parkinson.
De nacionalidad española.	Diagnóstico psiquiátrico.

Residentes en la isla de Tenerife.

Participación previa en programas similares.

Capacidad de consentimiento informado.

No ser cuidador informal principal del paciente participante en el programa.

### **Desarrollo del Programa de Intervención**

El programa consta de dos bloques principales que abarcan la evaluación inicial y la intervención.

#### **Contenidos y Actividades.**

##### **1. Evaluación**

La evaluación inicial de la presente intervención se divide en dos partes:

En primer lugar, se realizará una entrevista semiestructurada con el/la paciente y su cuidador (Anexo A). Se recogerán datos relativos a necesidades, informes médicos, pruebas de neuroimagen que orientarán la posterior evaluación; abordando aspectos desde el inicio de la demencia, así como de la vida y autonomía del paciente. La entrevista será grabada para garantizar la veracidad de los datos y su correcta utilización. Previamente, se solicitará autorización mediante consentimiento informado (Anexo B).

En las sesiones posteriores, se administrarán pruebas estandarizadas para obtener datos relevantes que apoyen la intervención. Se realizará una evaluación neuropsicológica, que incluye la evaluación de funciones atencionales, mnésicas (inmediata/demorada, curva de aprendizaje, verbal/espacial), frontales, visoperceptivas, visoespaciales, praxias, gnosias y velocidad de procesamiento (motor y cognitivo) y el nivel de independencia en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Además, esta valoración se complementará con una evaluación de la sintomatología depresiva y ansiosa de los pacientes y sus cuidadores.

Los instrumentos que se emplearán y se explicarán más adelante serán Geriatric Depression Scale (GDS), Escala de demencia Blessed, Functional Activities Questionnaire FAQ, Auditory A's, Subtests de Dígitos, Subtest de Localización Espacial y Subtest de Dibujos de la Wechsler Memory Scale (WMS-III), Test de Aprendizaje Verbal España-Complutense TAVEC, Poppelreuter Test, Trail Making Test (TMT), Test del

reloj, Boston Naming Test BNT, Índice de Lawton y Brody y Índice de Barthel. Además, para la intervención con los cuidadores, se utilizarán la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit (EZ), el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) y el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II).

Esta fase se relaciona estrechamente con el primer objetivo específico del programa: “Implementar un plan de intervención versátil, con flexibilidad de adaptación a los diferentes casos de DCL.”

## **2. Intervención**

Una vez recopilados los datos relevantes de los pacientes se llevará a cabo la intervención mediante cuatro módulos diseñados para abordar aspectos específicos de la DCL y las necesidades del cuidador.

*Módulo 1. Intervención individual en sintomatología ansiosa y depresiva e intervención en síntomas psiquiátricos.*

**Objetivo:** Mejora de la sintomatología emocional o retraso en la aparición de la misma.

La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) ha demostrado grandes tamaños del efecto en el tratamiento de multitud de trastornos mentales, entre los que se encuentran la ansiedad y la depresión, lo que respalda su uso para el tratamiento de esta sintomatología (Hofmann et al., 2013), demostrando además su efectividad para reducir el sufrimiento derivado de los síntomas psicóticos, mejorando la tolerancia a los mismos (Infocop, 2007). Por otro lado, el mindfulness ha revelado resultados favorables en las experiencias emocionales (Jha et al, 2020) mejorando el estado de ánimo, los procesos afectivos, el estrés y la regulación emocional (Zeidan et al, 2010) siendo un gran recurso para mejorar aspectos como la ansiedad y sintomatología depresiva (Vollestad et al., 2012) vinculándose también con una mejora en la calidad del sueño (Brand et al., 2012).

Por lo que, se plantea el uso de la TCC en combinación con el Mindfulness para paliar la sintomatología ansiosa y depresiva de los pacientes y la asociada a los síntomas psicóticos. Se desarrollarán a lo largo de sesiones individuales. Las actividades se recogen en la Tabla 4:

### **Tabla 4**

*Sesiones, objetivos y actividades del Módulo 1:*

Sesiones	Objetivos	Descripción
1	Evaluación de las necesidades y preocupaciones.	Se evaluarán, mediante los resultados de las pruebas administradas y una entrevista semiestructurada, las necesidades y preocupaciones del paciente y se identificarán los factores que contribuyen a su sintomatología emocional en caso de presentarla. Además, se realizará un análisis funcional de la sintomatología psicótica explorando los antecedentes, desencadenantes y consecuentes, así como las creencias nucleares del paciente, permitiendo una formulación del caso para su posterior intervención.
2	Técnica GALA e intervención en síntomas psiquiátricos.	<p>GALA es un acrónimo que se refiere a un modo de buscar la alegría y el equilibrio atendiendo a los aspectos positivos de la vida que nos rodean, los cuales a menudo pasan desapercibidos (Altman, 2019).</p> <p>Se proporcionará a los/las pacientes un papel con las instrucciones y pautas a seguir, donde deberán rellenar los siguientes apartados:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· G. Algo por lo que sientan gratitud ese día.</li> <li>· A. Algo nuevo que hayan aprendido durante ese día.</li> <li>· L. Un pequeño logro que hayan conseguido durante el día.</li> <li>· A. Una alegría que les haya conmovido durante el día.</li> </ul> <p>Al terminar la actividad, se llevará a cabo una reflexión donde el paciente deberá responder a unas preguntas relacionadas con su práctica GALA y se pautará la práctica de la misma durante el</p>

transcurso de la intervención.

Se intervendrá también sobre los síntomas psicóticos previamente analizados. Durante esta sesión se valorarán las estrategias de afrontamiento que faciliten la reducción en frecuencia e intensidad de los síntomas, entrenando al paciente en nuevas estrategias e incitando a su práctica fuera de sesión.

**3** Activación conductual e intervención en síntomas psiquiátricos. Mediante técnicas conductuales se incentiva el reforzamiento positivo y se impulsa a una mejor estructuración de la vida del paciente.

Se realizará una revisión de las necesidades y preocupaciones del paciente previamente evaluadas y se identificarán actividades placenteras, intereses, habilidades, etc. así como los patrones evitativos mediante el análisis funcional de la conducta, para finalmente establecer rutinas y metas fomentando la realización de actividades placenteras, que promuevan el refuerzo positivo y la mejora del estado de ánimo y de la calidad de vida. Las técnicas conductuales a emplear incluyen la programación de actividades, la desensibilización sistemática, el reforzamiento positivo, entre otras. Durante la intervención se realizarán seguimientos y los ajustes necesarios en la activación conductual.

Se llevará a cabo la reestructuración cognitiva de las creencias delirantes del paciente indagando sobre su racionalidad, lógica, objetividad, etc., buscando reducir su intensidad y mejorar el bienestar emocional del paciente.

**4 y 5** Técnicas de focalización e intervención en síntomas psiquiátricos.

A través de actividades y ejercicios se fomentará el estado de ánimo positivo, contrarrestando los síntomas ansiosos y depresivos mediante técnicas que generen cambios en el estado emocional del paciente y focalicen su atención plena en el presente.

- Práctica “Algo agradable aquí y ahora”. Este ejercicio busca tomar conciencia de las cosas positivas y agradables que rodean a los pacientes. Para realizar la práctica es necesario estar sentado en un lugar tranquilo, sin distracciones, ni interrupciones. El paciente buscará a su alrededor, con una actitud de curiosidad, algo agradable o que le resulte placentero; puede ser cualquier objeto, sonido, color, olor o textura. Cuando haya encontrado aquello que le resulte agradable, deberá preguntarse: “¿Qué es exactamente lo que me gusta de él?”, “¿Es su forma, su tamaño o su color?”, “¿Me evoca algún recuerdo agradable o feliz?”. Al finalizar, y tomando el tiempo necesario, se realizará una reflexión, sobre cómo, por un momento, ha sido capaz de alejar de su mente los estados ansiosos y pensamientos negativos.
  - Respiración profunda. Se integrará la práctica de mindfulness comenzando con la observación y gestión de pensamientos, continuando con la percepción y aceptación de emociones y sentimientos sin juicios sobre estos, de forma simultánea a la práctica de la respiración profunda, instruida mediante modelado e instrucción verbal.
-

- Durante estas sesiones se trabajará en la focalización de los delirios, pidiendo al paciente que los identifique como experiencias creadas de forma interna por su mente, lejos de la realidad. Analizando las características tanto físicas como de contenido de las alucinaciones.
- También se realizarán técnicas de exposición que reduzcan los síntomas emocionales asociados a las alucinaciones.

*Módulo II. Intervención individual en hábitos saludables de los pacientes: actividad física, sueño, alimentación y vida social.*

**Objetivos:** Permitir una mejor adaptación al contexto natural del paciente. Mejorar la movilidad y autonomía, reducir el riesgo de caídas y promover el bienestar físico y mental. En este módulo será un recurso necesario la intervención de profesionales de la salud de otros ámbitos (fisioterapeutas, nutricionistas, etc.) Las actividades se recogen en la Tabla 5:

**Tabla 5**

*Sesiones, objetivos y actividades del Módulo II:*

Sesiones	Objetivos	Descripción
1 y 2	Evaluación inicial.	Se evaluará el estado inicial del paciente (estado físico, sueño, hábitos alimentarios, etc.), mediante la información recogida en las entrevistas y la evaluación inicial sobre la historia clínica del paciente, además de un examen físico general realizado por los profesionales pertinentes y la información proporcionada por el cuidador, lo que facilitará elaborar una intervención adaptada.
3, 4 y 5	Actividad aeróbica.	Se realizará psicoeducación sobre los beneficios e importancia de la actividad aeróbica para la salud cardiovascular, tipos, técnicas,

- precauciones, sesión práctica y plan de entrenamiento.
- 6, 7 y 8** Actividad muscular. Se realizará psicoeducación sobre la importancia de la actividad muscular, el fortalecimiento muscular, salud ósea, etc. tipos de ejercicio, técnicas, precauciones, sesión práctica y plan de entrenamiento de fuerza, flexibilidad, equilibrio, etc.
- Además, las sesiones de la 3 a la 8, incluyen 40 minutos de actividades prácticas supervisadas donde se integrará toda la información proporcionada, realizando actividades que permitan la implementación de estas recomendaciones en su vida diaria.
- 9 y 10** Sueño. Se realizará psicoeducación sobre la importancia del sueño, identificando y reconociendo los problemas del sueño, evaluando el entorno y estableciendo rutinas y técnicas que lo optimicen.
- 11 y 12** Alimentación. Se realizará psicoeducación acerca de hábitos alimentarios, beneficios de la alimentación saludable, principios, elección de alimentos, talleres y planes de alimentación y/o ajustes necesarios en la dieta.
- 13 y 14** Vida social. Se realizará psicoeducación sobre la importancia de la interacción social, organización de actividades grupales, información sobre recursos (centros ocupacionales, asociaciones, actividades recreativas, etc.).
- 

*Módulo III. Intervención grupal en estimulación cognitiva.*

**Objetivo:** Aminorar los déficits cognitivos o retraso en la aparición de los mismos.

La estimulación cognitiva no solo contribuye a una mejora de la reserva cognitiva, sino que influye positivamente en las capacidades cognitivas, protegiendo del deterioro cognitivo (Mora & Calvario, 2023), y reduciendo significativamente la sintomatología depresiva en pacientes con demencia (Brito, 2023). Valera (2013) realizó un estudio diferencial comparando la intervención grupal y la individual, encontrando que las



intervenciones grupales incrementan la asistencia a las sesiones, mejoran la autonomía, el desempeño de los adultos mayores y retrasan el deterioro cognitivo, mejorando así, la calidad de vida.

