



VNiVERSiDAD
D SALAMANCA

CAMPUS OF INTERNATIONAL EXCELLENCE

TRABAJO FIN DE MÁSTER

MÁSTER U. EN PSICogerontología

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

UNIVERSIDAD DE SALAMANCA

Demencia con Calidad de Vida: Factores Cognitivos, Físico-Funcionales y Sociales.

Autora: Andrea Catalán Lantarote

Tutor: José Buz Delgado

03/09/2024

He redactado el trabajo titulado: “Demencia con Calidad de Vida: Factores Cognitivos, Físico-Funcionales y Sociales” para la asignatura de Trabajo Fin de Máster en el curso académico 2023-2024 de forma autónoma, con la ayuda de las fuentes bibliográficas citadas en las Referencias.

He identificado como tales todas las partes tomadas de las fuentes indicadas, textualmente o conforme a su sentido.

El trabajo realizado constituye una aportación personal y que no he copiado, comprado, reproducido ni utilizado programas ya existentes. En todos los casos se ha reconocido expresamente la autoría de instrumentos de evaluación o similares, publicados.

Soy consciente de que no respetar estos extremos es objeto de sanciones universitarias y/o de otro orden, incluyendo la calificación del TFM con un 0-Suspenso.

Firmado:

RESUMEN

La calidad de vida de las personas con demencia se relaciona con multitud de factores. Analizar estas interrelaciones es importante para el posterior desarrollo de programas que mantengan o mejoren la calidad de vida en esta población. El presente trabajo explora la relación entre la dimensión cognitiva, físico-funcional y social con la calidad de vida de las personas con demencia.

Se ha contado con 132 personas que han sido atendidas en el CRE de Alzheimer del Imsero. Se han analizado los resultados de diversas escalas (*Quality of Life in Alzheimer's Disease*, *Mini Mental State Examination*, *Test de Alteración de la Memoria*, *Escala de Tinetti*, *Timed Up and Go* y *Escala de Gijón*), así como datos de carácter sociodemográfico.

Los resultados mostraron cómo el deterioro cognitivo específico de la memoria (2%), factores físico-funcionales (equilibrio-control postural y riesgo de caída) (35%) y el riesgo social (7%) son predictores significativos de la calidad de vida. El deterioro cognitivo general no se relaciona de manera significativa con la calidad de vida. El tipo de relación entre cuidador y la persona con demencia influye en su calidad de vida, siendo significativamente menor en aquellos atendidos por cuidadores en régimen de curatela.

En conclusión, factores de carácter físico-funcional y social tienen especial importancia a la hora de comprender la calidad de vida de las personas con demencia.

Palabras clave: Calidad de Vida, Deterioro Cognitivo, Funcionalidad Física, Riesgo Social, Curatela.

ABSTRACT

The quality of life of people with dementia is related to a wide range of factors. Analysing these interrelationships is important for the later development of programmes to maintain or improve quality of life in this population. This paper explores the relationship between cognitive, physical-functional and social dimensions and the quality of life of people with dementia..

This study involved 132 people who have been cared for at the Imsero Alzheimer's CRE. The results of various scales were analysed (Quality of Life in Alzheimer's Disease; Mini Mental State Examination; Memory Impairment Test; Tinetti Scale; Timed Up and Go; Gijón Scale), as well as socio-demographic data.

The results showed how cognitive impairment in memory (2%), physical-functional factors (balance-postural control and risk of falling) (35%) and social risk (7%) are significant predictors of quality of life. General cognitive impairment is not significantly related to quality of life. The type of relationship between the caregiver and the person with dementia influences their quality of life, being significantly lower in those cared for by caregivers under guardianship.

In summary, physical-functional and social factors are especially important for understanding the quality of life of people with dementia.

Key words: Quality of Life, Cognitive Impairment, Physical Functionality, Social Risk, Guardianship.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	3
Dimensión cognitiva.....	4
Dimensión físico-funcional.....	4
Dimensión social	5
MÉTODO	6
RESULTADOS.....	13
DISCUSIÓN	20
REFERENCIAS	26

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1	7
Tabla 2	13
Tabla 3	14
Tabla 4	16
Tabla 5	19
Figura 1	8
Figura 2	9
Figura 3	10
Figura 4	10
Figura 5	10
Figura 6	15
Figura 7	16
Figura 8	17
Figura 9	18
Figura 10	19

INTRODUCCIÓN

Autores como Quinn et al. (2021) afirman que, durante la última década, se ha intentado modificar la perspectiva centrada en las consecuencias negativas de la demencia hacia una narrativa más optimista que busca promocionar el “vivir bien con demencia”. Uno de los constructos relacionados con esta nueva perspectiva es la calidad de vida (en adelante CV) (Quinn et al., 2021). A día de hoy existe una amplia línea de investigación sobre la CV de las personas con demencia (en adelante PcD).

Al ser la CV un constructo multidimensional que no solo incluye índices objetivos (observables) sobre el bienestar, sino que también considera la propia percepción del individuo en su posición en la vida (Lawton, 1991), resulta un constructo relevante a la hora de valorar a la PcD en su globalidad (Bowling et al., 2015). Además, sirve para determinar la eficiencia de las prestaciones sociosanitarias dirigidas a esta población y garantiza la calidad de los cuidados e intervenciones hasta el fallecimiento del paciente (Bowling et al., 2015). Esto ha conducido a una mayor investigación sobre los factores que influyen sobre la CV de las PcD (i.e. Jing et al., 2016; Matyr et al., 2018; O’Rourke et al., 2015; Wu et al., 2020).

La valoración de la CV en esta población se puede llevar a cabo contrastando los resultados de la propia persona (autoinforme) con la de un informante (heteroinforme) (Logsdon et al., 1999). Sin embargo, la valoración de los autoinformes ya ofrece información suficiente a la hora de explorar los factores relacionados con la CV. De hecho, puesto que la CV es un constructo subjetivo (Bowling et al., 2015; Nikmat et al., 2015), son varios los autores que han defendido que, mientras sea posible, se ha de contar con la visión de la PcD sobre su CV percibida (i.e. Griffiths et al., 2019; Hutchinson et al., 2022). Además, el uso de los autoinformes es una forma de tener en cuenta a esta población, dándoles voz (Holopainen et al., 2017; Moyle et al., 2007) y constituyendo una buena praxis en investigación (Bowling et al., 2015).

La CV de las PcD parece estar relacionada con la influencia de muchos factores, algunos de ellos interrelacionados (Matyr et al., 2018). Por este motivo, aún sigue siendo necesario explorar cómo se relacionan con la CV de las PcD factores de diferentes dimensiones.

Dimensión cognitiva

Una de las áreas tradicionalmente más exploradas es la dimensión cognitiva. A pesar de que algunas intervenciones parecen ralentizar el deterioro cognitivo en la demencia -especialmente a nivel preventivo (i.e. Venegas-Sanabria et al., 2021)-, el avance del deterioro es inexorable (Langa and Levine, 2014). Sin embargo, este deterioro no se vincula necesariamente con una peor CV en la población con demencia.

La mayoría de los estudios no encuentran una relación entre el deterioro cognitivo general y la CV (Clare et al., 2022; Henskens et al. 2019; Miguel et al., 2016; Rodríguez-Blázquez et al., 2015; Telenius et al., 2013; Woods et al., 2014). Respecto a las funciones cognitivas específicas, como la memoria, los estudios parecen indicar que la memoria no es un predictor significativo de la CV en las PcD (Clare et al., 2022; Woods et al., 2014), aunque sí se han encontrado correlaciones negativas entre memoria y CV (Woods et al., 2014), sugiriendo una contraintuitiva relación entre un peor rendimiento en memoria y puntuaciones más altas en CV.

Dimensión físico-funcional

Según algunos autores, como Telenius et al. (2013), identificar factores modificables que afectan la CV de las PcD es decisivo para mantenerla o mejorarla.

La dimensión físico-funcional destaca como un área de interés, ya que la rehabilitación física puede servir como una intervención no farmacológica importante para reducir la aplicación de intervenciones farmacológicas y sus efectos secundarios (McArthur et al., 2024). Algunos de los factores propios de esta dimensión son el equilibrio y el riesgo de caída debido a un deterioro en la movilidad básica.

Por un lado, para el correcto funcionamiento del equilibrio, es fundamental la adecuada integración de diversos sistemas somatosensoriales, neuromusculares y propioceptivos que permiten a la persona mantener su independencia a la hora de, por ejemplo, caminar o vestirse (Biasin et al., 2023). Numerosos autores han encontrado una relación positiva entre el grado de independencia y la CV de las PcD (i.e., Holopainen et al., 2017; Jayakody y Arambepola, 2022; Jing et al., 2016; Matyr et al., 2018).

Por otro lado, el riesgo de caída en las PcD es multifactorial. Se ve afectado por la polifarmacia, hipotensión ortostática, arritmias cardíacas, barreras arquitectónicas y el deterioro de la movilidad

básica entre otros motivos (Roqueta et al., 2008). Sobre este último, también se ha estudiado cómo repercute negativamente en la ejecución de las actividades de la vida diaria (en adelante AVD) de las PcD (Barros et al., 2023; Biasin et al., 2023). El estudio de Hagovská y Olekszyová (2015) muestra cómo su programa multimodal consigue reducir el riesgo de caída y aumentar la CV en una muestra de personas con deterioro cognitivo leve. En población mayor sin deterioro cognitivo, pero con riesgo de caída (Lin et al., 2014), este factor explicaba el 26.7% de la CV relacionada con la salud, pero se desconoce la influencia de este factor en la población con demencia.

Dimensión social

La dimensión social también se presenta como un área de intervención a la hora de mantener la CV de las PcD. Meta-análisis como el de Matyr et al. (2018) señalan que los esfuerzos dirigidos a la mejora de la CV en esta población han de centrarse en el apoyo de las relaciones y la participación social.

A la hora de explorar estas variables, la CV se vincula con la calidad y cantidad de las relaciones (Abbot y Pachucki, 2016; Jing et al., 2016) y el grado de participación social (Matyr et al., 2018) a través de voluntariados, reuniones o la realización de actividades sociales (Jing et al., 2016; Narsakka et al., 2022). La relación entre el cuidador y la PcD también ha sido estudiada. En general, se ha observado cómo los cuidadores cónyuges, en contraste con cuidadores hijos o amigos, cubren mejor las necesidades de la PcD (Zhang et al., 2020). Concretamente en cuanto a la CV, una buena comunicación con los cuidadores se relaciona con una mejor CV (Jing et al., 2016), pero la mayoría de los estudios que exploran la relación entre este constructo y el tipo de cuidador han utilizado heteroinformes (i.e. Nogueria et al., 2021; Orgeta et al., 2015), dejando fuera la propia valoración de la PcD.

Debido a las características de la demencia, es frecuente que su red social se vea reducida (Holopainen et al., 2017) y sufra un mayor aislamiento, hecho que perjudica su CV (Clare et al., 2022). La relación entre este constructo y el riesgo social ha sido escasamente explorada en esta población. El riesgo social se concibe como la presencia de ciertas características que dificultan la interacción del individuo con su entorno, aumentando la vulnerabilidad a contraer enfermedades y desarrollar problemas sociales (Bartomeu et al., 1996). Se compone de diversos indicadores: la situación familiar, situación económica, vivienda, contactos sociales y red de apoyo social (Cabrera-González et al., 1999). En esta línea, se ha observado la existencia de una relación bidireccional entre un mayor deterioro cognitivo asociado a la demencia y el riesgo social (del Brutto et al., 2021).

