



**VNiVERSiDAD
D SALAMANCA**

CAMPUS DE EXCELENCIA INTERNACIONAL

Incidencia de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria sobre la calidad de vida en personas con demencia.

Autora: Irene González Mella

Tutora: María Begoña Orgaz Baz

Trabajo Fin de Máster

Master en Intervención a Personas con Enfermedad de Alzheimer

Facultad de Medicina

Universidad de Salamanca

Julio, 2016

Actividades de la vida diaria y calidad de vida en demencias.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

Declaro que he redactado el trabajo “Incidencia de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria sobre la calidad de vida en personas con demencia”, para la asignatura Trabajo Fin de Máster en el curso académico 2015-2016 de forma autónoma, con la ayuda de las fuentes bibliográficas citadas en la bibliografía, y que he identificado como tales todas las partes tomadas de las fuentes indicadas, textualmente o conforme a su sentido.

INDICE

I.	INTRODUCCIÓN	1
II.	FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	2
	2.1. Epidemiología de las demencias	2
	2.2. Demencia: definición y clasificaciones.....	3
	2.3. Enfermedad de Alzheimer y otras demencias	7
	2.4. Calidad de vida.....	10
	2.5. Calidad de vida en demencias	13
	2.6. El modelo de atención centrado en la persona y su relación con la calidad de vida	15
	2.7. Actividades de la vida diaria	16
	2.8. Instrumentos específicos para la evaluación de calidad de vida y actividades de la vida diaria en demencias	17
III.	OBJETIVOS E HIPÓTESIS	21
IV.	MÉTODO.....	22
	4.1. Participantes	22
	4.2. Variables e instrumentos de medida.....	24
	4.3. Procedimiento	28
	4.4. Análisis estadísticos	29
V.	RESULTADOS.....	30
	5.1. Análisis de la calidad de vida.....	30
	5.2. Análisis de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.....	32
	5.3. Incidencia del grado de dependencia en las Actividades básicas e instrumentales de la vida diaria sobre la Calidad de Vida.	36
VI.	DISCUSIÓN	38
VII.	CONCLUSIONES Y PROSPECTIVA.....	40
VIII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	42
	ANEXOS	

INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Criterios diagnósticos de demencia.....	3
Tabla 2 Clasificación etiológica de las demencias.....	5
Tabla 3 Manifestaciones clínicas de la Enfermedad de Alzheimer según la fase	7
Tabla 4 Planos que afectan a la Calidad de Vida	11
Tabla 5 Dimensiones de Calidad de Vida según Schalock y Verdugo	11
Tabla 6 Enfoques de medición de la Calidad de Vida	12
Tabla 7 Escalas de evaluación de Calidad de Vida en demencias	17
Tabla 8 Escalas de evaluación de Actividades de la Vida Diaria en demencias	19
Tabla 9 Características sociodemográficas y relacionadas con la enfermedad de la muestra.....	23
Tabla 10 Variables e instrumentos de medida utilizados en el estudio.....	24
Tabla 11 Dimensiones e indicadores de Calidad de Vida	25
Tabla 12 Análisis de la consistencia interna de la escala FUMAT	26
Tabla 13 Criterios de clasificación del grado de dependencia según su puntuación en el Índice de Barthel	27
Tabla 14 Criterios de clasificación del grado de dependencia según su puntuación en el Índice de Lawton y Brody.....	28
Tabla 15 Estadísticos descriptivos en Calidad de Vida para las diferentes dimensiones.....	30
Tabla 16 Calidad de Vida en función del estado civil.....	31
Tabla 17 Calidad de Vida en función de la ingesta de fármacos.....	32
Tabla 18 Frecuencias y porcentajes de participantes en cada una de las categorías de dependencia en las Actividades Básicas de la Vida Diaria	32
Tabla 19 Frecuencias y porcentajes de participantes en cada una de las categorías de dependencia en las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria.....	34
Tabla 20 Estadísticos descriptivos en las dimensiones de Calidad de Vida en función del nivel en el Índice de Barthel.....	36
Tabla 20 Estadísticos descriptivos en las dimensiones de Calidad de Vida en función del nivel en el Índice de Lawton y Brody	37

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Medias en la Calidad de Vida de las diferentes dimensiones	31
Figura 2. Porcentaje de participantes independientes en cada una de las Actividades Básicas de la Vida Diaria	34
Figura 3. Porcentaje de participantes independientes en cada una de las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria.....	35
Figura 4. Medias en Calidad de Vida en función del nivel en Actividades Básicas de la Vida Diaria.....	37
Figura 5. Medias en Calidad de Vida en función del nivel en Actividades Instrumentales de la Vida Diaria.....	38

RESUMEN

En este trabajo se realiza un estudio transversal de la situación actual sobre la relación entre la calidad de vida y las actividades de la vida diaria básicas e instrumentales en personas con demencia de la asociación de familiares con enfermos de Alzheimer de Salamanca. (AFA Salamanca).

Para ello se recoge en primer lugar el estado del conocimiento científico actual sobre calidad de vida y actividades de la vida diaria en personas con demencia. Posteriormente se realiza un análisis de la recogida de datos con una muestra de 18 personas con demencia.

El principal objetivo que se plantea es analizar las relaciones entre Calidad de Vida y las Actividades de la Vida Diaria de las personas con demencia; y de forma más específica, analizar la Calidad de Vida global y por dimensiones, el estado de dependencia en el desempeño de las Actividades Básicas e Instrumentales de la Vida Diaria, las relaciones de éstas con la Calidad de Vida y por último relacionar estas variables con factores sociodemográficos.

Los resultados obtenidos confirman la formulación de las hipótesis previas. En primer lugar se obtiene una media de Calidad de Vida de las personas con demencia inferior a la del baremo, además las puntuaciones relacionadas con las dimensiones de relaciones interpersonales y autodeterminación son inferiores al resto de dimensiones.

En el análisis de la calidad de vida con los factores sociodemográficos no se obtienen diferencias significativas con ninguna de las variables, por lo que se concluye que estos factores no influyen en la calidad de vida de las personas con demencia.

Dentro de las Actividades Básicas de la Vida Diaria obtienen peores resultados en el vestido y el baño o ducha, y en las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria las peores puntuaciones corresponden al manejo de la economía y la realización de las compras.

Por último se determina que las personas con demencia que tienen mayor dependencia en el desempeño de las Actividades Básicas de la Vida Diaria y Actividades Instrumentales de la Vida Diaria, presentan peores niveles de calidad de vida en las dimensiones de desarrollo personal y autodeterminación.

Palabras clave: calidad de vida, actividades de la vida diaria, demencia.

ABSTRACT

This study analyses how basic and instrumental Activities of Daily Living affect Quality of Life in people with dementia who own to the Families with Alzheimer's Association of Salamanca (AFA Salamanca).

First of all the actual state of scientific knowledge about quality of life and activities of daily living in people with dementia is collected. Data collect was analysed with 18 participants who had dementia.

The main aim was to investigate the relationships between Quality of Life and Activities of Daily Living of people with dementia; and specifically to analyse the global Quality of Life and dimensions, the level of dependency in Basic and Instrumental Activities of Daily Living, and their relationship with Quality of Life and by last associate this variables with socio-demographic factors.

Results confirm the hypothesis previously formulated. Firstly we obtain the Quality of Life average of people with dementia, which is lower than the scale punctuation. Also, the score of relationships and self-determination were lower than the rest dimensions.

Quality of Life analysis related to socio-demographic factors don't have any significant differences with none of the variable, thus this factors don't affect Quality of Life of people with dementia.

The punctuations of Basic Activities of Daily Living obtain worse results on getting dressed and having a shower, and the Instrumental Activities of Daily Living obtain worse results on economic management and go shopping.

Finally it is determined that people with dementia who are more dependent on Basic Activities of Daily Living and Instrumental Activities of Daily Living , have worse quality of life levels in the dimensions of personal development and self-determination

Key words: Quality of Life, Activities of Daily Living, Dementia

I. INTRODUCCIÓN

La demencia conforma un síndrome que provoca una disfunción en todas las áreas de desempeño (Whitehouse et al., 1992). El deterioro progresivo cognitivo, funcional y comportamental lleva a los pacientes a una situación de dependencia en las Actividades de la Vida Diaria (AVD) y, en la mayoría de los casos a la institucionalización. (Bullock & Hammond, 2003). Los déficits en AVD causan una reducción de la independencia y autonomía y las intervenciones cognitivas están dirigidas a manejar estos aspectos.

Estos niveles de dependencia global reflejan un nivel de consumo de recursos y Calidad de Vida (CV) de las personas con demencia y sus familiares (Kurz, Scuvee-Moreau, Rive, & Dresse, 2003).

Varios autores han podido demostrar que el nivel de rendimiento y desempeño a la hora de llevar a cabo las AVD influye de manera directa sobre la CV de las personas con demencia a lo largo de todas sus etapas. (Andersen, WittrupJensen, Lolk, Andersen, & Kragh – Sorensen, 2004; Ballard et al., 2001). La medida de la CV es una forma de comprobar la efectividad de las intervenciones cognitivas. (Trigg, Watts, Jones, & Tod, 2011).

De acuerdo con la Asociación Americana de Geriátría (2016), en los últimos años se ha hecho hincapié en los modelos de atención y CV centrados en la persona y se ha establecido como principal meta llegar a ellos en todas las instituciones. A pesar de ello aún queda mucho por hacer en este campo, ya que las opciones de llegar a estos objetivos para los pacientes con demencia se ven bastante limitadas.

El fomento de la CV se ha convertido en los últimos años en uno de los objetivos principales de los profesionales que trabajan con personas con demencia. Es por ello que todas las intervenciones a realizar se centran en la persona y no en sus limitaciones (Bermejo, 2014). Además se recoge a lo largo del recorrido bibliográfico que establecemos posteriormente, la gran influencia del desempeño de las AVD con los niveles de CV de las personas con demencia.

Durante el desarrollo de este trabajo se realiza un análisis de las relaciones entre las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y la CV; y entre las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) y la CV de las personas con demencia.

Actividades de la vida diaria y calidad de vida en demencias.

Para ello, contextualizamos el tema, haciendo hincapié en los aspectos teóricos más relevantes y actuales sobre demencias, AVD y CV. Posteriormente, y en base a lo descrito, realizamos el análisis elaborando una investigación sobre la incidencia en el desempeño de AVD sobre la CV de pacientes con demencia de la Asociación de Familiares con Enfermos de Alzheimer (AFA) de Salamanca.

II. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

En este punto se comentará toda la base teórica en la que está fundamentada la investigación. Se abordan aspectos relevantes como información general sobre Enfermedad de Alzheimer y otras demencias, CV y AVD como constructo y relacionadas con las demencias, modelos de CV y el modelo de atención centrado en la persona.

2.1. Epidemiología de las demencias

Según la OMS la prevalencia de la demencia es de 47 millones de personas en 2015 a nivel mundial y cada año se registran 7.5 millones de casos nuevos.

Se cree que en 2030 llegaremos a los 75,6 millones de personas y en 2050, 135,5 millones de personas padecerán algún tipo de demencia a nivel mundial. Gran parte de este aumento se hará efectivo en los países en vías de desarrollo por su aumento de la esperanza de vida. Actualmente el 58% de las personas con demencia viven en países en vías de desarrollo, pero en 2050 esa cifra aumentará al 68% (“Alzheimer’s Disease International”, 2015).

Existen más de 9.9 millones de casos nuevos cada año en el mundo, lo que implica la aparición de un caso nuevo cada 3.2 segundos. Afecta en mayor proporción a mujeres que a hombres y su prevalencia aumenta con la edad. (“Alzheimer’s Disease International”, 2015).

La demencia tipo Alzheimer representa entre un 60-80 % de los casos de demencia; la demencia vascular representa el 15% de los casos; la demencia por cuerpos de Lewy entre un 5-25% de los casos y la demencia frontotemporal supone entre un 7-11%. (Moreno-Martínez & Moratilla, 2014).

2.2. Demencia: definición y clasificaciones

En este punto se abordarán aspectos que definen de forma más exhaustiva a las demencias, estableciendo criterios diagnósticos y diferentes clasificaciones.

La demencia es un síndrome caracterizado por la presencia de deterioro cognitivo persistente, que interfiere con la capacidad del individuo para llevar a cabo sus AVD. Presenta una duración de al menos 6 meses y no está asociada a una pérdida o alteración de la conciencia. (Alzheimer's Disease Association, 2015).

En la actualidad los criterios diagnósticos más utilizados se rigen en función de 3 referencias: NIA-AA (National Institute on Aging- Alzheimer's Association), DSM-V y CIE-10 (Ver Tabla 1).

Tabla 1.
Criterios de diagnósticos de demencia.

Referencias	Criterios diagnósticos
NIA-AA	<p>Hay síntomas cognitivos o neuropsiquiátricos que:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Interfieren con la capacidad de funcionar normalmente en el trabajo o en las actividades cotidianas.2. Suponen un deterioro con respecto a los niveles de rendimiento y funcionalidad previos.3. No se explican por la presencia de un delirium o de un trastorno psiquiátrico mayor. <p>Se diagnostica demencia cuando se detectan y diagnostican por la combinación de:</p> <ul style="list-style-type: none">• La historia clínica obtenida en la entrevista con el paciente y un informador que lo conoce,• La valoración neuropsicológica. <p>La alteración cognitiva o conductual involucra al menos dos de los cinco siguientes aspectos:</p> <ol style="list-style-type: none">a) Capacidad alterada de adquirir y recordar nueva información.b) Alteración o cambios en el razonamiento, manejo de tareas complejas o capacidad de juicio.c) Alteración de las capacidades perceptivas y visuoespaciales.d) Alteración de las funciones del lenguaje (habla, lectura y escritura).e) Cambio de personalidad, conducta o comportamiento.

DSM-V	<p>A. Hay evidencias de un declive cognitivo significativo comparado con el nivel previo de rendimiento en uno o más dominios cognitivos (atención compleja, función ejecutiva, aprendizaje y memoria, lenguaje, habilidad perceptual motora o cognición social) basada en:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Preocupación en el propio individuo, en un informante que le conoce o en el clínico, porque ha habido un declive significativo en una función cognitiva y2. Un deterioro sustancial del rendimiento cognitivo, preferentemente documentado por un test neuropsicológico estandarizado o, en su defecto, por otra evaluación clínica cuantitativa. <p>B. Los déficits cognitivos interfieren con la autonomía del individuo en las actividades cotidianas (es decir, por lo menos necesita asistencia con las actividades instrumentales complejas de la vida diaria, como pagar facturas o cumplir los tratamientos).</p> <p>C. Los déficits cognitivos no ocurren exclusivamente en el contexto de un síndrome confusional.</p> <p>D. Los déficits cognitivos no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno depresivo mayor, esquizofrenia).</p>
CIE-10	<p>A. Presencia de cada uno de los siguientes aspectos:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Deterioro de la memoria.2. Deterioro de las capacidades intelectivas. <p>B. Ausencia de alteración de la conciencia.</p> <p>C. Deterioro en la conducta social, control emocional o motivación.</p> <p>D. Duración de la sintomatología por lo menos de seis meses.</p>

De acuerdo con los datos recogidos en la Tabla 1, se pueden establecer las siguientes conclusiones:

- Solo las clasificaciones NIA-AA y DSM-V contemplan dentro de sus criterios el déficit en el desarrollo de AVD.
- Los tres criterios incluyen como punto de exclusión en el diagnóstico la presencia de alteración de la conciencia o delirium.

Actividades de la vida diaria y calidad de vida en demencias.

- Coinciden en la presencia de deterioro cognitivo, aunque solo la CIE-10 exige que una de las áreas cognitivas alteradas tiene que ser la memoria. Tanto la CIE-10 como la NIA-AA exigen que sean al menos dos las áreas cognitivas afectadas, mientras que la DSM-V solo exige una.
- Solo los criterios NIA-AA y DSM-V hacen referencia a la importancia de los datos otorgados por un informante y la historia clínica del paciente.
- La CIE-10 es el único que exige la presencia de alteraciones conductuales sociales o motivacionales, mientras que la NIA-AA sólo lo propone como posibilidad dentro de la demencia y la DSM-V no lo incluye dentro de sus criterios.

A continuación en la Tabla 2 se expone una clasificación, estableciendo las diferentes enfermedades que pueden causarla.

Tabla 2.
Clasificación etiológica de las demencias

Tipo de Enfermedad	Enfermedades según su etiología
Enfermedades neurodegenerativas	Enfermedad de Alzheimer Enfermedad por cuerpos de Lewy Enfermedad de Parkinson Parálisis supranuclear progresiva. Demencia frontotemporal. Enfermedad de Pick. Atrofia olivo-ponto-cerebelosa. Hemiatrofia progresiva. Enfermedad de Huntington Esclerosis lateral amiotrófica con demencia. Parkinsonismo de Guam Parkinsonismo post-encefálico. Enfermedad priónica familiar. Esclerosis múltiple.
Demencias posiblemente reversibles y adquiridas:	Delirium metabólico (enfermedad tiroidea, hepática, hipercalcemia, hipernatremia) Toxicidad por medicamentos. Déficit de vitamina B ₁₂ y folatos. Alcoholismo. Hidrocefalia. Vasculitis. Tumores.