En todas las áreas a trabajar se contará además con los recursos de la plataforma Neuronup, cuyos planes incluyen actividades personalizadas, ejercicios para cada proceso cognitivo, programador de sesiones, gráficas de evolución, etc. Así como con las fichas y cuadernillos disponibles en la web de Ecognitiva.

Las técnicas y actividades a emplear para la intervención grupal en estimulación cognitiva se recogen en las Tablas 6 y 7:

**Tabla 6**

*Técnicas del Módulo III:*

Técnica	Descripción
<b>Orientación a la realidad</b>	En el inicio de todas y cada una de las sesiones se orientará a los pacientes en persona, espacio y tiempo.

**Tabla 7**

*Funciones cognitivas y ejemplos de actividades del Módulo III:*

Función	Descripción
<b>Funciones ejecutivas</b>	<p>Memoria de trabajo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Recuerdo de series de números de manera directa e inversa.</li> <li>· Aritmética: cálculo mental seriado.</li> <li>· Ordenar palabras desordenadas para formar oraciones.</li> </ul> <p>Velocidad de procesamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Fluidez semántica: se solicita a los pacientes que en un tiempo determinado digan todas las palabras que se les ocurran de una categoría indicada previamente.</li> </ul>

- 
- **Fluidez fonética:** se solicita a los pacientes que en un tiempo determinado digan todas las palabras que se les ocurran que comiencen por una letra previamente indicada.
  - **Forma combinada:** juego “STOP” se le facilita al grupo un papel con categorías y se les indica una letra, deben de rellenar en el mayor tiempo posible con una palabra por categoría que comience por la letra indicada.
  - **Pasapalabra:** tras leer una definición quién pulse antes el botón debe decir a qué palabra corresponde.
  - **Juego de cartas “Cucu” o “Pum”:** se reparten todas las cartas de la baraja española a los participantes. En su turno, cada jugador saca una carta diciendo el número que corresponda “uno”, “dos”, etc. en orden. Si el número coincide con la carta el jugador debe golpear el montón, el resto también ha de intentarlo, quien golpee en último lugar se lleva todas las cartas del montón. Ganará el jugador que se quede sin cartas.

**Planificación:**

- **Laberintos.**
- **El mapa:** se proporciona a los pacientes un mapa señalando ciertos edificios, establecimientos, etc. Junto a este se les da una lista de tareas que deben realizar en un orden lógico, señalando en el mapa el mejor camino.
- **Secuenciar tareas cotidianas como:** ducharse, lavarse los dientes, poner una lavadora, etc.

**Flexibilidad cognitiva:**

- Bola roja, bola azul: en parejas frente a frente, se facilita a uno de los miembros una caja con bolas de gomaespuma rojas y azules, el dueño de la caja debe ir lanzando las bolas al compañero de forma aleatoria bajo la premisa del color rojo, de tal manera que el compañero dejará caer las bolas azules atrapando solamente las rojas, durante el desarrollo del juego, la persona que lanza las bolas irá cambiando la premisa.
- ¿Qué tienen en común?: se presentan dos parejas de objetos o imágenes solicitando a los pacientes que indiquen que tienen en común, la característica en común (color, forma, textura, uso, material, etc.) únicamente la sabe la persona que presenta los estímulos y la irá cambiando durante el desarrollo del juego. Ejemplo: manzana y melocotón; respuesta: frutas, se indica que es correcto y se presenta una naranja y una granada; respuesta: fruta, se indica que es incorrecto, los pacientes deberán buscar otra opción, en este caso, la pauta es la forma (redondas).

#### Inhibición:

- Ni sí ni no: en parejas, deben hacerse preguntas que habitualmente se responden con “sí” o “no”, las cuales serán palabras prohibidas, quien haga fallar al compañero gana.
- Simón dice: los participantes deben realizar una acción sólo si se indica después de la frase “Simón dice”, si no precede a la indicación deben de inhibir la acción.
- Conteo con interferencia: se le asigna a cada paciente un número, a la cuenta de tres deben de iniciar a contar a partir del número asignado

---

en voz alta, intentando evitar la interferencia del conteo del resto de compañeros.

Razonamiento y secuenciación:

- Rompecabezas.
- Sudoku.
- Ajedrez, damas, tres en raya.
- Adivinanzas.
- Categorización de objetos o palabras.
- Ordenar secuencias de acciones con imágenes o frases.
- Secuenciar recetas de cocina.

**Lenguaje**

- Scrabble: construcción de palabras utilizando fichas con letras.
- Crucigramas.
- Sopa de letras.
- Trabalenguas.

**Memoria**

- Juego Memory: se colocan sobre la mesa boca abajo un conjunto de cartas, por turnos, se giran dos cartas a la vez intentando encontrar las que sean iguales, si no coinciden se vuelven a dejar en su lugar y se pasa al siguiente. Requiere que los jugadores recuerden la ubicación de las cartas para encontrar las parejas.
- Lectura de texto con preguntas acerca del mismo.
- Palabras encadenadas: uno de los participantes comienza diciendo una palabra, el siguiente la repite y añade una nueva, así consecutivamente, formando una cadena de palabras.
- Recordar la lista de la compra.

**Atención**

Sostenida:

- Juego de cartas “Cucu” o “Pum”.

Selectiva:

- Recuerdo de detalles de una imagen mostrada previamente.
- Buscar las 7 diferencias.
- Buscar un objeto indicado escondido en una imagen.

Alternante:

- Las sillas musicales: al ritmo de la música caminan alrededor de un grupo de sillas, cuando la música se detiene, deben sentarse.
- Presentar una lista de letras indicando que subraye todas las letras A, pasados unos minutos cambiar la pauta indicando que subraye las O.

**Visoespacialidad**

- Tetris: encajar piezas geométricas formando líneas horizontales sin huecos.
- Colocar objetos en un espacio atendiendo a instrucciones. Ejemplo: la silla está a la derecha de la mesa, el vaso está sobre la mesa de la izquierda.

**Visoconstrucción**

- Puzzles.
- Tangram: se divide en dos grupos y se proporciona a todos un mismo modelo de figuras y piezas geométricas con las que deben reproducir la figura del modelo en el menor tiempo posible.

**Praxias**

- El espejo: en parejas, se deben imitar los movimientos del compañero.
  - Simón dice (comandos verbales).
  - Al ritmo de la música, repetir los ritmos marcados por el terapeuta en forma de palmadas, chasquidos, golpes en la mesa, muslos, etc.
  - Uso de herramientas: cortar, medir, atornillar, peinarse, etc.
  - Completar dibujos incompletos, simétricos (derecha o izquierda) y asimétricos.
  - Expresar emociones: enfado (fruncir el ceño), sorpresa (abrir la boca y los ojos),
-

etc.

- Manualidades.

*Módulo IV. Intervención familiar.*

**Objetivos:** Disminuir la carga del cuidador.

Las intervenciones a cuidadores han demostrado beneficios significativos como la reducción de la angustia, mejora de la función física y cognitiva, previniendo la aparición de problemas de salud e influyendo en una menor agitación y sintomatología depresiva (Connors et al., 2018).

Este módulo comenzará con una entrevista semiestructurada (Anexo C) para conocer necesidades y los recursos con los que cuentan cada uno de los cuidadores de los pacientes con DCL.

Seguidamente, se organizará y llevará a cabo una terapia de grupo para los cuidadores de los pacientes en unas sesiones estructuradas de tal manera que se proporcione psicoeducación, habilidades de afrontamiento, soporte emocional necesario para cada caso y ventilación emocional.

Las actividades y sus correspondientes objetivos para la intervención familiar se recogen en la Tabla 8:

**Tabla 8**

*Sesiones, objetivos y actividades del Módulo IV:*

Sesiones	Objetivos	Descripción
1	Sesión individual: Evaluación.	Se realizará una entrevista semiestructurada, evaluando la situación personal del cuidador y el contexto del cuidado y se administrarán la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit (EZ), el cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) y el inventario de Depresión Beck (BDI-II) para identificar sus necesidades específicas y desarrollar un plan de acción que abarque las mismas.
2	Presentación grupal.	Comienza la parte grupal. En esta sesión se realizará la

presentación de los participantes, se explicarán los objetivos y reglas del grupo, de la intervención, su utilidad y, por tanto, la importancia de la asistencia y el compromiso terapéutico. Además, se implementarán dinámicas de cohesión y actividades que consoliden el grupo y fomenten la motivación para la asistencia a las siguientes sesiones, todo esto se alcanzará mediante juegos que impliquen colaboración y confianza, actividades que fomenten el trabajo en equipo, refuerzo positivo mediante el reconocimiento de logros y progresos y establecimiento de objetivos grupales que fomenten el compromiso de los participantes. Por último, se reservará un espacio para compartir las experiencias y sentimientos, fomentando la comprensión y empatía mutua, así como la validación emocional, enfoque que permite valorar otras perspectivas y promueve la sensación de comprensión al identificar en otras personas, circunstancias similares a las propias. Se finalizará la sesión con comentarios y preguntas.

**3, 4, 5,** Psicoeducación, habilidades  
**6,7 y 8** de afrontamiento y  
ventilación emocional.

Durante estas sesiones grupales se realizará psicoeducación integral sobre la enfermedad, así como las herramientas y recursos disponibles para reducir la carga del cuidador. Adicionalmente, se trabajarán las habilidades de afrontamiento de los participantes mediante diversas actividades y se facilitará la ventilación emocional. Para ello, las sesiones estarán estructuradas de la siguiente manera:

- 1) Descripción de la situación: se introducirá

información sobre la enfermedad,  
posteriormente se analizarán las  
responsabilidades y situaciones que enfrentan  
los cuidadores.