El propósito de este estudio es explorar la relación entre la salud física, la salud mental y la vida social, así como la relación entre estas variables y la CV en PcD. Se espera que un mejor rendimiento en memoria se relacione de manera negativa con la CV (Hipótesis 1). Además, se espera que un mejor rendimiento en equilibrio se asocie de manera positiva con la CV (Hipótesis 2a), así como una relación negativa entre el riesgo de caída y la CV (Hipótesis 2b). En cuanto al área social, se espera que el riesgo social se asocie de manera negativa con la CV (Hipótesis 3) y que las PcD cuidadas por un cónyuge presenten mayor CV que las personas cuidadas por otro cuidador (Hipótesis 4).

MÉTODO

Participantes

Se utilizó una muestra de conveniencia formada por personas atendidas en el Centro de Referencia Estatal de atención a personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias del Imsero en Salamanca (en adelante, CRE de Alzheimer del Imsero). Se recogieron los datos disponibles en la base de datos Gescai de los usuarios del centro entre 2021 y 2024. Dada la naturaleza del estudio y la información disponible, no se consideraron otros criterios de inclusión y exclusión, salvo los que se detallarán en el apartado de Análisis Estadísticos. Aunque la muestra inicial estaba conformada por 315 sujetos, tras el proceso de depuración de datos que se describirá posteriormente, la muestra final utilizada fue de 132 (edad media = 82.5; el 77.4% eran mujeres). Del total, la mayoría tenía estudios medios (47.2%). De los que tenían diagnóstico, la mayoría presentaba Alzheimer (56.6%) y eran cuidados por su cónyuge (54.5%). El resto de características de la muestra se puede ver en la Tabla 1.

Las escalas utilizadas forman parte del protocolo de evaluación del CRE de Alzheimer del Imsero. En este, diversos profesionales -neuropsicólogos y psicólogos para el ámbito cognitivo y CV; trabajadores sociales para el área social; y fisioterapeutas para el área físico-funcional- evalúan a los usuarios durante las dos primeras semanas después del ingreso, una vez el usuario ya se ha adaptado al nuevo ambiente.

Tabla 1*Características de la muestra*

Variables	Porcentaje
Sexo	
Hombre	22.6
Mujer	77.4
Nivel educativo	
Sin escolaridad	10.4
Estudios básicos (finalizados o no)	42.4
Estudios medios	47.2
IMC	
Normal	50
Sobrepeso	7.3
Obesidad	42.7
Diagnóstico ^a	
Enfermedad de Alzheimer	56.6
Demencia frontotemporal	18.9
Demencia mixta	24.5
GDS	
Deterioro leve	41.7
Deterioro moderado	40.8
Deterioro moderado-grave a grave	17.5
Relación con el cuidador	
Cónyuge	54.5
Hijo/a	34.8
Curatela (familiar)	10.7

Nota: ^a El diagnóstico no se establece en el centro; IMC = Índice de Masa Corporal; GDS = Escala de Deterioro Global de Reisberg

Procedimiento

Este estudio transversal, ex post-facto, de tipo correlacional busca analizar las variables relacionadas con la CV de las personas con deterioro cognitivo que reciben atención en el CRE de Alzheimer del Imsero. Para ello, se presentó una propuesta de colaboración de proyecto a la Comisión de Investigación del CRE de Alzheimer del Imsero, formada por un neuropsicólogo, psicólogo, neurólogo, trabajador social, Director Médico, coordinadores del área y la Dirección del centro. La valoración ética se llevó a cabo en el Comité de Ética Asistencial del Imsero. Se solicitó permiso para acceder a los datos de las variables que consideramos más relevantes para los objetivos de esta

investigación. Tras valorar la propuesta, y obtener una resolución positiva, obtuvimos acceso a los datos de los siguientes instrumentos:

- *Calidad de Vida (QoL-AD; Gómez-Gallego et al., 2011).*
- *Batería de Exploración Frontal (FAB; Hurtado-Pomares et al., 2020).*
- *Cambridge Cognitive Examination (CAMCOG; López-Pousa, 2003).*
- *Mini-Examen Cognoscitivo (MMSE; Blesa et al., 2001).*
- *Escala de Deterioro Global (GDS; Reisberg et al., 1982).*
- *Inventario de Agitación del Anciano Cohen-Mansfield (IAACM; Cervilla et al., 1995).*
- *Inventario Neuropsiquiátrico (NPI; Vilalta-Franch et al., 1999).*
- *Test de Alteración de la Memoria (TAM; Rami et al., 2007).*
- *Escala de Gijón (Cabrera-González et al., 1999).*
- *Escala Británica de la Fuerza (MCR; Paternostro-Sluga et al., 2008).*
- *Escala de Tinetti (Tinetti et al. 1986).*
- *Short Physical Performance Battery (SPPB; Guralnik et al., 1994).*
- *Modified Ashworth Scale (MAS; Bohannon y Smith, 1987).*
- *Timed Up and Go (Podsiadlo y Richardson, 1991).*

Tras la aprobación del estudio por parte de la Comisión de Investigación, se obtuvo un archivo Excel con 3780 filas, correspondientes a 315 sujetos, y donde cada sujeto tenía tantas filas como número de instrumentos le hubieran sido aplicados. Además, el número de filas y el orden de los instrumentos no era el mismo en todos los sujetos (véase Figura 1) lo que impedía la realización directa de cualquier tipo de análisis.

Figura 1

Vista parcial de la matriz original con los datos de dos participantes (nº 150 y 159) a modo de ejemplo

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R
	H#	Fecha Nacim	Sexo	Años Es	Tip Demen	GDS	Año	Diagnó	Altura	Peso	PA	Cuidador	Ingreso	Alta	Escala	Punt. Máx	Fecha Escala	Puntos
1	150	06/04/1957	H	6	Frontotempi	3	2004	2006	1,73	134	0	Esposa	04/05/2021	16/05/2022	Escala de Gijón	25	04/05/2021	11
2	150	06/04/1957	H	6	Frontotempi	3	2004	2006	1,73	134	0	Esposa	04/05/2021	16/05/2022	Inventario de Agitación c	210	04/05/2021	56
3	150	06/04/1957	H	6	Frontotempi	3	2004	2006	1,73	134	0	Esposa	04/05/2021	16/05/2022	Calidad de Vida (QoL-AD	52	04/05/2021	17
4	150	06/04/1957	H	6	Frontotempi	3	2004	2006	1,73	134	0	Esposa	04/05/2021	16/05/2022	Short Physical Performar	12	13/05/2021	4
5	150	06/04/1957	H	6	Frontotempi	3	2004	2006	1,73	134	0	Esposa	04/05/2021	16/05/2022	Escala de Tinetti	28	13/05/2021	18
6	150	06/04/1957	H	6	Frontotempi	3	2004	2006	1,73	134	0	Esposa	04/05/2021	16/05/2022	Up and Go Timed	20+	13/05/2021	8,24
7	150	06/04/1957	H	6	Frontotempi	3	2004	2006	1,73	134	0	Esposa	04/05/2021	16/05/2022	CAMCOG	105	13/05/2021	88
8	150	06/04/1957	H	6	Frontotempi	3	2004	2006	1,73	134	0	Esposa	04/05/2021	16/05/2022	Mini-Mental	30	13/05/2021	20
9	150	06/04/1957	H	6	Frontotempi	3	2004	2006	1,73	134	0	Esposa	04/05/2021	16/05/2022	T@M (Test de Alteración	50	13/05/2021	34
10	150	06/04/1957	H	6	Frontotempi	3	2004	2006	1,73	134	0	Esposa	04/05/2021	16/05/2022	Calidad de Vida (QoL-AD	52	28/04/2022	42
11	150	06/04/1957	H	6	Frontotempi	3	2004	2006	1,73	134	0	Esposa	04/05/2021	16/05/2022	CAMCOG	105	10/05/2022	95
12	150	06/04/1957	H	6	Frontotempi	3	2004	2006	1,73	134	0	Esposa	04/05/2021	16/05/2022	Mini-Mental	30	10/05/2022	27
13	150	06/04/1957	H	6	Frontotempi	3	2004	2006	1,73	134	0	Esposa	04/05/2021	16/05/2022	T@M (Test de Alteración	50	10/05/2022	42
14	150	06/04/1957	H	6	Frontotempi	3	2004	2006	1,73	134	0	Esposa	04/05/2021	16/05/2022	Inventario de Agitación c	210	14/11/2023	30
15	159	03/06/1936	M	8	Alzheimer	6	2007	2007	1,52	67,2	0	Esposo	14/11/2023	15/07/2024	CAMCOG	105	14/11/2023	0
16	159	03/06/1936	M	8	Alzheimer	6	2007	2007	1,52	67,2	0	Esposo	14/11/2023	15/07/2024	Calidad de Vida (QoL-AD	52	14/11/2023	0
17	159	03/06/1936	M	8	Alzheimer	6	2007	2007	1,52	67,2	0	Esposo	14/11/2023	15/07/2024	T@M (Test de Alteración	50	14/11/2023	0
18	159	03/06/1936	M	8	Alzheimer	6	2007	2007	1,52	67,2	0	Esposo	14/11/2023	15/07/2024	Escala Británica de la fue	5	16/11/2023	0
19	159	03/06/1936	M	8	Alzheimer	6	2007	2007	1,52	67,2	0	Esposo	14/11/2023	15/07/2024	Short Physical Performar	12	16/11/2023	0
20	159	03/06/1936	M	8	Alzheimer	6	2007	2007	1,52	67,2	0	Esposo	14/11/2023	15/07/2024	Tono Ashworth	4	16/11/2023	0
21	159	03/06/1936	M	8	Alzheimer	6	2007	2007	1,52	67,2	0	Esposo	14/11/2023	15/07/2024	Up and Go Timed	20+	16/11/2023	0
22	159	03/06/1936	M	8	Alzheimer	6	2007	2007	1,52	67,2	0	Esposo	14/11/2023	15/07/2024	Escala de Tinetti	28	16/11/2023	0
23	159	03/06/1936	M	8	Alzheimer	6	2007	2007	1,52	67,2	0	Esposo	14/11/2023	15/07/2024	Mini-Mental	30	14/11/2023	0
24	159	03/06/1936	M	8	Alzheimer	6	2007	2007	1,52	67,2	0	Esposo	14/11/2023	15/07/2024	Escala de Gijón	25	17/11/2023	7

Así pues, se procedió a depurar y reorganizar la matriz de datos de modo que cada sujeto tuviese una única fila y, en la medida de lo posible, que todos los sujetos tuviesen datos en la mayoría de las variables de interés.

Para ello, se siguieron los siguientes pasos:

- a) se eliminó a los sujetos sin datos en la VD;
- b) se eliminaron nueve variables (e.g., comentarios de los evaluadores) irrelevantes para el estudio;
- c) se calculó la variable edad a partir de la fecha de nacimiento y la fecha de aplicación de la escala;
- d) se calculó el IMC a partir del peso y la altura;
- e) se ordenó la matriz en función de los instrumentos de medida aplicados;
- f) se eliminaron los registros duplicados de cada sujeto (ver Figura 2);
- g) se reordenó la matriz según el código de usuario;
- h) se creó una hoja de Excel para cada una de las escalas (ver Figura 3) con el fin de eliminar nuevos casos duplicados;
- i) se creó una nueva hoja en la que se pegaron los datos de todas las hojas anteriores;
- j) se creó una hoja Excel con una columna en la que cada sujeto tenía el mismo número de filas ya que estas se correspondían a los instrumentos de medición utilizados y se ordenaron siguiendo la misma secuencia, lo que incluía la creación de filas para aquellos instrumentos que no habían sido aplicados a todos los usuarios (ver Figura 4);
- k) se crearon nuevas columnas correspondientes a cada una de las escalas del estudio para poder trasponer la información de las filas a las columnas y, posteriormente, eliminar las filas (ver Figura 5).

