

---

---

# “Creación y validación de una prueba de evaluación de deterioro cognitivo grave”

---

---

---

Fundación INGEMA-Grupo Matia

Equipo de Trabajo:

Coordinación: Cristina Buiza y Javier Yanguas

Resto de Participantes: Álvaro García, Raúl Vaca, Xabier Ansorena, Mari Feli González, Amaia Zulaica, Carmen Hernández, Enrique Arriola, Javier Álava

<b>1. PRESENTACION Y CONTEXTUALIZACIÓN TEÓRICA.</b>	<b>4</b>
1.1. Fuente de financiación.	4
1.2. Contextualización teórica.	4
1.3. Justificación de la necesidad del proyecto.	5
1.4. Objetivos del proyecto.	5
<b>2. Desarrollo del Modelo e Instrumento “EVA”.</b>	<b>5</b>
2.1. Revisión bibliográfica.	5
2.2. Lluvia de ideas.	7
2.3. Establecimiento y construcción del modelo de evaluación “EVA”.	8
2.3.1. Dimensiones del modelo de evaluación “EVA”.	8
2.3.2. Aplicación de los principios del Modelo de Atención Gerontológica Centrada en la Persona (MAGCP).	9
2.4. Características del instrumento de evaluación “EVA”.	10
2.5. Redacción de los ítems.	10
2.6. Selección de los ítems.	11
2.7. Contrastación del modelo con expertos.	13
2.8. Depuración del instrumento de evaluación.	13
<b>3. Pilotaje del Modelo y del Instrumento “EVA”</b>	<b>14</b>
3.1. Formación de los valoradores.	14
3.2. Aplicación del instrumento a personas reales.	15
3.2.1. Perfiles de las personas participantes.	16
3.3. Resultados obtenidos.	16
3.3.1. Casos prácticos.	17
3.3.1.1. Descripción del caso 1	17

3.3.1.2. Descripción del caso 2	20
3.3.1.3. Descripción del caso 3	24
3.3.1.4. Descripción del caso 4	27
3.3.1.5. Descripción del caso 5	30
3.3.1.6. Descripción del caso 6	33
3.3.2. Relaciones entre los elementos.	37
3.3.3. Fiabilidad interjueces del instrumento.	50
3.4. Evaluación subjetiva de la aplicabilidad del instrumento.	52
4. Innovación del modelo e instrumento “EVA”.	56
4.1. Ventajas.	56
4.2. Inconvenientes.	57
4.3. Utilidad del instrumento.	57
5. Futuros desarrollos.	58
5.1. Depuración del instrumento abreviado.	58
5.2. Desarrollo y validación del instrumento completo.	59
5.3. Investigaciones basadas en el modelo “EVA”.	59
5.4. Desarrollo de una versión paralela para personas cercanas.	59
5.5. Desarrollo de una versión paralela libre de contenido verbal.	59
5.6. Aplicación del modelo e instrumento “EVA” en otros colectivos.	60
6. Bibliografía	60

# **1. PRESENTACION Y CONTEXTUALIZACIÓN TEÓRICA.**

Esta memoria final se compone de una descripción del proyecto, la metodología que se ha seguido para llevarlo a cabo, el proceso de desarrollo de la creación de la escala, así como el proceso de diseño del modelo en el que se basa.

En las secciones siguientes, se ofrecen los resultados obtenidos de la aplicación de la escala en una prueba piloto, y por último los planteamientos para proyectos, publicaciones, y aplicaciones futuras de este proyecto que han surgido tras su ejecución.

## **1.1. Fuente de financiación.**

El presente proyecto surge integrado en el Convenio de Colaboración que suscribe Fundación Matia, Fundación Instituto Gerontológico Matia – INGEMA y Matia Innova con el Departamento de Empleo y Asuntos Sociales del Gobierno Vasco en el año 2011.

En dicho Convenio se resalta la necesidad existente en el Estado español y en la Comunidad Autónoma del País Vasco de desarrollar proyectos que permitan avanzar en la conceptualización y puesta en práctica de diferentes servicios y programas de atención a las personas en situación de dependencia.

## **1.2. Contextualización teórica.**

El presente proyecto parte de una necesidad ampliamente señalada por la literatura científica relacionada con la valoración de distintos aspectos en personas con demencia en todas las fases del desarrollo de la enfermedad (Mitchell, Teno, Kiely, Shaffer, Jones, Prigerson et al, 2009).

La mayoría de revisiones y guías prácticas están centradas en el tratamiento de demencia en estadios leves y moderados (Buiza, 2011). Sin embargo, el progreso de la demencia se asocia con un aumento significativo de la prevalencia, discapacidad, carga y costes asociados, lo que hace de ellas un problema socioeconómico importante (Herrman, Gauthier, Lysy, 2007). Se conoce que los costes asociados al cuidado de personas con demencia aumentan de manera dramática en las fases graves, habiéndose estimado este aumento del coste en un 70-80%. Por lo tanto, los consensos internacionales actuales recomiendan el desarrollo de guías de buenas prácticas clínicas con estos pacientes (Mitchell, Teno, Kiely, Shaffer, Jones, Prigerson et al, 2009). Una de las principales recomendaciones de los grupos de expertos se centra en la creación de medidas precisas de las características de las personas con demencia, que permitan adecuar los cuidados que precisa cada persona.

Aunque la función cognitiva correlaciona generalmente con una mayor dependencia y aumento de las alteraciones de conducta, esta definición requiere de una mayor validación y claramente no da información sobre la capacidad funcional, la conducta y el estado general de la persona con demencia. Especialmente, parece claro que la definición de las etapas de

moderada a muy grave de la demencia no tienen una clara definición que dé cuenta del estado de la persona a todos los niveles. Tampoco existen instrumentos de evaluación integradores que permitan tener una visión global del estado de una persona con demencia a lo largo de toda la evolución de la enfermedad, incluyendo las fases más avanzadas (Buiza, 2011).

Las recomendaciones internacionales indican que para las personas con demencia, el objetivo de cuidado debe ser mejorar su calidad de vida y la de sus cuidadores y mantener un nivel óptimo de funcionamiento y el máximo confort. Para facilitar la creación de planes que ayuden a cumplir estos objetivos, sería importante contar con un instrumento de evaluación integral que permita obtener toda la información necesaria.

### **1.3. Justificación de la necesidad del proyecto.**

Como respuesta al problema que se ha señalado, el proyecto titulado *“Creación y validación de una prueba de evaluación de personas con deterioro cognitivo avanzado”* ha desarrollado una herramienta de evaluación para ser utilizada con personas con demencias en todos los estadios que viven en sus domicilios. La prueba ha mostrado ser una herramienta útil para la evaluación de distintos aspectos tanto subjetivos como objetivos de las personas con deterioro cognitivo. Además, ha mostrado ser un avance respecto a los instrumentos que existen en la actualidad en varios aspectos.

### **1.4. Objetivos del proyecto.**

Se hace necesario, para tener una información integradora del estado de la persona con demencia que permita realizar un adecuado plan de cuidados e intervención, *desarrollar un instrumento de evaluación comprensivo que ofrezca una descripción precisa del estado de la persona y de cómo es la persona capaz de desenvolverse en su medio domiciliario de manera acorde a lo que resulta relevante para la persona según sus actitudes y valores*. La valoración de la situación de una persona con demencia es una tarea holística que no puede ni debe recaer en un solo tipo de evaluación.

## **2. Desarrollo del Modelo e Instrumento “EVA”.**

A continuación se describen las fases en las que se desarrolló el modelo y el instrumento “EVA”. El proceso parte de las ideas iniciales de los diferentes profesionales implicados en el proyecto que surgieron para satisfacer la necesidad identificada y termina en la aplicación de la primera versión piloto del instrumento “EVA” a personas reales.

### **2.1. Revisión bibliográfica.**

En el presente proyecto se pretende ofrecer una visión de la evaluación desde una perspectiva innovadora por lo que, de forma consensuada en el equipo de trabajo, se decidió seguir una manera de trabajo en la que no se partiera de la revisión de la bibliografía existente, sino del

conocimiento de los distintos profesionales participantes en el desarrollo del proyecto, de manera que las aportaciones que se realizaran no se vieran influidas por otras pruebas existentes.

Esta decisión se basó en la idea compartida por todos los profesionales participantes de que las pruebas que actualmente se utilizan para evaluar a las personas con demencia no recogen toda la información que se considera necesaria para poder realizar una correcta planificación, intervención, provisión de cuidados y valoración de los mismos que se alinee con el Modelo de Atención Gerontológica Centrado en la Persona (MAGCP) (Martínez, 2011).

Es preciso señalar que una vez finalizada la fase de generación y depuración del modelo de evaluación "EVA", se procedió a contrastar la prueba de distintas maneras. En primer lugar, se han revisado otras pruebas que puedan medir aspectos similares, y se han revisado los protocolos de Valoración de la Dependencia que se utilizan por las instituciones públicas en la actualidad, con el fin de crear una prueba que no realice una evaluación que ya se lleva a cabo, pero que a la vez pueda ser complementaria a ésta y ofrecer una información que resulte compatible y que ayude a la mejora de la atención y los servicios que se le prestan a las personas con demencia. Entre otras, se han revisado las siguientes pruebas:

- Pruebas que evalúan la historia ocupacional y actividades realizadas en el funcionamiento cotidiano para determinar los intereses y experiencia de las personas:
  - Heartman-Maeir et al. (2009). Cognitive Functional Evaluation (CFE) for individuals with suspected cognitive disabilities. *American Journal of Occupational Therapy*, 23, 1-2
  - Smith et al. (1986). The relationship between volition, activity pattern and life satisfaction in the elderly. *Am J Occup Ther*, 40, 278-283
  - Baum, C.M. & Edwards, D.FI. (1998). *Activity Card Sort (ACS)* (2nd. de.). Bethesda, MD: American Occupational Therapy Association
  - Katz, N. et al. (2003). Participation in occupational performance: reliability and validity of the Activity Card Sort. *Occupational therapy Journal of Research*, 22, 1-10
  - Law, M. et al. (1998). *The Canadian Occupational Performance Measure* (3rd de.). Toronto: Canadian Association of Occupational Therapists
- Medidas de cognición en la ejecución de tareas:
  - Burns, T. (2006). *Cognitive Performance Test (CPT)*. Pequannock, NJ: Maddak.
- Test cognitivos para la evaluación de dominios específicos:

- Wilson, B.A. Et al. (1985). The Rivermead Behavioural Memory Test. Reading, UK: Thames Valley Test
- Wilson, B.A. Et al. (1987). Behavioural Inattention Test Manual. Fareham, UK: Thames Valley Test
- Wilson, B.A. Et al. (1996). Behavioural assessment of dysexecutive syndrome. Bury St. Edmunds, UK: Thames Valley Test

- Medidas cognitivas específicas de funcionamiento cotidiano:

- Baum, C.M. Et al. (2007): Executive Function Performance Test: The protocol booklet. Unpublished program in Occupational therapy Washington University School of Medicine, St. Louis, MO. Four standardised IADL tasks: cooking, telephone use, medication management, and money management.

- Braswell, D et al. (1993). Profile of executive control system: Instruction manual and assessment. Wake Forest, NC: Lash and Associates Publishing/Training. A 7-point rating scale that the therapist scores in the area of initiation, planning, goal management, and awareness based on observations, interviews

- Evaluación ambiental:

- Chui, T. et al. (2006). Safety Assessment of Function and the environment for rehabilitation (SAFER) version 3. Toronto, ON: COTA Health.

## ***2.2. Lluvia de ideas.***

Se ha seguido el método de lluvia de ideas para la generación de los posibles elementos y aspectos que se consideró que deberían evaluarse.

En este proceso se decidió que los aspectos que se tendrían que evaluar eran los siguientes:

- Aspectos cognitivos.
- Aspectos funcionales.
- Aspectos emocionales.
- Aspectos relacionados con el ambiente.
- Deseos, preferencias y valores personales.
- Indicadores de calidad de vida.
- Relaciones y redes sociales.

El resultado de este proceso fue un conjunto numeroso y muy amplio de aspectos que se consideraron necesarios y suficientes para la correcta valoración de las personas con demencia.

### **2.3. Establecimiento y construcción del modelo de evaluación “EVA”.**

Una vez finalizada la generación de aspectos a valorar, se procedió a su depuración. Para ello se eliminaron los elementos repetidos y se tomó una decisión para incluir en una de las categorías aquellos elementos para los que existió un desacuerdo en cuanto a su categorización.

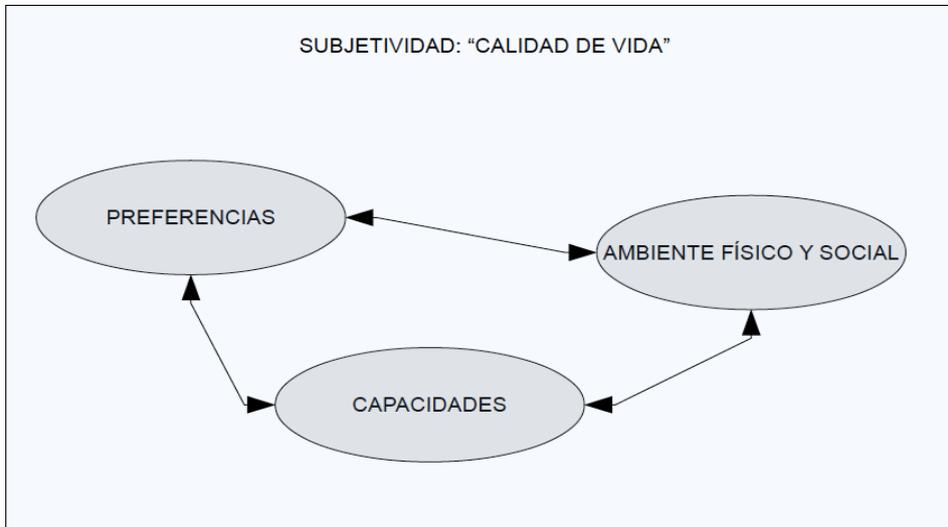
#### **2.3.1. Dimensiones del modelo de evaluación “EVA”.**

A partir de la revisión de la literatura existente y de un proceso de discusión y reflexión por parte de los autores, se pasó al diseño de un modelo hipotético de las dimensiones que componen la prueba.

Se definió un modelo que subyace a la prueba y que consta de cuatro dimensiones que comprenden: “Preferencias de la persona”, “Capacidades de la persona”, “Ambiente” y “Satisfacción con la vida”.

En la primera de ellas se evalúan las “*Preferencias*” de la persona, es decir, aquello que es importante y relevante para la persona, cuáles son sus necesidades y prioridades. En una segunda dimensión se analiza de una manera más objetiva cuáles son las “*Capacidades*”, tomando éstas como lo que la persona puede hacer, tanto a nivel cognitivo como funcional y conductual. La tercera dimensión hace referencia al “*Ambiente*” objetivo, en el que se incluye no sólo el domicilio, sino el entorno cercano y las relaciones y apoyos que la persona tiene disponibles. Por último, se incluyó una cuarta dimensión en el modelo, que se ha denominado “*Satisfacción con la vida*” y que engloba la dimensión subjetiva de la calidad de vida y satisfacción con la situación actual de la persona evaluada. Esta dimensión se evalúa por medio de preguntas realizadas a la persona evaluada, además de por escalas previamente validadas de Calidad de Vida. De esta manera, se ha considerado incluir esta medida, con dos objetivos principales. Por un lado, se pretende contar con una medida “de contraste” de la evaluación que se realice con la escala. Así, se tendrá una medida más validada con la que comparar los resultados que se obtengan con la herramienta creada. Por otra parte, se considera que los posibles equilibrios/desequilibrios señalados por la escala deberían tener un reflejo en el estado subjetivo de la persona, y las intervenciones que se puedan derivar de la detección de desequilibrios deberían tener también un reflejo en el estado subjetivo de la persona, medido a través de esta dimensión de la escala.

Figura 1. Representación gráfica del modelo “EVA”.



La prueba que se ha desarrollado permitirá evaluar hasta qué punto las tres dimensiones están equilibradas, es decir, permitirá analizar si lo que la persona desea se corresponde con lo que es capaz de hacer y con lo que su ambiente le permite. En el caso de que se detecten desequilibrios entre los componentes de las tres dimensiones, la escala permitirá hacer un análisis cualitativo individualizado de dónde se encuentra el problema que causa ese desajuste concreto en esa persona y en ese momento concreto, de manera que se puedan plantear estrategias de compensación, ajuste o intervención si es necesario.

### 2.3.2. Aplicación de los principios del Modelo de Atención Gerontológica Centrada en la Persona (MAGCP).

Esta herramienta de evaluación para personas con demencia basa su filosofía en principios del MAGCP (Martínez, 2011). A continuación se exponen aquéllos que se han considerado más relevantes para el desarrollo del instrumento de evaluación:

- Foco en capacidades y habilidades de la persona
- Intervención en macronivel (plan de vida)
- Compartir decisiones con usuarios, amigos, familia, profesionales
- Persona dentro de su comunidad y entorno habitual
- Estilo de vida deseable, con un número ilimitado de opciones
- Centrados en la calidad de vida
- Responder a las necesidades basándose en responsabilidades compartidas y compromiso personal

- Servicios adaptables y que respondan a las personas. Distribución de recursos para responder a los intereses de la gente.
- Lenguaje familiar y claro

## **2.4. Características del instrumento de evaluación “EVA”.**

Como paso previo a la redacción los ítems que iban a componer finalmente el instrumento de evaluación “EVA”, el equipo implicado en el proyecto se planteó una serie de requisitos que deberían cumplir éstos. De esta forma, el cumplimiento de los requisitos garantizará la utilidad y la novedad del instrumento.