	Posttraumática (hematoma subdural).
Demencias probablemente no reversibles y adquiridas:	Demencia vascular Síndrome de Wernicke-Korsakoff secundario al abuso de alcohol.
Infecciones	Enfermedad priónica no familiar. Demencia-sida de infección neurológica asociada al sida (toxoplasmosis). Neurosífilis. Encefalitis. Meningitis.
Trastornos psiquiátricos	Depresión, pseudodemencia depresiva Psicosis. Histeria.

Nota. Fuente: Ramos, F., Fernández, B. & Pérez, M. (2008). Las demencias. En C. Sánchez (Ed.), *Manual de psicopatología, volumen II*. (pp. 619-643). Madrid, España: Mc Graw Hill.

Posteriormente se realiza la clasificación neuroanatómica que recoge datos sobre las diferencias en demencias según el área o áreas afectadas del tejido cerebral, y a continuación una clasificación clínica que determina unas pautas para identificar la progresión y el nivel de deterioro e intensidad del trastorno.

Clasificación neuroanatómica de las demencias: (Moreno-Martínez & Moratilla, 2014).

- Demencia cortical: recoge todas aquellas demencias que presentan un déficit de las funciones corticales superiores que desencadena en síntomas tales como afasia, apraxia y/o agnosia. Estas características se recogen en la Enfermedad de Alzheimer, demencia por cuerpos de Lewy y Enfermedad de Pick.
- Demencia subcortical: destaca por la aparición de sintomatología extrapiramidal, produciendo alteraciones en zonas del tálamo, ganglios basales y tronco cerebral. Estos pacientes presentan enlentecimiento en los procesos de ideación y procesamiento de la información, con alteraciones en la atención y motivación.
- Demencia cortical-subcortical: se trata de una variante mixta cuya sintomatología es común a la relatada en los dos puntos anteriores. Son demencias causadas por infartos múltiples (demencia vascular), infecciones, y enfermedades tóxico-metabólicas.

Clasificación clínica de las demencias: (Ramos, Fernández & Pérez, 2008).

- Demencia mínima: presenta dificultades a la hora de adquirir nueva información y pequeños déficit de memoria a corto plazo y orientación.
- Demencia leve: presenta dificultades notables a la hora de realizar las AVD debido a los problemas evidentes de orientación temporal y espacial, capacidad de abstracción y resolución de problemas y alteraciones del lenguaje.
- Demencia moderada: se acentúan los síntomas característicos de la demencia leve, afectando en mayor medida a las ABVD.
- Demencia severa: presentan una pérdida notable de las capacidades cognitivas superiores, lo que supone una gran dificultad para mantenerse en contacto con el medio que les rodea. Destaca por la pérdida total del desempeño en las actividades instrumentales y avanzadas de la vida diaria, pudiendo preservar algún aspecto que comprenden las ABVD.

Cabe destacar la diferencia del curso de la demencia entre aquellas de origen cortical y las de origen subcortical, presentando éstas últimas un curso fluctuante. Por el contrario, las demencias de origen cortical presentan un deterioro lento y progresivo.

2.3. Enfermedad de Alzheimer y otras demencias

La enfermedad de Alzheimer (EA) se describió por primera vez en 1907 por Alois Alzheimer en una paciente de 51 años diagnosticada como demencia presenil. Es la más común de las demencias, y por lo general conduce a la muerte en un periodo de 7 a 10 años aunque pueden existir casos más avanzados y más lentos. (Moreno-Martínez & Moratilla, 2014).

La demencia tipo Alzheimer, expresión sintomática de la EA, está clasificada como una demencia degenerativa primaria, de carácter cortical. Los signos y síntomas más comunes que se expresan en la enfermedad, varían en función del estadio en el que se encuentre el paciente (Tabla 3).

Tabla 3.
Manifestaciones clínicas de la Enfermedad de Alzheimer según la fase.

	Cognitivas	Funcionales	Conductuales
Fase inicial	-Memoria -Anomia -Solución de problemas	-Rendimiento laboral -Manejo del dinero -Cocinar	-Apatía -Retraimiento -Depresión

Actividades de la vida diaria y calidad de vida en demencias.

	-Capacidad de juicio -Cálculo	-Labores del hogar -Lectura -Escritura -Aficiones	-Irritabilidad
Fase moderada	-Memoria reciente -Anomia, parafasias -Autoconciencia -Orientación -Capacidad visuoespacial	-Pérdida de AIVD -Pérdida de objetos -Desorientación -Dificultad para vestirse (secuencia y selección).	-Ideas delirantes -Depresión -Vagabundeo -Insomnio -Agitación -Conservación de la habilidad social.
Fase avanzada	-Atención -Apraxia -Afasia grave	-Pérdida de ABVD -Incontinencia -Marcha -Lentitud	-Agitación: verbal y física. Insomnio

Nota. Fuente: Ramos, F., Fernández, B. & Pérez, M. (2008). Las demencias. En C. Sánchez (Ed.), *Manual de psicopatología, volumen II*. (pp. 619-643). Madrid, España: Mc Graw Hill.

En la Tabla 3 queda reflejado el avance de la enfermedad de acuerdo con su sintomatología. Mientras que en la fase inicial los problemas que presentan impiden realizar pequeñas tareas o presentar mayor dificultad en el desempeño ocupacional, en fases más avanzadas se hace notoria la incapacidad para realizar las AVD y esto genera un descenso de la CV.

Otra de las demencias más comunes, además de la originada por la EA, es la Demencia Vascular (DV) que resulta de patologías asociadas a la circulación sanguínea cerebral.

Este tipo de demencia puede ser originado por accidentes cerebrovasculares de tipo isquémico (trombosis, embolias e infartos lacunares) o de tipo hemorrágico. Según su localización pueden ser de tipo cortical (originada por embolias o trombosis) o de tipo subcortical (debida a infartos lacunares). (Moreno-Martínez & Moratilla, 2014).

La sintomatología de este tipo de demencia depende del área cerebral afectada, donde se haya producido el accidente cerebrovascular. También es común que se encuentre asociada a otras demencias neurodegenerativas primarias, generando así, las demencias mixtas. (Nitrini, & Dozzi, 2012)

Actividades de la vida diaria y calidad de vida en demencias.

Por otro lado está la demencia originada por la enfermedad por cuerpos de Lewy, que se caracteriza por el depósito de α -sinucleína en el cerebro, lo que conlleva una gran disfunción dopaminérgica y colinérgica. (Ramos, Fernández & Pérez, 2008).

En cuanto a su sintomatología, confundida también con la sintomatología de la enfermedad de Parkinson, presenta signos de rigidez y discinesia motora, así como amimia facial e inestabilidad postural. Haciendo referencia a los síntomas cognitivos, estos pacientes presentan principalmente alteraciones de la atención y las funciones ejecutivas, además de déficit visuoespaciales y alteraciones en las praxias constructivas. (Ramos, Fernández & Pérez, 2008).

En torno al 80% de los pacientes presenta alteraciones en el nivel de conciencia y trastornos neuropsiquiátricos, como alucinaciones (principalmente visuales), delirios o depresión. Suelen mostrar hipersensibilidad a los fármacos neurolépticos. (Ramos, Fernández & Pérez, 2008).

Otro de los grandes grupos que componen las demencias, son las llamadas demencias fronto-temporales. Existen varios síndromes que hacen referencia a este término, todos se caracterizados por presentar un comienzo temprano (en torno a 40-65 años) e insidioso, así como alteraciones de conducta y del lenguaje. A diferencia de la EA la memoria está preservada en las fases iniciales de la demencia. (Moreno-Martínez & Moratilla, 2014).

Su sintomatología se debe al depósito de proteína TAU o inclusiones de ubiquitina que se acumulan de forma patológica en los lóbulos frontal y temporal del cerebro. Normalmente se asocian las tauopatías a la variante conductual o la afasia progresiva no fluente y las ubiquitinopatías a la variante conductual y la demencia semántica. (Nitrini & Dozzi, 2012).

Las formas de demencia descritas anteriormente son las más comunes, sin embargo existen otras en proporciones altas que es recomendable tener en cuenta (Moreno-Martínez & Moratilla, 2014):

- Huntington: se trata de una patología neurodegenerativa que se transmite de forma genética. Su sintomatología comienza en torno a los 40 años de edad e incluyen movimientos coreicos y trastornos psiquiátricos. (psicosis, depresión o manía).

- Creutzfeldt-Jakob: Esta enfermedad suele cursar con demencia aunque no se da en todos los casos. Se transmite mediante priones y entre su sintomatología más frecuente se encuentran los trastornos psiquiátricos, ataxias, mioclonías, dolor y parestesias en extremidades.
- Demencia asociada a Parkinson: en torno al 30% de los pacientes con Parkinson desarrollan demencia que cursa mayoritariamente con bradipsiquia, disfunción ejecutiva y trastornos emocionales.
- Déficit vitamínico: se produce por carencia de la vitamina B12 o B1. En muchos casos es reversible: la demencia remite si se resuelve la carencia de la vitamina.
- Hidrocefalia normotensiva: produce un síndrome demencial debido a la presión que ejerce la acumulación de líquido cefalorraquídeo en los ventrículos cerebrales, lo que produce un daño en el tejido nervioso circundante. Suele remitir por medio de una intervención quirúrgica (implantación de una válvula que redistribuye el líquido cefalorraquídeo).
- Pseudodemencia depresiva: en ocasiones confundimos depresión con demencia, y este es el caso de la pseudodemencia depresiva. La depresión puede generar déficit mnésicos que se confunden con la sintomatología de demencia, sin embargo estos síntomas remiten una vez resuelto el problema de la depresión.

2.4. Calidad de vida

La CV es un concepto multidimensional que presenta parámetros subjetivos por lo que la literatura recoge varias definiciones, para el desarrollo de este trabajo tomaremos como referencia el modelo de CV de Schalock y Verdugo (2002).

El modelo de CV de Schalock y Verdugo describe la CV individual como “Un estado deseado de bienestar personal compuesto por varias dimensiones centrales que están influenciadas por factores personales y ambientales. Estas dimensiones centrales son iguales para todas las personas, pero pueden variar individualmente en la importancia y valor que se les atribuye. La evaluación de las dimensiones está basada en indicadores que son sensibles a la cultura y al contexto en que se aplica” (Schalock y Verdugo, 2013, p. 446).

Cualquier persona tendrá CV en el momento en que sus necesidades personales estén satisfechas y pueda avanzar en su propia vida estableciendo nuevas metas y objetivos en las principales áreas de desarrollo de las AVD.

Esto implica un cambio en la práctica de las tareas que se desempeñan en el ámbito profesional y que se fundamenta en:

- No centrarse en las limitaciones de las personas sino en su contexto y la interacción con el mismo.
- Centrar el enfoque en los avances en CV y los cambios y mejoras para la persona, dejando atrás el enfoque en la eficacia de servicios y programas.
- Tomar como referencia un sistema centrado en la persona y sus familias y no en los profesionales.

La aplicación del concepto de CV se lleva a cabo en 3 planos del sistema social que influyen directamente sobre la CV (Ver Tabla 4).

Tabla 4
Planos que afectan a la calidad de vida

Planos	Características
Microsistema	Formado por la familia y el hogar, afecta directamente a la familia y a las personas
Mesosistema	Formado por el vecindario o comunidad, afecta al funcionamiento del microsistema
Macrosistema	Formado por patrones culturales, afecta a nuestros valores y creencias

Nota: Fuente: Verdugo, M., Schalock, R., Arias, B., Gómez, L. and Jordán, B. (2013). Calidad de Vida. En: M. Verdugo & R. Schalock (Ed.), *Discapacidad e inclusión. Manual para la docencia*. (pp.443-456). Salamanca: Amarú Ediciones.

Este modelo implica a la persona en la toma de decisiones para establecer objetivos y actividades de su propia intervención. Todo ello se fundamenta en las 8 dimensiones de CV desarrolladas por Schalock y Verdugo recogidas en la Tabla 5.

Tabla 5
Dimensiones de Calidad de Vida según Schalock y Verdugo

Dimensiones	Características
Bienestar emocional	Tiene en cuenta diferentes aspectos entre los que se encuentra: el autoconcepto sobre capacidad y seguridad, la satisfacción, motivación, etc.
Relaciones personales	Engloba la calidad de las relaciones con su entorno más cercano.
Bienestar material:	Capacidades económicas y materiales que se necesitan para llevar una vida satisfactoria y confortable.
Desarrollo personal:	Valora la capacidad del individuo para desenvolverse en la sociedad y llevar a cabo su propio plan de vida. En definitiva llevar a cabo una

	conducta adaptativa y de desarrollo en cuanto a las competencias personas y de comunicación.
Bienestar físico	Queda englobado desde una perspectiva de atención sanitaria, que tiene en cuenta cómo influye la sintomatología de la persona en su estado de salud y desempeño ocupacional.
Autodeterminación:	Recoge todas las decisiones propias de la vida de cada persona y su capacidad para tomar decisiones al respecto. Esto engloba todos sus objetivos, metas, intereses, ideas, etc.
Inclusión social	Valora de forma más global las relaciones de la persona con su ambiente social, no limitándolo solo a su entorno más cercano. Reconoce si existe algún tipo de rechazo por parte de la sociedad con esa persona y si se tienen en cuenta aspectos relevantes como la accesibilidad.
Derechos	Valora el respeto con el que se trata a la persona desde su entorno y el derecho a la intimidad.

Nota: Fuente: Verdugo, M., Schalock, R., Arias, B., Gómez, L. and Jordán, B. (2013). Calidad de Vida. En: M. Verdugo & R. Schalock (Ed.), *Discapacidad e inclusión. Manual para la docencia*. (pp.443-456). Salamanca: Amarú Ediciones.

Estas 8 dimensiones procuran centrarse en la búsqueda de 3 aspectos fundamentales por parte de la persona: independencia, participación social y bienestar. (Verdugo, Schalock, et al., 2013).

Por otro lado hemos de tener en cuenta que la CV es un concepto muy complejo para ser evaluado, es por ello que de forma tradicional se han utilizado 6 enfoques diferentes para llevar a cabo su evaluación (Ver Tabla 6):

Tabla 6.
Enfoques de medición de la Calidad de Vida.

Enfoques de medición	Características
Escalas multidimensionales centradas en la satisfacción	Centrado en reacciones subjetivas: bienestar psicológico y satisfacción personal.
Enfoques etnográficos	Investigación longitudinal que utiliza la observación no intrusiva.
Análisis de discrepancia	Se basa en contrastar la referencia con las puntuaciones de una persona o grupo.
Medidas conductuales directas	Observación directa de las conductas que se relacionan con calidad de vida.

Indicadores sociales	Hacen referencia a condiciones externas basadas en el ambiente.
Autoevaluación de la calidad de vida	Utilizan la planificación centrada en la persona como estrategia de apoyo.

Nota: Fuente: Verdugo, M., Schalock, R., Arias, B., Gómez, L. and Jordán, B. (2013). Calidad de Vida. En: M. Verdugo & R. Schalock (Ed.), *Discapacidad e inclusión. Manual para la docencia*. (pp.443-456). Salamanca: Amarú Ediciones.

Actualmente el enfoque que se utiliza para medir CV se caracteriza por tener una naturaleza multidimensional, utilizar el pluralismo metodológico y diseños de investigación multivariada, incorporar una perspectiva de sistemas y diseñar una vía de desarrollo de la investigación sobre el tema. (Verdugo, Schalock, et al., 2013).

2.5. Calidad de vida en demencias

La demencia es un término altamente ligado con la incapacidad, lo cual genera un impacto muy fuerte en el desempeño de la persona para realizar sus AVD (Lezaun, 2006). Esto influye de forma negativa en la CV de las personas con demencia.

Whitehouse y Rabins definieron CV en demencias como una combinación entre el rendimiento cognitivo, las AVD, las interacciones sociales y el bienestar psicológico (1992). Además la pérdida de las capacidades mentales y funcionales, la independencia, la identidad personal o el rol familiar y social, son factores que llevan a empeorar de forma notable la CV de los afectados (Neumann et al., 1999).

Las personas mayores identifican como factores de CV aquellos que están relacionados con el hogar, participación en las actividades, familia y otras relaciones, salud y nivel de vida (Grewal et al., 2006) o aquellos relacionados con la autoeficacia, desempeño en AVD, rasgos de personalidad (extraversión) y amabilidad (Maki et al., 2014).