Figura 2

Vista de los registros duplicados de un mismo paciente (izquierda) y su eliminación (derecha)

	A	B	C	D		A	B	C	D
1	Caso	Fecha escala	Escala	Puntos	1	150	2021	Up and Go Timed	8,24
2	369	2022	Batería de Exploración Frontal	9	2	351	2021	Up and Go Timed	23
3	369	2022	Batería de Exploración Frontal	9	3	369	2022	Up and Go Timed	13,67
4	563	2022	Batería de Exploración Frontal	5	4	403	2021	Up and Go Timed	5,56
5	570	2022	Batería de Exploración Frontal	3	5	456	2021	Up and Go Timed	14
6	607	2022	Batería de Exploración Frontal	5	6	476	2021	Up and Go Timed	13,27
7	636	2023	Batería de Exploración Frontal	8	7				
8	637	2022	Batería de Exploración Frontal	17	8				
9	637	2023	Batería de Exploración Frontal	16	9	486	2021	Up and Go Timed	11,2
10	663	2022	Batería de Exploración Frontal	6	10				
11	670	2023	Batería de Exploración Frontal	6	11	555	2021	Up and Go Timed	12,06
12	673	2022	Batería de Exploración Frontal	10	12	563	2021	Up and Go Timed	10,57
13	673	2022	Batería de Exploración Frontal	14	13	563	2023	Up and Go Timed	19,53
14	673	2023	Batería de Exploración Frontal	13	14	570	2021	Up and Go Timed	8,2
15	678	2022	Batería de Exploración Frontal	4	15				
16	683	2023	Batería de Exploración Frontal	5	16	574	2022	Up and Go Timed	4,4
17	698	2022	Batería de Exploración Frontal	10	17				
18	698	2023	Batería de Exploración Frontal	11					
19	699	2022	Batería de Exploración Frontal	17					
20	699	2023	Batería de Exploración Frontal	14					
21	703	2022	Batería de Exploración Frontal	12					

Figura 3*Separación y agrupación de las escalas en diferentes hojas*

1	Up and Go Ti	8,69	01/03/1935	M	8	Vascular	3	1,45
UPGO TONO TAM SPPB MMSE AGITACIÓN TINETTI BRITÁNICA GIJÓN C								

Figura 4

Columna que muestra (en verde) las filas incluidas para instrumentos no aplicados (código 999) con el fin de igualar el número y orden de variables en cada sujeto

1	Caso	Escala	Puntos
2	150	A-UP_GO	8,24
3		B-TONO	999
4	150	C-TAM	34
5	150	D-SPPB	4
6	150	E-MEC	20
7	150	F-AGITA	56
8	150	G-TINETTI	18
9		H-FUERZA	999
10	150	I-GIJÓN	11
11	150	J-CAMCOG	88
12		K-FRONTAL	999
13	150	L-QOL	17
14	351	A-UP_GO	23
15	351	B-TONO	0
16	351	C-TAM	21
17	351	D-SPPB	18
18	351	E-MEC	20
19	351	F-AGITA	50
20	351	G-TINETTI	12
21	351	H-FUERZA	4
22	351	I-GIJÓN	6
23	351	J-CAMCOG	66
24		K-FRONTAL	999
25	351	L-QOL	36

Figura 5a y 5b*Resultado del proceso de trasposición y eliminación*

1	Caso	Escala	Puntos	A-UP_GO	B-TONO	C-TAM	D-SPPB
2	150	A-UP_GO	8,24	8,24	999	34	4
3		B-TONO	999				
4	150	C-TAM	34				
5	150	D-SPPB	4				
6	150	E-MEC	20				
7	150	F-AGITA	56				
8	150	G-TINETTI	18				
9		H-FUERZA	999				
10	150	I-GIJÓN	11				
11	150	J-CAMCOG	88				
12		K-FRONTAL	999				
13	150	L-QOL	17				

1	Caso	Sexo	Edad	scolar	Demencia	GDS	Altura	Peso	PA	Cuidador	L-QOL	A-UP_GO	B-TONO	C-TAM	D-SPPB	E-MEC	F-AGITA	G-TINETTI
26	703	H	76	6	Alzheimer	6	1,58	61	0	Cónyuge	38	8,11	999	17	57,98	25	45	21
27	728	M	66	10	Antotempo	4	1,55	52	0	Esposo	40	9,86	0	999	999	16	64	28
28	729	M	89	6	Alzheimer	4	1,53	70,2	0	Hija	39	15	0	40	999	21	31	27

Finalmente, los datos se exportaron a SPSS y se procedió a una segunda revisión de los datos. Esta revisión se centró en la comprobación de errores de codificación, inconsistencias evidentes entre escalas, así como la identificación mediante análisis descriptivos de variables con tamaños de muestra muy pequeños.

Como resultado, se excluyeron de los análisis los siguientes instrumentos: a) la Batería de Exploración Frontal (Hurtado-Pomares et al., 2020), b) Cambridge Cognitive Examination (López-Pousa, 2003), c) Inventario de Agitación del Anciano de Cohen-Mansfield (Cervilla et al., 1995), d) Inventario Neuropsiquiátrico (Vilalta-Franch et al., 1999), e) Escala Británica de la Fuerza (Paternostro-Sluga et al., 2008), f) Short Physical Performance Battery (Guralnik et al., 1994), y g) Modified Ashworth Scale (Bohannon y Smith, 1987).

Instrumentos

Además de los datos de los instrumentos anteriores, se recogió información sociodemográfica (edad, sexo, nivel educativo, parentesco con el cuidador) y de salud (IMC, diagnóstico, y estadio GDS).

Quality of Life in Alzheimer's Disease (QoL-AD) (versión en español de Gómez-Gallego et al., 2011)

Esta escala dispone de versión heteroinforme y autoinforme, siendo esta última la utilizada en el presente estudio. En formato de autoinforme, la persona ha de valorar un total de 13 ítems: salud física, energía, estado de ánimo, condiciones de vida, memoria, familia, matrimonio, relaciones sociales, uno mismo, capacidad para realizar las tareas de casa, capacidad para hacer cosas por diversión, capacidad de toma de decisiones/ gestión económica y vida en general. Existen 4 opciones de respuesta que se puntúan desde 1 (malo) a 4 (excelente), pudiendo obtener una puntuación entre 13 y 52 puntos donde puntuaciones más altas reflejan una mejor CV. Según algunos estudios (e.g., Gómez-Gallego et al., 2011; Griffiths et al., 2019; Missotten et al., 2016; Thorgrimsen et al., 2003), se puede aplicar en el contexto comunitario o institucionalizado. Autores como Gómez-Gallego et al. (2011) han informado de buenas propiedades psicométricas (α de Cronbach = .86) incluso con sujetos con un grado avanzado de deterioro cognitivo.

Mini Mental State Examination (MMSE) (versión en español de Blesa et al., 2001)

El MMSE es un cuestionario de cribado que evalúa las capacidades cognitivas. Se compone de cinco apartados, 1) orientación, 2) memoria, 3) concentración y cálculo, 4) recuerdo diferido y 5) lenguaje y construcción. Las puntuaciones inferiores a 9 se asocian a un deterioro cognitivo grave; entre 10 y 20 a un deterioro cognitivo moderado; entre 20 y 25 a un deterioro cognitivo leve; y superiores a 25 ausencia de deterioro (Blesa et al., 2001). Presenta una fiabilidad alta (α de Cronbach = .91) (Blesa et al., 2001).

Test de Alteración de la Memoria (TAM) (Rami et al., 2007)

Test tipo screening específico de la memoria (Carnero-Pardo et al., 2022) que posee buenas propiedades psicométricas (α de Cronbach = .92) (Rami et al., 2007). Evalúa la memoria episódica y semántica a través de 50 ítems con una puntuación máxima de 50 puntos. Esta escala resulta útil para discriminar entre diversos grados de deterioro específico de la memoria (Rami et al., 2007), donde una puntuación superior a 38 descartaría deterioro cognitivo en esta función; 30 y 27 corresponde a deterioro cognitivo leve; y puntuaciones inferiores a 29 podría presentarse un deterioro compatible con Alzheimer.

Escala de Tinetti (Guevara, 2011)

Escala ampliamente utilizada en población mayor (Biasin et al. 2023) que permite detectar la presencia de problemas de equilibrio (α de Cronbach = .88) (Panella et al., 2008) a través de la evaluación de varios sistemas que participan en el mantenimiento del equilibrio estático y dinámico, así como la marcha durante los movimientos habituales de la vida cotidiana (Roqueta et al, 2008; Tinetti et al. 1986). Siendo 28 la máxima puntuación total, valores superiores a 26 descartan problemas de equilibrio; entre 20 y 25 problemas leves; entre 10 y 19 problemas moderados; e inferiores a 9 problemas graves.

Timed Up and Go (Gálvez et al., 2010)

Instrumento utilizado como cribado de riesgo de caída en función del tiempo de ejecución (Roqueta et al., 2008). Tiempos inferiores a 10 segundos reflejan ausencia de riesgo de caída; entre 10 y 20 segundos un riesgo de caída leve; y superiores a 20 segundos un riesgo de caída de moderado/alto (Avila et al., 2022). En población mayor presenta una α de Cronbach = .81. (Aslankhani et al., 2015)

Escala Gijón (Cabrera-González, 1999)

Esta escala socio-familiar, respondida por el cuidador de la persona con deterioro, permite la detección de situaciones de riesgo social con un grado de fiabilidad inter-observador alto (.95) y una consistencia interna moderada a pequeña (α de Cronbach = .44) (Cabrera-González et al., 1999). Explora diversas dimensiones de la vida social: a) la situación familiar, b) situación económica, c) vivienda d) contactos sociales, y e) red de apoyo social. Se utiliza para determinar si la persona se encuentra en una situación social sin riesgo (puntuaciones inferiores a 9) o en riesgo social (puntuaciones superiores a 9).

Análisis Estadísticos

Se comprobó si la normalidad de las puntuaciones y la homogeneidad de la varianza en las submuestras eran adecuadas para realizar pruebas paramétricas. Aunque en algún análisis ambos supuestos no se cumplían, se eligió realizar pruebas paramétricas ya que, con el mismo resultado, ofrecían más información (e.g., η^2) que la prueba no paramétrica equivalente.

En primer lugar, se realizaron análisis de regresión jerárquicos, tomando la CV como variable dependiente, con el objeto de examinar el poder predictivo de distintas variables agrupadas en tres modelos. El primero estaba compuesto por variables cognitivas, el segundo por variables físico-funcionales, y el tercero por variables de tipo social.

Posteriormente, se realizaron análisis de varianza de dos factores tomando la CV como variable dependiente, y como variables independientes, las variables sobre el estado cognitivo, el estado físico y la situación social. Para las comparaciones múltiples se usó el ajuste de Bonferroni.