Los requisitos planteados fueron los siguientes:

- a) El evaluador necesita una formación importante en la aplicación de la herramienta, así como en habilidades de comunicación con personas con demencia.
- b) Serán preguntas cortas, adaptadas al lenguaje de la persona y deberán realizarse a un volumen adecuado.
- c) En pro de minimizar el tiempo de entrevista, se han establecido algunas jerarquías de ítems dependientes y no se realizan las preguntas dependientes si el ítem superior se ha respondido negativamente o ha sido emitido de la misma manera.
- d) Se preferirá el acercamiento directo a las capacidades de la persona por medio de la observación de su conducta, antes que por medio de preguntas directas con el objetivo de minimizar posibles sesgos de memoria, deseabilidad social, etc.
- e) Ciertos ítems del cuestionario se podrán cumplimentar sin la presencia del participante para evitar su fatiga: cuestiones relativas a la arquitectura, etc.
- f) Como principio general se intentará no obtener información a través de informadores externos, para evitar la interpretación de los deseos, necesidades, preferencias y valores de la persona evaluada.

## **2.5. Redacción de los ítems.**

Desde esta perspectiva de evaluación se decidió que el instrumento debería tener dos partes diferenciadas en la valoración. Por un lado, se planteó la necesidad de contar con un protocolo en que se reflejen los aspectos que hay que evaluar, cómo hacerlo y qué información hay que ir obteniendo. Por otro lado se consideró la necesidad de tener un registro de los aspectos más objetivos.

Los ítems se redactaron para permitir que el proceso de evaluación tenga su base en la observación de tareas cotidianas y situaciones semi-estructuradas y facilite el registro de la información de manera objetiva y lo más cuantificable posible, ya que esto permitirá un mejor análisis de los datos obtenidos.

Por otro lado, los ítems tendrían que ser fácilmente administrables a todas las personas sin importar el grado de deterioro cognitivo, pudiendo así evaluar a personas sin demencia y a personas con demencia en distintas fases, desde las iniciales a las más avanzadas.

Además se pretende que el instrumento de evaluación se pueda aplicar en diferentes contextos. Para ello los ítems deben ser lo suficientemente flexibles como para evaluar a personas que viven en un entorno domiciliario como a personas que residan en centros residenciales o acudan a centros de atención diurna.

Otro aspecto que se tuvo en cuenta, fue que los ítems deberían permitir obtener información que se pudiera utilizar con dos objetivos diferenciados. Por un lado deberían aportar la información necesaria para poder extraer indicaciones que guiarán y orientarán la intervención y la elaboración de planes de acción individualizados que aumenten la calidad de vida de las personas a las que se entreviste. Por otro lado, los resultados que se obtengan con este instrumento deberán tener una calidad suficiente para permitir su utilización con fines científicos y de investigación.

Para cumplir este último criterio se llegó a la conclusión de que la mejor opción era diseñar unos ítems cuyas respuestas oscilen en una escala de 0 a 4. El 0 representa el polo negativo y el 4 el positivo. Aunque en algunos casos especiales, como podría ser en los ítems sobre las Preferencias, éstos son categóricos-nominales y no se puede establecer cual de los dos polos es el positivo y cual el negativo ya que tratan únicamente de valorar deseos y prioridades; por definición, personales.

Finalmente, se pensó que la metodología de evaluación sería la administración de los ítems por medio de una entrevista semi-estructurada con la persona evaluada, de una hora y media de duración aproximada. En esta entrevista se preguntan todos los aspectos a evaluar de una manera natural y ecológica mediante una conversación más o menos informal. Adicionalmente, los evaluadores utilizan la observación para valorar determinados aspectos incluidos en la prueba. Al final de la entrevista, algunos de los aspectos se evalúan mediante el juicio del evaluador que deberá poseer los conocimientos necesarios para poder realizar esta valoración.

## **2.6. Selección de los ítems.**

Una vez establecidos los criterios que deberían cumplir los ítems redactados, se procedió a redactar un conjunto de ítems que superara a los realmente necesarios con el objetivo de poder discriminar y utilizar los que, a criterio de los profesionales implicados en el proyecto, optimizaran la información y resultados obtenidos al utilizar esta herramienta.

En la siguiente tabla se puede observar el modelo con las diferentes dimensiones y sus relaciones entre ellas y el conjunto de preguntas que configuran cada una de las dimensiones de la prueba de evaluación "EVA".

Tabla 1. Componentes de las dimensiones del modelo “EVA”.

<b>CAPACIDADES</b>	<b>PREFERENCIAS</b>	<b>AMBIENTE</b>
C1. Lenguaje: Comprensión.	P1. Preferencias sobre intimidad.	A1. Intimidad proporcionada por el ambiente.
C2. Lenguaje: Expresión.	P2. Preferencias sobre independencia.	A2. Adecuación de la vivienda.
C3. Memoria. C3.1. Autobiográfica. C3.2. Reciente	P3. Importancia de la continuidad del estilo de vida.	A3. Adecuación del edificio.
C4. Atención.	P4. Preferencias sobre ambiente de cuidados.	A4. Organización del ambiente físico.
C5. Praxias superiores. C5.1. Capacidad. C5.2. Instrumental	P5. Preferencias sobre cuidadores.	A5. Estructuración del ambiente como facilitador de rutinas.
C6. Praxias inferiores. C6.1. Capacidad. C6.2. Instrumental.	P6. Preferencias sobre actividades.	A6. Presencia de estímulos facilitadores de actividad.
C7. Capacidad de toma de decisiones.	P7. Preferencias sobre las elecciones. P7.1. Tratamientos. P7.2. Elecciones cotidianas.	A7. Participación en actividades.
C8. Habilidades sociales y comunicativas básicas.	P8. Satisfacción y vinculación con el entorno. P8.1. Vinculación con el barrio. P8.2. Condiciones vivienda. P8.3. Agrado por la casa.	A8. Seguridad del ambiente.
C9. “Awareness” o conciencia sobre el estado global.	P9. Percepción de seguridad.	A9. Redes de apoyo objetivas.
C10. Alteraciones conductuales. C10.1 Agitación. C10.2 Deambulación. C10.3 Agresividad. C10.4 Desinhibición. C10.5 Apatía.	P10. Percepción de clima familiar y social.	A10. Red de relaciones sociales. A10.1 Distancia. A10.2 Contacto presencial. A10.3 Contacto telefónico.
<b>DIMENSIÓN SUBJETIVA-CALIDAD DE VIDA</b>		
S1. Calidad de vida.		
S2. Satisfacción vital.		
S3. Estado emocional. S3.1. Afecto positivo. S3.2. Afecto negativo. S3.3. Balance emocional.		

## ***2.7. Contrastación del modelo con expertos.***

Como se ha citado anteriormente, se ha contado con la colaboración de expertos a nivel nacional en gerontología, demencia y bioética, para conocer su opinión sobre el modelo “EVA” desarrollado, sus dimensiones, y sobre la herramienta desarrollada a partir de éste.

Para ello, se han llevado a cabo una serie de entrevistas individuales a cuatro expertos en campos relacionados con la temática que aborda el instrumento. Los expertos consultados pertenecen a las áreas de Servicios Asistenciales, Bioética y decisiones al final de la vida, Demencias y Gerontología, y Psicometría, y en la actualidad trabajan en distintos organismos públicos y privados, así como en distintas universidades.

Se ha contado con expertos de Fundación Matia y Fundación INGEMA, Universidad Autónoma de Madrid, Universidad de Barcelona, Servicio de Salud de la Comunidad de Madrid e Institut de Envelliment de Catalunya.

De las entrevistas realizadas resultó un informe en el que se recogen las principales recomendaciones que los expertos realizan, así como su aplicación a la escala en la versión actual. Las principales recomendaciones que se derivan de este informe y que se aplicaron en el desarrollo de la herramienta son las siguientes:

- Aumento de los ítems dedicados a relaciones sociales, con el fin de obtener una mejor medida del mapa relacional de la persona evaluada y la posible influencia de éste en su situación y equilibrio.
- Mejora de las definiciones de las variables e ítems.
- Cambios en el procedimiento de aplicación de la prueba.
- Definición de los límites de aplicación de la prueba.
- Creación de material visual para evaluar preferencias y valores en personas con demencia.

## ***2.8. Depuración del instrumento de evaluación.***

A partir de las observaciones realizadas por los expertos, se realizaron los cambios pertinentes en la prueba.

En aras de la practicidad, y de cara a poder realizar una primera validación tanto del modelo que subyace a la prueba, como de la manera de evaluar estos aspectos en esta población de personas con demencia, y dado que es una aproximación compleja, innovadora y de la que no se conocen experiencias anteriores, se realizó una versión abreviada de la escala, en la que sólo se evalúan 10 ítems por cada una de las dimensiones.

La versión resultante se contrastó de nuevo con expertos y se realizaron los cambios y la inclusión de las preguntas y escalas que componen la dimensión subjetiva de Satisfacción con la vida. Como resultado de todo el proceso, se completó la versión piloto de la prueba,

compuesta por 33 ítems que forman las cuatro dimensiones (Preferencias, Capacidades, Ambiente y Satisfacción) lista para ser validada.

No hay que olvidar que la escala final contendrá todos los ítems que sean necesarios para realizar la evaluación en el nivel de profundidad estimado para cada una de las variables.

### 3. Pilotaje del Modelo y del Instrumento “EVA”

#### 3.1. Formación de los valoradores.

De cara a la preparación de la fase de validación piloto de la versión final de la escala, se realizó la fase de formación de los evaluadores. Esta fase se compuso de unas sesiones de discusión sobre la manera práctica de aplicar la escala. Además, se procedió a aplicar la escala a dos sujetos “simulados” por medio de la técnica de role-playing, y se grabó en video esta aplicación, de manera que sirviera de material de formación adicional. Posteriormente, se utilizó también la metodología de creación de “personas virtuales”.

La utilización de Personas Virtuales es una metodología utilizada en las ciencias sociales para la aplicación hipotética de escalas u orientación de objetivos de desarrollo de mercado basado en la descripción de una persona virtual, inexistente, que de alguna manera sea un estereotipo que aglutine las características del colectivo al que se pretende alcanzar en el estudio.

El objetivo de esta sección consiste en desarrollar la aplicación hipotética de la escala a estas tres personas virtuales de manera que se pueda elaborar unas medidas tentativas sobre sus diferentes equilibrios/ajustes o desequilibrios/desajustes. Estas personas virtuales podrán utilizarse como perfiles teóricos a la hora de realizar formación en la aplicación de la escala a futuros evaluadores.

En este caso se han planteado tres personas virtuales diferentes a las cuales se les administra la prueba de manera ficticia para hipotetizar cuáles serían sus respuestas a las diferentes partes de la escala. Los tres perfiles difieren en una serie de características básicas tales como estatus cognitivo, funcional, preferencias, situación social o el domicilio. Las tres personas virtuales creadas para simular la aplicación de la escala fueron:

1. *Patxi Iruardobeltxa*. Representa un hombre de 73 años con Enfermedad Alzheimer en estadio grave, con alteraciones de conducta (agresividad y agitación) y varias complicaciones médicas: fisura de cadera por lo que usa silla de ruedas, operación de esófago que le impide comunicarse verbalmente y artritis con dolor. Su perfil representa el tipo de usuario que se pueden encontrar en las unidades psicogeriatricas de los centros asistenciales. A nivel personal, Patxi es tradicionalista y familiar, lo cual supuso un problema para él cuando su familia no pudo garantizarle los cuidados y lo institucionalizaron en una residencia.

2. *Ryta Lemy Montevideo*. Persona virtual inspirada en la premio nobel de fisiología y medicina. Comparte con la premio nobel una muy avanzada edad, envejecimiento saludable, un alto cociente intelectual muy preservado, sin deterioro cognitivo asociado a patología,

viviendo sola con apoyo y visitas de sus familiares. Este perfil representa a una mujer independiente y autónoma con envejecimiento saludable y adaptada a su entorno.

3. *Perry Treatchet*. Persona virtual inspirada en el escritor inglés Terry Prattchet. Sus características son el haber sido una persona activa e influyente en el campo de las artes que desarrolla una Enfermedad de Alzheimer de inicio temprano y va perdiendo capacidades a la vez que es consciente de los avances de la enfermedad. Esta persona virtual mantiene sus actividades compensando y supliendo los déficit funcionales y cognitivos por medio de estrategias y apoyo social. Con respecto a su personalidad se destaca que Perry ha aparecido en los medios de comunicación como defensor de la independencia personal y pro-eutanasia.

### **3.2. Aplicación del instrumento a personas reales.**

Paralelamente a la formación de los evaluadores se contactó con los distintos participantes potenciales como sujetos evaluados. Éstas personas fueron preseleccionadas por sus características de funcionamiento cognitivo y de lugar de residencia, de manera que nos permitieran la aplicación de la versión piloto de la escala a un número suficiente de muestra que abarcara todos los estadios de deterioro cognitivo asociado a demencia, incluyendo también personas mayores sin demencia.

Al obtener sujetos de distintos ámbitos residenciales pretendíamos comprobar la aplicabilidad de la muestra en todos esos ámbitos, ya que era una de las características que se habían marcado como requisito de la prueba.

Se contactó con los participantes de los grupos de mejora de memoria que organiza Fundación INGEMA, de donde se obtuvo parte de los sujetos sin deterioro cognitivo. Además, distintos centros de Fundación Matia (Centro de Día y Centro Gerontológico Rezola, Centro de Día Elizarán, y Centro de Día Ricardo Bermingham) colaboraron en la captación de sujetos con el resto de perfiles solicitados, llegando a una muestra final de 39 sujetos.

De manera resumida, los objetivos de la valoración de estas personas con la primera versión son los siguientes:

- Validar la adecuación del modelo.
- Validar la factibilidad de realizar una evaluación de este tipo, con las características que se han descrito hasta ahora, en personas con demencia.
- Validar la factibilidad y la manera de explorar aspectos como las preferencias y valores en personas con demencia.
- Contrastar la medida de equilibrios que pueda extraerse de la escala con unas medidas más probadas de dimensiones subjetivas como la Calidad de Vida.

### 3.2.1. Perfiles de las personas participantes.

En esta evaluación piloto de “EVA” se evaluó a un total de 39 personas con diferente grado de deterioro cognitivo. Se dividió a los participantes en tres grupos en función de su puntuación en la Escala Global de Deterioro (GDS) de Reisberg et al. (1982) y Reisberg (1988). En la Tabla 1 pueden consultarse los datos sociodemográficos más relevantes de la muestra.

Como criterios de inclusión y exclusión únicamente se tuvo en cuenta la capacidad de comprensión verbal de las personas evaluadas. Aunque existe variabilidad en la muestra, se seleccionó a los participantes con comprensión más conservada.

Tabla 1. Descripción de la muestra de personas entrevistadas por grupos y total de la muestra.

	Grupo (n=13)			
	Sin deterioro GDS=1-2	Deterioro Leve GDS=3-4	Deterioro Moderado-Grave GDS=5-6	Muestra Total (n=39)
<b>Edad</b>				
Media	85,80	78,30	85,27	82,69
Desviación típica	4,66	8,54	5,02	7,24
Rango	80-91	66-92	77-92	66-92
<b>Lugar de residencia (%)</b>				
Domicilio	8 (61,54%)	4 (30,77%)	0 (0,00%)	12 (30,77%)
Centro de día	1 (7,69%)	3 (23,08%)	4 (30,77%)	8 (20,51%)
Recurso residencial	4 (30,77%)	6 (46,15%)	9 (69,23%)	19 (48,72%)
<b>Género (%)</b>				
Mujeres	9 (69,23%)	9 (69,23%)	9 (69,23%)	27 (69,23%)
Varones	4 (30,77%)	4 (30,77%)	4 (30,77%)	12 (30,77%)

Las evaluaciones de las personas sin deterioro cognitivo y de las personas que acuden a Centro de Día se han realizado en sus domicilios, en la mayoría de los casos, y en las personas que están en centros gerontológicos, la evaluación se ha realizado en el mismo centro.

Todas las personas evaluadas han participado de manera voluntaria. Se les hizo firmar un consentimiento informado a los participantes o a sus familiares en el caso de no tener la capacidad para ello, aunque se buscó de manera adicional el consentimiento propio de la persona evaluada aunque no fuera de manera expresa. El Comité de Ética Matia-Hurkoa, que evalúa el cumplimiento y seguimiento de los aspectos éticos de todas las intervenciones que se realizan con personas dentro del Grupo Matia otorgó en visto bueno a esta investigación.

### 3.3. Resultados obtenidos.

De manera general, con la aplicación de la prueba a la muestra evaluada se ha obtenido información para analizar distintos aspectos esenciales de la escala:

- Conocer hasta qué punto puede aplicarse el instrumento “EVA” a personas mayores con distinto grado de deterioro cognitivo y personas mayores sin deterioro cognitivo.
- Saber si el instrumento “EVA” puede ser aplicado a personas mayores que viven en distinto tipo de domicilio y que acuden a distintos recursos.
- Analizar la fiabilidad interjueces del instrumento.
- Analizar la viabilidad del modelo y de los resultados que se obtienen de la aplicación del instrumento.

### 3.3.1. Casos prácticos.

A continuación se describen los perfiles de 6 casos, desarrollados con base en los resultados obtenidos en la prueba. Los casos fueron seleccionados por considerarse representativos del grupo al que pertenecen según deterioro global:

- Personas sin deterioro: 1 y 2.
- Personas con demencia leve-moderada: 3 y 4.
- Personas con demencia moderada-grave: 5 y 6.

#### 3.3.1.1. DESCRIPCIÓN DEL CASO 1

Persona mayor sin deterioro cognitivo. Mujer. Vive sola en su domicilio, lleva una vida muy activa, con actividades de tipo cultural, social, físico, etc. Enviudó hace poco y cuidó de su marido y de su madre en casa.