- 2) Psicoeducación: se informará a los cuidadores sobre las herramientas y recursos disponibles (servicios de apoyo, técnicas de autocuidado, gestión del tiempo, etc.) para reducir su carga. Así como de la enfermedad y cuidados, detallando la progresión, sintomatología y tratamiento, respondiendo preguntas y aclarando dudas sobre situaciones específicas. Se incluirá un componente significativo en la psicoeducación enfocado al manejo de los síntomas psiquiátricos, educando en la identificación y comprensión de las alucinaciones, aportando estrategias para el manejo de las mismas de forma segura y efectiva, y técnicas para el apoyo emocional del paciente, reduciendo la sintomatología derivada de estos síntomas. Mediante actividades prácticas como la escritura de un diario que refleje emociones y pensamientos, la práctica de ejercicio físico regular, ejercicios de respiración profunda para reducir el estrés, situaciones simuladas de toma de decisiones,



identificación de estresores, etc., se trabajarán habilidades específicas de afrontamiento.

- 3) Compartir vivencias y ventilación emocional: se dedicará un espacio para el intercambio de vivencias y experiencias personales, promoviendo el entendimiento mutuo y el aprendizaje. Junto con la ventilación emocional, se ofrecerán herramientas adecuadas para el manejo de emociones y mediante técnicas de manejo emocional, se dirigirá el debate de forma terapéutica. Todo esto fomentará un soporte grupal, suscitando un ambiente de apoyo y comprensión, donde se expresen emocionalmente y reciban retroalimentación positiva y útil.

Las sesiones, por tanto, están diseñadas para aportar la información y recursos necesarios que ayuden a un manejo de la carga de forma más efectiva, desarrollando habilidades prácticas y creando un espacio de aprendizaje y crecimiento conjunto.

- 9 Creación de un grupo de apoyo en línea y cierre de la intervención grupal. En ésta última sesión grupal se invita a los miembros a acceder a un grupo de apoyo en línea de forma voluntaria. Éste será una plataforma accesible y de fácil manejo que servirá de punto de apoyo para mantenerse conectados e interactuar de forma más flexible, ofreciendo apoyo emocional mutuo, nuevas estrategias, experiencias y contacto continuo para programar

encuentros. Se finaliza con el cierre de la intervención, realizando una recapitulación de las habilidades, conceptos y experiencias adquiridas en sesión. Además, se realiza una reflexión en la que cada participante relatará su experiencia habiendo formado parte del grupo.

- 10** Sesión individual: Evaluación final. Para finalizar, se realizará una última sesión individual donde se administrarán nuevamente las escalas para medir el nivel de sobrecarga, ansiedad y depresión tras la intervención y se resolverán dudas pendientes y ajustes en las estrategias de afrontamiento de forma individualizada.

---

### **Instrumentos, Recursos Humanos y Materiales.**

#### *Instrumentos:*

Se hará uso de las pruebas estandarizadas que se describen a continuación:

- **Geriatric Depression Scale (GDS)** (Yesavage et al., 1983): escala que mide la sintomatología depresiva en el adulto mayor, administrada a personas con 63 o más años. Mostrando un 92% de sensibilidad y un 89% de especificidad, así como una alta fiabilidad, con coeficientes alfa de Cronbach de 0,85 a 0,95 (Yesavage et al., 1983).
- **Escala de demencia Blessed** (Blessed, Tomlinson, y Roth, 1968): evalúa los cambios producidos en la realización de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) y Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), así como los cambios en el autocuidado, la autorregulación, los cambios a nivel de personalidad y comportamentales. Se le administra a un informador fiable, habitualmente un familiar del paciente o en su defecto una persona cercana al mismo que pueda valorar dichos cambios. Evidenciando una validez del 85% y una alta fiabilidad, con un coeficiente de correlación de 0,80 a 0,90 (Blessed, Tomlinson, & Roth, 1968).

- **Functional Activities Questionnaire (FAQ)** (Pfeffer et al., 1982): escala de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD). Presentando una validez de 0,80 y una fiabilidad con coeficientes alfa de Cronbach 0,90 a 0,95, siendo significativamente alto (Pfeffer et al., 1982).
- **Auditory A's** (Shapiro y Shapiro, 1965): evalúa la fijación de la atención y la atención sostenida, en función del tiempo de administración. El examinador lee una serie de letras entre las que se encuentran la letra A, el paciente debe golpear la pesa cada vez que el examinador lea la letra A, únicamente la letra, no el sonido, ya que la pronunciación de otras letras puede incluir el fonema A (H, J, Z). Con una alta validez, presentando un 85% de sensibilidad y un 90% de especificidad, así como una fiabilidad más que apropiada de 0.90 (Shapiro & Shapiro, 1965).

#### **Wechsler Memory Scale (WMS-III):**

- **Subtests de Dígitos de la Wechsler Memory Scale (WMS-III)** (Wechsler, 1997): evalúa la memoria de trabajo auditiva-verbal. Determina el número de elementos que puede retener el sujeto (span), con una serie de números directos o inversos.
- **Subtest de Localización Espacial de la Wechsler Memory Scale (WMS-III)** (Wechsler, 1997): evalúa la memoria visual. Se le presenta al paciente un soporte con 9 cubos, las caras de los cubos que quedan a la vista del evaluador están numeradas, el paciente va señalando en un orden determinado los cubos y posteriormente debe repetir la secuencia en el mismo orden.
- **Subtest de Dibujos de la Wechsler Memory Scale (WMS-III)** (Wechsler, 1997): evalúa memoria visual inmediata mostrando al paciente un dibujo durante 10 segundos, se le retiran y debe reproducirlos, posteriormente, se evalúa el largo plazo pidiendo que nuevamente realice el dibujo. Valora también el reconocimiento, mostrando al paciente varios dibujos, teniendo que reconocer cuales ha visto anteriormente. En otra de las partes debe copiar los dibujos y por último discriminar entre varios dibujos cual es idéntico al de referencia.

En lo que refiere a las propiedades psicométricas los Subtests de Dígitos, Localización Espacial y Dibujos de la WMS-III han demostrado una validez alta, con coeficientes de correlación de 0,80 a 0,80 así como una alta fiabilidad con coeficientes alfa de Cronbach de 0,85 a 0,95 (Wechsler, 1997).

- **Test de Aprendizaje Verbal España-Complutense (TAVEC)** (Benedet y Alejandre, 1998): evalúa memoria verbal mediante la valoración de la curva de aprendizaje. Se lee al paciente una lista A con 16 palabras, seguidamente el sujeto debe repetir las que recuerde, el procedimiento se repite 5 veces. Se valora si existen intrusiones y/o perseveraciones. Como interferencia, se administra la lista B. A corto plazo, se vuelve a solicitar que repita las palabras de la lista A y posteriormente se dan claves semánticas para facilitar el recuerdo. Tras 20-30 minutos se realiza el largo plazo y el largo plazo con claves. Por último, para medir la sensibilidad a la interferencia (lista B) se realiza el reconocimiento. Con validez para la evaluación de la memoria verbal ( $p < 0,01$ ) y coeficientes de correlación de 0,90, que le otorgan una alta fiabilidad (Benedet & Alejandre, 1998).
- **Poppelreuter Test** (Poppelreuter, 1917): evalúa las funciones visoperceptivas complejas. Se presenta una imagen en la que se encuentran varios dibujos superpuestos, el paciente debe reconocer los objetos. Presenta un 80% de precisión en la discriminación de pacientes con y sin lesiones cerebrales y una buena fiabilidad de 0,85 (alfa de Cronbach) (Poppelreuter, 1917).
- **Trail Making Test (TMT)** (Reitan, 1958): mide la velocidad de procesamiento, atención selectiva, flexibilidad mental, memoria de trabajo y función motora. Se divide en dos partes, en la primera, el paciente debe unir con una línea 25 números sin levantar el lápiz del papel, en la segunda, debe ir uniéndolos y combinando números con letras, de la misma forma con una línea y sin levantar el lápiz del papel. Dadas sus correlaciones significativas ( $p < 0,05$ ) con otras medidas neuropsicológicas, presenta una alta validez, así como un coeficiente de correlación de 0,90 que le atribuye una alta fiabilidad (Reitan, 1958).
- **Test del reloj** (Shulman, 2000): evalúa principalmente la percepción espacial y organización mental y proporciona información para el diagnóstico de trastornos neuropsicológicos como Alzheimer, demencia vascular o frontotemporal. Siendo válido, con una sensibilidad del 85% y una especificidad del 75% y siendo fiable, con un coeficiente alfa de Cronbach de 0,85 (Shulman, 2000).
- **Boston Naming Test (BNT)** (Kaplan, Goodglass, y Weintraub, 1983): se utiliza para valorar la capacidad de denominación de objetos del paciente. Se muestra al paciente una serie de dibujos de

elementos cotidianos y éste debe decir el nombre del objeto que está observando. Presenta correlaciones significativas ( $p < 0,01$ ) con otras pruebas que le otorgan validez y coeficientes de correlación de 0,90 que prueban su fiabilidad (Kaplan, Goodglass, & Weintraub, 1983).

- **Índice de Lawton y Brody** (Lawton y Brody, 1969): escala que valora la capacidad funcional del paciente de las siguientes Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD): uso del teléfono, realización de compras, preparación de comidas, mantenimiento del hogar, lavado de ropa, transporte, medicación y administración del dinero. Presenta validez respecto a otras medidas ( $p < 0,05$ ) y una fiabilidad con un coeficiente de correlación superior a 0,80 (Lawton & Brody, 1969).
- **Índice de Barthel** (Mahoney y Barthel, 1965): escala que evalúa las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) tales como: alimentación, baño, control de esfínteres, trasladarse, vestido, aseo. La validez interna se correlaciona significativamente con medidas similares ( $p < 0,01$ ) y su fiabilidad es notable, con coeficientes de correlación superiores a 0,90 (Mahoney & Barthel, 1965).

Para la evaluación de la sobrecarga, la ansiedad y la depresión del cuidador se emplearán:

- **Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit (EZ)** (Zarit, Reever, & Bach-Peterson, 1980): se trata de un cuestionario que cuantifica el grado de sobrecarga que padecen los cuidadores de personas dependientes. La mayoría de los estudios de validez realizados establecen valores mayores a 0,84. En cuanto a valores de fiabilidad, la escala total de Zarit presenta un alfa de Cronbach de 0,92 (Rodríguez et al., 2016).
- **Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)**: se trata de un cuestionario que evalúa la ansiedad estado y la ansiedad rasgo mediante 20 ítems para cada uno y con una escala de respuesta tipo Likert de cuatro alternativas. La fiabilidad del cuestionario tanto para la escala de ansiedad como para la escala de rasgo mediante el alfa de Cronbach es excelente, siendo superior a 0,90 y su validez es adecuada (Guillen Riquelme, 2014).
- **Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)**: herramienta para valorar la presencia y gravedad de la depresión en adultos mayores de 13 años. Está compuesto por 21 ítems que evalúan síntomas tales como tristeza, llanto, pérdida de placer, pesimismo, sentimientos de fracaso y de culpa,

pensamientos o deseos de suicidio, etc. Su fiabilidad es alta, con un coeficiente alfa de Cronbach de 0,83, así como su validez convergente con correlaciones entre 0,68 y 0,89 (Sanz y Vázquez, 1998).