RESULTADOS

Relación entre la CV y las variables físicas, cognitivas y sociales

Como se puede ver en la Tabla 2, todas las variables, excepto el deterioro cognitivo general, han presentado una correlación estadísticamente significativa con la CV. Este constructo correlacionaba negativamente con las puntuaciones específicas de memoria (TAM) ($p < .05$), el riesgo de caída y el riesgo social, y correlacionaba positivamente con el equilibrio ($p < .01$, en todos los casos).

Tabla 2

Estadísticos descriptivos y correlaciones de las variables con la CV ($n = 132$)

Variable	<i>M</i>	<i>DT</i>	1	2	3	4	5	6
1 CV	34.89	6.17	—					
2 MMSE	15.61	5.22	-.1	—				
3 TAM	15.75	8.86	-.18*	.59**	—			
4 Escala de Tinetti	23.30	3.61	.43**	.18*	.1	—		
5 Timed Up and Go	11.13	7.1	-.57**	-.18*	.05	-.51**	—	
6 Escala de Gijón	8.18	1.68	-.32**	-.05	.03	-.01	.23**	—

Nota: CV = Calidad de Vida; MMSE = Mini-Examen Cognoscitivo; TAM = Test de alteración de la memoria

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$.

Predictores de la CV en PcD

El deterioro cognitivo general (según MMSE) no predijo la CV de las PcD. Sin embargo, la capacidad de la memoria (según TAM) sí predice ($\beta = .22$) las puntuaciones de CV; aunque el porcentaje de varianza explicada era muy pequeño (2%) (véase Tabla 3).

Posteriormente, la introducción de variables de tipo físico-funcional sí mostró el efecto esperado ya que ambas variables, y especialmente, la puntuación de la prueba Timed Up and Go ($\beta = -.48$), demostraron ser buenas predictoras de la CV. Además, estas variables lograron un incremento significativo de la varianza explicada (un 35%), lo que sugiere la importancia de este tipo de variables.

Por último, al incluir las puntuaciones de la Escala Gijón se observó cómo el riesgo social predecía en el sentido esperado la CV. Aunque el incremento en el porcentaje de varianza explicada no es alto (7%) su valor sí es significativo, llegando el modelo final a explicar casi la mitad (44%) de la varianza de las puntuaciones de la CV.

Tabla 3

Análisis de regresión múltiple jerárquica de los factores asociados a la CVp en PcD

	β (95% IC)	p	F	ΔF	R^2_{adj}	ΔR^2
Modelo 1			2.39		.02	
MMSE	.07 (-.16, .33)	n.s				
TAM	-.22 (-.30, -.01)	< .05				
Modelo 2 [§]			20.89***	38.03***	.37	.35
Escala de Tinetti	.21 (.08, .63)	< .05				
Timed Up and Go	-.48 (-.56, -.27)	< .001				
Modelo 3 [¥]			20.32***	11.26***	.44	.07
Escala de Gijón	-.23 (-1.34, -.34)	< .001				

Nota: MMSE = Mini-Examen Cognoscitivo; TAM = Test de alteración de la memoria

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$.

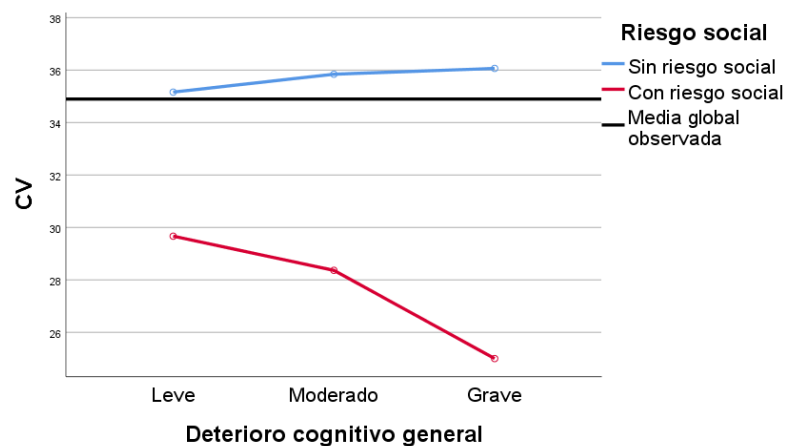
[§] El modelo 2 incluye las variables del modelo 1, [¥] Modelo 3 incluye las variables del modelo 2.

Diferencias en CV en función del estado cognitivo y la vida social

Los resultados del Anova mostraron que no había efecto de interacción entre el deterioro cognitivo general (según el MMSE) y la situación de riesgo social ($F(2, 132) = .32, p = .71, \eta^2 = .005$) por lo que se puede afirmar que sus efectos sobre la CV son independientes. Al observar los efectos principales, solo se observaron efectos significativos en la variable riesgo social. Esta variable mostró un efecto significativo, ($F(1, 132) = 11.13, p < .001, \eta^2 = .08$), que indicaba que las personas sin riesgo social manifestaban tener una mejor CV ($M = 35.69$) que las personas con riesgo social ($M = 27.68$) (véase Figura 6 y Tabla 4).

Figura 6

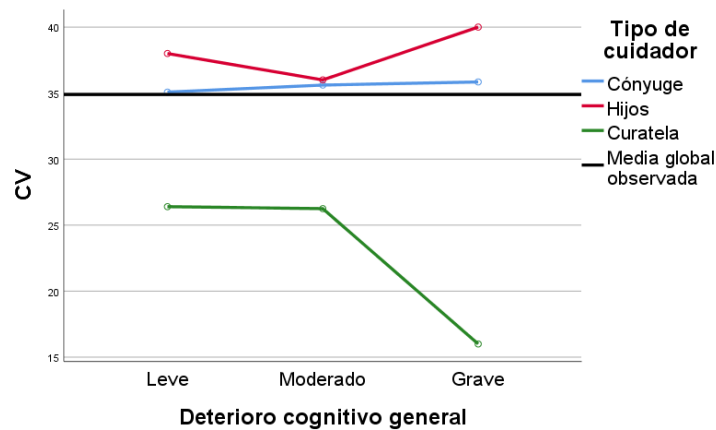
Diferencias en CV según el grado de deterioro cognitivo general en función de la situación de riesgo social



Al considerar el tipo de cuidador como variable social observamos que no había efecto de interacción entre esta variable y el deterioro cognitivo (según el MMSE), ($F(4, 132) = 1.44, p = .22, \eta^2 = .04$). En cuanto a los efectos principales, sí se observaron diferencias entre los tipos de cuidadores ($F(2, 132) = 21.31, p < .001, \eta^2 = .25$). En concreto, la CV era mejor cuando las personas eran cuidadas por el cónyuge ($M = 35.51$) o los hijos ($M = 38.00$) que cuando se recibían los cuidados por un familiar en régimen de curatela ($M = 22.88$). Sin embargo, no se observaron diferencias cuando se recibían los cuidados del cónyuge o los hijos ($F(2, 132) = .58, p = .55, \eta^2 = .005$) (véase Figura 7 y Tabla 5).

Figura 7

Diferencias en CV según el grado de deterioro cognitivo general en función de los cuidados de diferentes cuidadores

**Tabla 4**

Diferencias en CV en función del riesgo social

Instrumento	Riesgo social				Efecto	F	gl	η²
	Sin riesgo		Con riesgo					
	M	DT	M	DT				
MMSE								
Leve	35.16	1.16	29.66	3.35	MMSE	.15	2, 132	.002
Moderado	35.84	.66	28.36	1.75	Escala Gijón	11.13**	1, 132	.08
Grave	36.06	1.45	25	5.8	MMSE*Escala Gijón	.32	2, 132	.005
Escala de Tinetti								
Sin problema ^a	37.86	.8	29.33	3.09	Escala Tinetti a,b > c	3.83*	2,132	.05
Problema leve ^b	35.36	.71	29.5	1.89	Escala Gijón	16.31***	1,132	.11
Problema moderado ^c	30.66	1.38	25.5	2.58	Escala Tinetti*Escala Gijón	.33	2,132	.005
Timed Up and Go								
Sin riesgo	36.46	.6	30.14	2.04	Timed Up and Go	1.59	2, 132	.02
Leve	35.43	.99	26	2.04	Escala Gijón	2.23	1, 132	.01
Moderado/ Alto	27.16	2.21	33	5.42	Timed Up and Go*Escala Gijón	3.02*	2, 132	.04

Nota: MMSE = Mini-Examen Cognoscitivo; TAM = Test de alteración de la memoria

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$.

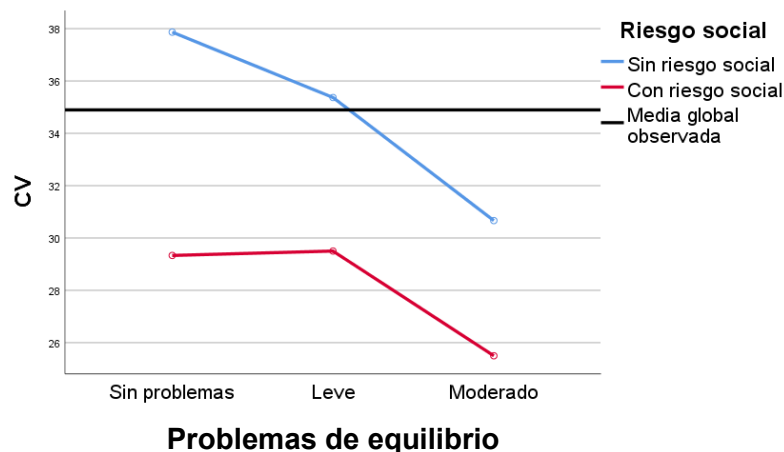
Debido a un n insuficiente para las comparaciones inter-grupo entre la variable de los cuidadores y el estado de la memoria (TAM), no se pudieron analizar las diferencias en CV.

Diferencias en CV según la dimensión físico-funcional y la vida social

Respecto al equilibrio, los resultados del Anova tampoco mostraron un efecto de interacción entre esta variable y el riesgo social ($F(2, 132) = .33, p = .71, \eta^2 = .005$), por lo que se puede afirmar que sus efectos son independientes. Respecto a los efectos principales, la variable riesgo social mostró un efecto significativo ($F(1, 132) = 16.31, p < .001, \eta^2 = .11$), que indicaba que las personas sin situación de riesgo social presentaban mejor CV ($M = 34.63$) que las personas con riesgo social ($M = 28.11$). Además, la variable de equilibrio según la Escala Tinetti también mostró diferencias de CV de forma significativa ($F(2, 132) = 3.83, p = .02, \eta^2 = .05$). Aquellas personas sin problemas ($M = 33.6$) o con problemas leves ($M = 32.43$) en esta variable presentaron una CV significativamente mejor que aquellos con problemas moderados ($M = 28.08$). Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas en la CV entre aquellas personas sin problemas o problemas leves en cuanto a equilibrio (véase Figura 8 y Tabla 4).