Los predictores de CV percibida que influyen de forma más significativa, son la depresión y la función cognitiva. (Crespo, Hornillos & Quirós, 2013). Ambos predictores, unidos a la dependencia en la realización de las AVD, alteraciones psicológicas y del comportamiento están asociados a la reducción de la CV (Barca, Engedal, Laks & Selbaek, 2011; Beerens et al., 2015; Conde-Sala et al. 2013)

La percepción de CV de las personas con demencia aumenta después de haberse establecido un control sobre factores relacionados con depresión y el desempeño en las AVD. (Orgeta, Orrell, Hounscome & Woods, 2015).

En su estudio, Barends et al. analizan que la CV de personas que son institucionalizadas recientemente no tiene por qué disminuir si se llevan a cabo programas para mejorar el rendimiento físico y cognitivo de los pacientes, y más concretamente el tratamiento de la sintomatología depresiva (2015).

Las personas con demencia institucionalizadas presentan una mayor CV cuando participan en sus propias AVD, ya sean básicas, instrumentales o avanzadas. Aunque si bien es cierto que la mayoría no participan en AVD que se realizan dentro de la residencia, sino que participan más en salidas o excursiones. (Edvardsson, Petersson, Sjogren, Lindkvist, & Sandman, 2014).

En lo referente a los fármacos, Ven-Vakhteeva et al. (2012) determinaron que los antipsicóticos no tienen necesariamente efectos determinantes en la CV de pacientes con demencia, más bien los síntomas neuropsicológicos serían los que afectan de forma negativa a la CV. Por lo tanto el uso de tratamiento antipsicótico está justificado cuando se utiliza de forma coherente.

También presentan un aumento de CV los pacientes sometidos a tecnología de vigilancia frente a aquellos sometidos a sujeciones físicas. Sin embargo los pacientes con alta dependencia para el desarrollo de AVD no presentan diferencias en su CV por el uso o no de sujeciones físicas. (Boekhorst, Depla, Francke, Twisk, Zwijsen & Hertogh, 2013).

Una de las limitaciones en el estudio de CV en demencias es que los pacientes con una demencia moderada o grave tienen muchas dificultades para expresar la percepción de su CV por lo que la observación es una herramienta fundamental en este ámbito. (Porzolt et al., 2004)

Las personas con demencia tienen una autopercepción de su CV mayor que sus familiares o el personal de referencia. (Moyle, Murfield, Griffiths & Venturato, 2011). Esto también se debe a que el estrés acumulado por el cuidado de las personas con demencia influye sobre la percepción de CV que tienen de ellas. (Orgeta et al., 2015).

Tienden a comparar su propia salud y bienestar con otras personas de edad similar. La mayoría describen su bienestar en términos de felicidad, capacidad de disfrutar de la vida y la ausencia de soledad. Por el contrario hacen referencia a preocupaciones por su salud, problemas de memoria o pérdida de conexión con la familia como síntomas de malestar. (Smith et al., 2005).

En cuanto al funcionamiento cognitivo valoran como positiva su capacidad de concentración y su memoria a largo plazo, aunque también afirman no ser tan rápidos como antes y haber perdido alguna capacidad. Las personas con demencia son capaces de minimizar sus dificultades haciendo referencia a su experiencia. (Gillies, 2000).

Generalmente son muy positivos en su percepción de las relaciones sociales e insisten en su mantenimiento de roles familiares y comunitarios. (Smith et al., 2005).

Sin embargo los cuidadores hacen mayor incidencia en los aspectos negativos, en especial a las limitaciones físicas y cognitivas que impiden llevar a cabo las AVD y a menudo describen más emociones negativas que los pacientes (depresión, ansiedad, frustración, cansancio, soledad y sensación de inseguridad). (Smith et al., 2005).

Describen la problemática de las relaciones sociales en sus familiares con demencia como incomodidad ante la posibilidad de que la gente pueda aprovecharse de la persona con demencia. (Smith et al., 2005).

Los predictores que determinan de forma más significativa la CV del paciente, desde la perspectiva del familiar son: la capacidad funcional del paciente para llevar a cabo las AVD, el número de miembros de la familia que paga para mantener las tasas de las residencias, el uso de la alimentación por sonda como parte del cuidado a los residentes. (Crespo et al., 2013).

Actualmente se considera que la información recogida para medir CV, ha de realizarse desde la perspectiva del paciente y del informador externo ya que no se ha determinado que una sea más fiable que la otra. (Ready, Ott & Grace, 2004). Además ambas perspectivas aportan valores adicionales para identificar los determinantes de CV en demencias. (Orgeta et al., 2015).

Por último, teniendo en cuenta la perspectiva del profesional, los factores más significativos que influyen en la CV son: la capacidad funcional para llevar a cabo las AVD, el deterioro cognitivo, la depresión, los ritmos de trabajo del personal y el tipo de administración central (pública vs. privada). (Crespo et al., 2013).

Podemos concluir que las perspectivas de CV de las personas con demencia y las de sus informantes no son congruentes (Crespo et al., 2013).

2.6. El modelo de atención centrado en la persona y su relación con la calidad de vida

El modelo de atención centrado en la persona (ACP), se promociona como el modelo de referencia en el cuidado de personas con demencia en muchos países.

Actividades de la vida diaria y calidad de vida en demencias.

En palabras de Brooker (2004), este modelo ha recibido una gran atención en el cuidado de personas con demencia y a menudo se considera como sinónimo de atención de alta calidad. (p. 2197).

Se describe como un elemento base en la evaluación e intervención de personas con demencia y en sus cuidados que hace que la persona sea el principal foco de atención. (Brooker, 2004, Slater, 2006). Cada persona se trata como un ser único y esto es algo que han de tener en cuenta en las prácticas profesionales, ya que las intervenciones se vuelven flexibles, haciendo que los propios pacientes participen en la decisión a la hora de marcar objetivos y establecer una intervención. (Martínez et al., 2014; Miriorski & Kahn, 2004).

El objetivo de este modelo es crear un ambiente psicosocial positivo donde las relaciones y la comunicación se priorizan y se apoya a la persona, teniendo en cuenta sus opiniones y preferencias, a pesar del deterioro cognitivo. (Kitwood, 1997).

Este modelo está directamente relacionado con la CV y la habilidad para realizar las AVD. Aquellos centros en los que se trabaja de acuerdo a este modelo presentan una mayor CV y mayor desempeño de AVD de sus residentes. (Sjógren, Lindkvist, Sandman, Zingmark & Edvardsson, 2013).

La ACP es un modelo multidimensional que comprende dos dimensiones: la primera está relacionada con la atención personalizada (reconocimiento de la persona como ser singular, autonomía personal, cuidado del individuo, relación social, personalidad) y la segunda se refiere al entorno o cuidados de atención (actividad significativa, espacio físico, variables de la organización, etc.). Es por esto que sería más correcto hablar de modelos de atención centrada en la persona que se desarrollan en este enfoque, y no un único modelo de ACP. (Martínez et al., 2014).

Este modelo centrado en la CV del desarrollo de las AVD se basa en respetar las preferencias de, en este caso, las personas con demencia, estableciendo hábitos y rutinas similares a las que llevaban antes de ingresar en su institución. Siempre debemos apoyar y estimular que las personas desarrollen sus AVD del modo más independiente posible. (Martínez et al., 2014).

2.7. Actividades de la vida diaria

Una de las características prevalente en las demencias es la falta de habilidad para llevar a cabo las AVD. Una de las definiciones de AVD es la descrita por Trombly (1990), quien las define como tareas ocupacionales básicas en las que el individuo se cuida a sí mismo en función de los roles que vaya a desempeñar.

Actividades de la vida diaria y calidad de vida en demencias.

Se pueden clasificar en ABVD, que incluyen actividades de aseo, ducha, ir al baño, continencia, vestido, alimentación, transferencias y deambulaci3n (Katz, Ford, Moskowitz, Jackson, & Jaffe, 1963); AIVD, que incluyen manejo del dinero, desempe1o de las tareas del hogar, gesti3n de la medicaci3n, preparaci3n de la comida, hacer la compra, uso del tel3fono y del transporte. (Lawton & Brody, 1969); y Actividades Avanzadas de la Vida Diaria (AAVD), que serían todas aquellas referentes a las áreas ocupacionales de ocio, juego y esparcimiento, entendiéndolas como actividades que permiten disfrutar y relajarse de forma espontánea y que sirven para la autoexpresi3n y exploraci3n (AOTA, 2016).

En la presente investigaci3n nos centraremos en las ABVD y AIVD, que conforman las mayores problemáticas para las personas con demencia y sus familiares. Aunque los cuidadores generalmente asocian una mayor importancia al mantenimiento de las ABVD que a las AIVD. (Hauber et al., 2014).

Las intervenciones cognitivas están dise1adas para incidir en las dificultades en el desempe1o de AVD que reducen la independencia, por tanto el aumento de la CV es una forma de medir la efectividad de las intervenciones. (Giebel, Sutcliffe & Challis, 2015).

Para las personas con demencia, una experiencia positiva de AVD incluye la percepci3n de que la ayuda que reciben est3 dentro de unos límites autopercebidos como aceptables. Esto se relaciona con el mantenimiento de las apariencias para mantener la independencia y la sensaci3n de normalidad. (Smith et al., 2005).

2.8. Instrumentos específicos para la evaluaci3n de calidad de vida y actividades de la vida diaria en demencias

Las escalas de evaluaci3n de CV en demencias se centran en aspectos relacionados con el afecto o el estado de ánimo, considerándose fundamentales como valores de CV (Ettema et al., 2007).

En la Tabla 7 y Tabla 8 se describen las principales escalas de evaluaci3n de CV y AVD en personas con demencia.

Tabla 7
Escalas de evaluaci3n de Calidad de Vida en demencias

Escala	Autor	Año	Nº items	Qué mide	Dominios	Evaluador
Dementia Care Mapping (DCM)	Kitwood y Bredin	1992	24	Actividades y calidad de vida percibida en personas con demencia	Bienestar, aislamiento social, actividad, conducta	Cuidador

Actividades de la vida diaria y calidad de vida en demencias.

Quality of life Alzheimer's disease questionnaire (QOL-AD)	Logsdon et al	1999	15	Calidad de vida en personas con demencia	Salud física, energía, humor, memoria, familia, relaciones interpersonales, capacidad para participar en actividades en la casa y de ocio, situación económica y vida en general.	Cuidador y persona con demencia
Dementia Quality of Life instrument (DQoL)	Brod et al.	1999	29	Calidad de vida en personas con demencia	Afecto positivo; ausencia de afecto negativo; sentimientos de pertenencia, autoestima y capacidad para disfrutar.	Persona con demencia
Quality of Life in Late Stage Dementia (QUALID)	Weiner et al.	2000	11	Calidad de vida en personas con demencia	Comportamientos observables sobre actividad y estado emocionales	Cuidador
Cornell Brown Scale for Quality of Life in Dementia (CBS)	Ready et al.	2002	13	Calidad de vida en personas con demencia	afecto positivo, afecto negativo, quejas físicas y satisfacción	Persona con demencia y cuidador
Psychological Well-Being in Cognitively Impaired Persons (PWB-CIP)	Burgener & Twigg	2002	11	Calidad de vida relacionada con el bienestar psicológico	Afecto positivo Afecto negativo	Cuidador
Quality of Life for dementia (QOL-D)	Terada et al.	2002	31	Calidad de vida en personas con demencia	Afecto positivo y negativo, capacidad de comunicación, inquietud apego con otros y espontaneidad y actividad.	Cuidador
The Vienna List	Porzolt et al.	2004	40	Bienestar en población con demencia	Comunicación, afecto negativo, contacto corporal, agresión, movilidad.	Cuidador
Dementia Specific Quality of Life Instrument (QUALIDEM)	Ettema et al.	2007	40	Calidad de vida en personas con demencia institucionalizadas	cuidados en las relaciones”, “afecto positive”, “afecto negativo”, “conductas inquietas o tensas”, “imagen positive de si	Cuidador

FUMAT	Verdugo, Gómez & Arias	2009	57	Calidad de vida en personas mayores	mismo”, “relaciones sociales”, “aislamiento social”, “sentirse como en casa” y “algo que hacer” bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos.	Cuidador
The Stark QOL	Hardt	2015	16	Estado de salud relacionado con la calidad de vida.	estado de ánimo, energía, contacto social (componente mental) y funciones físicas	Persona con demencia

Todas las escalas expuestas anteriormente en la Tabla 7 representan formas de valoración de la CV en personas con demencia. Algunas de ellas son específicas de demencias mientras que otras están enfocadas a geriatría en general.

Todas cumplen propiedades psicométricas (Brod et al., 1999; Burgener & Twigg, 2002; Ettema et al., 2007; Hardt, 2015; Kitwood y Bredin, 1992; Logsdon et al., 1999; Porzolt et al., 2004; Ready et al., 2002; Terada et al., 2002; Verdugo et al., 2009; Weiner et al., 2002).

Se mueven entre los 11 y 57 ítems y a excepción de la Stark QoL y la Dementia Quality of Life instrument (DQoL), pueden pasarse a un cuidador. Todas son utilizadas de forma generalizada en países de habla inglesa, mientras que en España la más utilizada es la escala FUMAT, para la evaluación de la CV.

Tabla 8
Escalas de evaluación de Actividades de la Vida Diaria en demencias

Escala	Autor	Año	Nº ítems	Qué mide	Dominios	Evaluador
Bristol Activities of Daily living Scale	Bucks, Ashworth, Wilcock,	1996	20	Desempeño de las actividades de la vida diaria	Actividades básicas de la vida diaria, Actividades	Cuidador

Actividades de la vida diaria y calidad de vida en demencias.

	& Siegfried			en pacientes con demencia	instrumentales de la vida diaria	
The Activities of Daily Living- Minimum Dataset, Short Form (ADL-MDS- SF)	Morris, Fries & Morris,	1999	4	Desempeño de las actividades básicas de la vida diaria en pacientes con demencia	Actividades básicas de la vida diaria	Cuidador
The Functional Independence Measure	Keith et al.	1987	18	Independencia funcional en adultos.	Autocuidado, control de esfínteres, movilidad, locomoción, comunicación y cognición social	Cuidador
Índice de Barthel modificado	Shah et al.	1989	10	Grado de dependencia en la realización de las Actividades Básicas de la Vida Diaria	Baño, vestido, aseo, uso del retrete, deambulación, traslados, uso de escaleras, continencia y alimentación	Cuidador
Índice de Lawton y Brody	Lawton y Brody	1969	8	Grado de dependencia en la realización de las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria	teléfono, compras, preparación de la comida, tareas domésticas, lavar la ropa, transporte, responsabilidad respecto a la	Cuidador

					medicación y capacidad de utilizar el dinero	
Índice de Katz	Katz et al.	1969	6	Grado de dependencia en la realización de las Actividades Básicas de la Vida Diaria	Baño, vestido, uso del retrete, movilidad, continencia y alimentación	Cuidador

Solamente las escalas de Bristol Activities of Daily living y Activities of Daily Living-Minimum Dataset, Short Form (ADL-MDS-SF), son instrumentos específicos de valoración de AVD en demencias. Por otro lado los índices de Barthel, Katz y Lawton son los más utilizados para la valoración de AVD en población con algún tipo de limitación cognitiva, física o sensorial.

III. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

Objetivo general:

- Analizar las relaciones entre calidad de vida y las actividades de la vida diaria de las personas con demencia.

Objetivos específicos:

- Analizar la calidad de vida global de las personas con demencia.
- Analizar la calidad de vida por dimensiones en personas con demencia.
- Analizar el grado de dependencia en el desempeño de las actividades básicas de la vida diaria.
- Analizar el grado de dependencia en el desempeño de las actividades instrumentales de la vida diaria.
- Analizar las relaciones entre calidad de vida y las actividades de la vida diaria básicas e instrumentales.
- Analizar el efecto de las variables sociodemográficas sobre la calidad de vida

Actividades de la vida diaria y calidad de vida en demencias.

- Analizar el efecto de las variables sociodemográficas sobre las actividades de la vida diaria básicas e instrumentales.

Hipótesis:

- Las personas con demencia presentan niveles bajos de calidad de vida.
- Las personas con demencia obtendrán peores resultados en autodeterminación y relaciones interpersonales.
- Las personas con demencia presentan mayor dificultad en el desempeño de actividades instrumentales de la vida diaria que en el desempeño de actividades básicas de la vida diaria.
- Cuanto mayor es el nivel de dependencia en el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria menor es el nivel de calidad de vida.
- Cuanto mayor es el nivel de dependencia en el desarrollo de las actividades instrumentales de la vida diaria menor es el nivel de calidad de vida.

IV. MÉTODO

4.1. Participantes

La selección de participantes se llevó a cabo a través de la asociación de familiares con enfermos de Alzheimer (AFA) de Salamanca. La muestra estaba formada por 20 participantes, de los cuales 2 se dieron de baja del centro, por lo que no se pudo completar el proceso de recogida de datos en estos casos. Finalmente contamos con una muestra de 18 pacientes que han consentido su colaboración con el proyecto. Todas estas personas cumplen los criterios de inclusión (diagnóstico de demencia, mayores de 65 años). Todos los datos del estudio se han recogido entre los meses de febrero y mayo.