A continuación, en la Tabla 9, se recogen los recursos humanos y materiales necesarios. El salario se determinará de acuerdo con lo establecido en el convenio colectivo aplicable en cada caso, siendo el presupuesto orientativo puesto que variará en función del número de participantes y las condiciones ante la aprobación de la presente propuesta:

**Tabla 9**

*Recursos humanos y materiales:*

<b>Categoría</b>	<b>Recurso</b>	<b>Descripción</b>	<b>Costo aproximado</b>
<b>Recursos</b>	2 psicólogos/as	Administración de pruebas e intervenciones	30.000€
<b>Humanos</b>	(Jornada de 35 horas semanales durante 7 meses)	psicológicas grupales e individuales	
	1 fisioterapeuta	Aplicación de actividades físicas y aeróbicas	2.800€
	(Jornada de 20 horas semanales durante 2 meses)		
	1 nutricionista	Asesoramiento nutricional	700€
	(Jornada de 10 horas semanales durante 1 mes)		
<b>Recursos</b>	Instrumentos de	Geriatric Depression Scale	3.900 €
<b>Materiales</b>	evaluación	(GDS), Escala de demencia Blessed, Functional	

Activities Questionnaire FAQ, Auditory A's,  
Subtests de Dígitos, Subtest de Localización  
Espacial y Subtest de Dibujos de la Wechsler  
Memory Scale (WMS-III), Test de Aprendizaje  
Verbal España-Complutense TAVEC,  
Poppelreuter Test, Trail Making Test (TMT),  
Test del reloj, Boston Naming Test BNT, Índice  
de Lawton y Brody y Índice de Barthel, Escala  
de Sobrecarga del Cuidador de Zarit (EZ),  
Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)  
e Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)

Materiales para la intervención individual	Recursos para mindfulness (guías, grabaciones, etc.)	150 €
	Hojas de registro	50 €
	Guía de actividades	100 €
Materiales para la intervención en hábitos saludables	Equipamiento para actividad física (bicicletas estáticas, cintas de correr, mancuernas, bandas de resistencia, etc.)	Equipamiento cedido por Acufade
	Guías de hábitos saludables elaboradas por los profesionales responsables de la actividad.	100 €
Materiales para la	Juegos	300 €

	intervención	Fichas de estimulación cognitiva	150 €
	grupal de		
	estimulación	Suscripción a Neuronup	600 €
	cognitiva	Material de oficina: papel, lápiz, pizarra, colores, etc.	200 €
	Materiales para la	Guías de habilidades de afrontamiento	100 €
	intervención		
	familiar		
	Recursos	Material de registro y seguimiento	500 €
	adicionales		
<b>Recursos tecnológicos</b>	Tabletas y ordenadores	Acceso a Neuronup y resto de recursos en línea (Videos, plataformas, etc.)	3.000 €
	Proyector	Presentación de recursos (Transparencias, videos, etc.)	800 €
	Altavoces	Reproducción de contenido multimedia	300 €
	Conexión a internet y línea telefónica	Acceso a los recursos online y contacto	600 €
<b>Infraestructura</b>	Despacho	Realización de entrevistas, pruebas y reuniones	Espacios cedidos por Acufade
	Gimnasio	Desarrollo de actividades físicas y/o grupales	
	Sala polivalente	Desarrollo de actividades grupales	

---



**Total**

44.350

**Temporalización de las Sesiones.**

La intervención se desarrollará a lo largo de siete meses. Durante el primer mes se procederá a la evaluación inicial. La primera semana se realizarán las entrevistas, con una duración de una hora y media aproximadamente, realizando dos entrevistas diarias. En la segunda semana, se administrarán las pruebas en sesiones de tres horas por paciente aproximadamente, pudiendo dividir la administración de las pruebas en caso de fatiga, evaluando a dos pacientes por día. Las dos últimas semanas se procederá a la corrección de las pruebas e interpretación de las mismas.

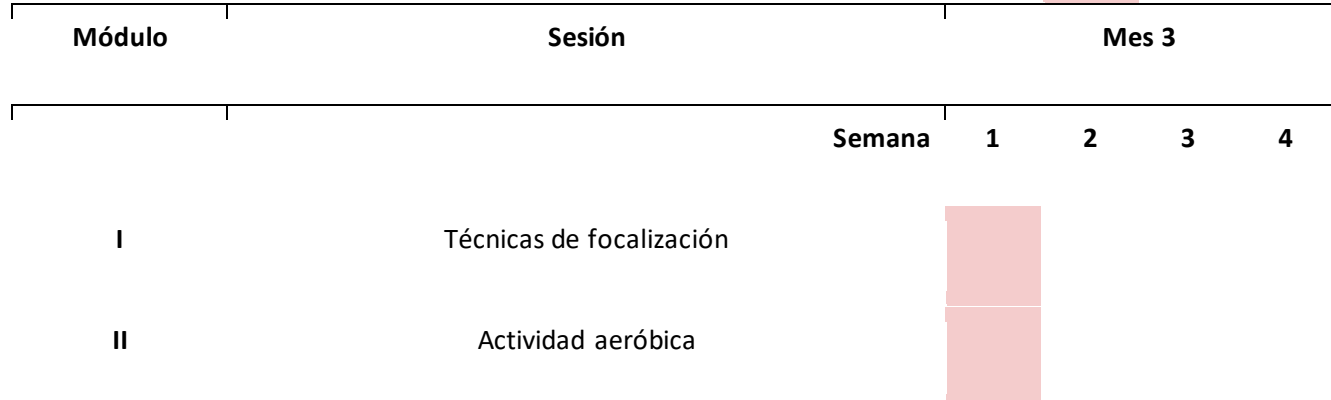
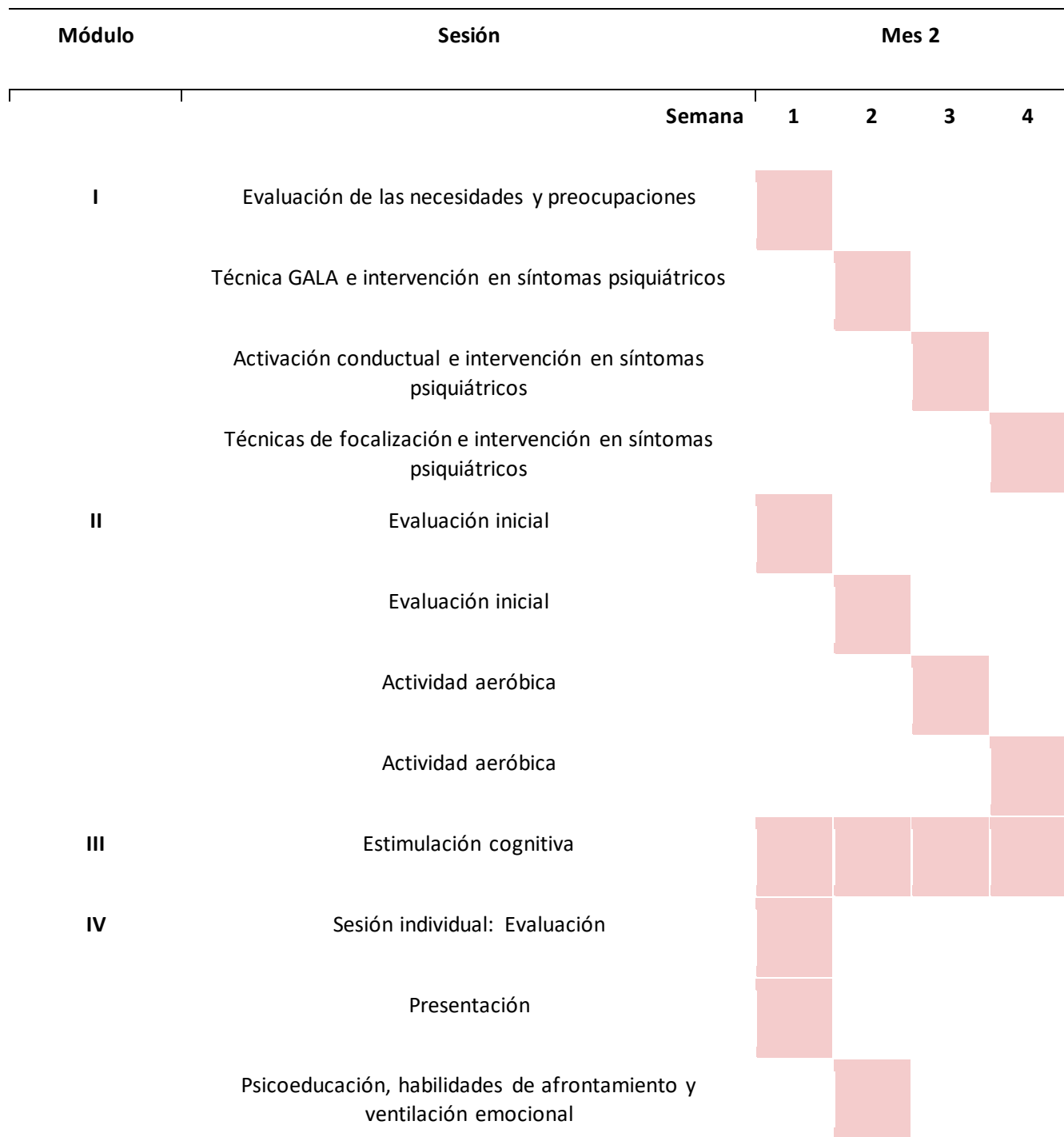
Del segundo al séptimo mes se desarrollarán las actividades del programa de intervención. Se realizará una sesión por semana de los módulos I, II y IV, con una duración de una hora, salvo las sesiones iniciales de evaluación de los diferentes módulos, que tendrán una duración de una hora y media. Del módulo III, se realizarán tres sesiones semanales con una duración de dos horas.