##### Resultados de la prueba

- **Capacidades**

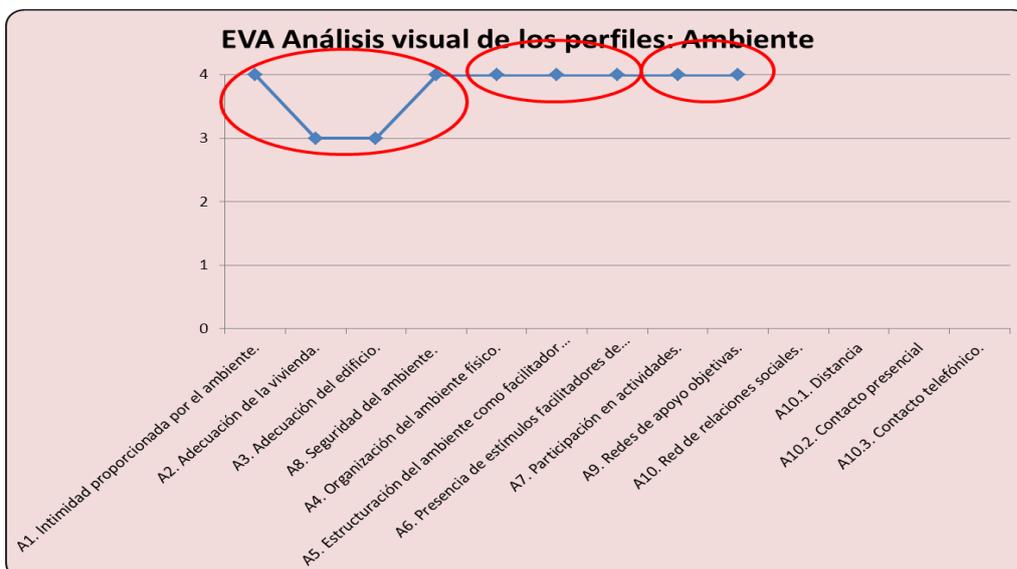
La persona mantiene todas sus capacidades cognitivas.



En el gráfico se puede observar la distribución de las puntuaciones agrupadas por subcategorías dentro de la dimensión de capacidades. Lenguaje, Memoria, Praxias Superiores e Inferiores, Toma de Decisiones, Habilidades Sociales y Awareness se encuentran en un efecto techo, mientras que los Trastornos de Conducta se encuentran en un efecto suelo.

- **Ambiente**

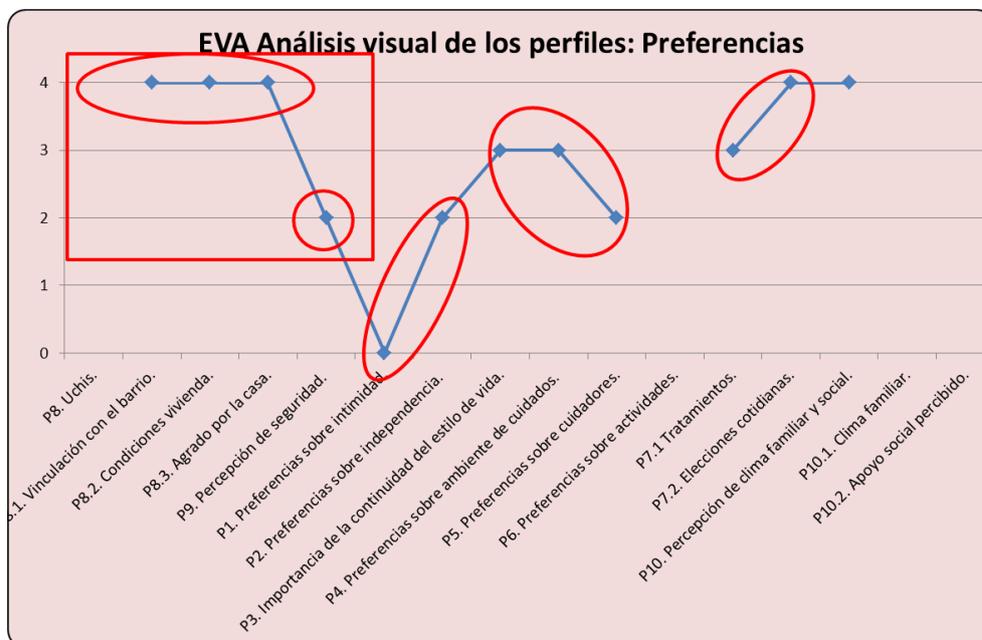
Vive en su domicilio, sola. El domicilio y el entorno son seguros, y están bastante adecuados. El ambiente proporciona total intimidad, está organizado y bien estructurado, y tiene suficientes estímulos facilitadores de actividad. En el entorno social, tiene redes de apoyo y de relaciones suficientes.



En el gráfico se puede observar la agrupación de los resultados en: Intimidación, Adecuación y Seguridad del ambiente en el lado izquierdo, Estructura, Organización y Estimulación en el centro y Participación y Redes Sociales a la derecha.

- **Preferencias**

Muy satisfecha con su entorno y con las condiciones de su vivienda, así como con su clima familiar y social. Al vivir sola, es consciente de que puede tener peligro de que le pase algo y no haya nadie, por lo que lleva telealarma, lo que le hace sentir más segura. En relación a la toma de decisiones, prefiere elegir ella misma sus tratamientos y sus actividades cotidianas. Para ella es importante continuar con su estilo de vida, pero estaría dispuesta a cambiar algunas cosas si fuera necesario para ganar en seguridad, aunque sólo cambiaría las rutinas menos importantes. En relación con los cuidados, preferiría ser cuidada a medias entre familia (hijas) y alguien contratado, ya que no quiere dar trabajo a las hijas. Preferiría mantenerse en su domicilio para ser cuidada, pero si lo necesita no le importaría ir a una residencia. No otorga un valor relevante a mantener su intimidad si están en juego aspectos como correr riesgo. Valora su independencia, aunque contempla ceder y depender de varias ayudas si eso aumenta su comodidad y bienestar y los de sus personas cercanas.



En el gráfico se pueden observar los resultados según cuatro grupos: 1) Casa y Edificio (dentro del cuadrado), 2) Preferencias sobre Intimidación e Independencia, 3) Importancia de la Continuidad y Preferencias sobre Cuidados y Cuidadores y 4) Preferencias sobre elección. El análisis visual nos permite observar que existe un efecto techo en las preferencias y agrado de la casa y barrio, sin embargo se percibe una falta de seguridad. La intimidad y la independencia

se observan menos relevantes con respecto a la seguridad. Las preferencias sobre cuidados y cuidadores son relativos y a la persona le gusta elegir sus por sí misma en gran medida.

- **Calidad de vida**

Satisfacción vital alta. Buena calidad de vida. Estabilidad emocional.

Ajustes

No se detectan desajustes. La persona es capaz de vivir de manera autónoma, su casa está adaptada y tiene una red social suficiente, aunque en caso de necesitar ser cuidada, no le importaría recurrir a recursos externos. Percibe cierta inseguridad (miedo a que le pueda pasar algo) pero lo suple con el uso de dispositivo de telealarma.

Riesgos

No se detectan.

Acciones

No son necesarias.

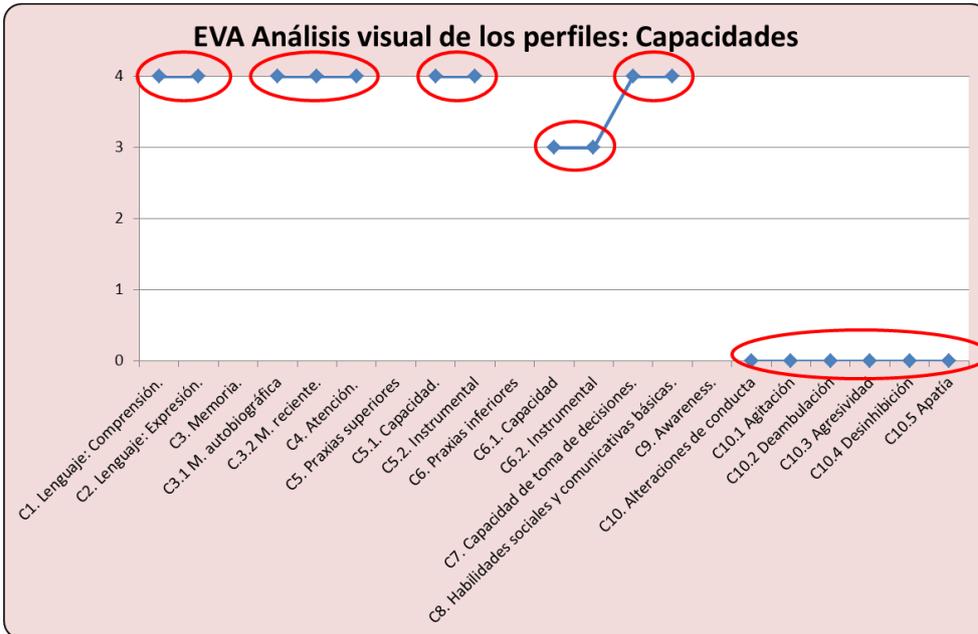
### 3.3.1.2. DESCRIPCIÓN DEL CASO 2

Persona mayor sin deterioro cognitivo. Hombre. Vive en una residencia. Su mujer tuvo demencia y decidió voluntariamente ingresar con ella en la residencia. Durante 5 años vivieron los dos, y tras la muerte de ella él decidió seguir viviendo allí.

Resultados de la prueba

- **Capacidades**

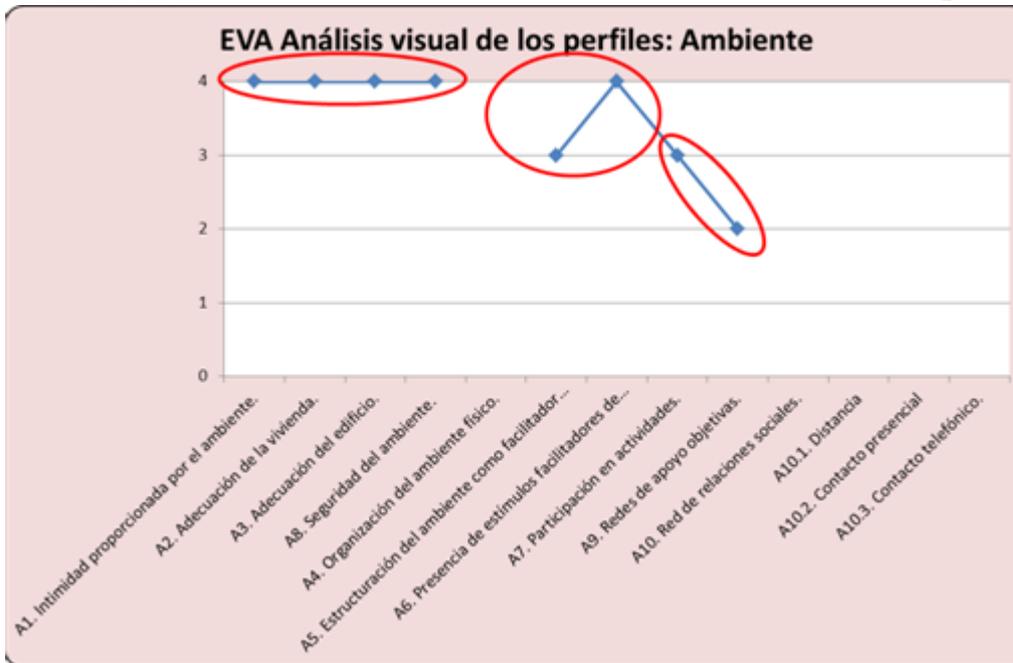
La persona mantiene todas sus capacidades cognitivas. Es ciego, pero se maneja perfectamente para deambular por el centro y realizar sus actividades cotidianas.



En el gráfico se pueden observar los grupos antes mencionados. Se puede observar el mismo efecto techo y suelo en las puntuaciones con la excepción de las praxias inferiores, en las que se ve un desempeño alto y autónomo aunque con ligeras dificultades.

- **Ambiente**

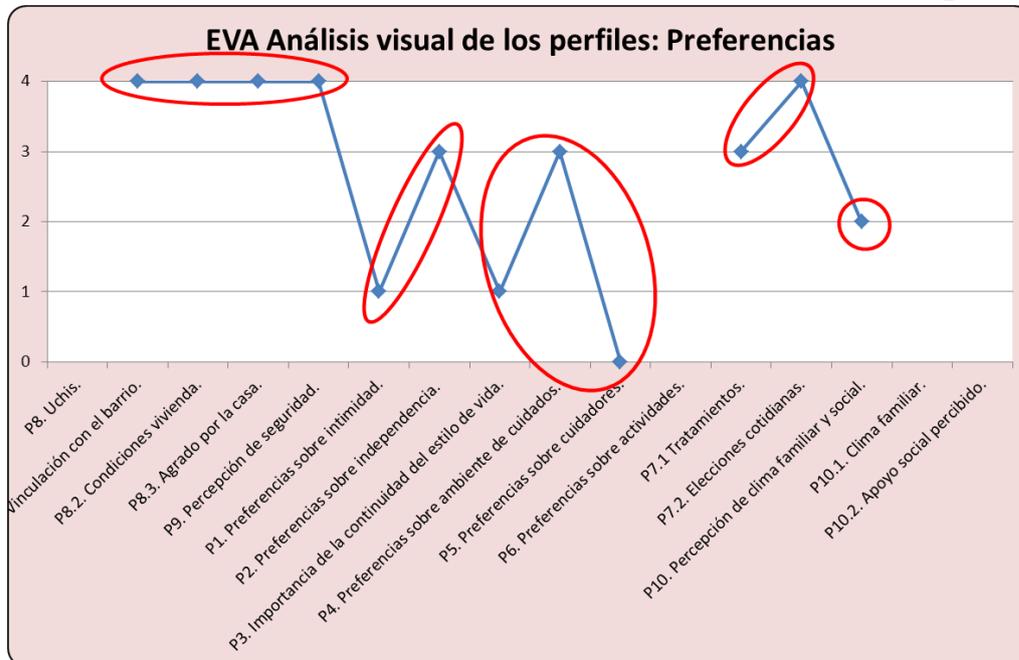
El ambiente está adaptado y es seguro, tanto el centro como el entorno. Proporciona suficiente intimidad, está organizado y proporciona suficientes estímulos facilitadores de actividad. No obstante, el ambiente podría mejorar en la capacidad de facilitar rutinas. Participa en bastantes actividades preferidas. Su red de apoyo objetiva es limitada.



En el gráfico se puede observar que el ambiente es adecuado, que la organización y estructura son relativamente altas, pero que sin embargo la participación y las relaciones no son tan altas, observándose una carencia en las redes de apoyo objetivas.

- **Preferencias**

Muy satisfecho y vinculado con el barrio y las condiciones del centro, los que además percibe como seguros. Prefiere elegir sus actividades cotidianas y sus tratamientos, aunque para estos últimos acepta consejo. Respecto a los cuidados que quiere recibir, no da importancia a que sean otorgados por una persona cercana y no le importa que se los den profesionales. Prefiere mantenerse en el entorno en el que está actualmente, y preferiría mantener su independencia al máximo, pero aceptaría ayuda en caso de necesitarla. No otorga demasiada importancia a mantener su intimidad si esto pone en riesgo aspectos como la seguridad. Respecto a su estilo de vida, no le importaría cambiar algunas de sus costumbres para ganar en seguridad, pero sólo si son de las menos importante. Sobre su clima familiar y social, percibe que ve poco a sus seres queridos, pero se resigna, ya que piensa que van a verle cuando pueden.



En el gráfico se observa que la persona está adaptada al barrio y la residencia, que si bien valora poco la intimidad, valora más alto su independencia, que mantener un estilo de vida no es relevante y que prefiere el cuidado profesional al familiar. La persona se encuentra cómoda tomando sus propias decisiones y se encuentra un déficit en la red social.

- **Calidad de vida**

Satisfacción vital alta, calidad de vida alta. Estabilidad emocional.

### Ajustes

No se detectan desajustes. El ambiente está adaptado para que la persona pueda ser autónoma a pesar de su discapacidad visual. Está ingresado en una residencia, pero no le importa ser cuidado por personas ajenas a su familia, tampoco le importa renunciar a intimidad o a costumbres, si con ello gana en seguridad.

### Riesgos

No se detectan.

### Acciones

No son necesarias.

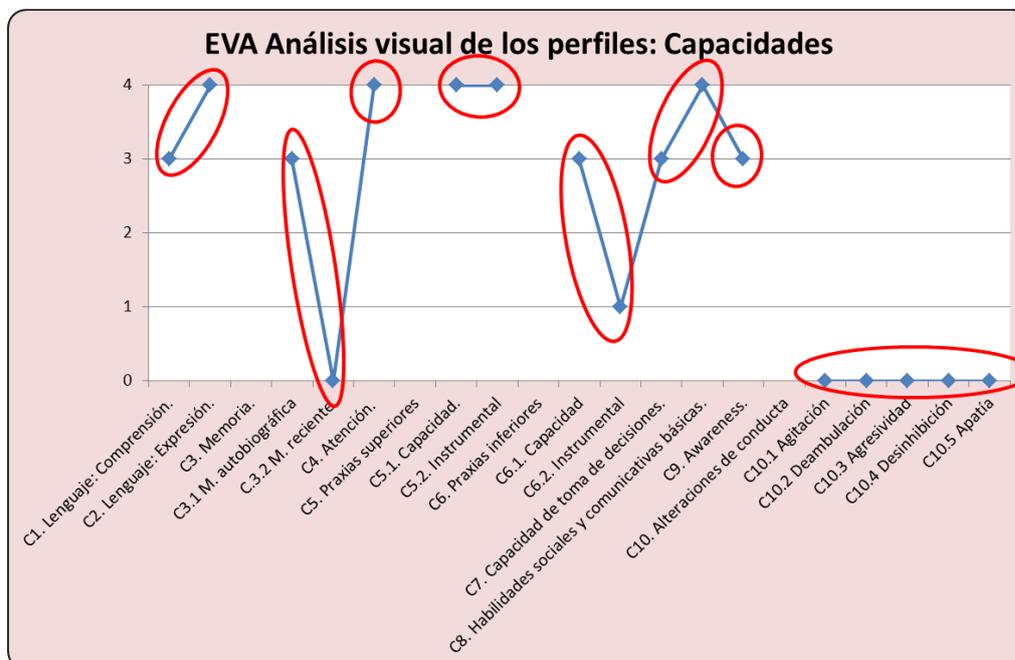
### 3.3.1.3. DESCRIPCIÓN DEL CASO 3

Persona mayor con diagnóstico de Enfermedad de Alzheimer (GDS 4). Hombre. Vive en su domicilio. No acude a ningún recurso ni tiene ayuda a domicilio.