Se trata de una muestra de personas mayores entre 66 y 92 años, siendo la media de edad 79 años, la mayoría son mujeres (83 %) y la mitad están casados. La mayoría viven en su propia casa (78%) y en el entorno urbano (94%)

La mayoría tienen una demencia asociada a la EA (78%) y acuden a AFA Salamanca con el régimen de programa de promoción de autonomía personal (83%). El total de la muestra presenta algún tipo de patología asociada, siendo la más frecuente la hipertensión arterial (72%), y también presentan varios tipos de fármacos asociados a la demencia y a esas enfermedades asociadas, siendo los más frecuentes:

anticolinesterásicos (89%), antidepresivos (50%), agentes modificadores de lípidos (44%) y ansiolíticos (39%) (Ver Tabla 9).

Tabla 9.
Características sociodemográficas y relacionadas con la enfermedad de la muestra.

	N=18	%
Género		
Varón	3	16.7
Mujer	15	83.3
Edad	(M= 79,11, DT= 6.43)(Max=92, min= 66)	
Estado civil		
Casado	9	50.0
Divorciado	1	5.6
Viudo	6	33.3
Soltero	2	11.1
Lugar de residencia		
Rural	1	5.6
urbano	17	94.4
Tipo de residencia		
Vivienda familiar	3	16.7
Vivienda propia	14	77.8
Cambia a menudo	1	5.6
Tipo de demencia		
Alzheimer	14	77.8
Vascular	1	5.6
Mixta	3	16.7
Recursos AFA		
Centro de día	3	16.7
PAP	15	83.3
Dependencia		
NO	12	66.7
SI	1	5.6
En trámite	5	27.8
Enfermedades asociadas		
Dislipemia	7	38.9
Patología gástrica	6	33.3
Fracturas	3	16.7
Artritis	2	11.1
Artrosis	7	38.9
Hipertensión arterial	13	72.2
Diabetes	2	11.1
Trastorno neurótico depresivo	3	16.7
Trastorno de la personalidad	1	5.6
Patología pulmonar	4	22.2
Patología cardíaca	7	38.9
Enfermedad de Parkinson	1	5.6
Fármacos		
Antiinfeccioso	1	5.6
Ansiolítico	7	38.9
Inhibidores de la ECA	2	11.1
Antidepresivo	9	50

Actividades de la vida diaria y calidad de vida en demencias.

Diurético	2	11.1
Hipoglucemiante	2	11.1
Antagonistas de la angiotensina	6	33.3
Agentes dopaminérgicos	1	5.6
Hipnótico sedante	1	5.6
Antiinflamatorio	1	5.6
Antipsicótico	2	11.1
Antagonista del calcio	3	16.7
Agentes modificadores de lípidos	8	44.4
Antihistamínico	1	5.6
Antitrombótico	5	27.8
Contra el reflujo gastroesofágico	6	33.3
Anticolinesterásico	16	88.9

4.2. Variables e instrumentos de medida

Los instrumentos utilizados para la evaluación de las variables fueron los siguientes (Ver Tabla 10):

Tabla 10.

Variables e instrumentos de medida utilizados en el estudio

Variables	Instrumentos de medida
Datos sociodemográficos	Cuestionario sociodemográfico
Calidad de Vida	Escala FUMAT (Verdugo, Gómez & Arias, 2009).
Actividades de la Vida Diaria	Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) Índice de Barthel (Baztán, González & Del Ser, 1994) Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) Índice de Lawton y Brody Lawton & Brody, 1969)

- **Datos sociodemográficos: Cuestionario sociodemográfico**

En la Tabla 10 que reflejado el cuestionario sociodemográfico que se elaboró para llevar a cabo la recogida de datos de las personas con demencia (Ver Anexo 1). En él se recogieron datos sobre género, edad, lugar de residencia, situación actual de residencia, estado civil, tipo de demencia, fármacos que toman actualmente, recursos contratados dentro de AFA, reconocimiento de la situación de dependencia y enfermedades asociadas.

- **Calidad de Vida: Escala FUMAT**

Esta escala evalúa la CV en personas mayores, está compuesta por 57 ítems con un formato de respuesta tipo Likert de 4 opciones que se puntúan de 1 a 4, siendo 1: nunca o casi nunca, 2: algunas veces, 3: frecuentemente y 4: siempre o casi siempre (Ver Anexo 1). El tiempo de cumplimentación de la escala oscila entre los 10 y 15 minutos.

Cada una de las 8 dimensiones que conforman la escala FUMAT tiene unas características concretas. La dimensión de Bienestar Emocional hace referencia a la percepción subjetiva de sí mismo a nivel personal y vital, también está relacionada con sentimientos de seguridad, motivación, humor y ausencia de estrés. La dimensión de Relaciones Interpersonales se refiere a la calidad y sensación percibida por la persona, de aquellas relaciones que establece con su entorno más cercano. El Bienestar Material comprende todos los aspectos de capacidad económica. El Desarrollo Personal abarca las capacidades de la persona a la hora de desarrollar habilidades sociales y competencias personales, así como tener una conducta adaptativa. La dimensión de Bienestar Físico hace referencia a la atención sanitaria. La Autodeterminación es la capacidad de la persona para elegir su propio proyecto de vida. La Inclusión Social valora la capacidad de adaptación del individuo en la sociedad, y por último la defensa de los Derechos que contempla el respeto recibido en su entorno, la accesibilidad del medio que le rodea y poder disfrutar de todos los derechos propios de los ciudadanos.

En la Tabla 11 podemos ver los indicadores que hacen referencia a cada dimensión de la escala y los ítems que se incluyen en cada una de ellas. La puntuación en cada dimensión se obtuvo a partir del sumatorio de las puntuaciones en los ítems que la conforma. La puntuación total de CV se obtiene a través del sumatorio de todas las dimensiones, y a partir de esta puntuación se calcula un índice global de CV.

Tabla 11.
Dimensiones e indicadores de calidad de vida

Dimensiones	Indicadores.	Ítems
1. Bienestar emocional	Satisfacción, autoconcepto, ausencia de estrés.	1,-2,-3,4,-5,6,-7,-8
2. Relaciones interpersonales	Interacciones, relaciones, apoyos.	9,10,11,-12,-13,14
3. Bienestar Material	Estatus económico, empleo, vivienda.	15,-16,-17,-18,-19,20,-21

Actividades de la vida diaria y calidad de vida en demencias.

4. Desarrollo personal	Educación, competencia personal, desempeño.	22,-23,-24,25,-26,-27,28,29
5. Bienestar físico	Salud general, servicios Sanitarios, sueño	-30,-31,-32,33,-34,-35
6. Autodeterminación	Autonomía, metas/valores personales, elecciones.	36,-37,-38,39,40,41,42,-43
7. Inclusión social	Integración y participación en la comunidad, roles comunitarios, apoyos sociales.	44, -45,-46,47,-48,49,50,-51,-52
8. Derechos	Derechos humanos, derechos legales.	53,54,-55,56,57

Nota. Fuente: Verdugo, Gómez & Arias (2009). Evaluación de la calidad de vida en personas mayores. *La escala Fumat. Salamanca: Instituto Universitario de Integración en la Comunidad.*

La escala presenta buenos índices de fiabilidad que oscilan entre ,604 y ,962 en el método de correlación entre dos mitades de Spearman-Brown y entre ,308 y ,928 en el coeficiente alfa de Cronbach (Ver Tabla 12)

Tabla 12.
Análisis de la consistencia interna de la escala FUMAT

Escala FUMAT	Alpha Cronbach	Dos mitades
Bienestar emocional	,860	,901
Relaciones interpersonales	,807	,753
Bienestar material	,604	,308
Desarrollo personal	,918	,928
Bienestar físico	,732	,781
Autodeterminación	,908	,845
Inclusión social	,862	,870
Derechos	,774	,823
Escala total	,962	,894

Nota. Fuente: Verdugo., Gómez & Arias. (2009). Evaluación de la calidad de vida en personas mayores. *La escala Fumat. Salamanca: Instituto Universitario de Integración en la Comunidad.*

- **Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD): Índice de Barthel**

Esta escala está dirigida a la valoración de las ABVD en personas mayores. En España se utiliza la versión de Baztán et al. (1994) (Anexo 1). Su aplicación se realiza a través de la observación directa por parte del profesional o a modo de cuestionario que se aplica a la propia persona o a un familiar si ésta no es capaz de realizarlo.

Actividades de la vida diaria y calidad de vida en demencias.

Evalúa 10 ABVD: comer, lavarse, vestirse, arreglarse, deposición, micción, ir al baño, traslados cama-sillón, deambulación y subir y bajar escaleras. Cada ítem se valora en una escala de mínimo 0-5 y máximo 0-15, en función del grado de importancia otorgado por los autores. La puntuación total es de 100 puntos, que se corresponde con el grado más alto de independencia, o de 90 puntos si la persona es usuaria de silla de ruedas. Se clasifica a los sujetos en función de su grado de dependencia, siguiendo los siguientes criterios (Ver Tabla 13):

Tabla 13.

Criterios de clasificación del grado de dependencia según su puntuación en el Índice de Barthel.

Grado de dependencia	Puntuación
Dependencia total	0-15 puntos
Dependencia grave	20-35 puntos
Dependencia moderada	40-55 puntos
Dependencia leve	60-95 puntos
Independiente	100 puntos

La fiabilidad del Índice de Barthel presenta unos niveles muy altos, siendo su correlación kappa ponderado de 0.98 intraobservador y superiores a 0.98 interobservador.

- **Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD): *Índice de Lawton y Brody.***

Este test permite analizar el desempeño de la persona a la hora de llevar a cabo las AIVD. Al igual que el Índice de Barthel se puede cumplimentar a partir de la observación del paciente o de una entrevista con el paciente o familiar.

Se compone de 8 ítems que valoran la capacidad para usar el teléfono, ir a la compra, preparar de la comida, cuidar de la casa, lavar la ropa, usar los medios de transporte, responsabilidad sobre la medicación, y capacidad de utilizar el dinero. La valoración de cada ítem se realiza en una escala de 0-8. (Ver Anexo 1). Los hombres obtienen una puntuación máxima de 5 puntos, ya que de forma tradicional no han realizado nunca ciertas AIVD, por lo tanto no son valorables. Finalmente, se clasifica a los sujetos en función de los siguientes criterios (Ver Tabla 14):

Tabla 14

Criterios de clasificación del grado de dependencia según su puntuación en el Índice de Lawton y Brody.

Grado de dependencia	Puntuación
Dependencia total	0-1 punto.
Dependencia severa	2-3 puntos
Dependencia moderada	4-5 puntos
Dependencia ligera	6-7 puntos
Independiente	8 puntos

Las propiedades psicométricas de la escala determinan que tiene altos niveles de fiabilidad, con un coeficiente de Pearson interobservador del 0,8.

4.3. Procedimiento

En primer lugar se contactó con el centro a través de una carta (Anexo 2) en la que se describen los objetivos del estudio, el marco en el que se centra y el tipo de usuarios que se valorarían.

Una vez aceptada la propuesta por parte de la presidencia y dirección de AFA Salamanca, se tuvo acceso a una muestra de participantes que desarrollan su actividad dentro del programa de promoción de autonomía personal (PAP) que lleva a cabo la asociación. Estos usuarios presentan una demencia de tipo leve y sus limitaciones en el desarrollo de AVD están comenzando a deteriorarse.

Para completar el proceso y acceder a los datos de los participantes y desarrollo de los test, se contactó con los familiares de los usuarios del PAP a los que se presentó una carta de consentimiento informado en la que de nuevo se explica el procedimiento a seguir en el proyecto de investigación y se pidió su autorización para proceder a la recogida de datos. (Ver Anexo 2)

Una vez recogidos los consentimientos, se procede a la recolección de datos de los test de Barthel y Lawton y Brody, previamente administrados por los trabajadores de AFA Salamanca. Por último, se aplica la escala Fumat a los profesionales, estableciendo la condición de que tienen que conocer a los participantes del estudio desde al menos 3 meses previos a la valoración.

4.4. Análisis estadísticos

En primer lugar para analizar la CV de los participantes, se compararon las puntuaciones obtenidas por la muestra con el baremo de referencia, utilizando un contraste t para una muestra, considerando como valor de parámetro la media del baremo. A continuación y con el fin de analizar las diferencias entre las diferentes dimensiones de CV, se realizó un ANOVA de medidas repetidas.

En segundo lugar para analizar la incidencia de los factores sociodemográficos sobre la CV, se consideraron únicamente aquellos factores en los que se tenía una suficiente representación para realizar los análisis. No se han podido realizar comparaciones en las variables género, debido a que contábamos sólo con tres varones; enfermedades asociadas, debido a que todos presentaban algún tipo de enfermedad asociada; vivienda actual, debido a que sólo una persona vivía actualmente en un entorno rural; tipo de vivienda, ya que la mayoría (14) viven en su propia casa, y en cuanto a los recursos en AFA casi todos participan solamente en el programa de promoción de autonomía personal (15); tampoco el tipo de demencia que presentan porque en la mayoría de los casos (14) es debida a la EA, y por último el grado de dependencia ya que en la mayoría de los casos aún no la tienen solicitada o está en trámite (17). Sí se han podido comprobar la incidencia de las variables estado civil y fármacos. En el caso de la variable estado civil, se ha considerado por un lado a los participantes casados y por otro al resto, incluyendo viudos, solteros y divorciados. En la variable toma de fármacos se han establecido 2 grupos, por un lado, aquellos participantes que toman muchos fármacos (4 o más), y por otro lado, aquellos que toman pocos fármacos (3 o menos). Se realizaron dos ANOVAS mixtos, considerando en ambos casos como factor de medidas repetidas las dimensiones de CV y como factor inter, en un caso, el estado civil (casado vs no casado) e ingesta de fármacos (pocos vs muchos).

Para analizar el grado de dependencia en el desempeño de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, se realizó un análisis descriptivo calculando el porcentaje de sujetos que se podían considerar en cada una de las categorías de dependencia.

Con el fin de analizar la incidencia del nivel de dependencia en las AIVD y ABVD sobre la CV, en primer lugar dividimos a los participantes en dos grupos en función de sus puntuaciones en la prueba de Barthel y el Índice de Lawton y Brody. Considerando aquellos participantes con una puntuación inferior al percentil 50 como nivel bajo de

independencia y los que tenían puntuaciones superiores como nivel alto de independencia.

Posteriormente, realizamos dos ANOVAS mixtos considerando como factor de medidas repetidas las dimensiones de CV y como factor inter, en un caso, el nivel en el Barthel y en el otro nivel en el Índice de Lawton y Brody.

Los análisis se realizaron con el paquete estadístico SPSS versión 23, se tomó un nivel de significación $\alpha=.05$ para considerar diferencias significativas. En todos los casos, una vez realizado el ANOVA se llevaron a cabo las correspondientes pruebas a posteriori con el ajuste de Bonferroni con el fin de comprobar entre qué dimensiones había diferencias significativas o interpretar las interacciones, y se incluyó el tamaño del efecto en los casos en que las diferencias fueron significativas.

V. RESULTADOS.

5.1. Análisis de la calidad de vida

En primer lugar, se compara la puntuación media en CV de la muestra ($M=91.61$, $DT=5.23$) con el baremo y se encontraron diferencias significativas [$t(17)=8,38$, $p<.001$]. Nuestros participantes tienen una media significativamente inferior en CV a la del baremo ($M=100$).

A continuación, se comparan las diferentes dimensiones de CV y se encuentran diferencias significativas [$F(7,119)=8.06$, $p<.001$, $\eta^2=.32$]. Una vez realizadas las pruebas a posteriori las diferencias significativas se encontraron entre las dimensiones de relaciones interpersonales con bienestar material ($p<.001$), inclusión social ($p<.001$) y con derechos ($p=.003$); la dimensión de bienestar material con bienestar emocional ($p=.001$) y con desarrollo personal ($p=.017$), y por último, la dimensión de autodeterminación con derechos ($p=.024$) (Ver Tabla 15).

Tabla 15.
Estadísticos descriptivos en Calidad de vida para las diferentes dimensiones

Dimensiones	M	DT	n
Bienestar emocional	8.64	0.77	18
Relaciones interpersonales	8.01	0.71	18
Bienestar material	9.72	0.49	18
Desarrollo personal	8.38	1.39	18

Actividades de la vida diaria y calidad de vida en demencias.

Bienestar físico	8.79	1.20	18
Autodeterminación	7.86	2.33	18
Inclusión social	9.15	1.02	18
Derechos	9.44	0.85	18

Como se puede observar en la Figura 1, las puntuaciones en la dimensión de Relaciones Interpersonales y Autodeterminación son inferiores a las puntuaciones en el resto de dimensiones. Por el contrario, las puntuaciones en Bienestar Material son superiores.