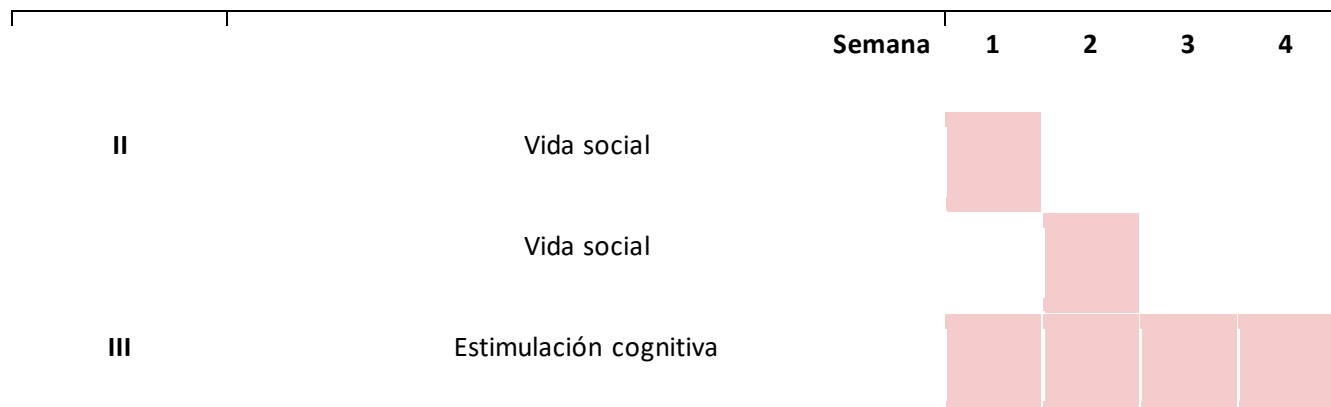
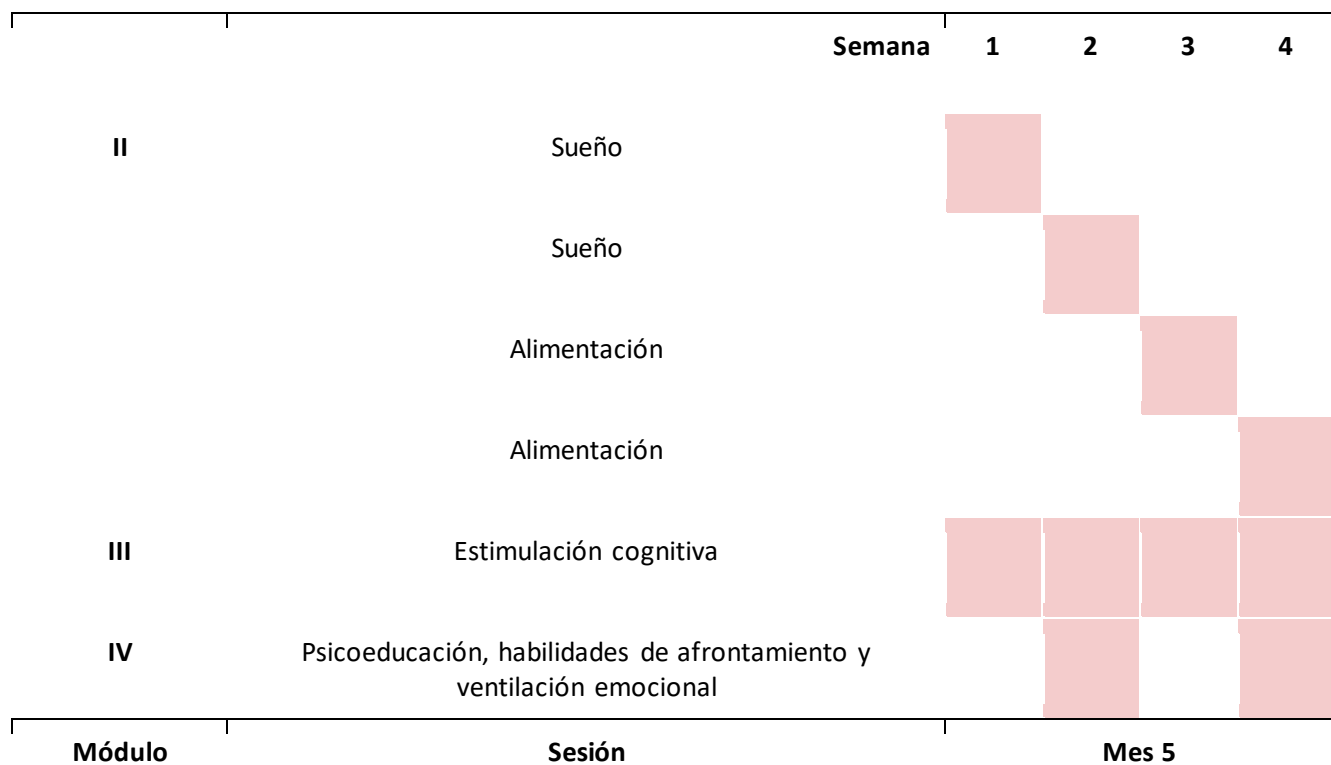
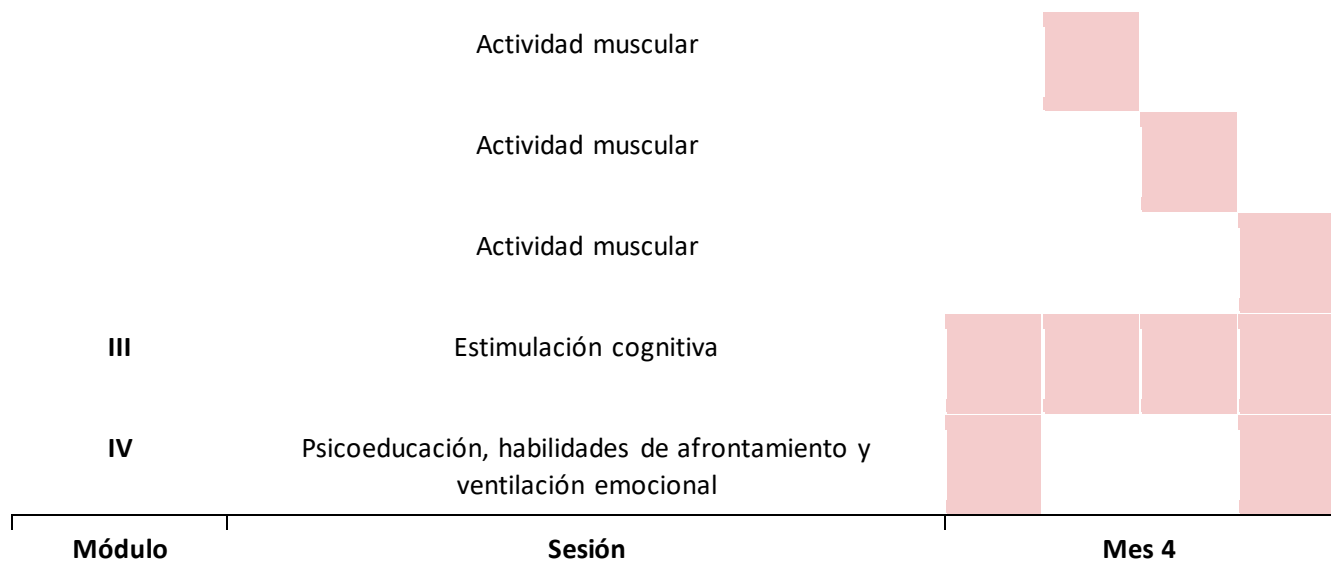
El cronograma de la presente intervención se refleja en la Tabla 10:

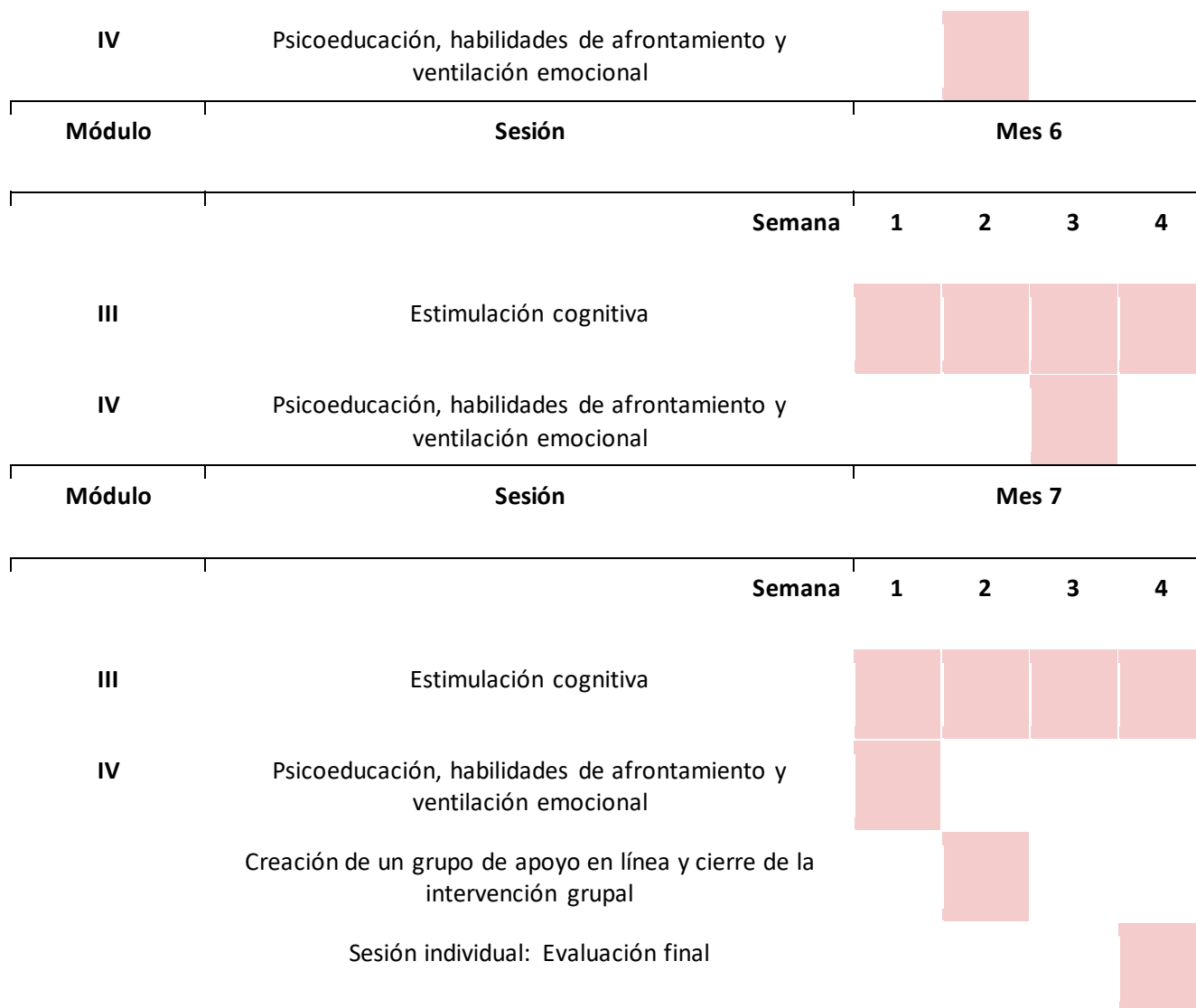
**Tabla 10**

*Cronograma.*

Módulo	Sesión	Mes 1			
		Semana 1	2	3	4
Evaluación inicial	Entrevista				
	Pase de pruebas				
	Corrección				
	Corrección				







### Evaluación de la Intervención

La estrategia para la evaluación de la intervención en pacientes con DCL y sus cuidadores, no incorpora la presencia de grupo control. Dicha elección se justifica desde una perspectiva ética, evitando privar de una intervención inmediata y sus posibles beneficios a las personas con DCL. Según recoge el Consejo General de la Psicología de España (2015), en el Código Deontológico del Psicólogo, las consideraciones éticas comprometen al profesional en el ejercicio de la psicología a velar por el bienestar y los derechos de las personas, fundamentación por la que no se incluye un grupo control en la presente intervención.