#### Resultados de la prueba

- **Capacidades**

Tiene una alteración muy importante de la memoria reciente. Conserva la memoria remota autobiográfica. Nivel medio de comprensión de lenguaje, nivel máximo de expresión. Capacidad atencional conservada. Praxias conservadas, salvo en la ejecución de movimientos orientados hacia una tarea. Tiene un conocimiento adecuado de sus déficit, pero le faltan aspectos concretos como la cronicidad o las implicaciones que puede tener en su vida cotidiana. Podría ser capaz de tomar decisiones basadas en la finalidad de la tarea o con un corto plazo de ejecución. Habilidades sociales conservadas. No presenta alteraciones de conducta.

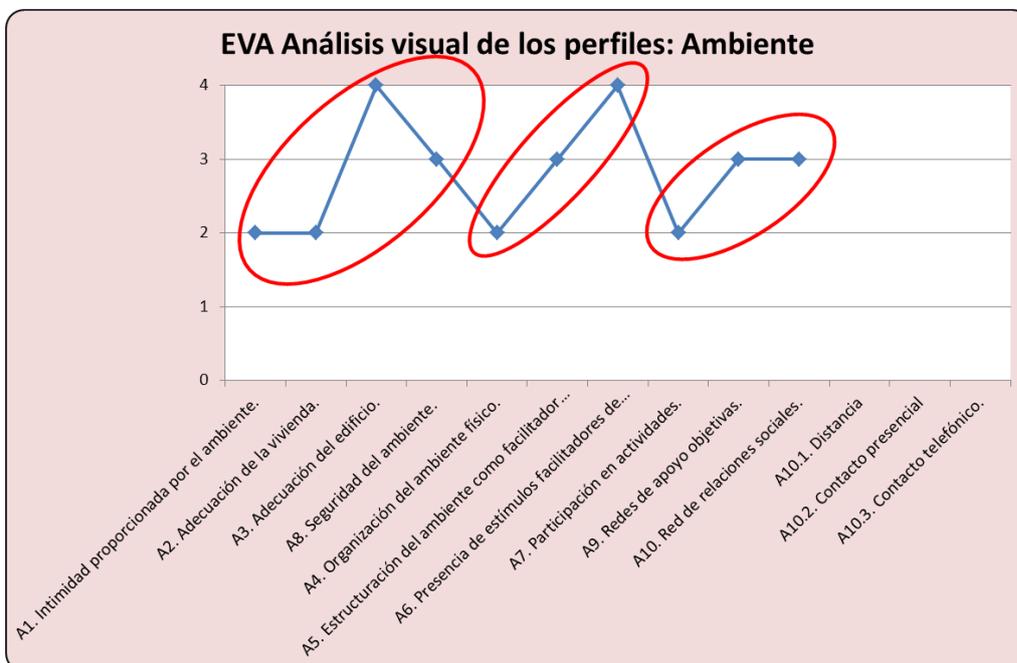


En la gráfica se pueden observar los contrastes en los óvalos rojos que se encuentran en posición cuasi vertical: mejor expresión que comprensión, mejor memoria autobiográfica que biográfica, mejor capacidad en praxias superiores que en inferiores, capacidad de toma de decisiones y capacidad comunicativa relativamente alta. Con respecto a las alteraciones de

conducta se puede observar el óvalo aplanado en la esquina inferior derecha del gráfico representando el efecto suelo en las puntuaciones relacionadas.

- **Ambiente**

El edificio es totalmente accesible, pero la vivienda tiene algunos problemas de accesibilidad y de seguridad. El ambiente le proporciona una intimidad moderada, está parcialmente estructurado y presenta abundancia de estímulos facilitadores de actividad. Tiene una red de apoyo objetiva amplia, al igual que su red de relaciones sociales.

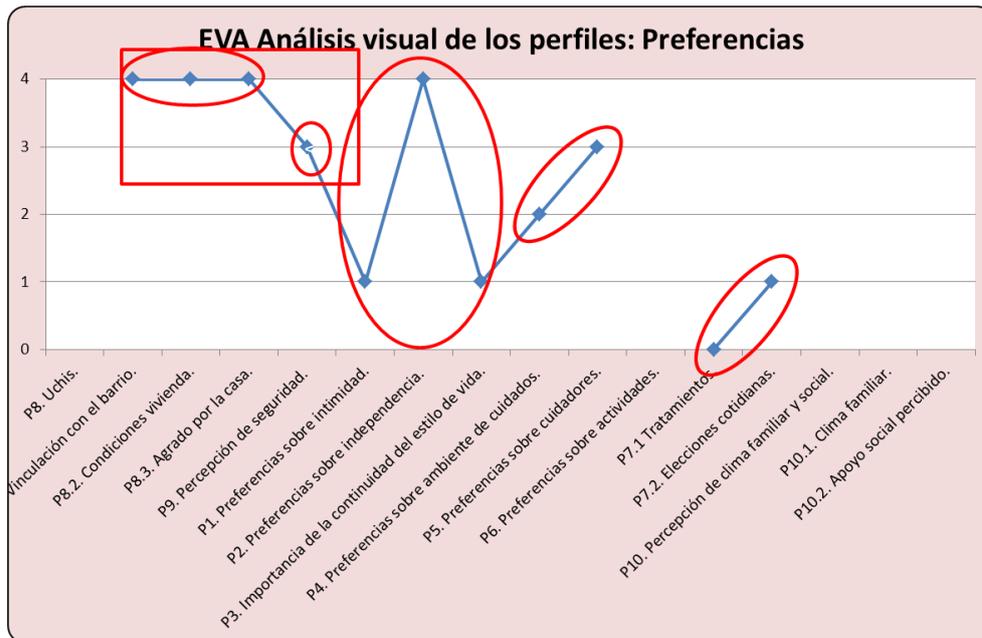


En el gráfico se puede observar, en la primera agrupación, que la intimidad es baja y que la vivienda no está tan adecuada como el edificio. Se observa también que la organización del ambiente podría mejorar aunque dispone de suficiente estimulación. La participación en actividades es relativamente baja, mientras que las relaciones sociales tanto reales como percibidas son relativamente altas, según el óvalo de la derecha.

- **Preferencias**

Muy vinculado con su barrio y con su vivienda, que le agrada mucho. Percibe su entorno como altamente seguro. En relación al ambiente en el que quiere ser cuidado, prefiere quedarse en su domicilio, pero aceptaría cambiar según opinara su círculo social, y tiene un interés alto en que le cuiden sus familiares. La toma de decisiones, tanto sobre tratamientos como sobre tareas cotidianas prefiere delegarla en sus personas cercanas, al igual que ha hecho durante el resto de su vida. Le otorga una importancia baja a mantener su intimidad y a mantener sus

costumbres, si ello supone algún riesgo para su seguridad. Prefiere realizar tareas como comer, vestirse, etc. de manera independiente, valorando su independencia por encima de otros aspectos como la comodidad, seguridad, etc.



- **Calidad de vida**

Satisfacción vital alta. Estado emocional algo inestable.

### Ajustes

1.- El ambiente le proporciona una intimidad moderada, pero no es un aspecto que la persona valore, por lo que no se considera un desajuste.

2.- La vivienda tiene algunos problemas de accesibilidad y la persona tiene algunos problemas en deambulación, por lo que habría que analizar este aspecto, ya que la persona preferiría no tener que cambiar de domicilio.

3.- No participa en las actividades que le gustan y le han gustado por culpa de su deterioro cognitivo. Como tiene bastante consciencia de lo que le pasa, eso le genera mucha frustración.

4.- No le interesa tomar decisiones cotidianas (nunca le ha interesado), aunque está capacitado para ello.

5.- Gran importancia de la independencia para las AVDB, aspecto que es fomentado por su esposa, que es la que le cuida en el momento actual.

### Riesgos

Desajuste 2 → Caídas. Institucionalización.

Acción: Adecuación de algunos aspectos de la vivienda.

Acción: Apoyo y formación a la cuidadora principal (y resto de la familia) para que pueda seguir desarrollando la tarea de cuidado en el domicilio.

Desajuste 3 → problemas de estado de ánimo,

Acción: Participación en actividades de tipo cognitivo que le satisfagan (Problema: no hay ese recurso).

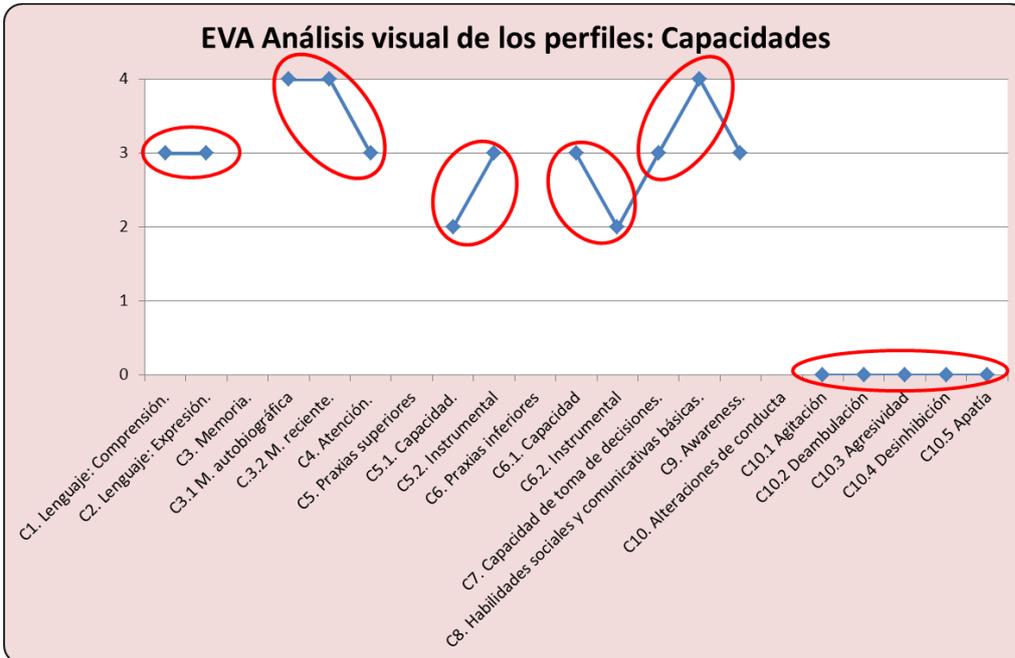
#### 3.3.1.4. DESCRIPCIÓN DEL CASO 4

Persona mayor con diagnóstico de Enfermedad de Alzheimer (GDS 4). Hombre. Vive en su domicilio. No acude a ningún recurso ni tiene ayuda a domicilio.

#### Resultados de la prueba

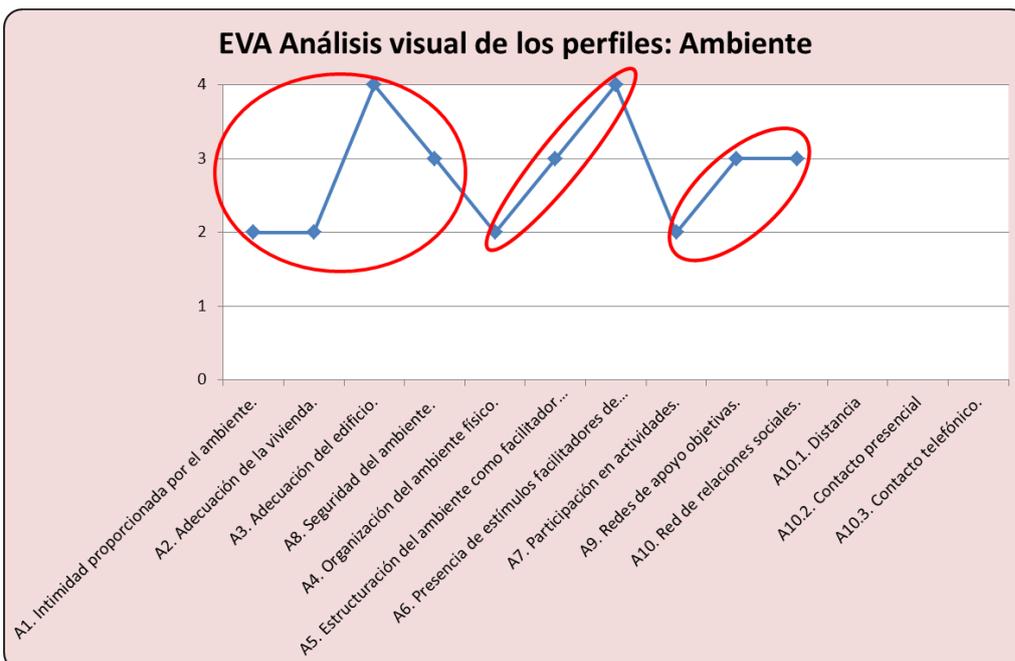
- **Capacidades**

Comprensión y expresión de lenguaje en nivel medio. Memoria reciente y remota conservadas. Capacidad de atención media. Capacidad funcional de extremidades superiores relativa, conservando una capacidad instrumental que le permite por ejemplo vestirse con algo de ayuda física o con ligeras dificultades. Es capaz de andar solo con soporte físico o ligeras dificultades y es capaz de organizar y planificar sus desplazamientos en lugares muy familiares. Puede tomar decisiones basadas en la finalidad de la tarea o con un corto plazo de ejecución. Conserva las habilidades sociales, y tiene un conocimiento adecuado de sus déficit, pero le faltan aspectos concretos sobre éste. No tiene alteraciones de conducta.



- **Ambiente**

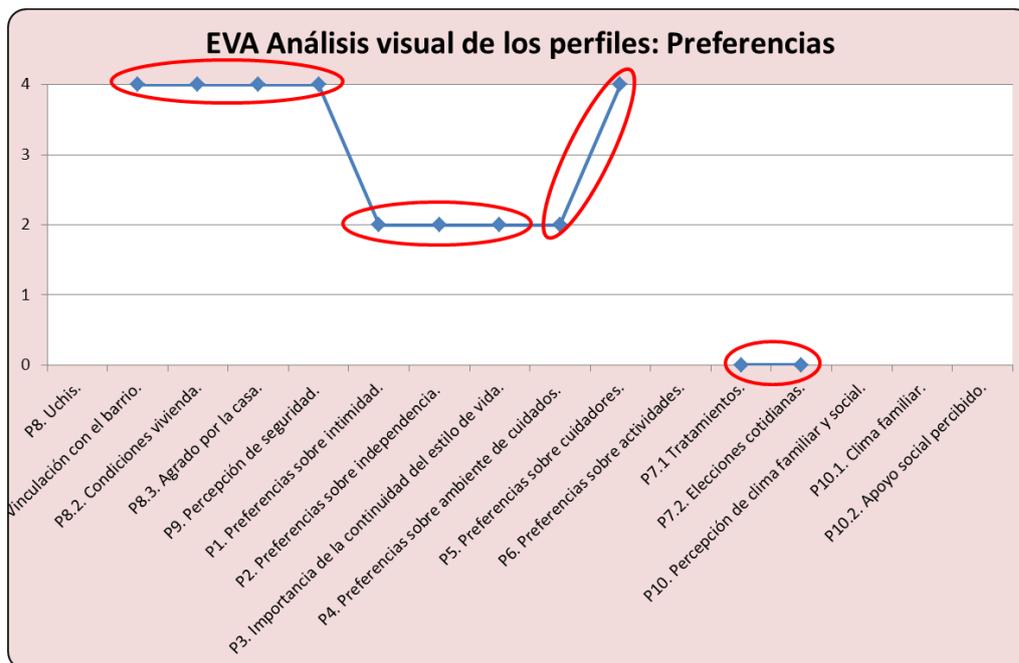
Edificio totalmente accesible. Ambiente totalmente organizado, estructurado y facilitador de las rutinas y de las actividades. Ambiente con seguridad alta y que proporciona un grado medio de intimidad. Participación frecuente en actividades preferidas por el sujeto. Red de apoyo objetiva amplia.



Se puede ver en el gráfico que existe una cierta heterogeneidad en los resultados. La intimidad proporcionada por el ambiente y la adecuación de la vivienda son bajas. Mientras que el edificio está adaptado y la seguridad es relativamente alta. El ambiente está relativamente organizado y estimulante como se puede ver en el óvalo del centro. La participación en actividades es media, a pesar de que las redes sociales son relativamente altas.

- **Preferencias**

Muy vinculado con su barrio y su vivienda, cuyas condiciones y estado le agradan mucho. Percibe su clima familiar y social como muy bueno. Percibe su entorno como altamente seguro. Otorga una importancia muy alta a ser cuidado por miembros de su familia y en su domicilio, aunque aceptaría cambiarse por causas excepcionales. Valora su independencia, aunque contempla ceder y depender de ayudas, si eso aumenta su comodidad y bienestar. Prefiere mantener su intimidad y continuar con su estilo de vida, pero acepta supeditarlos a la seguridad según la situación y evitar riesgos. Otorga una importancia nula a la toma de decisiones tanto sobre tratamientos como sobre elecciones cotidianas.



Las respuestas se estructuran de modo bastante homogéneo en relación a las preferencias. Se puede observar que los conjuntos relacionados con el agrado, seguridad, condiciones y vinculación se encuentran en un efecto techo en la persona. La intimidad, independencia y la conservación del estilo de vida se supeditan a la salud y la minimización de riesgos hasta cierto punto. Con respecto al ambiente de los cuidados, se puede observar en el tercer conjunto que

la persona se posiciona de manera intermedia en el lugar de cuidado mientras sea su persona cercana la que ejerza el cuidado. En el último conjunto se puede apreciar que la persona prefiere delegar sus decisiones cotidianas y las más importantes.

- **Calidad de vida**

Satisfacción vital alta. Emocionalmente estable.

Ajustes

- 1.- El ambiente le proporciona una intimidad moderada, pero no es un aspecto que la persona valore altamente, por lo que no se considera un desajuste.
- 2.- La persona tiene relativos déficits cognitivos que se ven compensados por la red de relaciones sociales.
- 3.- La persona tiene un ambiente en el edificio adaptado para unas praxias levemente alteradas.