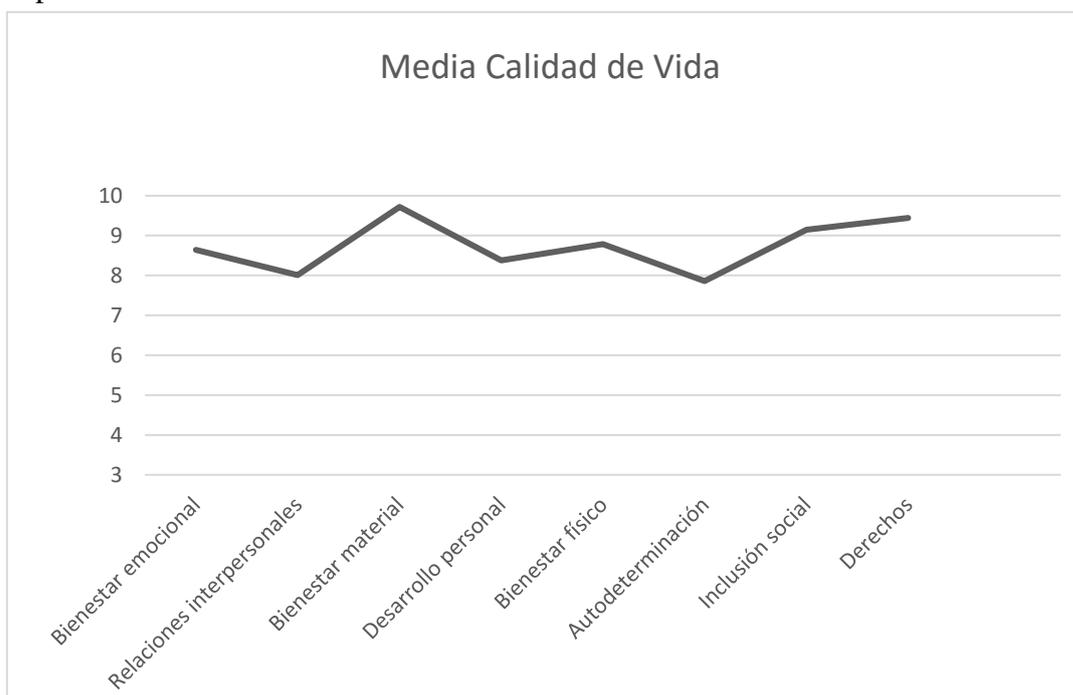


Figura 1. Medias en Calidad de Vida en las diferentes dimensiones.

A continuación, se analiza la incidencia sobre la CV de la variable estado civil, y no se encuentran efectos significativos [$F(1,16)=1,36$, $p=.260$], y la interacción dimensiones por estado civil tampoco fue significativa [$F(7,112)=0,51$, $p=.823$]. Se puede decir que no hay diferencias significativas en CV en función de si los participantes están casados o no (Ver Tabla 16).

Tabla 16
Calidad de Vida en función del estado civil

Dimensiones	Estado civil			
	Casado		Otros	
	M	DT	M	DT
Bienestar emocional	8,576	,751	8,715	,833
Relaciones interpersonales	8,254	,548	7,777	,813
Bienestar material	9,762	,472	9,682	,548

Actividades de la vida diaria y calidad de vida en demencias.

Desarrollo personal	8,645	1,371	8,125	1,441
Bienestar físico	9,213	,704	8,379	1,479
Autodeterminación	8,263	1,676	7,465	2,904
Inclusión social	9,444	,666	8,858	1,261
Derechos	9,611	,650	9,277	1,034

Posteriormente, se analiza la incidencia sobre la CV de la variable fármacos, y no se encuentran efectos significativos [$F(1,16)=0,015$, $p=.903$], y la interacción dimensiones por fármacos tampoco fue significativa [$F(7,112)=0,61$, $p=.751$]. Se puede decir que no hay diferencias significativas en CV en función de si los participantes toman más o menos fármacos (Ver Tabla 17).

Tabla 17.
Calidad de Vida en función de la ingesta de fármacos

Dimensiones	Fármacos			
	Pocos		Muchos	
	M	DT	M	DT
Bienestar emocional	8,718	0,785	8,554	0,800
Relaciones interpersonales	7,928	0,838	8,125	0,564
Bienestar material	9,678	0,517	9,776	0,502
Desarrollo personal	8,531	1,342	8,203	1,519
Bienestar físico	8,750	1,317	8,854	1,130
Autodeterminación	7,969	2,505	7,073	2,270
Inclusión social	8,777	1,194	9,68	0,513
Derechos	9,500	0,745	9,375	1,026

5.2. Análisis de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

- Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)

Una vez clasificados los sujetos en función de sus puntuaciones se obtuvieron los porcentajes de casos en las diferentes ABVD en las categorías de dependencia (Ver Tabla 18).

Tabla 18.
Frecuencias y porcentajes de participantes en cada una de las categorías de dependencia en la Actividades Básicas de la Vida Diaria.

INDICE DE BARTHEL			
ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA	DEPENDENCIA	N	%
ALIMENTACION	INDEPENDIENTE	15	83,3
	NECESITA AYUDA	3	16,7
	DEPENDIENTE	0	0

Actividades de la vida diaria y calidad de vida en demencias.

BAÑO	INDEPENDIENTE	11	61,1
	DEPENDIENTE	7	38,9
VESTIDO	INDEPENDIENTE	9	50
	NECESITA AYUDA	9	50
ASEO	DEPENDIENTE	0	0
	INDEPENDIENTE	14	77,8
DEPOSICION	DEPENDIENTE	4	22,2
	CONTINENTE	17	94,4
MICCION	CONTINENTE	1	5,6
	OCASIONAL INCONTINENTE	0	0
IR AL BAÑO	CONTINENTE	13	72,2
	CONTINENTE	4	22,2
TRASLADOS	OCASIONAL INCONTINENTE	1	5,6
	INDEPENDIENTE	17	94,4
DEAMBULACION	NECESITA AYUDA	1	5,6
	DEPENDIENTE	0	0
SUBIR / BAJAR ESCALERAS	INDEPENDIENTE	16	88,9
	MINIMA AYUDA	2	11,1
DEAMBULACION	GRAN AYUDA	0	0
	DEPENDIENTE	0	0
SUBIR / BAJAR ESCALERAS	INDEPENDIENTE	14	77,8
	NECESITA AYUDA	4	22,2
SUBIR / BAJAR ESCALERAS	INDEPENDIENTE	0	0
	EN SILLA	0	0
SUBIR / BAJAR ESCALERAS	DEPENDIENTE	0	0
	INDEPENDIENTE	13	72,2
SUBIR / BAJAR ESCALERAS	NECESITA AYUDA	5	27,8
	DEPENDIENTE	0	0

Como se puede observar en la Figura 2, en todas las ABVD tenemos un porcentaje superior al 50% de casos que son independientes. Se puede observar que los porcentajes más bajos son los referentes al vestido (50%) y el baño (61,1%), y los porcentajes más altos corresponden al control de la deposición (94,4%) y la autonomía a la hora de utilizar el retrete (94,4%).

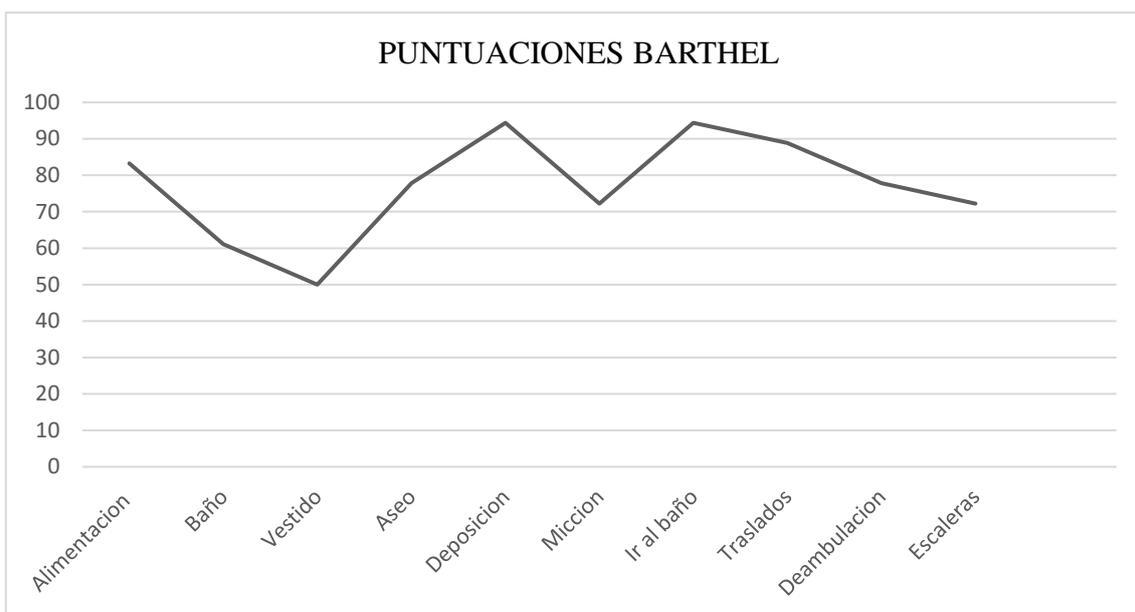


Figura 2. Porcentaje de participantes independientes en cada una de las Actividades Básicas de la Vida Diaria.

- Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (ABVD)

Una vez clasificados los sujetos en cada una de las actividades, se obtuvo la frecuencia y el porcentaje en cada una de las categorías de dependencia (Ver Tabla 19)

Tabla 19

Frecuencias y porcentajes de participantes en cada una de las categorías de dependencia en las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria.

ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA	DEPENDENCIA	N	%
USO DEL TELEFONO	POR INICIATIVA	6	33.3
	MARCA	5	27.8
	NUMEROS CONOCIDOS		
COMPRAS	SOLO CONTESTA	3	16.7
	NO UTILIZA	4	22.2
	INDEPENDIENTE	4	22.2
	COMPRAS PEQUEÑAS	4	22.2
PREPARACION COMIDA	NECESITA COMPAÑIA	6	33.3
	INCAPAZ	4	22.2
	INDEPENDIENTE	6	33.3
	PREPARA CON INGREDIENTES CALIENTA Y SIRVE	3	16.7
		1	5,6
TAREAS HOGAR	DEPENDIENTE	8	44,4
	INDEPENDIENTE	6	33.3
	TAREAS LIGERAS	5	27.8
	TAREAS LIGERAS NO ACEPTABLES	1	5.6
	NECESITA AYUDA	0	0
	NO PARTICIPA	6	33.3
LAVAR ROPA	INDEPENDIENTE	7	38.9

Actividades de la vida diaria y calidad de vida en demencias.

	ROPA PEQUEÑA	2	11.1
USO TRANSPORTE	DEPENDIENTE	9	50
	INDEPENDIENTE	6	33.3
	NO USA PERO CAPAZ	1	5.6
	CON COMPAÑÍA	4	22.2
USO MEDICACION	CON AYUDA	3	16.7
	NO VIAJA	4	22.2
	RESPONSABLE	5	27.8
	CON AYUDA	6	33.3
MANEJO ECONOMICO	DEPENDIENTE	7	38.9
	INDEPENDIENTE	4	22.2
	NECESITA AYUDA	2	11.1
	INCAPAZ	12	66.7

En la Figura 3 se puede observar que en todas las ABVD diaria se tiene un porcentaje inferior al 50% de casos que son independientes. El porcentaje más alto se corresponde con el ítem de lavado de la ropa (38,9%) seguido del uso del teléfono, preparación de comidas, tareas del hogar y uso de medios de transporte (33.3%) y los más bajos se corresponden con el manejo de la economía (22,2%) y la realización de compras (22,2%).

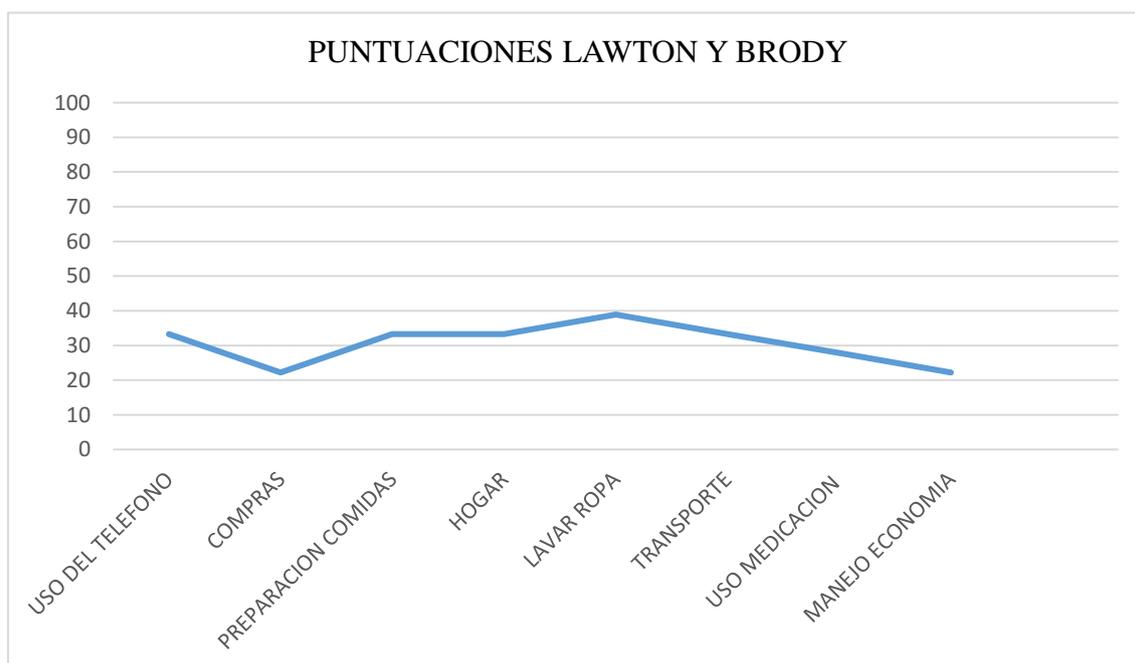


Figura 3. Porcentaje de participantes independientes en cada una de las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria.

Como podemos observar en la Figura 2 y Figura 3, los porcentajes de participantes independientes en las ABVD son mucho más altos que los porcentajes en las AIVD.

Estos datos informan de que las personas con demencia comienzan a tener dificultades en primer lugar en las AIVD, las cuales les resultan muchos más difíciles de ejecutar en estadios iniciales en comparación con las ABVD, que presentan mucha más independencia.

5.3. Incidencia del grado de dependencia en las Actividades básicas e instrumentales de la vida diaria sobre la Calidad de Vida.

-Actividades Básicas de la Vida Diaria: Índice Barthel.

Cuando se consideran los dos niveles en la prueba de Barthel (alto vs bajo) se encuentran efectos significativos sobre la CV [$F(1,16)=7.72$, $p=.013$, $\eta^2=.325$], también la interacción nivel en el Barthel por dimensiones fue significativa [$F(7,112)=4.16$, $p<0.01$, $\eta^2=.206$]. Realizadas las pruebas a posteriori se encuentran diferencias significativas entre los participantes de nivel alto y bajo en el Barthel en las dimensiones de desarrollo personal [$F(1,16)=8.04$, $p=.012$, $\eta^2=.334$] y autodeterminación [$F(1,16)=8.49$, $p=.01$, $\eta^2=.347$] (Ver Tabla 20).

Tabla 20.

Estadísticos descriptivos en las dimensiones de Calidad de Vida en función del Nivel en el Índice de Barthel.

Dimensiones	nivel bajo		Nivel alto	
	M	DT	M	DT
Bienestar emocional	8,576	,767	8,576	,767
Relaciones interpersonales	7,936	,813	8,095	,643
Bienestar material	9,642	,535	9,801	,476
Desarrollo personal	7,604	1,371	9,166	,924
Bienestar físico	8,333	1,412	9,259	,773
Autodeterminación	6,527	2,550	9,201	1,037
Inclusión social	8,576	1,219	9,611	,5431
Derechos	9,062	1,147	9,750	,353

Como se puede ver en la Figura 4, aquellos participantes que presentan un nivel bajo en el Índice Barthel, es decir, que son más dependientes presentan peores niveles de CV en las dimensiones de desarrollo personal y autodeterminación.