Las variables independientes del plan de intervención incluyen: las intervenciones terapéuticas empleadas en el manejo de la sintomatología ansiosa y depresiva, la intervención en hábitos saludables, la estimulación

cognitiva y el apoyo al cuidador. Por otro lado, como variables dependientes, se encuentra la sintomatología sobre la que se realiza la intervención, como es, la sintomatología emocional (ansiedad y depresión) y psiquiátrica, los hábitos saludables, las capacidades cognitivas y la carga del cuidador.

Para la evaluación se establecen tres momentos de medida. Se realizará una medición Pre-Test para evaluar el estado inicial de los pacientes y, por ende, las necesidades previas a la intervención utilizando la batería indicada para la evaluación inicial. De forma simultánea a la intervención se realizará la evaluación formativa, mediante la retroalimentación continua del rendimiento de los pacientes y cuidadores, a través del grado de participación en las intervenciones, la observación, los resultados obtenidos durante las diferentes sesiones, etc. Se cumplirá con la monitorización de la intervención para realizar los ajustes necesarios y comprobar el avance en la consecución de objetivos. La evaluación del programa (Post-test) se realizará pasados seis meses desde la finalización del mismo, haciendo uso de la batería de instrumentos utilizados en la medida inicial. La distensión de la evaluación de resultados busca comprobar si los efectos de la intervención se consolidan y los benefactores de ésta integran los conocimientos y habilidades, así como valorar los costos y beneficios de la intervención, además de disminuir el posible efecto Hawthorne, factor que investigan McCarney et al. (2007), el cual se caracteriza por la mejoría del comportamiento de los participantes por hallarse en un contexto de evaluación, encontrando que la intensidad del seguimiento puede influir en el resultado obtenido.

### **3. Conclusiones**

Con la finalización de las sesiones llevadas a cabo durante la intervención y realizada la evaluación de la misma, se procede a describir los resultados que se esperan de la implementación del programa.

Respecto a la valoración de la intervención se evalúa a continuación lo esperado en términos de eficacia, efectividad y eficiencia.

La eficacia, se entiende como la consecución de los objetivos terapéuticos (Ballesteros, 2015) o la capacidad de un tratamiento de producir los cambios psicológicos esperados, superando a la ausencia de tratamiento,

otras intervenciones, o componentes aislados (Ferro y Vives, 2004). No es posible realizar esta evaluación debido a la falta de un grupo control y a las variaciones individuales en la manifestación de la demencia. Respecto a la efectividad, definida como el grado en el que el tratamiento logra los objetivos terapéuticos en la práctica clínica habitual (Ballesteros, 2015), o el éxito social y la satisfacción de los pacientes (Ferro y Vives, 2004). En cuanto a esto, se confía en que la intervención sí que sea efectiva ya que es esperable una mejora de la sintomatología depresiva y ansiosa. Se espera, al menos, un retraso en la aparición de los déficits cognitivos y una mejor adaptación y mayor autonomía del paciente a su contexto natural. Por otro lado, y respecto a los cuidadores, se confía en que con esta intervención se pueda conseguir una disminución de la carga y que se desarrollen mejores habilidades de afrontamiento ante la enfermedad. Por último, la eficiencia del tratamiento, haciendo referencia al coste-beneficio que tendría la intervención (Ballesteros, 2015). La intervención no se consideraría un programa con elevado costo en comparación con los beneficios esperados, ya que, la inversión mayor incide en la contratación del personal cualificado para realizar la intervención y en los materiales necesarios. Si hablamos de beneficios, se esperan que estos sean notables y sonoros, ya que con este programa no solo se verán favorecidos los pacientes, sino que sus cuidadores también podrán experimentar un avance en sus vidas, por lo tanto, se puede concluir que se espera que la intervención sea eficiente.

En cuanto a las posibles implicaciones teóricas y prácticas que posee este programa cabe destacar que en gran medida las propuestas de intervención para DCL disponibles son de caso único ofreciendo en el presente plan de intervención un protocolo para la aplicación en pacientes con diagnóstico de DCL, lo que permite así su generalización e implementación práctica en los diferentes contextos clínicos.

Además, se debe remarcar la figura del cuidador, a quien se dota de herramientas y estrategias en el manejo de síntomas, reducción del estrés y carga emocional, así como una mejora de la calidad de vida y bienestar del cuidador y en consecuencia del paciente, asegurando un ambiente de cuidado adecuado y reconociendo además el rol tan importante que tiene en el cuidado del paciente.

Esta intervención presenta una serie de limitaciones que se deben mencionar.

Una de las más significativas es la posibilidad de mortalidad de la muestra, debido a la enfermedad y a la edad de los pacientes, lo que podría derivar en la pérdida de participantes a lo largo de la intervención y afectar a la calidad de la muestra.

Otra limitación recae en la falta de evidencia empírica y de estudios recientes acerca de la DCL y la figura del cuidador, lo que ha dificultado la labor de investigación realizada para aportar calidad y validez a la intervención. A esto, se debe añadir que no se han llevado a cabo programas previos por lo que compromete las comparaciones. Si bien, es verdad que, León-Casas y Rodríguez-Mora (2022) propusieron el uso complementario a los tratamientos tradicionales del Protocolo Unificado para tratar los trastornos emocionales en cuidadores de personas con demencia, dada su utilidad en trastornos emocionales comórbidos y su eficacia en grupos con sintomatología similar a la que presentan los cuidadores.

Además, el posible abandono debido a un avance muy rápido de la enfermedad es un factor a tener en cuenta debido a que puede ser una gran limitación a la hora de llevar a cabo la intervención. La DCL no sigue un curso homogéneo en todos los pacientes, por lo que en una persona puede actuar de una forma muy distinta a lo que lo hará en otra, pudiendo avanzar de manera más lenta o más rápida dependiendo del paciente y sus características.

También encontramos entre las posibles limitaciones, factores externos como lo son la enfermedad del cuidador, la necesidad de internar al paciente en un centro sociosanitario por la imposibilidad de cuidado, la posible viudedad del paciente, el fallecimiento de alguien cercano, cambios en el entorno como: mudanzas, el divorcio del cuidador o conflictos familiares, siendo estos factores que afectan al estado anímico de los pacientes y al transcurso de la enfermedad.

Asimismo, es necesario un abordaje más profundo en el tratamiento de las alucinaciones, empleando un mayor número de sesiones y una intervención más exhaustiva, dada su complejidad y presencia característica en este tipo de demencia.

Además, es esencial evaluar más en profundidad el rol del cuidador, para valorar así, el grado real de la carga. Ésta, variará en función de si esta tarea es compartida o no. El hecho de ser una tarea compartida, disminuirá la carga. Otro inconveniente puede encontrarse en la accesibilidad y logística de la intervención,

tales como la distancia y la comodidad de acceso a las sesiones. La medición de la sintomatología ansiosa también es relevante, tanto en pacientes como en cuidadores. Por último, la ambición del programa para cubrir una amplia gama de aspectos puede presentar un desafío y requerir de una mayor rigurosidad, y, a pesar de los beneficios de las sesiones grupales, puede surgir la necesidad de abordar cuestiones de manera más profunda e individualizada, lo que sugiere la necesidad de contar con sesiones individuales en algunos de los módulos.

Si hablamos de las fortalezas de la presente intervención, podemos destacar el enfoque integral que se mantiene durante toda la aplicación de cara a intervenir en diferentes áreas y de diversas formas aportándole de esta manera calidad a la intervención.

Por otro lado, destacar la evaluación inicial que se realizará, siendo bastante completa e incluyendo y teniendo en cuenta aspectos tales como las necesidades del paciente y su cuidador, informes médicos, pruebas de neuroimagen, datos referidos a sus rutinas, a su autonomía, a sus gustos, entre otros.

Además, es importante señalar como fortaleza de este protocolo el uso de las sesiones grupales. Estas sesiones, de estimulación cognitiva en el caso de los pacientes y psicoeducación, habilidades de afrontamiento y ventilación emocional en el caso de los cuidadores, son un aprendizaje cooperativo y una liberación donde éstos pueden verse reflejados y aprender de otras personas que están atravesando por situaciones similares.

También cabe mencionar, la intervención familiar realizada con la figura de los cuidadores, siendo un aspecto novedoso ya que tiene en cuenta la importancia del rol en la mejora o empeoramiento de los síntomas y en la calidad de vida de los pacientes con DCL y en su propia vida porque, en ocasiones, se desatiende la repercusión de la enfermedad en la persona encargada del cuidado.

Por último, ante la creciente demanda de servicios que deriva en el colapso de las unidades especializadas en el tratamiento de demencias, superando su capacidad y, en consecuencia, impidiendo un rápido y efectivo acceso a diagnósticos y tratamientos adecuados, se propone, el presente programa como una herramienta para ofrecer a dichas unidades, lo que les proporcionaría un protocolo específico para la DCL



además de una herramienta de diagnóstico eficaz, contribuyendo al desahogo de las unidades especializadas y mejorando la calidad de atención.

Para concluir, consideramos que esta propuesta aporta información relevante que puede ser la apertura de una nueva puerta de cara al futuro para más investigación y evidencia científica, además de ser un protocolo accesible que puede generar cambios en la calidad de vida de todas aquellas personas que se ven afectadas por la DCL de una manera u otra.