Riesgos

Desajuste 3: A pesar de que el edificio se encuentra adaptado y en un barrio relativamente seguro, la casa presenta falta de adaptación que puede convertirse en un problema en un futuro si las condiciones de la persona se ven empeoradas.

Acciones

Dada la vinculación con el barrio y la casa, las primeras acciones irían encaminadas a proporcionar las adaptaciones necesarias al entorno de manera que la persona pudiera mantenerse en casa el mayor tiempo posible. Sin embargo, la continuidad del estilo de vida nos da información acerca de las posibilidades de cambio de residencia de la persona llegado el momento en el que no pudiera valerse por sí misma y el apoyo familiar no fuera suficiente.

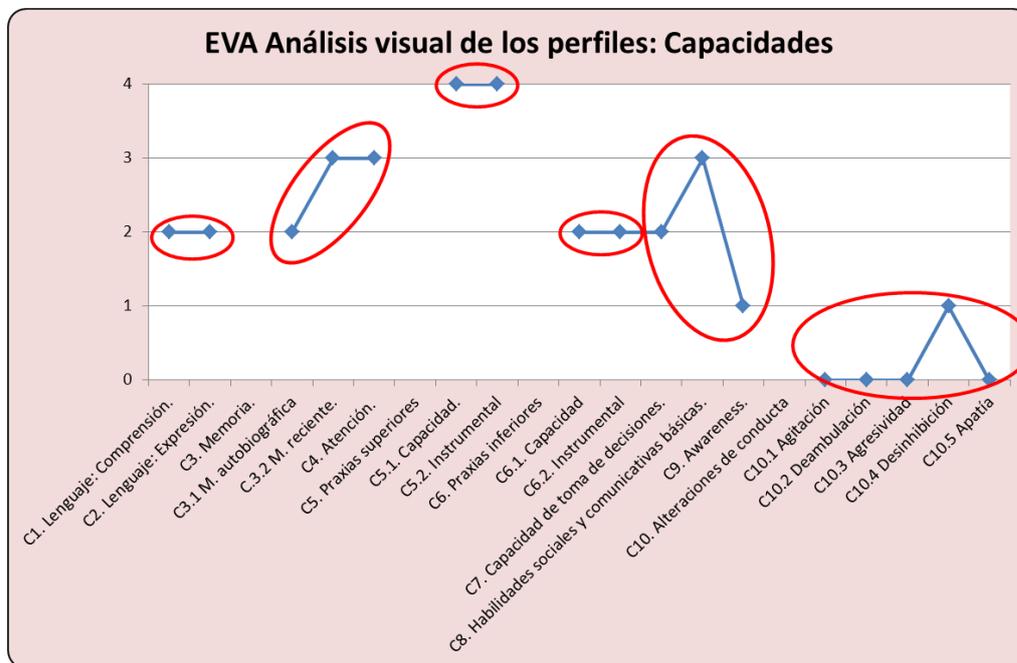
### 3.3.1.5. DESCRIPCIÓN DEL CASO 5

Persona mayor con diagnóstico de demencia (GDS 5-6). Hombre. Vive en su domicilio. Acude a Centro de Día. Vive con su esposa.

Resultados de la prueba

- **Capacidades**

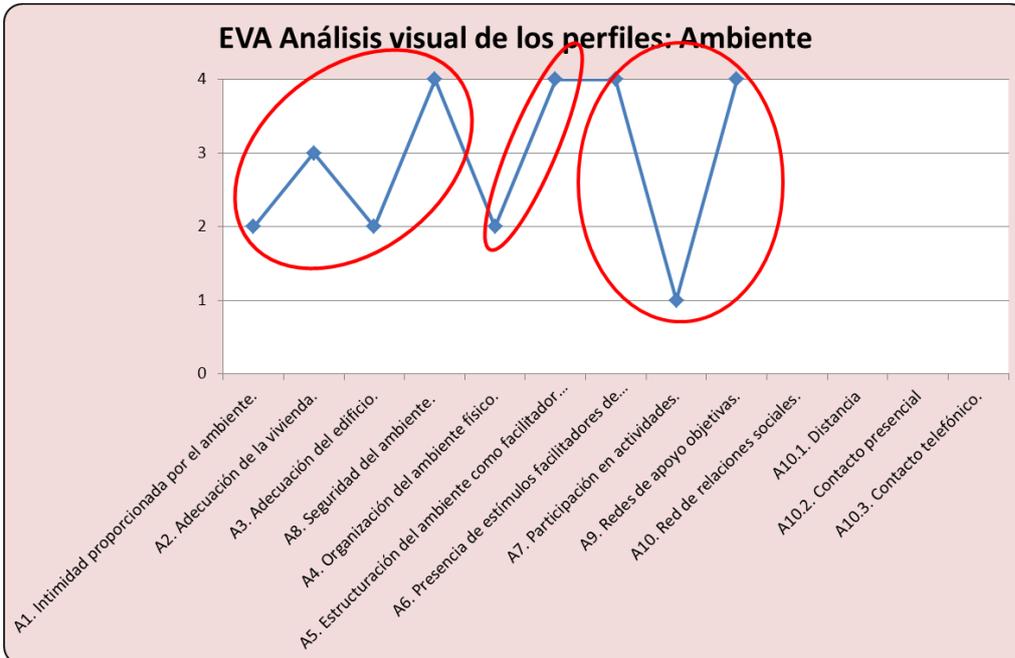
Nivel simple de comprensión y de expresión. Memoria reciente y autobiográfica alteradas. Atención en nivel medio. Conserva la capacidad y la instrumentalidad en extremidades superiores. Problemas en la deambulación, puede andar solo, pero necesita ayuda para levantarse y sentarse. Puede iniciar desplazamientos en lugares conocidos con ayuda física o verbal y lo continúa correctamente aunque hay que recordarle alguna vez. Capaz de tomar decisiones sobre actividades básicas como elegir prendas de ropa, comidas, etc. Responde a la conducta social básica y a fórmulas sociales. Tiene únicamente un conocimiento vago y pasivo sobre sus déficit, existiendo discrepancias obvias entre lo que dice y la valoración objetiva realizada. Presenta cierto grado de desinhibición.



En el gráfico se pueden ver las agrupaciones anteriormente mencionadas, siendo llamativo en comparación con los otros casos como descienden las puntuaciones y sólo aparece el efecto techo en la capacidad práxica y como existe un pico en las alteraciones de conducta que en otros perfiles habían hecho efecto suelo.

- **Ambiente**

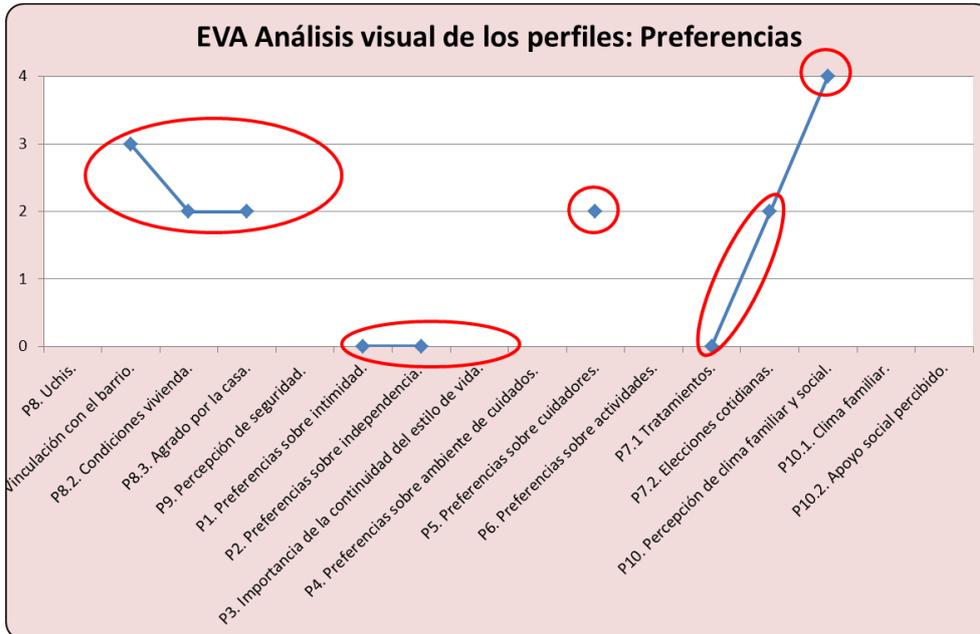
El edificio es moderadamente accesible, pero la vivienda es muy accesible. El ambiente le proporciona una intimidad moderada, pero está perfectamente estructurado como facilitador de rutinas y presenta abundancia de estímulos facilitadores de actividad. Tiene una red de apoyo objetiva muy amplia, al igual que su red de relaciones sociales.



Las puntuaciones en ambiente son heterogéneas. Se puede observar diferencias entre la adaptación del edificio y la casa en el primer conjunto de puntuaciones, un ambiente poco organizado pero estimulante y la forma de V en el tercer conjunto sugiere un desequilibrio debido a la separación entre las puntuaciones. Tras un análisis más detallado se puede observar que existen estímulos facilitadores de la actividad, una prácticamente nula participación en las actividades y una red de apoyo social alta. Esta combinación podría indicar que a pesar de que la persona tenga en su contexto facilitadores para realizar tareas, no es suficiente para que las realice. El círculo social numeroso o de relaciones fuertes podría estar sobreprotegiendo a la persona de manera que no realizase tareas que son factibles para ésta.

- **Preferencias**

Nivel medio de vinculación con su barrio y con su vivienda. En relación al ambiente en el que quiere ser cuidado, no le importa que sean sus familiares, junto con otras personas. La toma de decisiones, tanto sobre tratamientos como sobre tareas cotidianas prefiere delegarla en sus personas cercanas. Le otorga una importancia muy baja a mantener su intimidad. Tampoco valora su independencia como algo relevante en su vida. Valora como bueno su clima familiar. Realiza actividades de su gusto, aunque hay otras que le agradaban mucho pero que no puede realizar debido a su deterioro.



En el gráfico se puede observar que la vinculación con el barrio es relativamente alta, sin embargo, las condiciones de la vivienda no son especialmente bien valoradas. Se puede observar que algunos ítems no han sido obtenidos como la percepción de la seguridad y la importancia del estilo de vida. Las preferencias sobre intimidad e independencia se ven supeditadas a la necesidad de seguridad, existen opciones con respecto a las preferencias sobre cuidadores y se mantiene un cierto interés por las elecciones cotidianas, mientras que las decisiones sobre tratamientos son relegadas a un tercero. Se puede observar también que el clima familiar es considerado positivo.

- **Calidad de vida**

Satisfacción vital alta. Estado emocional inestable.

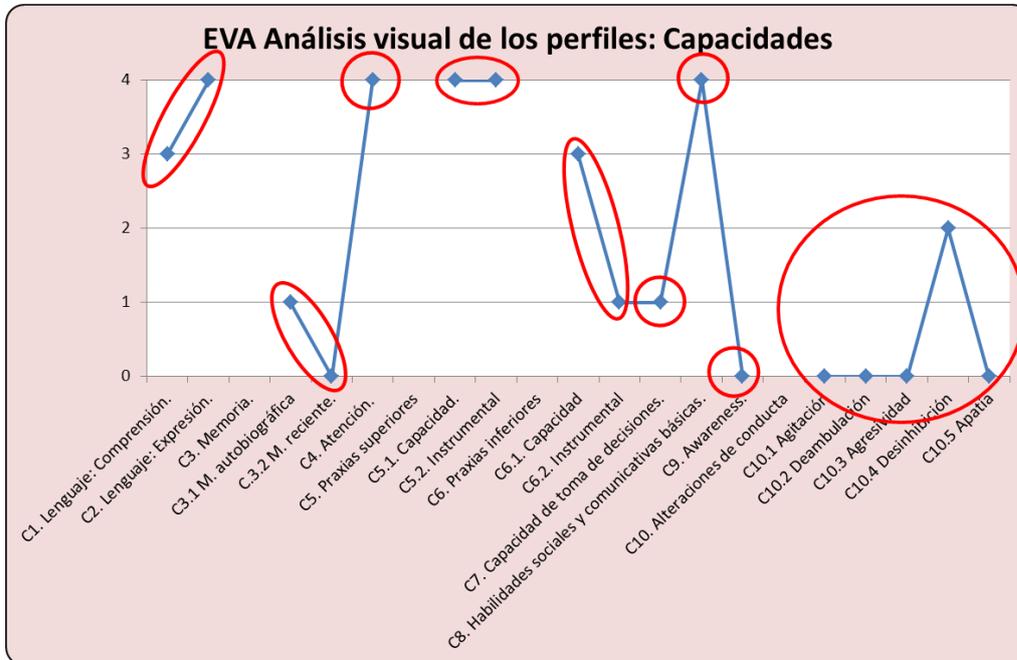
### 3.3.1.6. DESCRIPCIÓN DEL CASO 6

#### Resultados de la prueba

- **Capacidades**

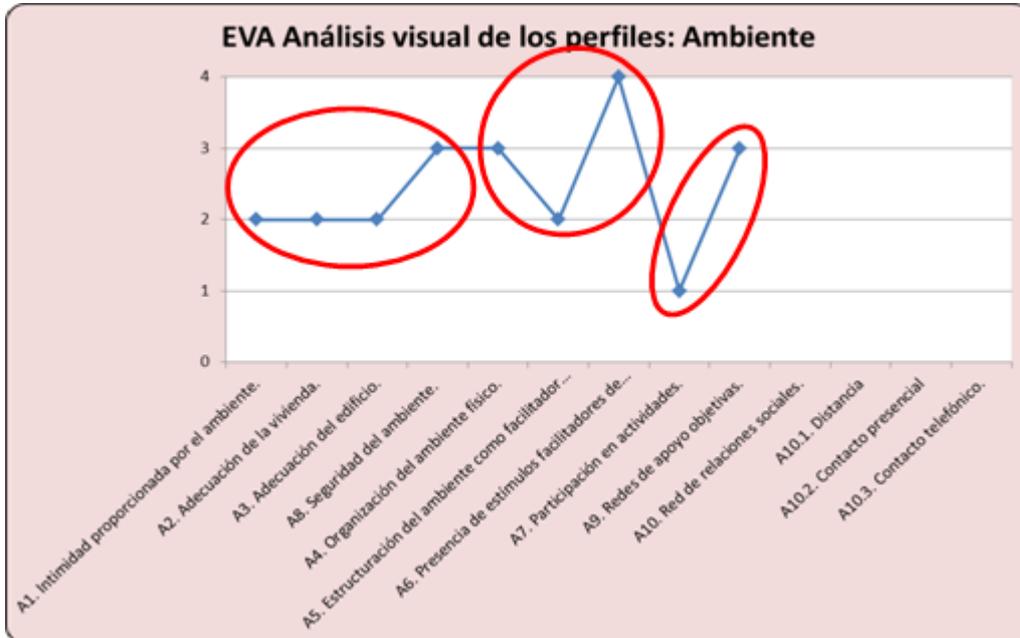
La persona tiene un ligero déficit en comprensión, pero la expresión permanece conservada. Memoria autobiográfica y reciente gravemente alteradas. Atención conservada. Con respecto a las praxias motoras superiores, la capacidad motriz y la orientación instrumental se mantienen a nivel alto, no así las praxias inferiores. Capacidad de toma de decisiones a nivel

muy básico. Pérdida de toda conciencia de los propios déficits. Aparece desinhibición como alteración conductual.



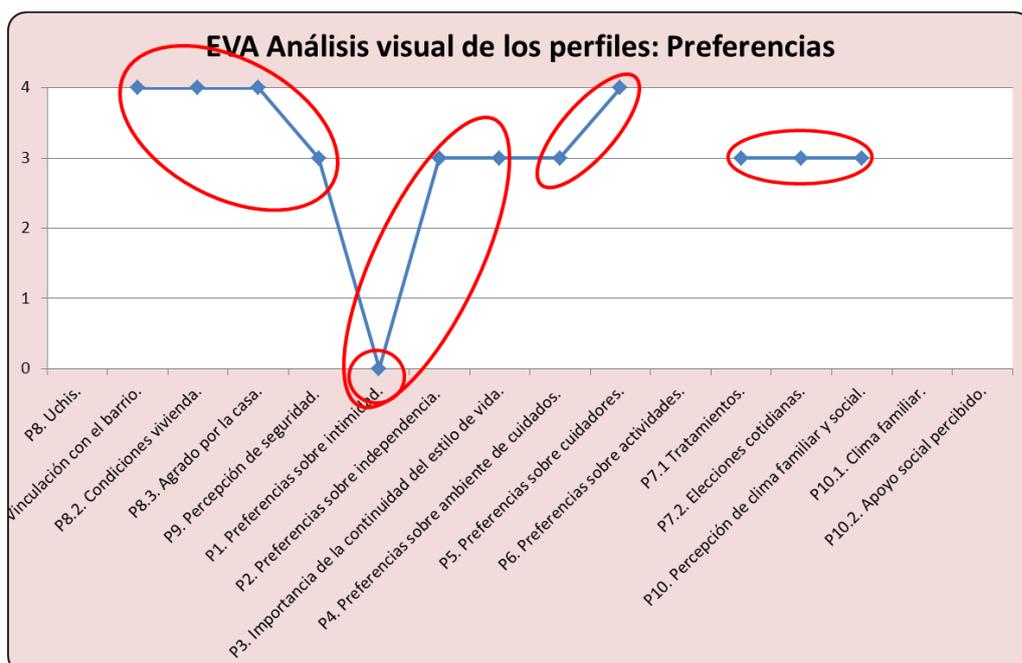
- **Ambiente**

El ambiente se encuentra falto de adaptaciones, proporciona una intimidad baja y el edificio está carente de ciertas adaptaciones, sin embargo se valora como seguro. El contexto se encuentra bastante organizado y si bien tiene gran cantidad de estimulación presente no facilita la actividad. La participación en actividades es bastante baja, y la persona dispone de redes de apoyo sociales.