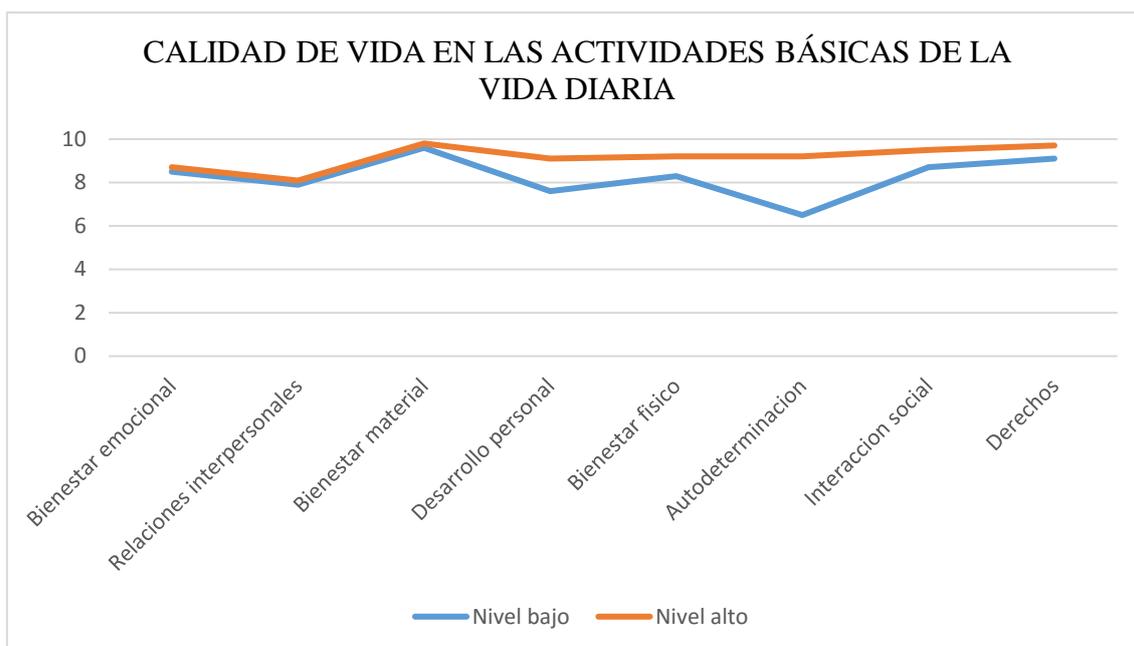


Figura 4. Medias en calidad de vida en función del nivel en actividades básicas de la vida diaria

-Actividades Instrumentales de la Vida Diaria: Índice Lawton y Brody.

En lo referente a las AIVD, se encuentran una vez más efectos significativos del nivel en el Índice Lawton y Brody sobre la CV: [F (1,16)= 8.57, p=.01, $\eta^2= .349$], y también la interacción nivel en el Índice de Lawton y Brody por dimensiones fue significativa [F (7,112)=2.93, p=.007, $\eta^2=.155$]. Posteriormente, y una vez realizados los contrastes se encontraron diferencias significativas entre los participantes de nivel alto y bajo en las dimensiones de Desarrollo Personal [F (1,16)= 5.58, p= .031, $\eta^2=.259$], Autodeterminación [F (1,16)= 6.71, p=.020, $\eta^2= .296$] e Interacción Social [F (1,16)= 5.83, p=.028, $\eta^2= .267$] (Ver Tabla 21).

Tabla 21.

Estadísticos descriptivos en las dimensiones de Calidad de Vida en función del Nivel en el Índice de Lawton y Brody.

Dimensiones	nivel bajo		Nivel alto	
	M	DT	M	DT
Bienestar emocional	8,437	,688	8,812	,830
Relaciones interpersonales	7,857	,832	8,142	,625
Bienestar material	9,642	,572	9,785	,4517
Desarrollo personal	7,617	1,465	9,000	1,018
Bienestar físico	8,229	1,473	9,250	,7296
Autodeterminación	6,484	2,723	8,969	1,224
Inclusión social	8,576	1,219	9,611	,5430
Derechos	9,062	1,147	9,444	,855

Los participantes que presentan un nivel bajo en el Índice de Lawton y Brody, y por tanto tienen un mayor grado de dependencia, presentan peores niveles de CV en las dimensiones de autodeterminación y desarrollo personal. (Ver Figura 5).

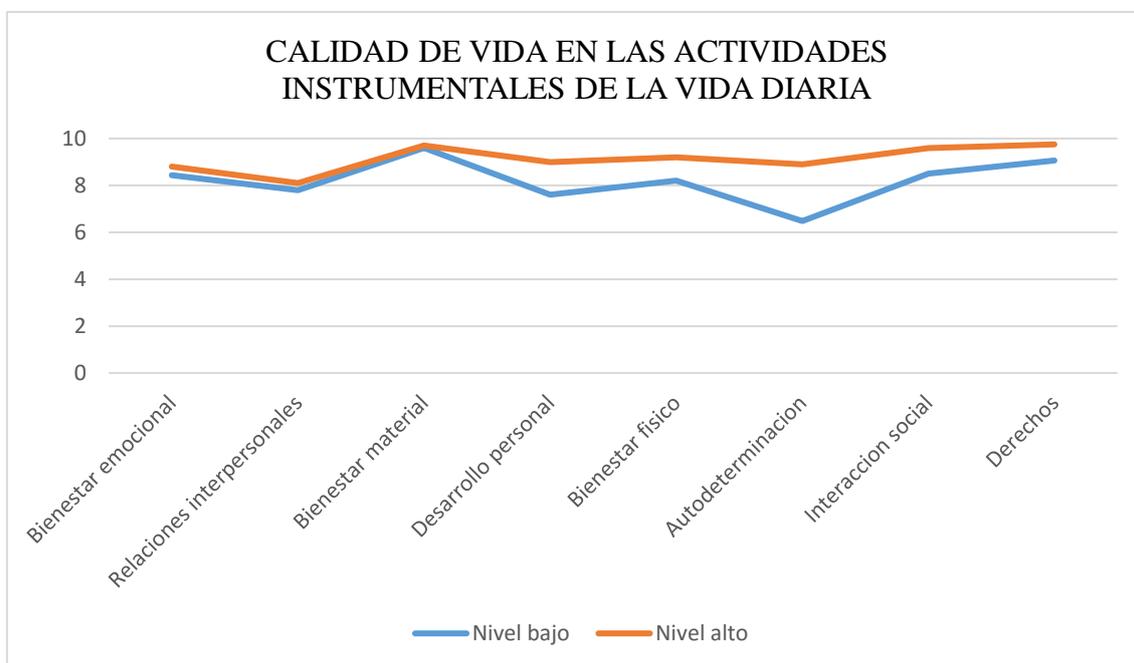


Figura 5. Medias en calidad de vida en función del nivel en actividades instrumentales de la vida diaria

VI. DISCUSIÓN

El propósito del actual estudio ha sido analizar la incidencia de las ABVD y AIVD sobre la CV en personas demencia, tanto a nivel global como por dimensiones de CV utilizando el marco de referencia de Schalock y Verdugo (2002). Además se ha pretendido estudiar posibles factores sociodemográficos que influyan sobre la CV.

A continuación se describen los resultados más relevantes obtenidos tras el análisis de contenido realizado previamente al estudio:

La CV de las personas con demencia está afectada de forma notable, además cuanto mayor es el grado de deterioro de la persona con demencia peor CV presenta. (Smit et al., 2016; Mjørud et al., 2014; Sousa et al., 2013; Terada et al., 2013; Beer et al., 2010; Sloane et al., 2005).

Estos resultados se corresponden con los que se obtienen en esta investigación, siendo más baja la CV en personas con demencia comparada con la media del baremo, aunque al tratarse de personas con un deterioro leve no es una diferencia demasiado notable.

En cuanto a las dimensiones de CV, las más señaladas por diferentes autores son las relaciones interpersonales, y el bienestar con las que se han encontrado diferencias significativas en CV siendo las dimensiones más afectadas en personas con demencia (Smith et al., 2005; Woods et al., 2014.). En el presente estudio las relaciones interpersonales también presentan niveles más bajos frente al resto de dimensiones, sin embargo en lo referente al bienestar presentan niveles medios o incluso más altos (bienestar material) que el resto de dimensiones.

También se pueden señalar las diferencias significativas entre las dimensiones de bienestar y relaciones interpersonales después de establecer una comparación entre dimensiones, por lo que se puede concluir que con este estudio se confirma que son dos de las dimensiones de CV que más influyen en las personas con demencia.

No existen resultados bibliográficos actuales referentes a las dimensiones de autodeterminación, derechos, desarrollo personal o inclusión social, en relación con las personas con demencia, lo cual abre una nueva vía de investigación. En este estudio la dimensión que puntúa más bajo en CV es la de autodeterminación y por tanto una de las que más afecta en el deterioro de la CV.

En cuanto a la ingesta de fármacos no obtuvimos diferencias significativas entre aquellos participantes que tomaban muchos fármacos frente a los que tomaban pocos, al igual que lo hicieron Vakhteeva et al. (2012), señalando que los antipsicóticos no influyen sobre la CV de las personas con demencia. Sin embargo Wetzels et al. (2010) señalaron diferencias significativas en CV en función de la ingesta o no de psicotrónicos.

A pesar de obtener los resultados más bajos en el manejo de la economía y las compras como AIVD en esta investigación, existen estudios que afirman que este aspecto no es relevante a la hora de mantener la CV de las personas con demencia. Por otro lado también afirman que uno de los aspectos más importantes que influyen directamente sobre la CV es la independencia a la hora de utilizar el retrete, y en nuestra muestra presenta uno de los porcentajes más altos dentro de las ABVD (Hauber et al., 2014).

Actividades de la vida diaria y calidad de vida en demencias.

Varios estudios confirman, al igual que en esta investigación, que las primeras AVD que se ven afectadas son las instrumentales siguiendo posteriormente con las básicas (Barca et al., 2011; Crespo et al., 2012; Edvardsson et al., 2014).

En la bibliografía recogida previamente se afirma, al igual que en este estudio la relación entre la independencia en las AVD y los niveles de CV, siendo mayores a mayor independencia (Barca et al., 2011; Beerens et al., 2015; Crespo et al., 2012; Edvardsson et al., 2014; Orgeta et al., 2015; Smit et al., 2016). Algunos autores como Andersen et al. (2004) señalan la independencia en el desempeño de AVD como el principal factor que afecta sobre la CV de las personas con demencia.

Por otro lado, en lo referente al presente estudio, aquellas personas que presentan niveles bajos en el desempeño de AIVD y ABVD y tienen, por lo tanto, mayor grado de dependencia, presentan peores niveles de CV en autodeterminación y desarrollo personal. Lo cual pone de manifiesto la relación entre estas dos dimensiones de CV y las AVD. Todos estos resultados coinciden en este estudio que pone de manifiesto el aumento de CV en los niveles altos de independencia tanto en AIVD como en ABVD.

VII. CONCLUSIONES Y PROSPECTIVA

Los estudios llevados a cabo en la última década muestran un gran interés por la CV en personas con demencia, y comienza a tener mucha relevancia su relación con el desempeño en las AVD.

Es importante tener en cuenta a la hora de realizar sesiones de estimulación con las personas con demencia, el entrenamiento en AVD, ya que como hemos podido demostrar su independencia en este área influye directamente sobre la CV del paciente y mantiene un grado de ocupación alto (Giebel & Challis, 2014).

Las familias de las personas con demencia se preocupan e involucran mucho más cuando comienza el deterioro en las ABVD ya que consideran más importante el mantenimiento de estas últimas (Hauber et al., 2014).

Por ello que este estudio pone en manifiesto la importancia de mantener las AIVD ya que mientras éstas ralenticen su deterioro se mantendrá más tiempo la independencia en las ABVD y podremos anticiparnos al enlentecer el deterioro.

Actividades de la vida diaria y calidad de vida en demencias.

El entrenamiento en AVD y los programas de estimulación cognitiva influyen directamente en la CV de las personas. (Edvardsson et al, 2014), por lo que es importante extrapolar el fomento de la ocupación también en los centros residenciales y centros de día para evitar promover el deterioro de los usuarios.

A pesar de todo lo anterior, es necesario hacer referencia a algunas limitaciones que presenta el estudio realizado: en primer lugar el tamaño de la muestra, ya que es complicado generalizar los resultados al resto de la población con demencia con 18 participantes. Por otro lado la falta de variabilidad de la muestra después de la recogida de los datos que figuran como factores sociodemográficos, lo que limita las posibilidades de análisis y comparación de las variables.

Tener en cuenta el desempeño de las AVD dentro de la CV en las personas con demencia se pone de manifiesto como imprescindible tras el análisis realizado. Así mismo podría ser una forma de referencia para abrir otras líneas de investigación que puedan hacer referencia a los mejores métodos para potenciar y mantener la autonomía e independencia de las personas con demencia, y así mejorar su CV.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Se resaltan en negrita las referencias bibliográficas de los artículos utilizados en el estudio:

Albert, S. M., Castillo-Castaneda, C., Sano, M., Jacobs, D. M., Marder, K., Bell, K., ... & Stern, Y. (1996). Quality of life in patients with Alzheimer's disease as reported by patient proxies. *Journal of the American Geriatrics Society*, 44(11), 1342-1347.

Alzheimer's Association. (2016). *Help End Alzheimer's*. [online] Recuperado de: <http://www.alz.org/>

Andersen, C. K., Wittrup-Jensen, K. U., Lolk, A., Andersen, K., & Kragh-Sørensen, P. (2004). Ability to perform activities of daily living is the main factor affecting quality of life in patients with dementia. *Health and quality of life outcomes*, 2(1), 1.

Ballard, C., O'Brien, J., James, I., Mynt, P., Lana, M., Potkins, D., ... Fossey, J. (2001). Quality of life for people with dementia living in residential and nursing home care: The impact of performance on activities of daily living, behavioral and psychological symptoms, language skills, and psychotropic drugs. *International Psychogeriatrics*, 13(1), 93-106.

Barca, M. L., Engedal, K., Laks, J., & Selbæk, G. (2011). Quality of life among elderly patients with dementia in institutions. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 31(6), 435-442.

Beer, C., Flicker, L., Horner, B., Bretland, N., Scherer, S., Lautenschlager, N. T., ... & Almeida, O. P. (2010). Factors associated with self and informant ratings of the quality of life of people with dementia living in care facilities: a cross sectional study. *PLoS One*, 5(12), 15621.

Beerens, H. C., Zwakhalen, S. M., Verbeek, H., Ruwaard, D., Ambergen, A. W., Leino-Kilpi, H., Stephan, A., Zabalegui, A., Soto, M., Saks, K., Bökberg, C., Sutcliffe, C. L., & Hamers, J. P. H. (2015). Change in quality of life of people with dementia recently admitted to long-term care facilities. *Journal of advanced nursing*, 71(6), 1435-1447.

Bennett, S., Shand, S., & Liddle, J. (2011). Occupational therapy practice in Australia with people with dementia: a profile in need of change. *Australian occupational therapy journal*, 58(3), 155-163.

Bermejo, L. (2014). Unidades de calidad de vida para mejorar la atención de las personas con demencia. *Sesenta y más*, (329), 12-21.

Bhattacharya, S., Vogel, A., Hansen, M. L., Waldorff, F. B., & Waldemar, G. (2010). Generic and disease-specific measures of quality of life in patients with mild Alzheimer's disease. *Dementia and geriatric cognitive disorders*, 30(4), 327-333.

Boekhorst, S. T., Depla, M. F. I. A., Francke, A. L., Twisk, J. W. R., Zwijsen, S. A., & Hertogh, C. M. P. M. (2013). Quality of life of nursing-home residents with dementia subject to surveillance technology versus physical restraints: an explorative study. *International journal of geriatric psychiatry*, 28(4), 356-363.

Actividades de la vida diaria y calidad de vida en demencias.