#### 4. Referencias

- Altman, D. (2014). 50 técnicas de mindfulness para la ansiedad, la depresión, el estrés y el dolor: Mindfulness como terapia. Sirio.
- Ballesteros, F. (2015). *Efectividad de los tratamientos psicológicos en el ámbito aplicado*. (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid.
- Benedet, M. J., & Alejandre, M. A. (1998). *Test de Aprendizaje Verbal España-Complutense (TAVEC)*. TEA Ediciones.
- Blessed, G., Tomlinson, B. E., & Roth, M. (1968). The association between quantitative measures of dementia and of senile change in the cerebral grey matter of elderly subjects. *British Journal of Psychiatry*, 114(512), 797-811. <https://doi.org/10.1192/bjp.114.512.797>
- Brand, S., Holsboer-Trachsler, E., Naranjo, J. R., & Schmidt, S. (2012). *Influence of Mindfulness Practice on Cortisol and Sleep in Long-Term and Short-Term Meditators*. *Neuropsychobiology*, 65(3), 109-118. <https://doi.org/10.1159/000330362>
- Brito, E. (2023). *¿Es la terapia cognitivo conductual más eficaz que el resto de intervenciones no farmacológicas para reducir las alteraciones emocionales y conductuales en adultos con demencia leve a moderada?* Repositorio Institucional de la Universidad de La Laguna. <https://riull.ull.es/xmlui/handle/915/32420>
- Connors, M. H., Quinto, L., McKeith, I., Brodaty, H., Allan, L., Bamford, C., Thomas, A., Taylor, J.-P., & O'Brien, J. T. (2018). Non-pharmacological interventions for Lewy body dementia: A systematic review. *Psychological Medicine*, 48(11), 1749-1758. <https://doi.org/10.1017/S0033291717003257>
- Consejo General de la Psicología de España. (2015). *Código Deontológico del Psicólogo/a*. <https://www.cop.es/pdf/codigo-deontologico-consejo-2010.pdf>.
- De la Vega Cotarelo, A., Zambrano Toribio, R. (2013). *Demencia con cuerpos de Lewy: parte 1*. <https://www.hipocampo.org/demencia-cuerpos-lewy.asp>
- Demencia con cuerpos de Lewy*. (s. f.). National Library of Medicine.

<https://medlineplus.gov/spanish/lewybodydementia.html>

*Demencia con cuerpos de Lewy: Parte 1.* (s. f.). <https://www.hipocampo.org/demencia-cuerpos-lewy.asp>

Demencia por Cuerpos de Lewy y el papel del psicogerontólogo. (2018, septiembre 20).

*Geriatricarea.* <https://www.geriatricarea.com/2018/09/20/demencia-por-cuerpos-de-lewy-y-el-papel-del-psicogerontologo/>

Diéguez-Perdigüero, E., Charro-Gajate, C., & Hortigüela-Arroyo, R. R. (2010). *A la sombra de la enfermedad de Alzheimer crecen brotes de enfermedad de Parkinson y demencia por cuerpos de Lewy.*

Emre, M., Aarsland, D., Brown, R., Burn, D. J., Duyckaerts, C., Mizuno, Y., Broe, G. A., Cummings, J., Dickson, D. W., Gauthier, S., Goldman, J., Goetz, C., Korczyn, A., Lees, A., Levy, R., Litvan, I., McKeith, I., Olanow, W., Poewe, W., ... Dubois, B. (2007). Clinical diagnostic criteria for dementia associated with Parkinson's disease. *Movement Disorders*, 22(12), 1689-1707. <https://doi.org/10.1002/mds.21507>

Ferman, T., Smith, G., Boeve, B., Graff-Radford, N., Lucas, J., Knopman, D., Petersen, R., Ivnik, R., Wszolek, Z., Uitti, R., & Dickson, D. (2007). Neuropsychological Differentiation of Dementia with Lewy Bodies from Normal Aging and Alzheimer's Disease. *The Clinical neuropsychologist*, 20, 623-636. <https://doi.org/10.1080/13854040500376831>

Ferro, R., y Vives, C. (2004). Un análisis de los conceptos de efectividad, eficacia y eficiencia en psicología. *Panacea*, 16, 97-99.

Gascón-Bayarri, J., Reñé, R., Del Barrio, J. L., De Pedro-Cuesta, J., Ramón, J. M., Manubens, J. M., Sánchez, C., Hernández, M., Estela, J., Juncadella, M., & Rubio, F. R. (2007). Prevalence of Dementia Subtypes in El Prat de Llobregat, Catalonia, Spain: The PRATICON Study. *Neuroepidemiology*, 28(4), 224-234. <https://doi.org/10.1159/000108597>

Gil, J. S., & Navas, M. F. (2017). Consecuencias del Burnout de cuidadores de pacientes con demencia. *European Journal of Health Research*, 3(2), Article 2.

<https://doi.org/10.30552/ejhr.v3i2.61>

Gomperts, S. N. (2016). Lewy Body Dementias: Dementia With Lewy Bodies and Parkinson Disease Dementia. *Continuum : Lifelong Learning in Neurology*, 22(2 Dementia), 435-463.\_

<https://doi.org/10.1212/CON.0000000000000309>

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Atención Integral a las Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias. (2011). *Guía de Práctica Clínica sobre la Atención Integral a las Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias (versión resumida)*. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. [https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC\\_484\\_Alzheimer\\_AIAQS\\_resum.pdf](https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_484_Alzheimer_AIAQS_resum.pdf)

Guillen Riquelme, A. (2014). *Validación de la adaptación española del State-Trait Anxiety Inventory en diferentes muestras españolas* (Tesis doctoral). Universidad de Granada.

<https://hdl.handle.net/10481/31643>

Haider, A., Spurling, B. C., & Sánchez-Manso, J. C. (2024). Lewy Body Dementia. En *StatPearls*.

StatPearls Publishing. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482441/>

Hofmann, S. G., Asmundson, G. J. G., & Beck, A. T. (2013). The Science of Cognitive Therapy. *Behavior Therapy*, 44(2), 199-212. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2009.01.007>

Hogan, D. B., Fiest, K. M., Roberts, J. I., Maxwell, C. J., Dykeman, J., Pringsheim, T., Steeves, T., Smith, E. E., Pearson, D., & Jetté, N. (2016). The Prevalence and Incidence of Dementia with Lewy Bodies: A Systematic Review. *Canadian Journal of Neurological Sciences*, 43(S1), S83-S95.\_

<https://doi.org/10.1017/cjn.2016.2>

Infocop. (2007, enero 21). TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL, DELIRIOS Y ALUCINACIONES. *Infocop*.

<https://www.infocop.es/terapia-cognitivo-conductual-delirios-y-alucinaciones/>

Irizarry, W. R., Arango-Lasprilla, J. C., & Vélez, R. S. (2022). *Envejecimiento y las demencias*. Editorial El Manual Moderno.

Jagust, R. (s. f.). *La Demencia con Cuerpos de Lewy (Dementia with Lewy Bodies)*. Family Caregiver

Alliance. <https://www.caregiver.org/es/resource/la-demencia-con-cuerpos-de-lewy/>

- Jha, A. P., Stanley, E. A., Kiyonaga, A., Wong, L., & Gelfand, L. (2010). Examining the protective effects of mindfulness training on working memory capacity and affective experience. *Emotion*, 10(1), 54-64. <https://doi.org/10.1037/a0018438>
- Kaplan, E., Goodglass, H., & Weintraub, S. (1983). *Boston Naming Test*. Lea & Febiger.
- Kaufer, D. (1998). Demencia con cuerpos de Lewy: Diagnóstico y tratamiento. *Revista de Neurología*, 27(S1), 63. <https://doi.org/10.33588/rn.27S1.98442>
- Lawton, M. P., & Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 9(3), 179-186. [https://doi.org/10.1093/geront/9.3\\_Part\\_1.179](https://doi.org/10.1093/geront/9.3_Part_1.179)
- Leon, A. C., Davis, L. L., & Kraemer, H. C. (2011). The Role and Interpretation of Pilot Studies in Clinical Research. *Journal of psychiatric research*, 45(5), 626-629. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.10.008>
- León-Casas, I., & Rodríguez-Mora, A. (2022). Aplicación del Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales en cuidadores familiares de enfermos con demencia. *Acción Psicológica*, 19(2), 45-62. <https://doi.org/10.5944/ap.19.2.37002>
- Losada, A., Márquez-González, M., Romero-Moreno, R., López, J., Fernández-Fernández, V., & Nogales-González, C. (2015). Atendiendo a las variadas problemáticas de los cuidadores familiares de personas con demencia: Aportaciones de la terapia cognitivo-conductual y de la terapia de aceptación y compromiso. *Clínica y Salud*, 26(1), 41-48. <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2015.02.001>
- Maclin, J. M. A., Wang, T., & Xiao, S. (2019). Biomarkers for the diagnosis of Alzheimer's disease, dementia Lewy body, frontotemporal dementia and vascular dementia. *General Psychiatry*, 32(1), e100054. <https://doi.org/10.1136/gpsych-2019-100054>
- Mahoney, F. I., & Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 61-65.
- McCarney, R., Warner, J., Iliffe, S., van Haselen, R., Griffin, M., & Fisher, P. (2007). The Hawthorne

Effect: A randomised, controlled trial. *BMC Medical Research Methodology*, 7(1), 30.\_

<https://doi.org/10.1186/1471-2288-7-30>

Mora, Á. R., & Calvario, C. (2023). Revisión sistemática sobre la influencia de la reserva cognitiva en la demencia y en la eficacia de la terapia de estimulación cognitiva. *Revista INFAD de Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology.*, 2(1), Article 1. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2023.n1.v2.2514>

Morandi, A., Davis, D., Bellelli, G., Arora, R. C., Caplan, G. A., Kamholz, B., Kolanowski, A., Fick, D. M., Kreisel, S., MacLulich, A., Meagher, D., Neufeld, K., Pandharipande, P. P., Richardson, S., Sooter, A. J. C., Taylor, J. P., Thomas, C., Tiegues, Z., Teodorczuk, A., ... Rudolph, J. L. (2017). The Diagnosis of Delirium Superimposed on Dementia: An Emerging Challenge. *Journal of the American Medical Directors Association*, 18(1), 12-18.\_

<https://doi.org/10.1016/j.jamda.2016.07.014>

*NeuronUP, rehabilitación y estimulación cognitiva profesional – REHABILITACIÓN COGNITIVA*

*PROFESIONAL*. (s. f.). Recuperado 4 de junio de 2024, de <https://neuronup.com/>

Pfeffer, R. I., Kurosaki, T. T., Harrah, C. H., Chance, J. M., & Filos, S. (1982). Measurement of functional activities in older adults in the community. *Journal of Gerontology*, 37(3), 323-329. <https://doi.org/10.1093/geronj/37.3.323>

Poppelreuter, W. (1917). *Die psychischen Schäden durch Kopfschuss im Kriege 1914/1916*. Leopold Voss.