- **Preferencias**

Alta vinculación con el barrio y la casa y una alta percepción de seguridad del entorno. La persona muestra preferencia de independencia aunque implique riesgo, sin embargo no valora la falta de la intimidad como algo grave, prefiriendo la seguridad aun a costa de ésta. Prefiere ser cuidado por sus familiares, mantener su estilo de vida y permanecer en su casa el tiempo posible aunque pueda acarrear problemas. Prefiere tomar sus decisiones en la vida diaria incluso en relación a la toma de medicamentos.



- **Calidad de vida**

Satisfacción vital alta, estado emocional altamente positivo durante la entrevista.

### Ajustes

- 1.- El ambiente le proporciona una intimidad moderada, pero no es un aspecto que la persona valore, por lo que la persona se encuentra ajustada en este campo.
- 2.- La vivienda tiene algunos problemas de accesibilidad, pero las capacidades de la persona le permiten el acceso sin problemas.
- 3.- La persona no participa en las actividades que le gustan y el ambiente es objetivamente estimulante. Habría que analizar en profundidad las causas de este desajuste.
- 4.- La persona no se encuentra capacitada para tomar decisiones debido a sus problemas cognitivos tales como las alteraciones de la memoria, orientación y nula consciencia de sus déficits. Sin embargo valora y prefiere tomar decisiones. Habría que valorar si actualmente toma decisiones con su grado de deterioro o si las decisiones se toman por él y él resulta frustrado por ello. Posiblemente los problemas en la memoria reciente puedan actuar de atenuante con respecto a que un tercero tome decisiones por la persona evaluada.
- 5.- La persona preferiría recibir cuidados de familiares en entorno de casa. Sin embargo, actualmente recibe cuidados en centro de día y domicilio. Dado su estado emocional positivo, es posible que esto no se considere actualmente un problema, posiblemente debido al mantenimiento de las capacidades prácticas que le proporcionan independencia en actividades de la vida diaria.
- 6.- La independencia es importante para la persona y parece que la mantiene al menos en actividades de la vida diaria, para las actividades instrumentales suponemos que tiene apoyo familiar.

### Riesgos y acciones

Desajuste 2 → En el momento en el que las capacidades de la persona decrezcan el ambiente debería ser adaptado para permitir que la persona mantuviera su independencia.

Acción: Monitorizar cambios y realizar adaptaciones tempranas en el hogar

Desajuste 3 → La baja participación en actividades favoritas puede conllevar pérdida de estimulación, aumento del deterioro físico y cognitivo, malestar emocional, etc.

Acción: Habría que estudiar si las actividades que no realiza son debido a que no son factibles ambientalmente o a que la persona no tiene interés por realizarlas y buscar alguna actividad alternativa, motivar a la persona, etc.

Desajuste 4 → La persona podría llegar a tomar decisiones que con su deterioro podrían no ser adecuadas en determinadas circunstancias, para su salud o las de los demás.

Acción: Monitorizar las acciones de la persona, permitiendo las decisiones de la vida diaria, pero ejerciendo supervisión sobre las actividades instrumentales y más complejas.

### 3.3.2. Relaciones entre los elementos.

Se establecieron una serie de relaciones entre los elementos o tríadas. Éstas son la agrupación de tres ítems, uno de cada dimensión, cuyo análisis visual en conjunto permite analizar de manera rápida y clara posibles ajustes/equilibrios o desajustes/desequilibrios en áreas de interacción de la persona entre el ambiente, las preferencias y las capacidades. A continuación se presentarán una serie de áreas de interacción relevantes seleccionadas con base en el conocimiento clínico y gerontológico del envejecimiento y los procesos de demencia, así como en el conocimiento sociológico y arquitectónico adquirido durante la prueba y con base en los modelos de atención personalizada y envejecimiento en casa o “Housing”.

Se han seleccionado hasta 13 tríadas que ofrecen información específica sobre los aspectos de interacción que pueden tener importancia para los objetivos de evaluación de la prueba. Cada tríada dispone de una etiqueta informal, que permita de manera rápida el contenido de la interacción en las 2/3 dimensiones evaluadas, la especificación de las variables que entran dentro del conjunto de la tríada y posibles equilibrios o desequilibrios que pueden darse según la distribución de las puntuaciones.

A continuación se presentan 13 tríadas a modo de ejemplo, que pueden ser ampliadas según el objetivo profesional con el que se utilice la escala y los ejemplos obtenidos en uno de los casos representativos anteriormente analizados.

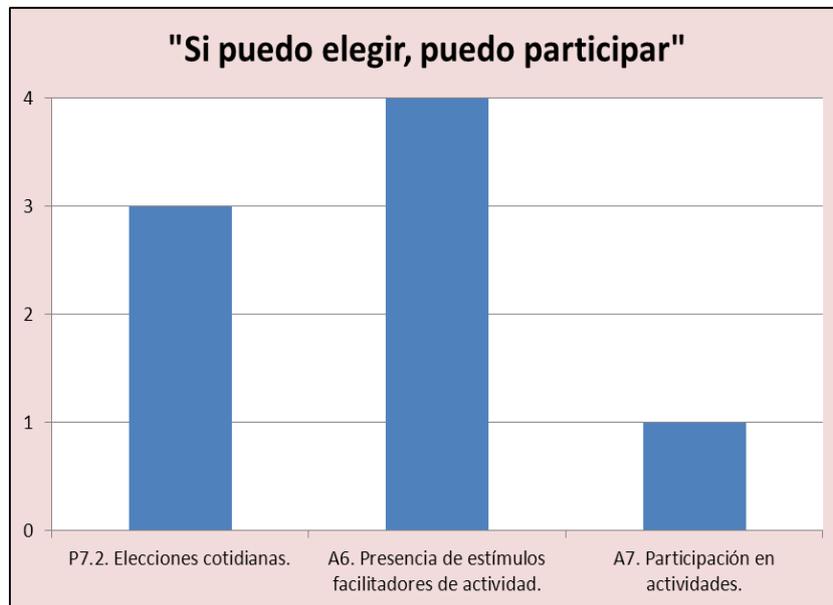
⤴ **Etiqueta: “Si puedo elegir, puedo participar”.**

(Variables: P7.2, A6, A7)

- ⤴ Capacidad de toma de decisiones.
- ⤴ Presencia de estímulos facilitadores de la actividad
- ⤴ Participación en actividades

Equilibrio: Correlación entre las 3 variables.

Desequilibrio: No correlación entre una de las 3 variables.



En el caso 5 se puede observar que la persona prefiere elegir en su vida diaria y que aunque existe una presencia de estímulos facilitadores de la actividad, no se da una participación en actividades preferidas, existiendo un desajuste que debe ser controlado.

⤴ **Etiqueta: "Prefiero valerme yo solo, pero mi casa no está adaptada".**

(Variables: P4, C6.1, A2)

- ⤴ Preferencias sobre ambiente de cuidados
- ⤴ Praxias miembros inferiores y ambulación
- ⤴ Adecuación de la vivienda.

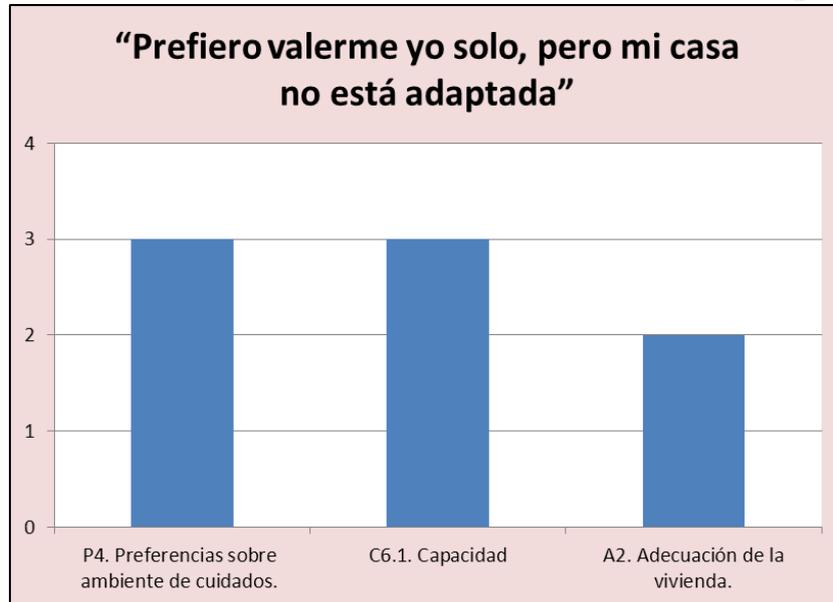
Equilibrio:

- 1) "Me puedo valer solo y lo prefiero, mi vivienda no está adaptada y de momento no lo necesito"
- 2) "No me puedo mover muy bien, pero tengo la vivienda adaptada."
- 3) "Me puedo mover perfectamente y tengo la vivienda adaptada por si acaso"

Desequilibrio:

- "No me puedo mover solo y no tengo la vivienda adaptada, pero quiero estar en mi casa"
- "No me puedo mover solo y no tengo la vivienda adaptada, creo que va siendo momento de mudarme a una residencia"

Ejemplo: El caso 5.



En este caso se puede observar que la persona prefiere mantenerse en su casa y que tiene capacidad para ello, sin embargo la vivienda requeriría de cierta adaptación. Es posible que no sea un riesgo en la actualidad, debido a las capacidades conservadas, sin embargo no se descarta que en un futuro pueda ser un problema si las capacidades decrecen.

⤴ **Etiqueta: “Mi pareja, mis hijos y yo es lo único que necesito”.**

(Variables: P10, A9, C2)

- ⤴ Percepción de clima familiar y social.
- ⤴ Habilidades sociales y comunicativas básicas.
- ⤴ Redes de apoyo objetivas

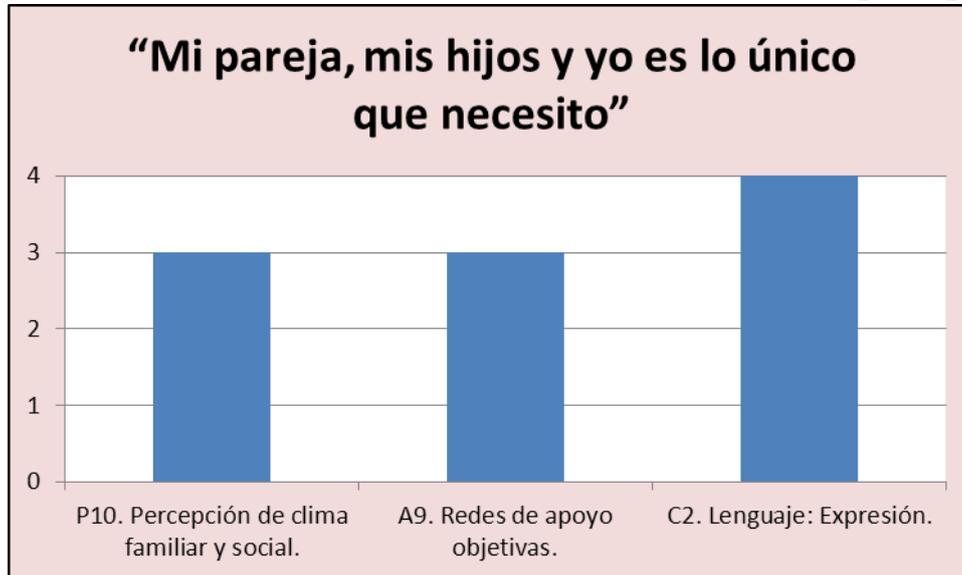
Equilibrio:

- “Tengo gente que me ayuda si se lo pido. (objetivamente cierto)”

Desequilibrio:

- “No tengo gente que me ayude (Objetivamente falso)”
- “No tengo gente que me ayude (Objetivamente cierto)”

Ejemplo: El caso 5.



Se puede observar que la persona dispone de unas redes de apoyo relativamente altas, las cuales valora positivamente y que a su vez tiene una capacidad de expresión total, lo que le permitiría a su vez expresar sus intereses y necesidades a un colectivo relativamente amplio con voluntariedad de apoyo.

⤴ **Etiqueta: “Preferiría salir a pasear, pero vivo en un quinto sin ascensor”**

(Variables: A3, A7, C6.1, C6.2)

- Participación en actividades favoritas.
- Praxias miembros inferiores y ambulación.
- Adecuación del edificio.

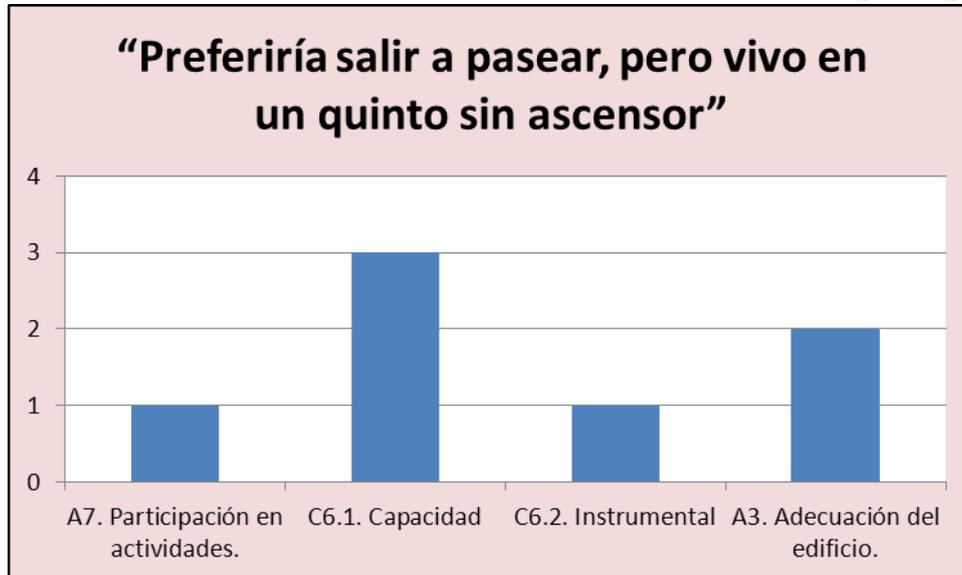
Equilibrio:

- ⤴ “Casi no me puedo mover, pero tampoco quiero salir. Sólo salgo para ir a misa”.
- ⤴ “Me gusta hacer muchas cosas, mi edificio no está adaptado, pero no lo necesito. Salgo cuando quiero”.

Desequilibrio:

1. “Me gustaría hacer más cosas fuera de casa, pero no tengo ascensor y mis piernas no me permiten bajar”

Ejemplo: El caso 5.



La persona tiene una capacidad motriz en las extremidades inferiores altamente conservada y el edificio se encuentra relativamente adaptado a sus necesidades, sin embargo su participación en las actividades favoritas es muy baja. Es posible que la capacidad de desplazamiento instrumental, es decir orientada a algún objetivo, al encontrarse tan disminuida pueda tener que ver en que la persona por problemas de orientación, de motivación o alguna otra razón no alcance a emitir desplazamientos orientados a realizar las actividades que considera de su agrado. En este caso existiría un desajuste que seguramente podría solucionarse facilitando los desplazamientos a las actividades u orientando a la persona hacia ellas, facilitando la actividad, preparándola de antemano, etc.

⤴ **Etiqueta: “Me encantaba hacer maquetas de barcos, pero con el parkinson ya no tengo nada que hacer”**

(Variables: A6, C5.1, C5.2. A7.)

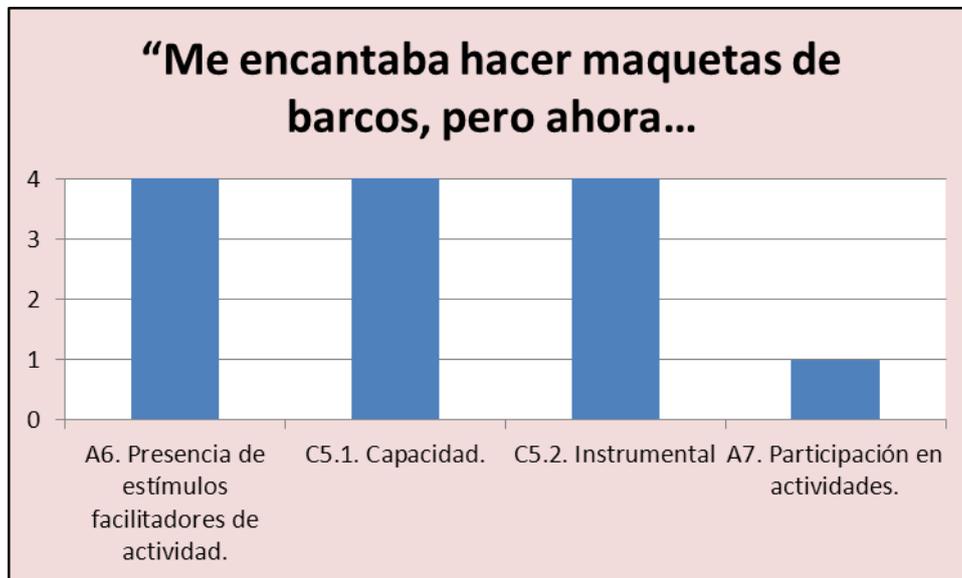
- ⤴ Participación en actividades favoritas.
- ⤴ Praxias miembros superiores.
- ⤴ Presencia de estímulos facilitadores de la actividad.

Equilibrio:

2. “Me encanta hacer eso, lo hago a diario”
3. “No tengo mucho ocio, sólo veo la tele”

Desequilibrio:

- ⤴ “Me encantaba hacer eso pero ahora no puedo por mis problemas”.
- ⤴ “Me encantaba hacer eso pero aquí no tengo los materiales”



En el ejemplo se puede observar la capacidad de la persona es relativamente elevada y la presencia de estímulos también, pero la participación en las actividades es baja. Es posible que las actividades favoritas no tuvieran carácter manual, que incluso ante la presencia de estímulos, la actividad fuera muy específica o que existe algo externo que impide la participación en la actividad si estuviera disponible.