- Bond, J. (1999). Quality of life for people with dementia: approaches to the challenge of measurement. *Ageing and society*, 19(05), 561-579.
- Bowling, A. (2005). *Ageing well: Quality of life in old age*. McGraw-Hill Education (UK).
- Brod, M., Stewart, A. L., Sands, L., & Walton, P. (1999). Conceptualization and measurement of quality of life in dementia: The dementia quality of life instrument (DQoL). *The Gerontologist*, 39(1), 25-36.
- Brooker, D. (2004). What is person-centred care in dementia?. *Reviews in clinical gerontology*, 13(3), 215-222.**
- Bucks, R. S., Ashworth, D. L., Wilcock, G. K., & Siegfried, K. (1996). Assessment of activities of daily living in dementia: development of the Bristol Activities of Daily Living Scale. *Age and ageing*, 25(2), 113-120.
- Bullock, R., & Hammond, G. (2003). Realistic expectations: the management of severe Alzheimer disease. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 17, S80-S85.
- Burgener, S., & Twigg, P. (2002). Relationships among caregiver factors and quality of life in care recipients with irreversible dementia. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 16(2), 88-102.
- Conde-Sala, J.L., Turro-Garriga, O., Garre-Olmo, J., Vilalta-Franch, J. & Lopez-Pousa, S. (2013) Discrepancies regarding the quality of life of patients with alzheimer's disease: a three-year longitudinal study. *Journal of Alzheimer's Disease* 39(3), 511–525.
- Crespo, M., Hornillos, C., & de Quirós, M. B. (2013). Factors associated with quality of life in dementia patients in long-term care. *International Psychogeriatrics*, 25(4), 577-585.**
- Crespo López, M., Hornillos Jerez, C., Bernaldo de Quirós Aragón, M., & Gómez Gutiérrez, M. M. (2011). La evaluación de la calidad de vida en personas con demencia. *Revista española de geriatría y gerontología*, 46(6), 319-324.**
- Cummings, J. L., & Benson, D. F. (1992). *Dementia: A clinical approach*. Butterworth-Heinemann: Boston.
- Dourado, M., Sousa, M. F., Santos, R., Simoes Neto, J. P., Nogueira, M., Santos, T., Melo, B., Días, R & Laks, J. (2015). Quality of life in Mild Dementia: a study of the patterns of change of self and caregivers' ratings over time. *Revista brasileira de psiquiatria*, 0-0**
- Ettema, T. P., Hensen, E., Lange, J. D., Dröes, R. M., Mellenbergh, G. J., & Ribbe, M. W. (2007). Self report on quality of life in dementia with modified COOP/WONCA charts. *Ageing & mental health*, 11(6), 734-742.**
- Edvardsson, D., Petersson, L., Sjogren, K., Lindkvist, M., & Sandman, P. O. (2014). Everyday activities for people with dementia in residential aged care: associations with person-centredness and quality of life. *International journal of older people nursing*, 9(4), 269-276.**

Actividades de la vida diaria y calidad de vida en demencias.

Falk, H., Persson, L. O., & Wijk, H. (2007). A psychometric evaluation of a Swedish version of the Quality of Life in Late-Stage Dementia (QUALID) scale. *International Psychogeriatrics*, *19*(6), 1040-1050.

Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of psychiatric research*, *12*(3), 189-198.

Giebel, C. M., Sutcliffe, C., & Challis, D. (2015). Activities of daily living and quality of life across different stages of dementia: a UK study. *Aging & mental health*, *19*(1), 63-71.

Gillies, BA. (2000). A memory like clockwork: accounts of living through dementia. *Aging Mental Health* *4*, 366-374.

Gómez, L. E., MA, V., Arias, B., & Navas, P. (2008). Evaluación de la calidad de vida en personas mayores y con discapacidad: la Escala FUMAT. *Intervención psicosocial*, *17*(2), 189-199.

Grewal, I., Lewis, J., Flynn, T., Brown, J., Bond, J., & Coast, J. (2006). Developing attributes for a generic quality of life measure for older people: Preferences or capabilities?. *Social science & medicine*, *62*(8), 1891-1901.

Group, T. E. (1990). EuroQol-a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health policy*, *16*(3), 199-208.

Hardt, J. (2015). A new questionnaire for measuring quality of life-the Stark QoL. *Health and quality of life outcomes*, *13*(1), 1.

Hauber, A. B., Mohamed, A. F., Johnson, F. R., Cook, M., Arrighi, H. M., Zhang, J., & Grundman, M. (2014). Understanding the relative importance of preserving functional abilities in Alzheimer's disease in the United States and Germany. *Quality of Life Research*, *23*(6), 1813-1821.

Karlawish, J. H., Zbrozek, A., Kinoshian, B., Gregory, A., Ferguson, A., Low, D. V., & Glick, H. A. (2008). Caregivers' assessments of preference-based quality of life in Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia*, *4*(3), 203-211.

Katz, S., Ford, A.B., Moskowitz, R.W., Jackson, B.A., & Jaffe, M.W. (1963). Studies of illness in the aged: The index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, *185*(12), 914-919.

Keith, R. A., Granger, C. V., Hamilton, B. B., & Sherwin, F. S. (1987). The functional independence measure. *Adv Clin Rehabil*, *1*, 6-18.

Kitwood, T. (1997). On being a person. *Dementia reconsidered: The person comes first*, 7-19.

Kitwood, T., & Bredin, K. (1992). A new approach to the evaluation of dementia care. *Journal of Advance in Health and Nursing Care*, *1*(5), 41-60.

Kurz, X., Scuvee-Moreau, J., Rive, B., & Dresse, A. (2003). A new approach to the qualitative evaluation of functional disability in dementia. *International journal of geriatric psychiatry*, *18*(11), 1050-1055

Actividades de la vida diaria y calidad de vida en demencias.

Lawton, M. P., & Brody, E. M. (1970). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Nursing research*, 19(3), 278.

Lawton, M. P. (1994). Quality of life in Alzheimer's disease. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 8, 138–150.

León Salas, B. (2015). Calidad de vida en personas con demencia institucionalizadas.

León-Salas, B., & Martínez-Martín, P. (2010). Revisión de instrumentos de calidad de vida utilizados en personas con demencia: II. Instrumentos específicos. *Psicogeriatría*, 2, 69-82.

Lezaun, J. Y. (2006). *Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional* (No. 11002). Imsero.

Li, X. J., Suishu, C., Hattori, S., Liang, H. D., Gao, H., Feng, C. Q., & Lou, F. L. (2013). The comparison of dementia patient's quality of life and influencing factors in two cities. *Journal of clinical nursing*, 22(15-16), 2132-2140.

Logsdon, R. G., Gibbons, L. E., McCurry, S. M. & Teri, L. (1999). Quality of life in Alzheimer's disease: patient and caregiver report. *J Ment Health Aging* 5(1): 21–32.

López-Álvarez, J. & Agüera-Ortiz, L. (2015). Nuevos criterios diagnósticos de la demencia y la enfermedad de Alzheimer: una visión desde la psicogeriatría. *Psicogeriatría*, 5(1), 3-14.

Mahoney, F. I. & Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: the Barthel index. *Maryland state medical journal*, 14, 61-65.

Maki, Y., Yamaguchi, T., Yamagami, T., Murai, T., Hachisuka, K., Miyamae, F., Awata, S., Ura, C., Takahashi, R. & Yamaguchi, H. (2014). The impact of subjective memory complaints on quality of life in community-dwelling older adults. *Psychogeriatrics*, 14(3), 175-181.

Martínez Rodríguez, T. (2015). Informes acp gerontología: La atención centrada en la persona: Sus aportaciones al cuidado de las personas con Alzheimer. *Gerontología*. 23

Martínez, T., Díaz-Veiga, P., Sancho, M. y Rodríguez, P. (2014). 11. Vida cotidiana: los cuidados personales. Guipúzcoa: *Fundación Matia*. 26

Misiorski, S., & Kahn, K. (2004). *Getting Started: A pioneering approach to culture change in long-term care organizations*. Pioneer Network.

Missotten, P., Squelard, G., Ylieff, M., Di Notte, D., Paquay, L., De Lepeleire, J., & Fontaine, O. (2008). Quality of life in older Belgian people: comparison between people with dementia, mild cognitive impairment, and controls. *International journal of geriatric psychiatry*, 23(11), 1103-1109.

Mjørud, M., Røsvik, J., Rokstad, A. M. M., Kirkevold, M., & Engedal, K. (2014). Variables associated with change in quality of life among persons with dementia in nursing homes: a 10 months follow-up study. *PloS one*, 9(12), 115-248.

Actividades de la vida diaria y calidad de vida en demencias.

Moreno-Martínez, F. J. & Moratilla, I. (2014). *Demencia: qué es y cómo puede tratarse*. Madrid, España: Síntesis.

Morris, J. N., Fries, B. E., & Morris, S. A. (1999). Scaling ADLs within the MDS. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 54(11), M546-M553.

Moyle, W., Murfield, J. E., Griffiths, S. G., & Venturato, L. (2011). Assessing quality of life of older people with dementia: A comparison of quantitative self-report and proxy accounts. *Journal of advanced nursing*, 68(10), 2237-2246.

Murphy, K., Cooney, A., Shea, E. O., & Casey, D. (2009). Determinants of quality of life for older people living with a disability in the community. *Journal of advanced Nursing*, 65(3), 606-615.

Neumann, P. J., Kuntz, K. M., Leon, J., Araki, S. S., Hermann, R. C., Hsu, M. A., & Weinstein, M. C. (1999). Health utilities in Alzheimer's disease: a cross-sectional study of patients and caregivers. *Medical care*, 37(1), 27-32.

Nikmat, A. W., Hawthorne, G., & Al-Mashoor, S. H. (2013). The comparison of quality of life among people with mild dementia in nursing home and home care - a preliminary report. *Dementia*. 0(0), 1-12.

Nitrini, R., & Dozzi, S. (2012). Demencia: definición y clasificación. *Revista neuropsicología, neuropsiquiatría y neurociencias*, 12(1), 75-98.

Organización Mundial de la Salud. (2016). *Demencia*. [online] Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/>.

Orgeta, V., Orrell, M., Hounsome, B., & Woods, B. (2015). Self and carer perspectives of quality of life in dementia using the QoL-AD. *International journal of geriatric psychiatry*, 30(1), 97-104.

Porzolt, F., Kojer, M., Schmidl, M., Greimel, E. R., Sigle, J., Richter, J., & Eisemann, M. (2004). A new instrument to describe indicators of well-being in old-old patients with severe dementia—the Vienna List. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2(1), 1.

Rabins, P.V., Kasper, J. (1997). Measuring quality of life in dementia: conceptual and practical issues. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 11(6): 100–104.

Rabins, P.V., Kasper J., Kleinman, L., Black, B. S. & Patrick, D. L. (1999). Concepts and methods in the development of the ADRQL: an instrument for assessing health-related quality of life in persons with Alzheimer's disease. *Journal of Mental Health and Aging*, 5, 33–48.

Ramos, F., Fernández, B. & Pérez, M. (2008). Las demencias. En C. Sánchez (Ed.), *Manual de psicopatología, volumen II*. (pp. 619-643). Madrid, España: Mc Graw Hill.

Ready, R. E., Ott, B. R., & Grace, J. (2004). Patient versus informant perspectives of quality of life in mild cognitive impairment and Alzheimer's disease. *International journal of geriatric psychiatry*, 19(3), 256-265.

Actividades de la vida diaria y calidad de vida en demencias.

Ready, R.E., Ott, B.R., Grace, J., Fernandez, I. (2002). The Cornell-Brown Scale for quality of life in dementia. *Alzheimer Dis Assoc Disord*, 16, 109–115.

Reisberg, B. (1983). The brief cognitive rating scale and global deterioration scale. *Assessment in geriatric psychopharmacology*, 19-35.

Reisberg, B. (2007). Global measures: utility in defining and measuring treatment response in dementia. *International Psychogeriatrics*, 19(03), 421-456.

Robertson, J. M. (2013). Finding meaning in everyday life with dementia: A case study. *Dementia*. 13(4), 525-543

Salas, C., & Garzón, M. (2013). La noción de calidad de vida y su medición. *Revista CES Salud Pública*, 4(1), 36.

Salek, M., Schwartzberg, E., & Bayer, A. J. (1996). Evaluating health-related quality of life in patients with dementia: development of a proxy self-administered questionnaire. *Pharm World Sci*, 18(Suppl A), 6.

Sandman, P. O., Adolfsson, R., Norberg, A., Nyström, L., & Winblad, B. (1988). Long-term care of the elderly. A descriptive study of 3600 institutionalized patients in the county of Vasterbotten, Sweden. *Comprehensive gerontology. Section A, Clinical and laboratory sciences*, 2(3), 120-132.

Sastre-Cantero, M. J. (2003). *Indicadores de calidad de vida: un retrato del bienestar en España* (No. 47). CIS.

Schalock, R. L., & Verdugo, M. A. (2002). *Handbook on quality of life for human service practitioners*. American Association on Mental Retardation.

Scholten, J. H. (1992). *Functional status assessment in family practice: the Dartmouth COOP Functional Health Assessment Charts/WONCA*. Meditekst.

Sjögren, K., Lindkvist, M., Sandman, P. O., Zingmark, K., & Edvardsson, D. (2013). Person-centredness and its association with resident well-being in dementia care units. *Journal of advanced nursing*, 69(10), 2196-2206.

Slater L. (2006) Person-centredness: a concept analysis. *Contemporary Nurse* 23(1), 135–144.

Sloane, P. D., Zimmerman, S., Williams, C. S., Reed, P. S., Gill, K. S., & Preisser, J. S. (2005). Evaluating the quality of life of long-term care residents with dementia. *The Gerontologist*, 45(suppl 1), 37-49.

Smit, D., de Lange, J., Willemse, B., Twisk, J., & Pot, A. M. (2016). Activity involvement and quality of life of people at different stages of dementia in long term care facilities. *Aging & mental health*, 20(1), 100-109.

Actividades de la vida diaria y calidad de vida en demencias.

Smith, S. C., Murray, J., Banerjee, S., Foley, B., Cook, J. C., Lamping, D. L., Prince, M., Harwood, R. H., Levin, E. & Mann, A. (2005). What constitutes health-related quality of life in dementia? Development of a conceptual framework for people with dementia and their carers. *International journal of geriatric psychiatry*, 20(9), 889-895.

Sousa, M. F. B., Santos, R. L., Arcoverde, C., Simões, P., Belfort, T., Adler, I., ... & Dourado, M. C. N. (2013). Quality of life in dementia: the role of non-cognitive factors in the ratings of people with dementia and family caregivers. *International Psychogeriatrics*, 25(07), 1097-1105.

Teng, E., Tassinyom, K., & Lu, P.H. (2012). Reduced quality of life ratings in mild cognitive impairment: Analyses of subject and informant responses. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(1), 65-88.

Terada, S., Ishizu, H., Fujisawa, Y., Fujita, D., Yokota, O., Nakashima, H., ... & Nakashima, Y. (2002). Development and evaluation of a health-related quality of life questionnaire for the elderly with dementia in Japan. *International Journal of geriatric psychiatry*, 17(9), 851-858.

Terada, S., Oshima, E., Yokota, O., Ikeda, C., Nagao, S., Takeda, N., Sasaki, K. & Uchitomi, Y. (2013). Person-centered care and quality of life of patients with dementia in long-term care facilities. *Psychiatry research*, 205(1), 103-108.

Trigg, R., Jones, R. W., & Skevington, S. M. (2007). Can people with mild to moderate dementia provide reliable answers about their quality of life?. *Age and Ageing*, 36(6), 663-669.

Trigg, R., Watts, S., Jones, R., & Tod, A. (2011). Predictors of quality of life ratings from persons with dementia: the role of insight. *International journal of geriatric psychiatry*, 26(1), 83-91.

Veenhoven, R. (2000) The four qualities of life. Ordering concepts and measures of the good life. *Journal of Happiness Studies*, 1, 1 - 39.

Ven-Vakhteeva, J., Bor, H., Wetzels, R. B., Koopmans, R. T., & Zuidema, S. U. (2013). The impact of antipsychotics and neuropsychiatric symptoms on the quality of life of people with dementia living in nursing homes. *International journal of geriatric psychiatry*, 28(5), 530-538.

Verdugo, M., Gómez, L., & Arias, B. (2009). Evaluación de la calidad de vida en personas mayores. *La escala Fumat. Salamanca: Instituto Universitario de Integración en la Comunidad.*

Verdugo, M. A., & Schalock, R. L. (2009). Quality of life: From concept to future applications in the field of intellectual disabilities. *Journal of policy and practice in intellectual disabilities*, 6(1), 62-64.

Verdugo, M., Schalock, R., Arias, B., Gómez, L. and Jordán, B. (2013). Calidad de Vida. En: M. Verdugo & R. Schalock (Ed.), *Discapacidad e inclusión. Manual para la docencia*. (pp.443-456). Salamanca: Amarú Ediciones.

Verdugo, M. A., Schalock, R. L., Keith, K. D., & Stancliffe, R. J. (2005). Quality of life and its measurement: important principles and guidelines. *Journal of intellectual disability research*, 49(10), 707-717.

Actividades de la vida diaria y calidad de vida en demencias.

Weiner, M. F., Martin-Cook, K., Svetlik, D. A., Saine, K., Foster, B., & Fontaine, C. S. (2000). The quality of life in late-stage dementia (QUALID) scale. *Journal of the American Medical Directors Association, 1*(3), 114-116.

Wetzels, R. B., Zuidema, S. U., De Jonghe, J. F. M., Verhey, F. R. J., & Koopmans, R. T. C. M. (2010). Determinants of quality of life in nursing home residents with dementia. *Dementia and geriatric cognitive disorders, 29*(3), 189-197.

Whitehouse, P. J., & Rabins, P. V. (1992). Quality of life and dementia. *Alzheimer Disease & Associated Disorders, 6*(3), 135-137.

Woods, R. T., Nelis, S. M., Martyr, A., Roberts, J., Whitaker, C. J., Markova, I., Roth, I., Morris, R. & 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*(1), 1.

Zotikos, F. M., & Castillo, M. (2011). Modelo de calidad de vida aplicado a la atención residencial de personas con necesidades complejas de apoyo. *Imsero*. Madrid.

Actividades de la vida diaria y calidad de vida en demencias.