Figura 8

Diferencias en CV según los problemas de equilibrio en función de la situación de riesgo social

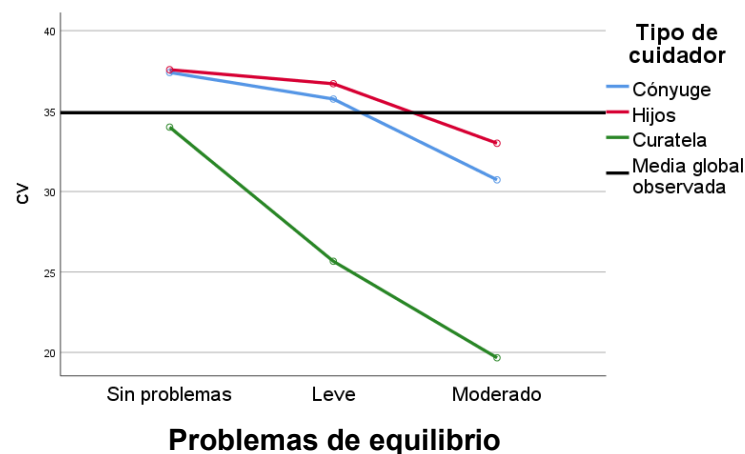


Los resultados del Anova mostraron que no había efecto de interacción entre el grado de problemas de equilibrio y el tipo de cuidador ($F(4, 132) = 1.09, p = .36, \eta^2 = .03$). Al observar los efectos principales, la variable tipo de cuidador mostró un efecto significativo ($F(2, 132) = 13.85, p < .001, \eta^2 = .18$), que indicaba que las PcD que eran atendidas por un cónyuge ($M = 34.62$) o por un hijo ($M = 35.75$) presentaban una CV significativamente mejor que aquellos que eran atendidos por un

cuidador curatela ($M = 26.44$). Las puntuaciones de CV no variaban de manera significativa en aquellos sujetos que eran atendidos por un cónyuge o un hijo. Asimismo, también se encontraron diferencias en función del equilibrio ($F(2, 132) = 11.49, p < .001, \eta^2 = .15$), donde los sujetos sin problemas presentaban una CV significativamente mejor ($M = 36.32$) que aquellos con problemas leves ($M = 32.7$) y aquellos con problemas moderados ($M = 27.29$). Estas diferencias significativas también se daban entre las personas con problemas leves y moderados, siendo más alta la CV de los primeros (véase Figura 9 y Tabla 5).

Figura 9

Diferencias en CV según el equilibrio en función de los cuidados de diferentes cuidadores

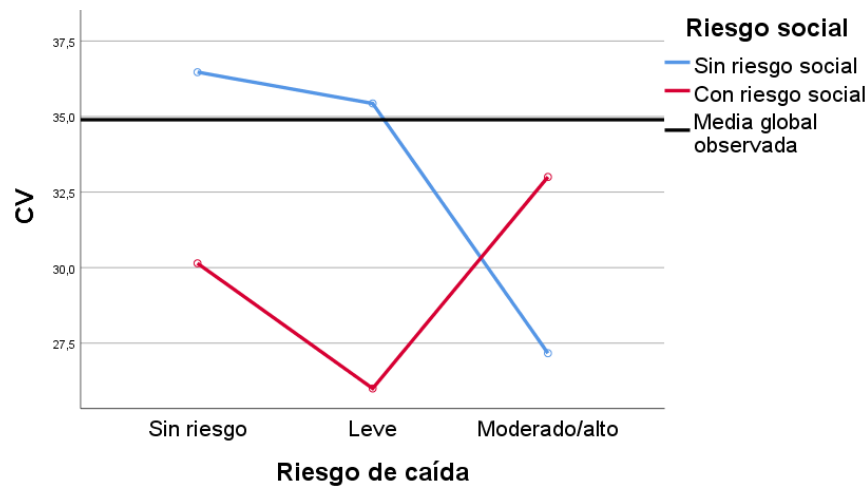


En cuanto a la variable riesgo de caída, medida con el Timed Up and Go, los resultados del Anova mostraron que el efecto de la situación social sobre la CV dependía del riesgo de caída, $F(2, 132) = 3.02, p = .05, \eta^2 = .04$, es decir, había efecto de interacción (véase Figura 10 y Tabla 4). Los efectos simples mostraron que no había diferencias en CV en función de la situación social (sin riesgo vs. con riesgo) cuando no existía riesgo de caída ($M = 36.46$ y $M = 30.14$, respectivamente), o cuando éste era leve ($M = 35.43$ y $M = 26$, respectivamente). Sin embargo, cuando el riesgo de caída era moderado, los que tenían riesgo social puntuaron más alto en CV que los que no tenían riesgo social. Al considerar los efectos principales, ni la variable riesgo social ($F(1, 132) = 2.23, p = .13, \eta^2 = .01$) ni el riesgo de caída ($F(2, 132) = 1.59, p = .2, \eta^2 = .02$) mostraron efectos significativos.

Debido a un n insuficiente para las comparaciones inter-grupo entre la variable de los cuidadores y el riesgo de caída, no se pudieron analizar las diferencias en CV.

Figura 10

Diferencias en CV según el riesgo de caída en función de la situación de riesgo social

**Tabla 5**

Medias, desviaciones típicas, y estadísticos del Anova de dos vías para CV en función del tipo de cuidador

Variable	Tipo de cuidador						Efecto	ANOVA		
	Cónyuge		Hijo		Curatela			F	gl	η ²
	M	DT	M	DT	M	DT				
MMSE										
Leve	35.07	1.46	38	1.66	26.4	2.35	MMSE	.586	2, 132	.55
Moderado	35.6	.77	36	.91	26.25	1.86	Tipo de cuidador	21.31***	2, 132	.25
Grave	35.84	1.46	40	3.04	16	5.27	MMSE*Tipo de cuidador	1.44	4, 132	.04
Escala de Tinetti										
Sin problema ^a	37.4	.974	37.57	1.06	34	3.44	Escala Tinetti a > b > c	11.49***	2, 132	.15
Problema leve ^b	35.7	.811	36.7	1.08	25.66	1.82	Tipo de cuidador	13.85***	2, 132	.18
Problema moderado ^c	30.72	1.46	33	2.17	19.66	2.81	Escala Tinetti*Tipo de cuidador	1.09	4, 132	.03

Nota: MMSE = Mini-Examen Cognoscitivo; TAM = Test de alteración de la memoria

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$.

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio proporcionan nuevas evidencias sobre cómo algunas variables cognitivas, físico-funcionales y sociales se relacionan con la CV de las PcD. También explora las interacciones entre las dimensiones cognitiva y físico-funcional con la social, lo que permite una mejor comprensión de cómo estas áreas se interrelacionan y afectan a la CV.

En primer lugar, en cuanto a las variables cognitivas, en nuestro estudio, al igual que sucede en otras investigaciones previas (Clare et al., 2022; Henskens et al. 2019; Miguel et al., 2016; Rodríguez-Blázquez et al., 2015; Telenius et al., 2013; Woods et al., 2014), la CV no se ve afectada por el grado de deterioro cognitivo. No obstante, casos como el de Crespo et al. (2013) donde el deterioro cognitivo llega a explicar un 14% de la varianza de CV, nos muestra que esto no siempre sucede así. De hecho, la relación entre la dimensión cognitiva y la CV de las PcD es controvertida.

Desde los estudios más clásicos (Logsdon et al., 1999) se defiende cómo la ausencia de valor predictivo de la dimensión cognitiva sobre la CV no implica necesariamente que el deterioro cognitivo no se relacione con este constructo, sino que la pérdida en otras funciones es más relevante a la hora de explicar la CV. En investigaciones longitudinales (Clare et al., 2022) se ha comprobado cómo los participantes que mejoraron su CV fueron aquellos cuyo deterioro cognitivo se agravó con el tiempo. Esta mejora en la CV podría atribuirse a un mayor apoyo recibido o a la aceptación de sus limitaciones (Clare et al., 2022). Sin embargo, también se han encontrado los resultados contrarios (Beerens et al., 2014). La incongruencia nos lleva a pensar que el progreso natural de la demencia no siempre se traduce en una disminución de la CV. Es posible que las discrepancias en la relación entre el deterioro cognitivo y la CV se deban al estadio de la demencia (Jing et al., 2016) o al deterioro de la capacidad de introspección necesaria para evaluar su propia situación (Miguel et al., 2016).

En esta línea, es posible que los diferentes síntomas asociados a cada fase de la enfermedad expliquen estas discrepancias. Por un lado, en una fase leve se mantiene un nivel de independencia y capacidad cognitiva que hace que la PcD sea consciente del declive de sus habilidades, hecho que perjudicaría su CV (Conde-Sala et al., 2014). En estadios más avanzados aparece la anosognosia (Conde-Sala et al., 2015); donde una menor conciencia de enfermedad se relaciona con mayores niveles de CV debido, posiblemente, a factores biológicos que aparecen implícitamente con el deterioro neurológico (Sedaghat et al., 2010). Por otro lado, también hay que tener en cuenta que en

fases avanzadas algunas personas no son capaces de completar el autoinforme, por lo que se suele descartar su participación al no disponer de su puntuación en CV (i.e. Crespo et al., 2013; Miguel et al. 2016). Esta medida también se ha tomado en nuestro propio estudio, hecho que limita nuestra comprensión de la realidad de las PcD en estadios avanzados. Para solucionar este problema, se pueden utilizar heteroinformes. Sin embargo, su uso también es ambiguo ya que se ha visto que los resultados obtenidos con estos son, en ocasiones, contrarios a los encontrados en autoinformes; o incluso que las puntuaciones varían en función de si el informante es un cuidador familiar o formal (Griffiths et al., 2019; Holopainen et al., 2017; Hutchinson et al., 2022). Por lo que explorar la CV de las PcD en estadios más avanzados resulta aún una incógnita por resolver.

A la hora de explorar el deterioro específico de la memoria, esta se relaciona de manera negativa con la CV, cumpliéndose la Hipótesis 1; pero su poder predictor sobre este constructo es de un escaso 2%. Estos resultados son contrarios a los indicados en otros estudios (Clare et al., 2022; Woods et al., 2014). No obstante, si nos fijamos en las correlaciones, en el estudio de Woods et al. (2014) también encuentran una relación bivariada y negativa entre memoria y CV. Es decir, aquellos con un mayor deterioro en memoria valoran su CV con puntuaciones más altas. De manera similar a lo anteriormente expuesto, es posible que un mayor deterioro en esta función cognitiva se vincule con una menor conciencia de sus déficits y ello se refleje en una mejor valoración de su CV.

En definitiva, no se puede concluir que la dimensión cognitiva no afecte a la CV (Conde-Sala et al., 2014; Jing et al., 2016; Logsdon et al., 1999). Para continuar descifrando la relación entre el deterioro cognitivo y este constructo, futuras investigaciones podrían centrarse en funciones cognitivas específicas, en lugar de utilizar tests de cribado cognitivo, ya que estos últimos, por su propia naturaleza, han sido de escasa ayuda para analizar este tipo de relaciones.

En segundo lugar, en cuanto a la dimensión físico-funcional, compuesta en nuestro estudio por el equilibrio (Escala de Tinetti) y el riesgo de caída asociado al deterioro de la movilidad básica (Timed Up and Go), esta dimensión explica el mayor porcentaje de varianza en la CV de las PcD, alcanzando un 35%.

Al igual que sucede en investigaciones previas (Sampaio et al., 2020; Telenius et al., 2013), una mejor capacidad de equilibrio se relaciona con mejores puntuaciones en CV (Hipótesis 2a). En nuestro estudio, aquellas personas sin problemas de equilibrio o con problemas leves tienen una CV significativamente más alta que aquellos con problemas moderados/altos. Sin embargo, en investigaciones que diferencian el equilibrio estático del dinámico, como el de Borges-Machado et al.