▲ **Etiqueta: “Quiero que venga mi mujer/marido a cuidarme”**

(Variables: P5, C10.4, A9. CVE+)

- Preferencias sobre cuidadores.
- Estado emocional y presencia de alteraciones de conducta.
- Círculo social.

Equilibrio:

- “Mi marido/mujer me cuida. Es lo que quiero”
- “No tengo problema en que me cuiden los auxiliares”

Desequilibrio:

- “Quiero que me cuide mi familia, pero no pueden hacerlo”
- “Quiero que me cuide mi familia, no los auxiliares”

Ejemplo: El caso 5.



En este caso, la preferencia declarada por la persona porque los cuidados sean realizados por familiares se ve hasta cierto punto secundado por las redes de apoyo objetivas. Cuando en otros casos un desajuste podría deberse a esta falta, en este caso la persona presenta una cierta desinhibición que puede darse al margen de esta relación, o con base en esta relación teniendo en cuenta otros factores no estudiados.

▲ **Etiqueta: “Puede entrar cualquiera en mi habitación o en mi baño, en cualquier momento. ¿A ti te gustaría eso?”**

(Variables: P1, A1)

- 1) Importancia de la intimidad
- 2) Intimidad proporcionada por el ambiente

Equilibrio:

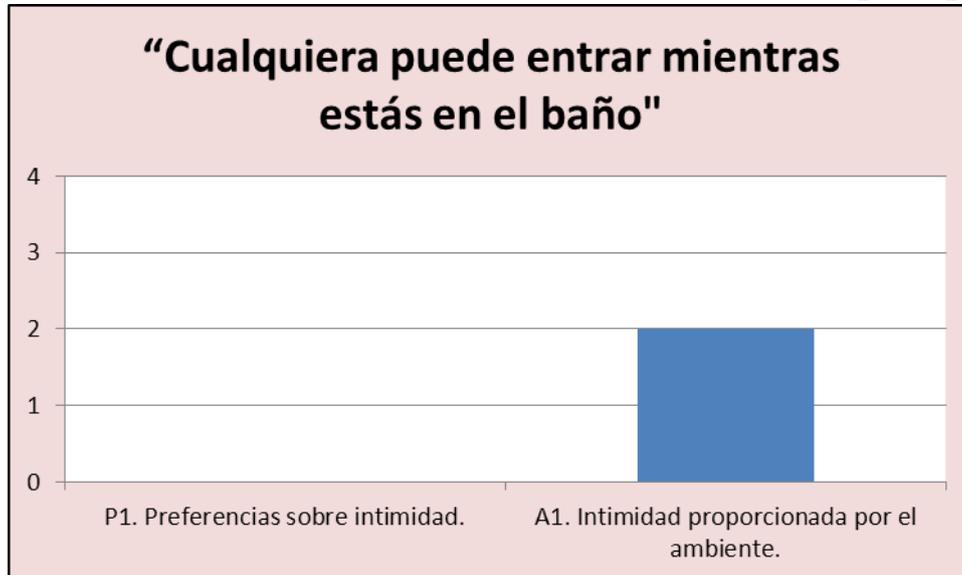
“Valoro mucho la intimidad, aquí se respeta.”

“Aquí todo el mundo va y viene como le da la gana, pero a mí siempre me ha dado igual que me vieran desnudo,”

Desequilibrio:

- “Soy muy pudoroso, y aquí todos entran sin llamar”

Ejemplo: El caso 5.



En este caso, a pesar de que la intimidad proporcionada por el ambiente es baja, la persona no muestra dar especial importancia a la intimidad en absoluto. De manera que la persona se encontraría adaptada a esta situación. El ambiente mostraría una escasa intimidad, pero la persona valora más el control y la seguridad. Si las columnas hubieran estado invertidas se habría dado lugar a un desequilibrio en la situación de manera que la persona desarrollaría malestar debido a la interacción entre un ambiente que no respeta la intimidad y una preferencia por la intimidad relativamente alta.

⤴ **Etiqueta: “Aquí he nacido y aquí voy a morir.”**

(Variables:)

- ⤴ Continuidad del estilo de vida
- ⤴ Adecuación de la vivienda / edificio /barrio
- ⤴ Seguridad del ambiente

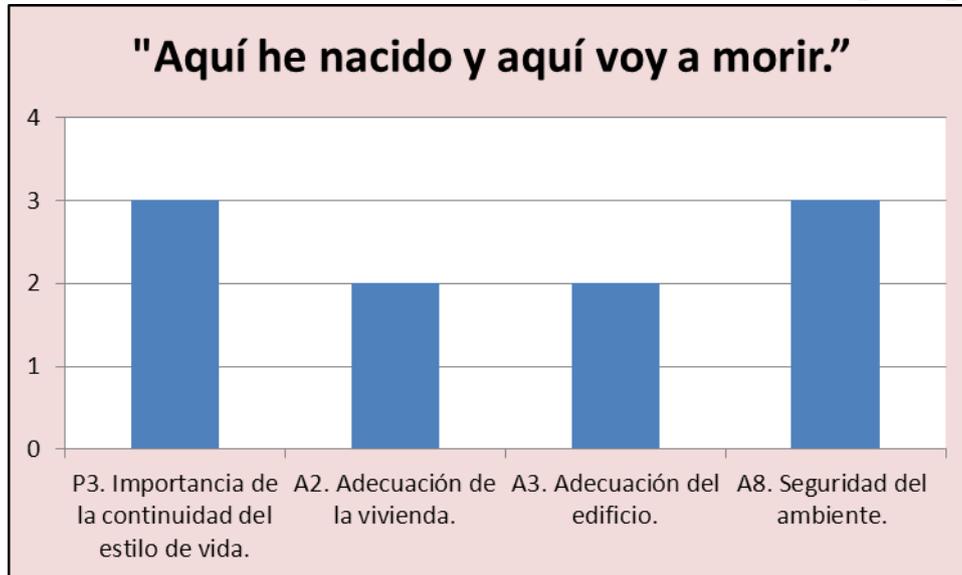
Equilibrio:

- “Aquí me quiero quedar, la casa está adaptada y es segura”
- “Mi casa ya no es segura, tendré que dejarla cuando empeore”

Desequilibrio:

- “Aquí me quiero quedar, pero mi casa no es segura”.
- “Aquí me quiero quedar, pero mi edificio no es seguro.”

Ejemplo: El caso 5.



La persona otorga una gran importancia a envejecer en su casa, si bien el ambiente es seguro la vivienda y el edificio sólo están parcialmente adaptados, de manera que aunque en el momento no parece haber problemas, se necesitarán sucesivas adaptaciones para equilibrarse con respecto a la importancia que la persona le da a su casa.

▲ **Etiqueta: "Allí está todo estructurado, los ponen en fila para ir al baño"**

(Variables: P3, A2, A3, A8)

- Preferencias sobre ambiente de cuidados
- habilidades sociales y comunicativas básicas
- estado emocional y presencia de alteraciones de conducta
- adecuación de vivienda / edificio / barrio
- estructuración del ambiente como facilitador de rutinas

Equilibrio:

- El ambiente permite que la persona mantenga su independencia e intimidad si son valoradas especialmente por ella.
- El ambiente estructurado da servicios a la persona que no valora la seguridad por encima de la intimidad e independencia.

Desequilibrio: Cualquier alteración de los equilibrios anteriores

Ejemplo: El caso 5.



La persona no valora especialmente su intimidad, pero sí su independencia. El ambiente se encuentra relativamente estructurado, pero parece que no interfiere con su independencia como parece señalar la ausencia de estado emocional negativo. Es posible que el ambiente esté lo suficientemente estructurado como para dar seguridad, pero permitir a la persona una cierta independencia. En este caso se daría un equilibrio en la interacción.

⚠ **Etiqueta: “No puede hablar, es imposible tratar con él. Creo que no se lleva bien con sus cuidadoras”**

(Variables: P5, CVE+, C10)

- Preferencias sobre cuidadores
- Estado emocional
- Presencia de alteraciones de conducta

Equilibrio:

- 1) “Prefiere que le cuiden enfermeras, está contento y parece adaptado”
- 2) “Prefiere que le cuiden familiares, está contento y parece adaptado”

Desequilibrio:

- ⚠ “Prefiere que le cuiden familiares, se muestra agresivo y triste”

Ejemplo: El caso 5.



La persona declara preferir los cuidados de sus familiares y su estado emocional es positivo así como sólo se muestra un leve trastorno de desinhibición. La persona estaría adaptada a su ambiente. En este caso, dado que la entrevista fue realizada en su propia casa, es posible que durante el tiempo que transcurra en el centro de día pudiera darse una fluctuación, tanto en el estado de ánimo, como en trastornos de conducta debido al cambio del ambiente en comparación con unas preferencias, supuestamente más estables en el tiempo. Existiría un equilibrio en el primer caso y un desequilibrio en el segundo.

⤴ **Etiqueta: "El ambiente del centro favorece su actividad"**

(Variables: A6, A7, P6)

- ⤴ Preferencias sobre actividades
- ⤴ presencia de estímulos facilitadores de la actividad
- ⤴ participación en actividades

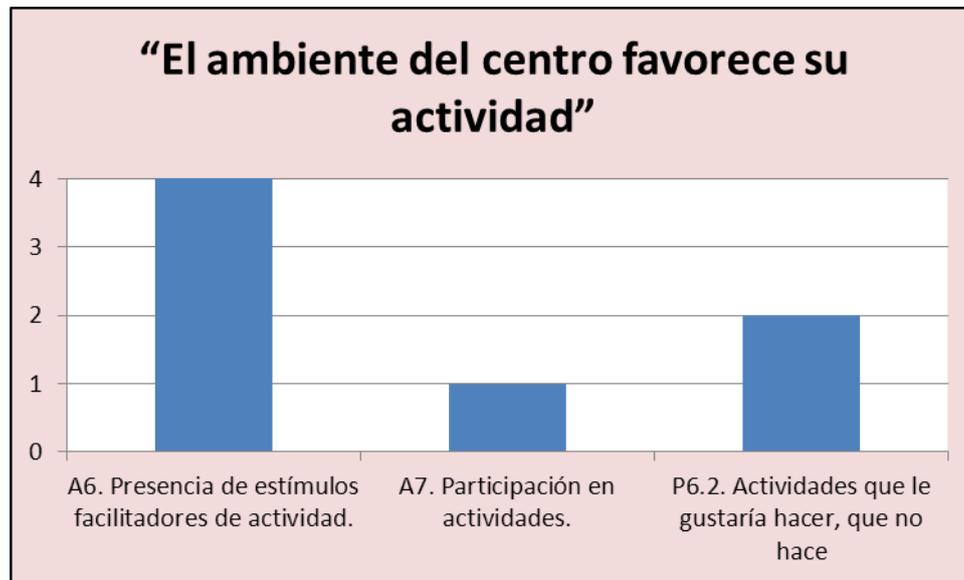
Equilibrio:

- ⤴ "Tiene muchos estímulos, hace muchas cosas de las que le gusta hacer"
- ⤴ "Tiene pocos estímulos, pero los suficientes para las actividades que le gustan"

Desequilibrio:

- "Tiene pocos estímulos, antes hacía muchas cosas pero ahora no tiene a mano lo que a él le gustaba."
- "Tiene muchos estímulos, pero ninguno de los que le gustaban."
- "Participa en muchas actividades, pero ninguna de las que le gustaban"

Ejemplo: El caso 5.



La persona muestra que participa poco en actividades a pesar de la presencia de estímulos, sin embargo comenta que existen actividades que le gustaría hacer, pero que no hace. De esta manera existiría un desajuste entre la estimulación y la participación, siendo necesario evaluar en profundidad cuáles son las actividades que le gustaría a la persona hacer y si es factible facilitar la realización de la tarea con la presencia de los estímulos del ambiente o si por el contrario, la no realización de las actividades depende de otros factores tales como deterioro, etc. Si esto fuera así la presentación de actividades alternativas podría ser una posible intervención.

⤴ **Etiqueta: “Prefiero tomar mis propias elecciones”**

(Variables: P7.1, P7.2, C7)

- ⤴ Preferencias sobre elección de tratamientos
- ⤴ Elecciones cotidianas
- ⤴ Capacidad de elección.

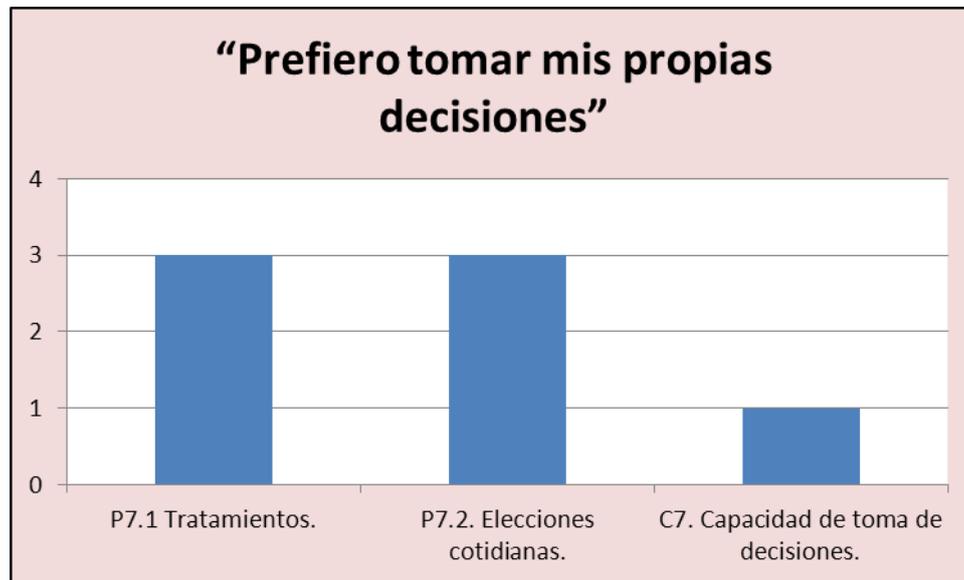
Equilibrio:

- ⤴ “Tengo capacidad de elección, luego elijo yo cuándo y cómo comer o qué tratamiento seguiré”

Desequilibrio:

- ⤴ Cuando la capacidad de decisiones sea más baja que las preferencias acerca de la toma de decisiones.

Ejemplo: El caso 5.



En este caso se observa un desequilibrio entre las preferencias de elección sobre los tratamientos y elecciones cotidianas, en los que la persona se declara con interés por tomar las decisiones en persona con una muy baja capacidad para la toma de decisiones según la evaluación de sus capacidades cognitivas. En este caso, 3 significa tomar decisiones escuchando el consejo de otros. Podría existir ajuste si la persona toma las decisiones con base en el consejo proporcionado por familiares y otros apoyos, supliendo así las carencias que el deterioro puede conllevar.

▲ **Etiqueta: “¿Es el ambiente tan seguro como lo siento yo?”**

(Variables:)

- Percepción de seguridad
- Seguridad del ambiente

Equilibrio:

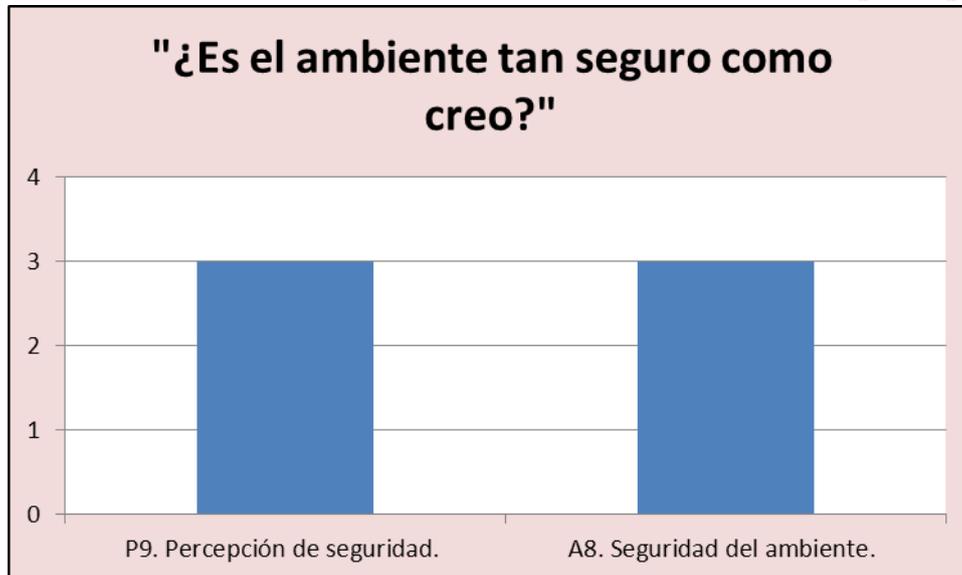
“El ambiente es tan seguro como me parece a mí”

Desequilibrio:

“El ambiente no es tan seguro como pienso que es”

“Creo que el ambiente no es seguro, a pesar de que me han dicho que sí lo es”

Ejemplo: El caso 5.



Se puede observar un ajuste entre la percepción de la seguridad del ambiente y la seguridad del ambiente evaluada de manera objetiva según la prueba. Existiría un desajuste en el caso de que la persona evaluase la seguridad como alta y de manera objetiva tras una evaluación profesional se observaran una serie de riesgos. Al contrario, si se diera una falta de percepción de seguridad y el ambiente fuera evaluado como seguro, en casos extremos podríamos estar observando que la persona tuviera miedos sin base racional, o irregularidades y riesgos no evaluados por la prueba, susceptibles de vigilancia.

### 3.3.3. Fiabilidad interjueces del instrumento.

Es importante que en una prueba que basa sus puntuaciones en la observación de respuestas que da el sujeto evaluado, los ítems que la conforman ofrezcan fiabilidad interjueces, es decir, ofrezcan la garantía de que, independientemente de quién sea la persona que evalúe por medio de la prueba, los resultados que se obtendrán serán los mismos.

Para comprobar esta cualidad de la prueba, se ha realizado un análisis de fiabilidad interjueces para cada uno de los ítems de la prueba mediante correlaciones. La prueba estadística utilizada ha sido rho de Spearman debido a las características de distribución y tamaño muestral. Los resultados se muestran en la siguiente tabla.