ANEXOS

ANEXO 1: INSTRUMENTOS DE MEDIDA

CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO

La identificación de cada participante se representará mediante un código. Este código se compone de las siglas de la provincia de nacimiento seguido del día mes y año de nacimiento.

Ejemplo: Persona de Salamanca nacida el 6 de marzo de 1934

CÓDIGO	SA-06-03-34
--------	-------------

CÓDIGO	
--------	--

1.	Edad				
2.	Género	Hombre <input type="checkbox"/>	Mujer <input type="checkbox"/>		
3.	Lugar de residencia	Zona rural <input type="checkbox"/>	Zona urbana <input type="checkbox"/>		
4.	Situación actual de residencia	En casa de un familiar <input type="checkbox"/>	En su propia casa <input type="checkbox"/>	En la residencia <input type="checkbox"/>	Cambia a menudo <input type="checkbox"/>
5.	Estado civil	Casado <input type="checkbox"/>	Divorciado <input type="checkbox"/>	Viudo <input type="checkbox"/>	Soltero <input type="checkbox"/>
6.	Demencia	Corea de Huntington <input type="checkbox"/>	Enfermedad de Alzheimer <input type="checkbox"/>	Vascular <input type="checkbox"/>	Cuerpos de lewy <input type="checkbox"/>
		Asociada a Parkinson <input type="checkbox"/>	Frontotemporal <input type="checkbox"/>	Afasia progresiva primaria <input type="checkbox"/>	
7.	Fármacos	Hipnótico sedante <input type="checkbox"/>	Ansiofítico <input type="checkbox"/>	Antidepresivo <input type="checkbox"/>	
		Antiinfeccioso <input type="checkbox"/>	Agentes dopaminérgicos	Antiinflamatorio <input type="checkbox"/>	
		Antipsicótico <input type="checkbox"/>	Antagonista del calcio <input type="checkbox"/>	Anticolinérgico <input type="checkbox"/>	
		Contra reflujo gastroesofágico <input type="checkbox"/>	Diurético <input type="checkbox"/>	Inhibidores de la ECA <input type="checkbox"/>	
		Antihistamínicos <input type="checkbox"/>	Antitrombótico <input type="checkbox"/>	Hipoglucemiante <input type="checkbox"/>	
		Agentes modificadores de los lípidos <input type="checkbox"/>	Antagonista de la angiotensina <input type="checkbox"/>		

Actividades de la vida diaria y calidad de vida en demencias.

8.	Recursos AFA	Residencia <input type="checkbox"/>	Centro de día <input type="checkbox"/>	Programa de promoción de autonomía personal <input type="checkbox"/>	
9.	Reconocimiento de la situación de dependencia	Sí <input type="checkbox"/>			No <input type="checkbox"/>
		Grado I <input type="checkbox"/>	Grado II <input type="checkbox"/>	Grado III <input type="checkbox"/>	
10.	Enfermedades Asociadas	Dislipemia <input type="checkbox"/>	Patología gastrica <input type="checkbox"/>	Fracturas <input type="checkbox"/>	Artritis <input type="checkbox"/>
		Hipertensión arterial <input type="checkbox"/>	Diabetes <input type="checkbox"/>	Trastorno neurótico depresivo <input type="checkbox"/>	Trastorno de la personalidad <input type="checkbox"/>
		Artrosis <input type="checkbox"/>	Patología pulmonar <input type="checkbox"/>	Patología cardiaca <input type="checkbox"/>	Enfermedad de Parkinson <input type="checkbox"/>

ESCALA FUMAT

Bienestar emocional	Siempre o casi siempre	Frecuente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
1. En general, se muestra satisfecho con su vida presente	4	3	2	1
2. Manifiesta sentirse inútil	1	2	3	4
3. Se muestra intranquilo o nervioso	1	2	3	4
4. Se muestra satisfecho con uno mismo	4	3	2	1
5. Tiene problemas de comportamiento	1	2	3	4
6. Se muestra satisfecho con los servicios y los apoyos que recibe	4	3	2	1
7. Manifiesta sentirse triste o deprimido	1	2	3	4
8. Muestra sentimientos de incapacidad e inseguridad	1	2	3	4
Relaciones interpersonales				
9. Realiza actividades que le gustan con otras personas	4	3	2	1
10. Mantiene una buena relación con los profesionales del servicio al que acude	4	3	2	1
11. Mantiene una buena relación con sus compañeros del centro al que acude	4	3	2	1
12. Carece de familiares cercanos	1	2	3	4
13. Valora negativamente sus relaciones de amistad	1	2	3	4
14. Manifiesta sentirse querido por las personas importantes para él	4	3	2	1
Bienestar material				
15. El lugar donde vive es confortable	4	3	2	1
16. Manifiesta no estar satisfecho con su jubilación (o situación laboral actual)	1	2	3	4
17. Se queja de su salario (o pensión)	1	2	3	4
18. El lugar donde vive tiene barreras arquitectónicas que impiden o dificultan alguna de sus actividades.	1	2	3	4
19. El servicio al que acude tiene barreras arquitectónicas que impiden o dificultan alguna de sus actividades	1	2	3	4

Actividades de la vida diaria y calidad de vida en demencias.

20. Dispone de las cosas materiales que necesita	4	3	2	1
21. El lugar donde vive necesita reformas para adaptarse a sus necesidades	1	2	3	4
Desarrollo personal				
22. Puede leer información básica para la vida cotidiana (carteles, periódico, etc.)	4	3	2	1
23. Muestra dificultad para resolver con eficacia los problemas que se le plantean.	1	2	3	4
24. Tiene dificultades para expresar información	1	2	3	4
25. En el servicio al que acude le proporcionan información sobre cuestiones que le interesan	4	3	2	1
26. Muestra dificultades para manejar conceptos matemáticos básicos, útiles para la vida cotidiana (sumar, restar, etc.)	1	2	3	4
27. Tiene dificultades para comprender la información que recibe	1	2	3	4
28. Es responsable de la toma de su medicación	4	3	2	1
29. Muestra escasa flexibilidad mental	1	2	3	4
Bienestar físico				
30. Tiene problemas de movilidad	1	2	3	4
31. Tiene problemas de continencia	1	2	3	4
32. Tiene dificultad para seguir una conversación porque oye mal	1	2	3	4
33. Su estado de salud le permite salir a la calle	4	3	2	1
34. Tiene problemas para recordar información importante para la vida cotidiana (caras familiares, nombres, etc.)	1	2	3	4
35. Tiene dificultades de visión que le impiden realizar sus tareas habituales	1	2	3	4
Autodeterminación	1	2	3	4
36. Hace planes sobre su futuro	4	3	2	1
37. Muestra dificultades para manejar el dinero de forma autónoma (cheques, facturas, alquiler, ir al banco, etc.)	1	2	3	4

Actividades de la vida diaria y calidad de vida en demencias.

38. Otras personas organizan su vida	1	2	3	4
39. Elige cómo pasar su tiempo libre	4	3	2	1
40. Ha elegido el lugar donde vive actualmente	4	3	2	1
41. Su familia respeta sus decisiones	4	3	2	1
42. Toma decisiones sobre cuestiones cotidianas	4	3	2	1
43. Otras personas toman las decisiones que son importantes para su vida	1	2	3	4
Inclusión social	1	2	3	4
44. Participa en diversas actividades de ocio que le interesan	4	3	2	1
45. Está excluido en su comunidad	1	2	3	4
46. En el servicio al que acude, tiene dificultad para encontrar apoyos cuando los necesita.	1	2	3	4
47. Tiene amigos que le apoyan cuando lo necesita	4	3	2	1
48. Tiene dificultades para relacionarse con otras personas del centro al que acude	1	2	3	4
49. Está integrado con los compañeros del servicio al que acude	4	3	2	1
50. Participa de forma voluntaria en algún programa o actividad del servicio al que acude	4	3	2	1
51. Su red de apoyos no satisface sus necesidades	1	2	3	4
52. Tiene dificultades para participar en su comunidad	1	2	3	4
Derechos				
53. En el servicio al que acude se respetan y defienden sus derechos	4	3	2	1
54. Recibe información adecuada y suficiente sobre los tratamientos e intervenciones que recibe	4	3	2	1
55. Muestra dificultad para defender sus derechos cuando no son respetados	1	2	3	4
56. Cuenta con asistencia legal y/o acceso a servicios de asesoría legal	4	3	2	1

Actividades de la vida diaria y calidad de vida en demencias.

57. Disfruta de todos sus derechos legales (ciudadanía, voto, procesos legales, etc.)	4	3	2	1
--	---	---	---	---

Actividades de la vida diaria y calidad de vida en demencias.

INDICE DE BARTHEL

ALIMENTACION	
10	Independiente. Capaz de comer por si solo en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona.
5	Necesita ayuda para cortar la carne, extender la mantequilla... pero es capaz de comer solo.
0	Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona
LAVADO/ BAÑO	
5	Independiente. Capaz de lavarse entero, de entrar y salir del baño sin ayuda y de hacerlo sin que una persona supervise.
0	Dependiente. Necesita algún tipo de ayuda o supervisión
VESTIDO	
10	Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda
5	Necesita ayuda. Realiza sin ayuda más de la mitad de estas tareas en un tiempo razonable.
0	Dependiente. Necesita ayuda para las mismas
ARREGLO PERSONAL	
5	Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ayuda alguna, los complementos necesarios pueden ser provistos por alguna persona
0	Dependiente. Necesita alguna ayuda
DEPOSICION	
10	Continente. No presenta episodios de incontinencia
5	Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para colocar enemas o supositorios.
0	Incontinente. Más de un episodio semanal
MICCION	
10	Continente. No presenta episodios. Capaz de utilizar cualquier dispositivo por si solo
5	Accidente ocasional. Presenta un máximo de un episodio en 24 horas o requiere ayuda para la manipulación de sondas o de otros dispositivos.
0	Incontinente. Más de un episodio en 24 horas
IR AL RETRETE	
10	Independiente. Entra y sale solo y no necesita ayuda alguna por parte de otra persona.
5	Necesita ayuda. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda; es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo.
0	Dependiente. Incapaz de acceder a él o de utilizarlo sin ayuda mayor.
TRANSFERENCIA (traslado cama sillón)	
15	Independiente. No requiere ayuda para sentarse o levantarse de una silla ni para entrar o salir de la cama
10	Mínima ayuda. Incluye una supervisión o pequeña ayuda física.
5	Gran ayuda. Precisa ayuda de una persona fuerte o entrenada

Actividades de la vida diaria y calidad de vida en demencias.

0	Dependiente. Necesita una grúa o el alzamiento por dos personas. Es incapaz de permanecer sentado.
DEAMBULACION	
10	Independiente. Puede andar 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda o supervisión. Puede utilizar cualquier ayuda mecánica excepto un andador. Si utiliza una prótesis puede ponérsela y quitársela solo.
5	Necesita ayuda. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por parte de otra persona o utiliza andador.
0	Dependiente. Si usa silla de ruedas precisa ser empujado por otro
SUBIR Y BAJAR ESCALERAS	
10	Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión de otra persona.
5	Necesita ayuda. Necesita ayuda o supervisión.
0	Dependiente. Es incapaz de salvar escalones.
<p>GRADO DE DEPENDENCIA:</p> <p>Total: 0-15 puntos</p> <p>Grave: 20-35 puntos</p> <p>Moderada: 40-55 puntos</p> <p>Leve: 60-95 puntos</p> <p>Independencia: 100 puntos</p>	

Actividades de la vida diaria y calidad de vida en demencias.

INDICE DE LAWTON Y BRODY

	PUNTOS
CAPACIDAD DE USAR EL TELÉFONO	
Utilizar el teléfono por iniciativa propia, busca y marca los números, etc.	1
Es capaz de marcar bien algunos números conocidos	1
Es capaz de contestar el teléfono, pero no de marcar	1
No utilizar el teléfono en absoluto	0
IR DE COMPRAS	
Realizar todas las compras necesarias independientemente	1
Realizar independientemente pequeñas compras	0
Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra	0
Totalmente incapaz de comprar	0
PREPARACIÓN DE LA COMIDA	
Organiza, prepara y sirve las comidas por sí mismo/a adecuadamente	1
Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes	0
Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	0
Necesita que le preparen y le sirvan las comidas	0
CUIDADO DE LA CASA	
Mantiene la casa solo/a o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)	1
Realiza tareas domésticas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas	1
Realiza tareas domésticas ligeras, pero no puede mantener un nivel adecuado de limpieza	1
Necesita ayuda en todas las labores de la casa	0
No participa en ninguna labor de la casa	0
LAVADO DE LA ROPA	

Actividades de la vida diaria y calidad de vida en demencias.

Lava por sí mismo/a toda su ropa	1
Lava por sí mismo/a pequeñas prendas (aclarar medias, etc.)	1
Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	0
USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE	
Viaja solo/a en transporte público o conduce su propio coche	1
Es capaz de coger un taxi, pero no uso otro medio de transporte	1
Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	1
Utiliza el taxi o el automóvil solo con ayuda de otros	0
No viaja en absoluto	0
RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACIÓN	
Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correctas	1
Toma su medicación si se le prepara con anticipación y en dosis	0
No es capaz de administrarse su medicación	0
MANEJO DE ASUNTOS ECONÓMICOS	
Maneja los asuntos financieros con independencia (presupuesta, rellena, cheques, paga recibos y facturas, va al banco) recoge y conoce sus ingresos.	1
Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras y bancos	1
Incapaz de manejar dinero.	0
PUNTUACIÓN	
INTERPRETACIÓN	
0-1 Dependencia total 2-3 Dependencia severa 4-5 Dependencia moderada 6-7 Dependencia leve 8 Autónomo	

ANEXO 2: CARTA DE SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN Y CONSENTIMIENTO

CARTA DE SOLICITUD DE INVESTIGACION PARA AFA



**VNiVERSIDAD
D SALAMANCA**

CAMPUS OF INTERNATIONAL EXCELLENCE

Estimado/a Director/a:

Con motivo de la realización del Master Universitario de Intervención a Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias, pondremos en marcha el Proyecto de Investigación titulado: *“Factores personales y ambientales que determinan la calidad de vida y su relación con las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria en personas con demencia”* y, por este motivo, nos ponemos en contacto con ustedes con el fin de solicitar su colaboración.

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), desarrollada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), utiliza un modelo multidimensional y define los componentes de: funciones y estructuras corporales, actividad, participación y los factores personales y ambientales. Desde esta perspectiva, que implica una interacción entre la persona y su entorno, se utilizará la CIF como herramienta de investigación haciendo énfasis en la calidad de vida y los factores personales y ambientales.

Con el desarrollo de este proyecto, se pretende analizar la relación entre los factores que determinan la calidad de vida con el grado de independencia en el desarrollo de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Se llevará a cabo en personas con un estadio leve de la enfermedad, dentro de la Asociación de Familiares con Enfermos de Alzheimer de Salamanca.

Por este motivo, sería conveniente que las personas de su entidad y sus profesionales pudieran contestar a unos cuestionarios breves sobre calidad de vida, situación sociodemográfica y actividades de la vida diaria.



VNIVERSIDAD
D SALAMANCA

CAMPUS OF INTERNATIONAL EXCELLENCE

Consideramos que los resultados de este estudio nos permitirán determinar cuáles son los factores que influyen de forma más directa en el desarrollo de las actividades de la vida diaria y su relación con la calidad de vida.

La información recogida será totalmente confidencial y anónima. Esperamos contar con su colaboración y nos comprometemos hacerles llegar, una vez finalizado el estudio, un informe sobre los resultados obtenidos.

Puede contactar con uno de los miembros del equipo investigador mediante correo electrónico (igmella@usal.es), (borgaz@usal.es) o (badia@usal.es).

Salamanca, 15 de noviembre de 2015

Fdo. María Begoña Orgaz Baz

Tutora del Proyecto

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



VNiVERSiDAD
D SALAMANCA

CAMPUS OF INTERNATIONAL EXCELLENCE

Estimado Sr/a/Tutor:

Queremos solicitar su participación para una investigación sobre “factores que determinan la calidad de vida y su relación con las actividades básicas de la vida diaria en personas con demencia”, que estamos llevando a cabo desde el Master Universitario de Intervención a Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias, en la Universidad de Salamanca.

El objetivo de este estudio es analizar los factores personales y ambientales que están relacionados con el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria, y cómo influye en la calidad de vida de las personas.

La información recogida será totalmente confidencial y anónima y sólo se utilizará para cumplir los objetivos de la investigación.

En la actualidad se considera que el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria es determinante clave para la calidad de vida de la persona. Consideramos que los resultados de este estudio pueden servir de guía para orientar los programas de intervención dirigidos a mejorar el bienestar de las personas con demencia.

Agradecemos su participación en el estudio.

Atentamente:

Coordinadora responsable:

Tutor legal:

Fdo.: María Begoña Orgaz Baz

Fdo:

Salamanca, 15 de febrero de 2016