(2021) se ha encontrado que solo el equilibrio dinámico es un predictor significativo en análisis univariados, perdiendo su capacidad predictiva en análisis multivariados. En cualquier caso, uno de los factores que sí resultaron significativos en ese estudio (Borges-Machado et al., 2021) es el funcionamiento de las extremidades inferiores, evaluado con el *Short Physical Performance Battery*, el cual valora, entre otros elementos, el equilibrio. Si nos fijamos en los diferentes instrumentos utilizados, la manera en la que se evalúa el equilibrio cambia. Algunos instrumentos valoran únicamente el equilibrio estático (*One Leg Balance Test*, i.e. Borges-Machado et al., 2021); otros consideran tanto el equilibrio estático como el dinámico (*Escala de Tinetti*; *Escala de Equilibrio de Berg*, i.e. Telenius et al., 2013); y otros valoran varios aspectos funcionales, que incluyen el equilibrio dinámico dentro de un conjunto (*Senior Fitness Test*, i.e. Borges-Machado et al., 2021; Sampaio et al., 2020). Es posible que detrás de la disparidad de los resultados esté la prueba utilizada y las características concretas que evalúa. En definitiva, el equilibrio es un factor que se relacionan con la CV en PcD.

El riesgo de caída es otro de los predictores significativos en nuestro trabajo. Un mayor riesgo de caída se relaciona de manera negativa con la CV de las PcD (Hipótesis 2b). Estos resultados siguen la línea del estudio de Hagovská y Olekszyová (2015), quienes demostraron cómo su programa dirigido a la reducción del riesgo de caída hizo que también mejorase la CV de los participantes con deterioro cognitivo leve. En el estudio de Lin et al. (2014), el riesgo de caída junto con el equilibrio explicaban el 50% de la varianza de las puntuaciones de CV en personas mayores sin deterioro cognitivo pero con riesgo de caída. En nuestro estudio, estos factores explican el 38.8% de la varianza de la CV. Esta diferencia puede deberse a que el estudio de Lin et al. (2014) se centró exclusivamente en la CV vinculada a la salud (EQ-5D) y esto deja fuera dimensiones que sí son valoradas en nuestro estudio a través del QoL-AD como las relaciones sociales o la situación familiar.

Dado el claro impacto de la dimensión físico-funcional en las AVD y que la dependencia en estas empeora la CV de la población con demencia (Jayakody y Arambepola, 2022; Matyr et al., 2018; McArthur et al., 2024), una de las posibles vías de actuación a la hora de mejorar la CV de esta población podría realizarse a través de programas de estimulación física. Algunas revisiones sistemáticas sugieren que sí es posible mejorar o mantener la dimensión físico-funcional a través de programas de intervención (Lam et al., 2018). Sin embargo, no todas las revisiones han encontrado estos resultados (Holopainen et al., 2017), posiblemente debido a la gran variabilidad en términos de frecuencia, duración y modalidad de ejercicio (Forbes et al., 2013).

En resumen, la dimensión-físico funcional parece tener resultados prometedores, pero la ausencia de un indicador de CV en los estudios que exploran esta dimensión (McArthur et al., 2024) hace que sea esencial continuar investigando tanto la posible interrelación entre la dimensión físico-funcional, las AVD y la CV, como la capacidad de mejora o mantenimiento de la CV a través de programas de estimulación física.

En tercer lugar, en cuanto a la dimensión social, el riesgo social logra explicar el 7% de la varianza de la CV. En respuesta a la tercera de las hipótesis planteadas, aquellos sujetos que se encuentran en situación de riesgo social tienen una CV más baja que aquellos que no se encontraban en esta situación, salvo en una excepción que será comentada más adelante. Son varios los indicadores que constituyen el riesgo social - la situación familiar, situación económica, vivienda, contactos sociales y red de apoyo social (Cabrera-González et al., 1999)-. Al no disponer de los resultados en cada indicador en la Escala de Gijón (Cabrera-González et al., 1999), desconocemos la relación exacta entre la CV con cada componente. A pesar de ello, algunas investigaciones han explorado estos indicadores en la población con demencia.

Dos de estos componentes son la situación familiar y las relaciones sociales (Cabrera-González et al., 1999). Se ha explorado cómo la falta de oportunidades de interacción junto con un sentimiento de soledad reduce la CV de las PcD (Holopainen et al., 2017). Según el meta-análisis de Matyr et al. (2018), las relaciones sociales y el compromiso social de esta población se asocian de manera moderada con una mejor CV. La relevancia del ambiente social (familiares, amigos, vecinos y cuidadores) sobre la CV de las PcD es sólida (Holopainen et al., 2017; Jin et al., 2016; Sabatini et al., 2023). En este sentido, la CV es mejor cuando la persona se siente aceptada, escuchada y comprendida (Holopainen et al., 2017).

El estado de la vivienda, es decir, la ausencia de barreras arquitectónicas entre otras características, es otro indicador de riesgo social (Cabrera-González et al., 1999). El número de barreras arquitectónicas aumenta conforme avanza el deterioro, produciendo que la PcD evite o rechace su propio entorno (Niedoba y Oswald, 2023). En un contexto residencial, se ha explorado cómo la disponibilidad de espacios seguros para deambular, la familiaridad con el entorno y disponer de áreas de privacidad e interacción social repercuten sobre la CV de las PcD (Fleming et al., 2014). Futuros estudios podrían profundizar en la relación entre factores arquitectónicos y la CV de las PcD.

La situación económica es otro indicador de riesgo social (Cabrera-González et al., 1999). Estudios como el de Sabatini et al. (2023) han evaluado cómo un mayor poder económico se relaciona

con una mejor CV; y cómo el bajo estatus económico es uno de los factores que dificulta el acceso a recursos para manejar la demencia, lo cual impide mantener la CV de las PcD a lo largo del tiempo. Aunque no contamos con valores económicos concretos, al evaluar la situación económica a través de la Escala Gijón es posible que este factor también se relacione con la CV de las PcD.

Respecto a la excepción anteriormente mencionada, los resultados de este estudio señalan que las PcD con un riesgo de caída moderado y en situación de riesgo social tienen una CV más alta que aquellos que no se encontraban en situación de riesgo social. Este resultado va en contra a toda la formulación anteriormente planteada. Incluso el estudio de ámbito residencial de Narsakka et al. (2022) explica cómo los familiares de la PcD influyen en sus actividades deportivas; favoreciendo o limitando su participación según la preocupación que tengan los familiares sobre los riesgos potenciales para la PcD. Puede que esta incongruencia en nuestros resultados se deba a un error en la recogida o codificación de los datos; o debido a una potencia estadística insuficiente. Futuros estudios podrían tratar de replicar estos resultados para esclarecer la relación entre un riesgo de caída moderado/alto y riesgo social en la CV de las PcD.

Por último, en nuestro estudio, la CV era diferente en función del tipo de relación entre cuidador y PcD. En otros estudios, la CV es mayor si la PcD es cuidada por un cónyuge en lugar de por un hijo (i.e. Bonds et al., 2020; Lai et al., 2024; Zhang et al., 2020), pero nosotros no hemos encontrado diferencias significativas entre cónyuge vs hijo, por lo que se rechaza la última de las hipótesis (Hipótesis 4). Es posible que esta ausencia de diferencias se deba al familismo, uno de los valores propios de la cultura española, donde la lealtad, reciprocidad y solidaridad familiar quedan reflejados en el cuidado (Losada et al., 2003, 2010).

No obstante, aquellos que eran atendidos por un cuidador en régimen legal de curatela tenían una CV más baja. El estudio con cuidadores curatela es escaso y varía en función de la normativa de cada país. En España, según la Ley 8/2021 de 2 de junio, la figura de la curatela es una medida formal de apoyo que se aplica a quienes precisan de una atención continuada (Artículo 250). La figura de curatela ha de actuar atendiendo a la voluntad, deseos y preferencias de la persona (Artículo 249). El deterioro asociado a la demencia hace que la persona necesite apoyos a la hora de gestionar asuntos personales y en la toma de decisiones en cuestiones de la vida diaria (Lethin et al., 2019). Algunos estudios han explorado cómo aquellas PcD que percibían que no podían participar en la toma de decisiones eran quienes presentaban una CV más baja (Bonds et al., 2020). Poder decidir participar en actividades o relaciones que son importantes para la PcD es una manera de seguir viviendo con

valor y sentido (Messick et al., 2010). Para ello, el papel del cuidador es crucial. Estudios como el de Allison et al. (2021) señalan cómo la CV de las PcD es más alta en aquellos casos donde los cuidadores adaptaban las actividades que habían sido significativas a las capacidades actuales de la PcD; mientras que algunas PcD dejaban de realizarlas porque el cuidador no las adaptaba debido a factores como la sobrecarga o una estructura de apoyo social inadecuada (Allison et al., 2021). En definitiva, se tiene que lograr un mejor equilibrio entre la defensa de los derechos de protección legal y la autonomía de la PcD (Lethin et al., 2019). En cualquier caso, estos resultados sugieren poner el foco de atención sobre la calidad de los cuidados que reciben las PcD bajo curatela. Futuras investigaciones podrían explorar en mayor profundidad la situación, necesidades y recursos de estos cuidadores.

Finalmente, el presente estudio ha conseguido explicar el 44% de la varianza de CV de las PcD a través de variables cognitivas, físico-funcionales y sociales. Resultados similares se encuentran en estudios como el de Crespo et al. (2013) con un 42% de varianza explicada a través de variables cognitivas y emocionales. Estudios que logran una mayor varianza explicada tienen en cuenta un mayor número de variables, como Woods et al. (2014), con un 57% de varianza explicada a través de un conglomerado de variables como el tipo de diagnóstico y calidad de la relación con el cuidador. El número y tipo de variables con el que hemos contado es una de las principales limitaciones de este estudio. Otra limitación es el número insuficiente de sujetos en algunos niveles, hecho que ha limitado la realización de otros análisis estadísticos, ha podido perjudicar a la potencia estadística y ha hecho que se descarten otras variables de interés.

A pesar de estas limitaciones, el presente estudio resulta de utilidad para explorar aquellos factores que se relacionan con la CV de las PcD. Una mejor comprensión de la relación entre diversos factores con la CV nos permitirá ofrecer una vida digna a todas aquellas personas que conviven con demencia. Como conclusión, las variables de tipo físico-funcional y social son de especial interés a la hora de comprender la CV de las PcD. El mantenimiento de la salud física, concretamente la movilidad básica necesaria para la realización de las AVD, es uno de los factores clave a la hora de entender la CV en esta población. De la misma manera, se ha de tener en cuenta la situación social de la PcD, prestando especial atención si esta se encuentra en situación de riesgo social. Asimismo, un mayor foco de atención ha de dirigirse hacia los cuidadores en régimen de curatela para comprender por qué las PcD que están bajo sus cuidados presentan una CV más baja.