Prasad, S., Katta, M. R., Abhishek, S., Sridhar, R., Valisekka, S. S., Hameed, M., Kaur, J., & Walia, N. (2023). Recent advances in Lewy body dementia: A comprehensive review. *Disease-a-Month*, 69(5), 101441. <https://doi.org/10.1016/j.disamonth.2022.101441>

Reitan, R. M. (1958). Validity of the Trail Making Test as an indicator of organic brain damage. *Perceptual and Motor Skills*, 8(3), 271-276. <https://doi.org/10.2466/pms.1958.8.3.271>

Rodríguez, Á. P. A., Córdoba, A. M. C., & Poches, D. K. P. (2016). Escala de sobrecarga del cuidador Zarit: Estructura factorial en cuidadores informales de Bucaramanga. *Revista de Psicología*

*Universidad de Antioquia*, 8(2), Article 2. <https://doi.org/10.17533/udea.rpsua.v8n2a06>

Ruiz, C. A. (2021). Demencia con cuerpos de Lewy. *Revista Kranion*, 16(2), 7262.\_

<https://doi.org/10.24875/KRANION.M21000004>

Sanz, J., & Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del Inventario para la Depresión de Beck. *Psicothema*, 10(2), 303–318.

<https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/7467>

Shapiro, M., & Shapiro, E. (1965). Differential diagnosis of dementia by a brief focal attention task.

*Journal of Nervous and Mental Disease*, 141(1), 22-28. [https://doi.org/10.1097/00005053-](https://doi.org/10.1097/00005053-196507000-00004)

[196507000-00004](https://doi.org/10.1097/00005053-196507000-00004)

Shulman, K. I. (2000). Clock-drawing: Is it the ideal cognitive screening test? *International Journal of*

*Geriatric Psychiatry*, 15(6), 548-561. [https://doi.org/10.1002/1099-](https://doi.org/10.1002/1099-1166(200006)15:6<548::AID-GPS242>3.0.CO;2-U)

[1166\(200006\)15:6<548::AID-GPS242>3.0.CO;2-U](https://doi.org/10.1002/1099-1166(200006)15:6<548::AID-GPS242>3.0.CO;2-U)

Smith, R., Sampson, E. L., & Ralph, S. J. (2019). Supporting carers of people with dementia: A mixed methods study of carer awareness and use of the National Dementia Helpline. *BMC Research Notes*, 12(1), 264.

Stinton, C., McKeith, I., Taylor, J.-P., Lafortune, L., Mioshi, E., Mak, E., Cambridge, V., Mason, J., Thomas, A., & O'Brien, J. T. (2015). Pharmacological Management of Lewy Body Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *American Journal of Psychiatry*, 172(8), 731-742.\_

<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.14121582>

Valera, E. (2013). *Estudio diferencial en una población de personas mayores institucionalizadas en base a un programa de intervención grupal vs individual llevado a cabo por un terapeuta ocupacional (Trabajo fin de grado)*. Universidade da Coruña. Facultade de Ciencias da Saúde\_

<http://hdl.handle.net/2183/11658>

Vandepitte, S., Van den Noortgate, N., Putman, K., Verhaeghe, S., Faes, K., & Annemans, L. (2016).

Effectiveness of supporting informal caregivers of people with dementia: A systematic review of randomized and non-randomized controlled trials. *Journal of Alzheimer's Disease*,

52(3), 929–965. <https://doi.org/10.3233/JAD-151011>

Viguera Editores, V. (2018). *Neurología*. <https://neurologia.com/articulo/articulo/2017519>

Villarejo Galende, A., Eimil Ortiz, M., Llamas Velasco, S., Llanero Luque, M., López de Silanes de Miguel, C., & Prieto Jurczynska, C. (2021). Informe de la Fundación del Cerebro. Impacto social de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. *Neurología*, 36(1), 39-49. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2017.10.005>

Vollestad, J., Sivertsen, B., & Nielsen, G. H. (2011). Mindfulness-based stress reduction for patients with anxiety disorders: Evaluation in a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49(4), 281-288. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.01.007>

Wechsler, D. (1997). *Wechsler Memory Scale (WMS-III)*. The Psychological Corporation.

Yamada, M., Komatsu, J., Nakamura, K., Sakai, K., Samuraki-Yokohama, M., Nakajima, K., & Yoshita, M. (2020). Diagnostic Criteria for Dementia with Lewy Bodies: Updates and Future Directions. *Journal of Movement Disorders*, 13(1), 1-10. <https://doi.org/10.14802/jmd.19052>

Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17(1), 37-49. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(82\)90033-4](https://doi.org/10.1016/0022-3956(82)90033-4)

Zarit, S. H., Reever, K. E., & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*, 20(6), 649-655. <https://doi.org/10.1093/geront/20.6.649>

Zeidan, F., Johnson, S. K., Diamond, B. J., David, Z., & Goolkasian, P. (2010). Mindfulness meditation improves cognition: Evidence of brief mental training. *Consciousness and Cognition*, 19(2), 597-605. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2010.03.014>



## 5. Anexos

### Anexo A

#### ENTREVISTA PARA EL PACIENTE

##### Introducción:

- Presentación del profesional, explicación de código ético, objetivos de la entrevista, etc.
- Consentimiento informado.

##### Información Demográfica:

- Edad:
- Género:
- Nivel educativo:
- Ocupación actual:
- Estado civil:
- Composición familiar:

<b>Historia Clínica:</b>
Antecedentes médicos relevantes (por ejemplo, enfermedades crónicas, accidentes cerebrovasculares previos).
Uso actual de medicamentos y tratamientos médicos.
<b>Antecedentes y síntomas iniciales:</b>
¿Qué cambios ha notado últimamente?
¿Cuándo comenzaron estos cambios?

¿Cómo han afectado estos cambios a su vida diaria?

**Síntomas cognitivos:**

¿Ha notado problemas con la memoria o la atención?

¿Ha experimentado alucinaciones visuales o auditivas?

¿Ha tenido momentos de confusión?

**Función Ejecutiva:**

¿Experimenta dificultades para organizar tareas o seguir instrucciones complejas?

¿Se siente capaz de tomar decisiones importantes?

¿Ha notado cambios a la hora de iniciar o cambiar de tarea?

**Lenguaje y Comunicación:**

¿Ha tenido problemas para encontrar las palabras adecuadas o seguir una conversación?

¿Nota dificultades para entender instrucciones verbales o escritas?

¿Puede expresar sus pensamientos de manera clara?

**Funciones Visuoespaciales y Perceptuales:**

¿Hay dificultades con tareas que implican la percepción de formas, colores o distancias?

¿Ha notado cambios en su capacidad para encontrar objetos?

**Síntomas motores y conductuales:**

¿Ha notado rigidez muscular, temblores o movimientos involuntarios?

¿Tiene dificultades para caminar o mantener el equilibrio?

¿Ha notado cambios en su estado de ánimo?

**Síntomas Emocionales y Conductuales:**

¿Experimenta cambios en su estado de ánimo, como tristeza persistente, ansiedad o irritabilidad?

¿Cómo ha afectado esto a sus relaciones personales o en su vida diaria?

¿Ha notado dificultades para controlar sus emociones o reacciones impulsivas?

**Impacto en la vida diaria y bienestar:**

¿Cómo percibe su calidad de vida en comparación con hace unos meses o años?

¿Ha visto afectadas las actividades diarias como vestirse o cocinar?

¿Cómo se siente respecto a su salud en general?

**Apoyo familiar, social y cuidado:**

¿Cómo están manejando en casa la situación?



¿De qué apoyo o recursos disponen?

¿Quiénes son sus principales fuentes de apoyo?

Anexo B

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, D./Dña \_\_\_\_\_ con  
domicilio en \_\_\_\_\_  
C/ \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_.

**MANIFIESTA**

En base al **Artículo 25, presente en el Código Deontológico** en el **tratamiento psicológico**, que  
realizará D./Dña. \_\_\_\_\_, psicólogo/a colegiado/a T- \_\_\_\_\_.

Se me ha informado de que toda la información aportada a la psicóloga durante la duración del  
ejercicio profesional de la misma está sujeta al secreto profesional por lo que no puede ser divulgada  
a terceras personas sin mi consentimiento. He sido informado/a de que el/la psicólogo/a tiene la  
obligación de revelar ante las instituciones oportunas información confidencial si la situación pudiera  
representar un riesgo muy grave para mí, terceras personas o la información fuera requerida por  
orden judicial, en base al **Artículo 7 “Derecho a la intimidad”, 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 (revisión vigente 15 de octubre de 2015).**

Con esto, he sido informado/a y autorizo a la grabación de contenido audiovisual, consiento acudir a  
\_\_\_\_ sesiones semanales de \_\_\_\_ minutos de duración. La cancelación de la cita se realizará con un  
mínimo de 24 horas de antelación en caso de no poder acudir.

En \_\_\_\_\_. a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Firmado D./Dña.:

Firmado D./Dña.:

Colegiado nº:

Anexo C

**ENTREVISTA PARA EL CUIDADOR**

**Introducción:**

- Presentación del profesional, explicación de código ético, objetivos de la entrevista, etc.
- Consentimiento informado.

**Información Demográfica:**

- Edad:
- Género:
- Nivel educativo:
- Ocupación actual:
- Estado civil:
- Relación con la persona con demencia:

**Experiencia como Cuidador:**

¿Cuánto tiempo ha estado cuidando a la persona con demencia por cuerpos de Lewy?

¿Cuáles son las responsabilidades principales que asume como cuidador?

**Impacto Emocional y Carga de Cuidado:**

¿Cómo ha afectado emocionalmente el cuidado a su bienestar mental y físico?

¿Ha experimentado estrés, ansiedad o depresión?

¿Qué apoyo ha recibido durante este proceso?

**Apoyo Social y Red de Apoyo:**

¿Quiénes son sus principales fuentes de apoyo?

¿Ha participado en grupos de apoyo para cuidadores u otras actividades de ayuda mutua?

¿Cómo han respondido amigos, familiares u otros?

**Recursos y Necesidades:**

¿Qué recursos o servicios han encontrado útiles para apoyar el cuidado de la persona con demencia?

¿Existen necesidades específicas que sienta que no se están cubriendo?

¿Qué tipo de apoyo adicional o información le gustaría recibir?

**Estrategias de Afrontamiento y Autocuidado:**

¿Qué estrategias utiliza para manejar el estrés?

¿Cómo se asegura de cuidar de sus propias necesidades mientras cuida a su ser querido?

**Impacto en la Calidad de Vida y Relaciones Personales:**

¿Cómo ha afectado el rol de cuidador a su calidad de vida en general?

¿Cómo ha influido en sus relaciones personales, incluyendo familia, amigos y relaciones sociales?

**Planificación Futura y Expectativas:**

¿Han pensado sobre el futuro del cuidado y la planificación con respecto a la persona con demencia?

¿Qué preocupaciones o expectativas tiene sobre el futuro como cuidador?