REFERENCIAS

- Abbot, K., M. y Pachucki, M. C. (2016). Associations between social network characteristics, cognitive function, and quality of life among residents in a dementia special care unit: A pilot study. *Dementia*, 0(0) 1-16.10. 1177/1471301216630907
- Allison, T. A., Gubner, J. M., Oh, A., Harrison, K. L., Phams, K., Barnes, D. E., Johnson, J. K., Convinsky, K. E. y Smith, A. K. (2021). Meaningful Activities and Sources of Meaning for Community-Dwelling People Living with Dementia. *JAMDA*, 23, 7. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2021.08.009>
- Aslankhani, M. A., Farsi, A. R., Fathirezaie, Z., Sani, S. H. y Aghdasi, M. T.. (2015). Validity and Reliability of the Timed Up and Go and the Anterior Functional Reach Test in Evaluating Fall Risk in the Elderly. *Iranian Journal of Ageing*, 10, 1.
- Avila, A., Sosa, E., Pachecho, J., Escobedo M. G., Bautista, V., González, V., Blanco E. J., Negrete, M. I., Deyta A. L. y Guitiérrez L. M. F. (2022). *Guía de instrumentos de evaluación de la capacidad funcional*. Secretaría de Salud e Instituto Nacional de Geriatria.
- Barros, D., Borges-Machado, F., Silva-Fernandes, A., Ribeiro, O. y Carvalho, J. (2023). Do physical fitness and cognitive function mediate the relationship between basic activities of daily living and quality of life in older adults with dementia? *Quality of Life Research*, 33:917-926. <https://doi.org/10.1007/s11136-023-03570-3>
- Bartomeu, J. G., Lecumberri, S. R., Nadal, J. F., Pérez, M. S., Cabello, C. R., y Abad, A. F. (1996). Indicadores para valorar la problemática social en la práctica diaria asistencial. *Atención primaria: Publicación oficial de la Sociedad Española de Familia y Comunitaria*, 18(10), 546-550.
- Beerens, H. C., Zwakhalen, S. M. G., Verbeek, H., Ruwaard, D., Ambergen A. W., Leino-Kilpo, H., Stephan, A., Zabalegui, A., Soto, M., Saks, K., Bökberg, C., Sutcliffe, C. L., Hamers, J. P. H. (2014). Change in quality of life of people with dementia recently admitted to long-term care facilities. *Journal of Advanced Nursing*, 71(6), 1435-47. doi: 10.1111/jan.
- Biasin, F., Ceolin, C., Celli, S., Terziotti, C., Raffaelli, C., Bontempi, C., devita, M., De Rui, M., Sergio, G. y Coin, A. (2023). Interrelation between functional decline and dementia: The potential role of

balance assessment. *Human Movement Science*, 89,
<https://doi.org/10.1016/j.humov.2023.103095>

Blesa, R., Pujol, M., Aguilar, M., Santacruz, P., Betran-Serra, I., Hernández, G., Sol, J. M. y Peña-Casanova, J. (2001). Clinical validity of the “mini-mental state” for Spanish speaking communities. *Neuropsychologia*, 39, 1150-1157. 10.1016/s0028-3932(01)00055-0

Bohannon, R. W. y Smith, M. B. (1987). Interrater reliability of a modified Ashworth scale of muscle spasticity. *Physical therapy*, 67, 2, 10.1093/ptj/67.2.206

Bonds, K., Whitlatch, C. J., Song, M. y Lyons, K. S. (2020). Factors influencing quality of life in African-American dementia dyads. *Aging & Mental Health*, 25(4), 703-710.
<https://doi.org/10.1080/13607863.2020.1711865>

Borges-Machado, F., Barros, D., Teixeira, L., Ribeiro, O. y Carvalho, J. (2021). Health-related physical indicators and self-rated quality of life in older adults with neurocognitive disorder. *Quality of Life Research*, 30:2255-2264. <https://doi.org/10.1007/s11136-021-02828-y>

Bowling, A., Rowe, G., Adams, S., Sands, P., Samsi, K., Crane, M., Joly, L. y Manthorpe, J. (2015). Quality of life in dementia: a systematically conducted narrative review of dementia-specific measurement scales. *Aging & Mental Health*, 19, 1, 13-31. <http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2014.915923>

Cabrera-González, D., Menéndez-Caicoya, A., Fernández-Sánchez, A., Acebal-García, V., García-González, J. V., Díaz-Palacios, E. y Salamea-García, A. (1999). Evaluación de la fiabilidad y validez de una escala de valoración social en el anciano. *Atención Primaria*, 23, 7, 434-440.

Carnero-Pardo, C., Rego-García, I., Mené-Llorente, M., Alonso Ródenas, M. y Vílchez-Carrillo, R. (2022). Utilidad diagnóstica de test cognitivos breves en el cribado de deterioro cognitivo. *Neurología*, 37, 441-449. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2019.05.007>

Cervilla, J.A., Rodríguez-Cano, T. y Gurpegui, M. (1995) Prevalencia de Conductas Agitadas en Ancianos. *Anales de Psiquiatría*, 11 (1): 5-6.

- Clare, L., Gamble, L. D., Martyr, A., Sabatini, S., Nelis, S. M., Quinn, C., Pentecost, C., Victor, C., Jones, R. W., Jones, I. R., Knapp M., Litherland, R., Morris, R. G., Rusted, J. M., Thom, J. M., Collins, R., Henderson, C. y Matthews, F. (2022). Longitudinal Trajectories of Quality of Life Among People With Mild-to-Moderate Dementia: A Latent Growth Model Approach With IDEAL Cohort Study Data. *The Gerontological Society of America*, 77(6), 1037-1050. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbac022>
- Conde-Sala, J. L., Reñé-Ramírez, R., Turró-Garriga, O., Gascón-Bayarri, J., Campdelacreu-Fumadó, J., Juncadella-Puig, M., Rico-Pons, I. y Garre-Olmo, J. (2014). Severity of dementia, anosognosia, and depression in relation to the quality of life of patients with Alzheimer disease: discrepancies between patients and caregivers. *American Journal of Alzheimer's Disease*, 22(2), 138-147. 10.1016/j.jagp.2012.07.001
- Conde-Sala, J. L., Turró-Garriga, O., Piñán-Hernández, S., Portellano-Ortiz, C., Viñas-Diez, V., Gascón-Bayarri, J. y Reñé-Ramírez, R. (2015). Effects of anosognosia and neuropsychiatric symptoms on the quality of life of patients with Alzheimer's disease: a 24-month follow-up study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 31, 106-119. 10.1002/gps.4298
- Crespo, M., Hornillos, C. y Bernaldo, M. (2013). Factors associated with quality of life in dementia patients in long-term care. *International Psychogeriatrics*, 25, 4, 10.1017/S1041610212002219
- del Brutto, O. H., Mera, R. M., Rumbé, D. A., Recalde, B. Y. y Sedler, M. J. (2021). Social determinants of health and cognitive performance of older adults living in rural communities: The Three Villages Study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 1-8. 10.1002/gps.5671
- Fleming, R., Goodenough, B., Low, L-F., Chenoweth, L. y Brodaty, H. (2014). The relationship between the quality of the built environment and the quality of life of people with dementia in residential care. *Dementia*, 0(0), 1-18. 10.1177/1471301214532460
- Forbes, D., Thiessen, E.J., Blake, C.M., Forbes, S.C. y Forbes, S. (2013). Exercise programs for people with dementia (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12. 10.1002/14651858.CD006489.pub3.

- Gálvez, M., Varela, L. F., Helver, J., Cieza, J. y Méndez, F. (2010). Correlación del Test "Get Up and Go" con el Test de Tinetti en la evaluación del riesgo de caídas en los adultos mayores. *Acta Médica Peruana*, 27, 1.
- Gómez-Gallego, M., Gómez-Amor, J. y Gómez-García, J. (2011). Validación de la versión española de la escala QoL-AD en pacientes con enfermedad de Alzheimer, cuidadores y profesionales sanitarios. *Neurología*, 27, 1, 4-10. 10.1016/j.nrl.2011.03.006
- Griffiths, A. W., Smith, S. J., Martin, A., Meads, D., Kelley, R. y Surr, C. A. (2019). Exploring self-report and proxy-report quality-of-life measures for people living with dementia in care homes. *Quality of Life Research*, 29(2). <https://doi.org/10.1007/s11136-019-02333-3>
- Guevara, C. (2011). Validación al español de la Escala De Tinetti en adultos mayores de 65 años [tesis doctoral]. Medellín: Facultad de Medicina, Universidad de Medellín, 2011.
- Guralnik, J. M., Simonsick, E. M., Ferrucci, L., Glynn, R. J., Berkman, L. F., Blazer, D. G., Scherr, P. A. y Wallace, R. B. (1994). A Short Physical Performance Battery Assessing Lower Extremity Function: Association With Self-Reported Disability and Prediction of Mortality and Nursing Home Admission. *Journal of Gerontology*, 49, 2, 85-94. <https://doi.org/10.1093/geronj/49.2.M85>
- Hagovská, M. y Olekszyová, Z. (2015). Impact of the combination of cognitive and balance training on gait, fear and risk of falling and quality of life in seniors with mild cognitive impairment. *Geriatrics & Gerontology International*, 16, 9, 1043-1050. 10.1111/ggi.12593
- Henskens, M., Nauta I. M., Vrijkotte, S., Drost, K. T., Milders, M. V. y Scherder, E. J. A. (2019). Mood and behavioral problems are important predictors of quality of life of nursing home residents with moderate to severe dementia: A cross-sectional study. *Plos One*, 14(12). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0223704>
- Holopainen, A., Siltanen, H., Pohjanvuori, A., Mäkisalo-Ropponen, M. y Okkonen, E. (2017). Factors associated with the quality of life of people with dementia and with quality of life-improving interventions: Scoping review. *Dementia*, 0, 1-31. 10.1177/1471301217716725

- Hurtado-Pomares, M., Valera-Gran, D., Sánchez-Pérez, A., Peral-Gómez, P., Navarrete-Muñoz, E-M. y Terol-Cantero, M-C. (2020). Adaptation of the Spanish version of the Frontal Assessment Battery for detection of executive dysfunction. *Medicina Clínica*, 156, 5, 229-232. 10.1016/j.medcli.2020.04.028
- Hutchinson, C., Worley, A., Khadka, J., Milte, R., Cleland, J y Ratcliffe, J. (2022). Do we agree or disagree? A systematic review of the application of preference-based instruments in self and proxy reporting of quality of life in older people. *Social Science & Medicine*, 305. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.115046>
- Jayakody, S. y Arambepola, C. (2022). Determinants of quality of life among people with dementia: evidence from South Asian population. *BMC Geriatrics*, 22:745. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-03443-3>
- Jing, W., Willis, R. y Feng, Z. (2016). Factors influencing quality of life of elderly people with dementia and care implications: A systematic review. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 66, 23-41. <http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2016.04.009>
- Lai, A., Griffith, L. E., Kuspinar, A., Turchyn, J-S. y Richardson, J. (2024). Impact of Care-Recipient Relationship Type on Quality of Life in Community-Dwelling Older Adults With Dementia Over Time. *Journal of Geriatric Psychiatry*, 37, 4, 294-306. 10.1177/08919887231215044
- Lam, F., Huang, M-Z., Liao, L-R., Chung, R., Kwok, T. y Pang, M. YC (2018). Physical exercise improves strength, balance, mobility, and endurance in people with cognitive impairment and dementia: a systematic review. *Journal of Physiotherapy*. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2017.12.001>
- Langa, K. M. y Levine D. A. (2014). The Diagnosis and Management of Mild Cognitive Impairment. A Clinical Review. *Journal of the American Medical Association*, 312(23), 2551-2561. 10.1001/jama.2014.13806
- Lawton, M. P. (1991). A multidimensional view of quality of life in frail elders. En Birren, J. E., Lubben, J. E., Rowe, J. C. y Deutchman, D. E. (Eds.), *The Concept and Measurement of Quality of Life in the Frail Elderly* (pp. 3–27). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-101275-5.50005-3>

- Lethin, C., Rahm, I., Vinagre, E-L. y Giertz, L. (2019). Persons with Dementia Living at Home or in Nursing Homes in Nine Swedish Urban or Rural Municipalities. *Healthcare*, 7, 80 10.3390/healthcare7020080
- Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica. *Boletín Oficial del Estado*, 132, de 3 de junio de 2021. <https://www.boe.es/boe/dias/2021/06/03/pdfs/BOE-A-2021-9233.pdf>
- Lin, S-I., Chang, K-C., Lee, H-C., Yang, Y-C. y Tsauo, J-Y. (2014). Problems and fall risk determinants of quality of life in older adults with increased risk of falling. *Geriatrics & Gerontology International*, 15, 5, 579-587. 10.1111/ggi.12320
- Logsdon, R. G., Gibbons, L. E. y Teri, L. (1999). Quality of Life in Alzheimer's Disease: Patient and Caregiver Reports. *Journal of Mental Health and Aging*, 5(1).
- López-Pousa, S. (2003). *CAMDEX-R: Prueba de exploración Cambridge revisada para la valoración de los trastornos mentales en la vejez. Adaptación Española*. Madrid: TEA Ediciones.
- Losada, A., Kinght, B. G. y Márquez M. (2003). Barreras cognitivas para el cuidado de personas mayores dependientes. Influencia de las variables socioculturales. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 38(2), 116-123. [https://doi.org/10.1016/S0211-139X\(03\)74867-7](https://doi.org/10.1016/S0211-139X(03)74867-7)
- Losada, A., Márquez-González, M., Knight, B. G., Yanguas, J., Sayegh, P. y Romero-Moreno, R. (2010). Psychosocial factors and caregiver's distress: Effects of familism and dysfunctional thoughts. *Aging & Mental Health*, 14(2), 193-202. <https://doi.org/10.1080/13607860903167838>
- Matyr, A., Nelis, S. M., Quinn, C., Wu, Y-T., Lamont, R. A., Henderson, C., Clarke, R., Hindle, J. V., Thom, J. M., Jones, I. R., Morris, R. G., Rusted, J. M., Victor, C. R., Clare, L. (2018). Living well with dementia: a systematic review and correlational meta-analysis of factors associated with quality of life, well-being and life satisfaction in people with dementia. *Psychological Medicine*. <https://doi.org/10.1017/S0033291718000405>
- McArthur, C., Alizadehsaravi, N., Affoo, R., Cooke, K., Douglas, N., Earl, M., Flynn, T., Ghanouni, P., Hunter, S., Kalu, M., Middleton, L., Moody, E., Smith, C., Verlinden, L. y Weeks, L. (2024). Effectiveness of

physical rehabilitation on physical functioning and quality of life for long-term care residents with dementia: a systematic review and meta-analysis. *JBIM Evidence Synthesis*. 10.11124/JBIES-23-00431

Messick, G. y Angela-Cole, L. (2010). Conceptualizing Quality of Life Among Older Adults in Guardianship: Guardians and Elder Law Attorneys Talk About QOL and Spirituality. *Journal of Religion & Spirituality in Social Work: Social Thought*, 29, 237-255. 10.1080/15426432.2010.495623

Miguel, S., Alvira, M., Farré, M., Risco, E., Cabrera, E. y Zabalegui, A. (2016). Quality of life associated with factors in older people with dementia living in long-term institutional care and home care. *European Geriatric Medicine*, 7, 346-351. <http://dx.doi.org/10.1016/j.eurger.2016.01.012>

Missotten, P., Dupuis, G. y Adam, S. (2016). Dementia-specific quality of life instruments: a conceptual analysis. *International Psychogeriatrics*, 28 (8), 1245-1262. <https://doi.org/10.1017/S1041610216000417>

Moyle, W., McAllister, M., Venturato, I. O. y Admas, T. (2007). Quality of life and dementia. The voice of the person with dementia. *Dementia*, 6(2), 175-191. <https://doi.org/10.1177/1471301207080362>

Narsakka, N., Suhonen, R., Kielo-Viljamaa, E. y Stolt, M. (2022). Physical, social, and symbolic environment related to physical activity of older individuals in long-term care: A mixed-method systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 135, <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104350>

Niedoba, S. y Oswald, F. (2023). Person-Environment Exchange Processes in Transition into Dementia: A Scoping Review. *The Gerontologist*, 64, 2. <https://doi.org/10.1093/geront/gnad034>

Nikmat, A. W., Al-Mashoor, S. H. y Jasmin, N. A. (2015). Quality of life in people with cognitive impairment: nursing homes versus home care. *International Psychogeriatrics*, 27:5, 815-824. 10.1017/S1041610214002609

Nogueira, M. M. L., Neto, J. P. S. y Dourado, M. C. N. (2021). Domains of quality of life in Alzheimer's disease vary according to caregiver kinship. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 43(1), 9-16. <http://dx.doi.org/10.47626/2237-6089-2019-0036>

- O'Rourke, H. M., Duggleby, W., Fraser, K. D., Jerke, L. (2015). Factors that Affect Quality of Life from the Perspective of People with Dementia: A Metasynthesis. *Journal of The American Geriatrics Society*, 63:24-38. 0002-8614/15/\$15.00
- Orgeta, V., Edwards, R. T., Hounscome, B., Orrel, M. y Woods, B. (2015). The use of the EQ-5D as a measure of health-related quality of life in people with dementia and their carers. *Quality of Life Research*, 24, 315-324. 10.1007/s11136-014-0770-0
- Panella, L., Tinelli, C., Buizza, A., Lombardi, R. y Gandolfi, R. (2008). Towards objective evaluation of balance in the elderly: validity and reliability of a measurement instrument applied to the Tinetti test. *International Journal of Rehabilitation Research*, 31, 1. 10.1097/MRR.0b013e3282f28f38
- Paternostro-Sluga, T., Grim-Stieger, M., Posch, M., Schuhfried, O., Vacariu, G., Mittermaier, C., Bittner, C., Fialka-Moser, V. (2008). Reliability and Validity of the Medical Research Council (MRC) Scale and a Modified Scale for Testing Muscle Strenght in Patients with Radial Palsy. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 40, 665-671. 10.2340/16501977-0235
- Podsiadlo, D y Richardson, S. (1991). The Timed "Up & Go": A Test of Basic Functional Mobility for Frail Elderly Persons. *Journal of American Geriatrics Society*, 39, 142-148. 10.1111/j.1532-5415.1991.tb01616.x
- Quinn, C., Pickett, J. A., Litherland, R., Morris R. G., Martyr, A. y Clare, L. (2021). Living well with dementia: What is possible and how to promote it. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 37, 1. 10.1002/gps.5627
- Rami, L., Molinuevo, J. L., Sanchez-Valle, R., Bosch, B. y Villar, A. (2007). Screening for amnesstic mild cognitive impairment and early Alzheimer's disease with M@T (Memory Alteration Test) in the primary population. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, 294-304. 10.1002/gps.1672
- Reisberg, B., Ferris, S. H., de Leon, M. J. y Crook, T. (1982). The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. *American Journal of Psychiatry*, 139, 9, 1136-1139. 10.1176/ajp.139.9.1136

- Rodríguez-Blázquez, C., Martín-García, S., Frades-Payo, B., París, M. S., Martínez-López, I. y Forjaz, M. J. (2015). Calidad de Vida y Estado de Salud en Personas Mayores cde 60 Años con Demencia Institucionalizadas. *Revista Española de Salud Pública*, 89, 51-60.
- Roqueta, C., de Jaime, E., Miralles, R. y Cervera A. M. (2008). Experiencia en la evaluación del riesgo de caídas. Comparación entre el test de Tinetti y el Timed Up & Go. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 43(66), 319-327. 10.1016/S0211-139X(07)73570-9
- Sabatini, S., Martyr, A., Gamble, L. D., Jones, I. R., Collins, R., Matthews, F. E., Knapp, M., Thom, J. M., Henderson, C., Victor, C., Pentecost, C. y Clare. L. (2023). Are profiles of social, cultural, and econocmic capital related to living well with dementia? Longitudinal findings from the IDEAL programme. *Social Science & Medicine*, 317. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.115603>
- Sampaio, A., Marques-Aleixo, I., Seabra, A., Marques, E. y Carvalho, J. (2020). Physical fitness in institutionalized older adults with dementia: association with cognition, functional capacity and quality of life. *Aging in Clinical and Experimental Research*, 32:2329-2338. <https://doi.org/10.1007/s40520-019-01445-7>
- Sedaghat, F., Dedousi, E., Baloyannis, I., Tegos, T., Costa, V., Dimitriadis, A. S. y Baloyannis, S. J. (2010). Brain SPECT Findings of Anosognosia in Alzheimer's Disease. *Journal of Alzheimer's Disease*, 21, 641-647. 10.3233/JAD-2010-090631
- Telenius, E. W., Engedal, K. y Bergland, A. (2013). Physical Performance and Quality of Life in Nursing-Home Residents with Mild and Moderate Dementia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 10, 6671-6686. 10.3390/ijerph10126672
- Thorgrimsen, L., Selwood, A., Spector, A., Royan, L., de Madariaga, L. y Woods, R. T. (2003). Whose Quality of Life Is It Anyway? The Validity and Reliability of the Quality of Life-Alzheimer's Disease (QoL-AD) Scale. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 17, 4, 201-208. 10.1097/00002093-200310000-00002
- Tinetti, M. E., Williams, T. F. y Mayewski, R. (1986). Fall Risk Index for Elderly Patients Based on Number of Chronic Disabilities. *The American Journal of Medicine*, 80. 10.1016/0002-9343(86)90717-5

- Venegas-Sanabria, L. C., Martínez-Vizcaino, V., Cavero-Redondo, I., Chavarro.Carvajal, D. A., Cano-Gutiérrez, C. A., Álvarez-Bueno, C. (2021). Effect of physical activity on cognitive domains in dementia and mild cognitive impairment: overview of systematic reviews and meta-analysis. *Aging & Mental Health*, 25, 1977-1985. <https://doi.org/10.1080/13607863.2020.1839862>
- Vilalta-Franch, J., Lozano-Gallego, M., Hernández-Ferrándiz, M., Llinàs-Reglà, J., López-Pousa, S. y López, O. L. (1999). The Neuropsychiatric Inventory. Psychometric properties of its adaptation into Spanish. *Revista de Neurología*, 29, 1, 15-19.
- Woods, R. T., Nelis, S. M., Martyr, A., Roberts, J., Whitaker, C. J., Marjova, I, Roth, I., Morris, R. y Clare, L. (2014). What contributes to a good quality of life in early dementia? Awareness and the QoL-AD: a cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 12:94.
- Wu, Y-T., Nelis, S., Quinn, C-, Matyr, A., Jones, I. R., Victor, C. R., Knapp, M., Henderson, C., Hindle, J. V., Jones, R. W., Kopelman, M. D., Morris, R. G., Pickett, J. A., Rusted, J. M., Thom, J. M., Litherland, R., Matthews, F. E., Clare, L. (2020). Factors associated with self- and informant ratings of quality of life, well-being and life satisfaction in people with mild-to-moderate dementia: results from the Improving the experience of Dementia and Enhancing Active Life Programme. (2020). *Age and Ageing*, 49, 446-452. [10.1093/ageing/afz177](https://doi.org/10.1093/ageing/afz177)
- Zhang, J., Xu, X., Yang, L. y Wang, J. (2020). Met and unmet care needs of home-living people with dementia in China: An observational study using the Camberwell Assessment of Need for the Elderly. *Geriatrics & Gerontology International*, 2, 1. [10.1111/ggi.14093](https://doi.org/10.1111/ggi.14093)