Tabla 2. Correlaciones (Rho de Spearman) entre las puntuaciones interjueces.

Ítem	Rho	Ítem	Rho
<i>Capacidades</i>		P4. Preferencias sobre ambiente de cuidados.	,627*
C1. Lenguaje: Comprensión	,854**	P5. Preferencias sobre cuidadores.	,801**

C2. Lenguaje: Expresión	,799**	P7. Preferencias sobre la toma de decisiones	
C.3 Memoria		P7.1 Tratamientos	,787**
C3.1 Autobiográfica y remota	,918**	P7.2 Elecciones cotidianas	,840**
C3.2. Reciente y prospectiva	,988**	P8.1. Vinculación con el barrio	,527
C4. Atención	,458	P8.2. Condiciones vivienda	,745**
C.5 Praxias superiores		P8.3. Agrado por la casa	,695**
C5.1. Capacidad.	-	P9. Percepción de seguridad.	,708**
C5.2. Instrumental	-	P10. Percepción de clima familiar y social.	,875**
C6. Praxias inferiores		<i>Ambiente</i>	
C6.1. Capacidad	,117	A1. Intimidad proporcionada por el ambiente.	,236
C6.2. Instrumental	,664*	A2. Adecuación de la vivienda.	,761
C7. Capacidad de toma de decisiones.	,887*	A3. Adecuación del edificio.	,511
C8. Habilidades sociales y comunicativas básicas.	,604*	A4. Organización del ambiente físico.	-,250
C9. Awareness.	,909**	A5. Estructuración del ambiente como facilitador de rutinas.	,490
C10. Alteraciones conduct.		A6. Presencia de estímulos facilitadores de actividad.	,559
C10.1 Agitación	,736**	A7. Participación en actividades.	,484
C10.2 Deambulación	-	A8. Seguridad del ambiente.	,949
C10.3 Agresividad	-	A9. Redes de apoyo objetivas.	,372
C10.4 Desinhibición	,621*	<i>Calidad de vida</i>	
C10.5 Apatía	-,077	S2. Satisfacción vital	,804**
<i>Preferencias</i>		S3. Estado emocional	
P1. Preferencias sobre intimidad.	,642*	S3.1. Afecto positivo	,403

P2. Preferencias sobre independencia.	,671**	S3.2 Afecto negativo	,102
P3. Importancia de la continuidad del estilo de vida	,261	S3.3 Estabilidad emocional	,111

\*.  $p \geq 0,05$ , \*\*.  $p \geq 0,01$

En general la correlación interjueces ha sido positiva y alta con valores entre 0,988 y 0,604 para aquellos casos en los que ha resultado estadísticamente significativa. Esto quiere decir existe un amplio grado de acuerdo entre distintos evaluadores a la hora de puntuar los ítem de la prueba. Esta es una buena cualidad de la prueba porque garantiza que varios evaluadores pueden pasar la prueba y que los resultados que se obtendrán serán similares. En la tabla 2 puede observarse algunas puntuaciones con una raya (-). Para estas puntuaciones no pudo hallarse la rho de Spearman porque las puntuaciones eran constantes en alguna de sus variables. Analizando los cuestionarios se ha comprobado que en su mayoría los evaluadores otorgaron la misma puntuación a todos los sujetos en ese ítem por lo que el grado de acuerdo fue casi perfecto.

Por otro lado y como se puede observar, se obtuvieron algunas correlaciones estadísticamente no significativas en algunos ítem. Existen dos razones que puedan explicar esta falta de relación. En primer lugar puede ocurrir que la pregunta no recoja bien aquello que se quiere evaluar. En segundo lugar, estas variaciones en las puntuaciones podrían explicarse por la necesidad de interpretación que necesita el ítem para que los evaluadores puedan asignarle un valor numérico. En cualquiera de los dos casos, la solución consiste en analizar en profundidad estos elementos en los que no se da el suficiente acuerdo esperado y reformular la pregunta de manera que se establezcan criterios más claros y operativos que garanticen la suficiente fiabilidad interjueces exigible en cualquier prueba de evaluación.

### **3.4. Evaluación subjetiva de la aplicabilidad del instrumento.**

Con el objetivo de recoger las impresiones de los entrevistadores acerca del instrumento "EVA" se elaboró una lista de preguntas a modo de autoevaluación que cada uno de ellos tenía que rellenar al finalizar las evaluaciones.

El cuestionario está dividido en ocho grupos de preguntas. La primera recoge los datos de identificación de la entrevista, tanto de la persona como del evaluador. La segunda intenta recoger la impresión del evaluador sobre la validez de las respuestas dadas por el sujeto entrevistado, fiabilidad de la entrevista y el ambiente de la entrevista. La tercera valora la utilidad del guión o flujo para la obtención de la información necesaria para completar la entrevista. De la sección cuarta a la séptima, se evalúan las distintas preguntas de cada una de las secciones o dimensiones del modelo en el que se basa este instrumento, esto es, capacidades, preferencias, ambiente y satisfacción con la vida. El último grupo de preguntas intenta evaluar la utilidad del material utilizado en la entrevista.

A continuación se presentan las conclusiones obtenidas de las aportaciones de los evaluadores siguiendo el esquema básico del cuestionario utilizado para ello.

- Impresión general de las entrevistas:

Normalmente las entrevistas se llevaron a cabo de manera individual. Aunque es cierto que en algunos casos se realizaron las entrevistas en presencia de algún familiar o persona cercana. En estos casos, no pareció que estas personas influyeran en las respuestas dadas por la persona a la que iba dirigida la entrevista.

En lo que se refiere a la validez de las entrevistas, los evaluadores encontraron en algunos casos concretos, alguna amenaza a la validez de las ciertas respuestas para alguna pregunta muy concreta. De manera más específica las respuestas dadas por las personas catalogadas dentro del grupo de personas con deterioro moderado-grave, aunque no únicamente, fueron de las que más se cuestionaron su validez. Especialmente ocurrió esto con las respuestas a preguntas que buscaban una evaluación objetiva de algún aspecto, por ejemplo del ambiente, como la red social o de apoyo. Los entrevistadores consideraron que no podían estar seguros de si las respuestas dadas se ajustaban fielmente a la realidad o más bien responden a otros motivos y variables como la percepción de la persona sobre la realidad o la influencia del deterioro cognitivo que presenta la persona entrevistada.

En las preguntas sobre preferencias también puede cuestionarse la validez de las respuestas, pero no por las mismas razones. Estas preguntas pasan inevitablemente por la criba de la percepción e interpretación de la persona entrevistada. A diferencia de lo que se comenta anteriormente, donde las respuestas al ambiente podrían ser no válidas, en las preguntas sobre preferencias se busca precisamente esta interpretación. Aun así, este grupo de preguntas también presenta alguna amenaza a juicio de los evaluadores. Nos encontramos aquí un problema en cuanto a la comprensión de las preguntas por parte de las personas entrevistadas, en especial con aquéllos que tienen un mayor deterioro cognitivo, especialmente en el área de lenguaje. Algunas de las preguntas realizadas buscan evaluar aspectos muy complejos de sus preferencias para los que se necesitan importantes habilidades y recursos cognitivos que, incluso entre las personas sin deterioro cognitivo, muchas veces pueden no poseerse.

Otro de los posibles riesgos identificados es la posibilidad de que las personas entrevistadas dieran sus respuestas sin haber alcanzado una completa comprensión de la pregunta. En algunas de las entrevistas se tuvo la sospecha de que las personas respondían siguiendo un patrón en las respuestas. Al analizarlas se observaba en estas entrevistas que había contradicciones importantes en ellas.

Finalmente otra amenaza a la validez y fiabilidad identificada es el criterio cambiante de los evaluadores. Algunas preguntas poseen un formato demasiado abierto en sus categorías de respuestas lo que puede originar discrepancias en los resultados obtenidos que serán fruto de esos criterios laxos o, incluso cambiantes entre los evaluadores. Sin embargo, esta última

amenaza sería fácilmente neutralizable mediante una formación adecuada y suficiente para cada una de las personas que van a formar parte del equipo que recoja las entrevistas. En esta formación se explicarían los aspectos básicos de la prueba y de manera más concreta de cada una de las preguntas que componen la entrevista y su metodología de aplicación.

Respecto a la aceptación de las entrevistas, parece que fueron aceptadas de manera positiva por parte de las personas entrevistadas sin importar el grado de deterioro de las personas entrevistadas. Si nos centramos en las personas que a priori parecía que iban a presentar una menor aceptación, o mayor dificultad para completar la entrevista, éstas son las personas con mayor grado de deterioro, a las que se lea una además, una mayor presencia de alteraciones conductuales que podrían dificultar la entrevista; sin embargo los evaluadores han resaltado todo lo contrario.

De hecho, salvo en un caso concreto, no hubo que interrumpir ninguna de las entrevistas debido al rechazo de los entrevistados, y fue en un caso de una persona con deterioro leve. Es importante resaltar este hecho por la diferencia que marca con otras pruebas de valoración cognitiva y neuropsicológica, en las que con cierta frecuencia las personas rechazan continuar con la prueba o al menos, muestran claramente su malestar.

Esta prueba tiene una duración media de administración de 45-50 minutos por persona. Por lo tanto podemos decir que es una prueba breve. Además no plantea ningún desafío cognitivo a las personas entrevistadas, de manera que no se les cuestiona en ningún momento sus capacidades. Lo único que requiere de las personas entrevistadas es tiempo para hablar de varios aspectos de su vida y sus preferencias. De este modo, podría ser que la prueba tuviera un efecto positivo en ellos y que generara una mayor implicación en la misma, ya que podrían sentir que son importantes para alguien que les pregunta por aspectos relevantes de su vida.

- Flujo o guión de la entrevista:

Sin ninguna duda por parte de las personas que han realizado el estudio piloto, un guión o flujo se ha considerado necesario a la hora de realizar la entrevista y para garantizar, de alguna manera, que los entrevistadores obtengan, o al menos lo intenten, la misma información.

El flujo utilizado en la entrevista intenta ser una ordenación, más práctica y menos conceptual, de los diferentes aspectos que pretende evaluar el instrumento. Al dividirla por bloques e incluir diferentes preguntas dentro de cada uno de ellos se necesita que cada pregunta esté correctamente hilada con las siguientes de manera que se potenciara la impresión de estar participando en una conversación y potenciar esos efectos positivos del instrumento de los que se habla anteriormente.

En la realización de los comentarios concretos sobre el flujo se seguirá el orden propio de la entrevista.

La elección del tipo de entrevista, en el momento en el que se lleva a cabo, parece adecuada. Normalmente se ha tenido suficiente información para tomar esta decisión con lo extraído de la presentación y las preguntas de memoria autobiográfica.

Empezar la entrevista con el bloque de actividades parece correcto porque ayuda tanto al entrevistador como al entrevistado. Al primero le ayuda a conocer un poco más a fondo el día a día y forma de vida de la persona entrevistada. Al segundo le ayuda a conocer qué se espera de él en la entrevista y a eliminar la posible tensión generada después de las preguntas de memoria autobiográfica que se le han hecho previamente. Sin embargo, sería conveniente cambiar el orden de algunas preguntas.

A modo de conclusión, se puede decir que este guión es bastante fácil de seguir. Incluso sin el material, es un guión que puede surgir en una conversación espontánea si se tienen en mente todas las preguntas que se deberán preguntar.

Únicamente se ha encontrado dificultad para extraer la información de las preguntas más observacionales, especialmente con las personas con más deterioro cognitivo. Estas personas necesitan una mayor supervisión debido al riesgo de caídas o a la presencia de un mayor número de alteraciones conductuales. Por ello, la tarea de extraer toda información requerida en esta evaluación ambiental es mucho más compleja y hace necesaria la presencia de más de un evaluador para completarla.

- Valoración de los ítems de Capacidades:

Aun siendo un conjunto de ítems simples, en general han servido para hacer una diferenciación adecuada de las personas entrevistadas y han recogido la variabilidad existente entre los participantes.

Por otro lado, es necesario aclarar que el objetivo de la prueba no es realizar una evaluación exhaustiva de estas capacidades y generar un diagnóstico o juicio clínico, para lo que se necesitarían otra clase de pruebas.

De manera concreta, para los elementos que valoran las capacidades cognitivas se ha observado un gran acuerdo entre los investigadores. Es cierto que todavía es necesario realizar una definición más operativa de las categorías de respuesta en algunos de los ítems.

Especialmente en las alteraciones de conducta, se deberían incluir definiciones más operativas y amplias de las alteraciones a evaluar. Además podrían incluirse otras posibles alteraciones o signos que puedan observarse. Por otro lado, los evaluadores reconocen que la propia naturaleza de la entrevista, como se ha dicho anteriormente, hace que sea muy fácil engancharse e implicarse en ella, de manera que es una tarea que genera una alta motivación intrínseca que es poco probable que sea compatible con el desencadenamiento de alteraciones conductuales.

- Valoración de los ítems de Preferencias:

Esta parte de la entrevista ha sido, a juicio de casi todos los evaluadores, la más difícil de administrar para obtener la información necesaria. Una de las razones para explicar esta dificultad podría ser su propio carácter innovador, ya que este estudio podría ser de las primeras experiencias que se han hecho para incluir estos aspectos de análisis de las preferencias en la evaluación de las personas con deterioro cognitivo. Para la evaluación del ambiente o de las capacidades de las personas entrevistadas ya existen entrevistas e instrumentos validados en los que se pudo basar la prueba actual. En cambio, para las preferencias apenas existe bibliografía que consultar y por lo tanto, sus preguntas han sido generadas en su totalidad por y para este instrumento desarrollado.

En la valoración de las categorías de respuestas, los evaluadores señalan que en general su descripción es demasiado simplista. Por lo tanto, sugieren la necesidad de aumentar la descripción de estos criterios en desarrollos futuros de la prueba con el objetivo de incorporar la extensa variabilidad existente en estos aspectos subjetivos.

- Valoración de los ítems de Ambiente:

Debido a la procedencia de la muestra utilizada es posible que estos ítems no reflejen la esperable y amplia heterogeneidad en sus puntuaciones debido a que varias de las personas evaluadas provienen o comparten el mismo ambiente, altamente estructurado y rico en estímulos facilitadores.

- Valoración de los ítems de Calidad de Vida:

En este grupo de preguntas únicamente hay que comentar la dificultad para encontrar una prueba de evaluación de la Calidad de Vida para personas con deterioro cognitivo leve-moderado ya que no existe una validada en castellano. Por esa razón se administró la QUALID aun sabiendo que no era la escala más adecuada.

## **4. Innovación del modelo e instrumento “EVA”.**

### **4.1. Ventajas.**

Tras analizar los resultados obtenidos se puede concluir que el modelo y el instrumento “EVA” son innovadores, en cuanto que:

- 1) Permite evaluar a personas con demencia en cualquier estadio, incluyendo los más avanzados, sin necesidad de utilizar instrumentos diferentes para cada fase de la evolución de la enfermedad, permitiendo por lo tanto un mejor seguimiento de la persona. También es un instrumento válido para aplicar a personas mayores sin deterioro cognitivo.
- 2) Es aplicable en distintos contextos, tanto domicilios como instituciones, permitiendo de esta manera una continuidad en la evaluación que facilite la continuidad en los cuidados.
- 3) Permite evaluar de manera global a la persona y su entorno, teniendo en cuenta sus capacidades, pero también sus actitudes y valores, así como el ambiente en el que la persona

se encuentra, siguiendo el modelo de Atención Gerontológica Centrada en la Persona. La herramienta centra por lo tanto su novedad en la evaluación del equilibrio que se da entre las capacidades y los valores de una persona con demencia en el entorno de su domicilio, y la evaluación de cómo la existencia o no de tal equilibrio permite el mantenimiento de la persona en su entorno con una adecuada calidad de vida.

4) Otro punto en el que se ha realizado una innovación es respecto a la manera de evaluar que se realiza en otras pruebas o baterías, y que se basa en la maximización de la validez ecológica, y de la realización de la evaluación en una situación cotidiana, en el mismo domicilio de la persona con demencia, y sin utilizar pruebas “de lápiz y papel”. Se plantea, por lo tanto, un procedimiento en el que, desde que se inicia la situación de evaluación, se van realizando ciertas tareas, en las que el sujeto se sienta lo menos evaluado posible, y por medio de conversación espontánea y realización de tareas conjuntas, el evaluador tenga que completar toda la información que necesita disponer de esa persona. Esta manera de evaluar ofrece una alta validez ecológica y disminuye la sensación de “ser evaluado”, además de basar las puntuaciones en hechos objetivos (no hay informador para muchas de las partes que componen la prueba).

#### **4.2. Inconvenientes.**

Sin embargo, esta manera de evaluar no está exenta de inconvenientes, entre los cuales pueden señalarse:

- 1) Las situaciones pueden ser más variables entre los sujetos evaluados, disminuyendo la posibilidad de generalizar los resultados,
- 2) El evaluador tiene que tener una formación importante para administrar el instrumento (hecho, por otra parte, que sería deseable en todas las pruebas, por lo que ésto no se considera que debiera ser señalado como un inconveniente).
- 3) Resulta mucho más difícil de conseguir buenas propiedades psicométricas clásicas, por lo que habrá que evaluar hasta qué punto compensa el conseguir unas u otras.

#### **4.3. Utilidad del instrumento.**

La utilidad del instrumento radica en la complementariedad del modelo y del instrumento “EVA” con las pruebas que se utilizan actualmente. De esta forma no se pretende que el instrumento desarrollado aquí suplante ninguno de los instrumentos utilizados actualmente en los recursos de evaluación existentes, sino que pretende ser una herramienta complementaria, que se aplica de manera interdisciplinar y con una óptica y unos objetivos también complementarios a las evaluaciones que se aplican actualmente, como pueden ser la Valoración de la Dependencia, o los distintos protocolos de evaluación médica, neuropsicológica o social que se usan en distintos recursos y servicios públicos y privados.

Así, el instrumento puede ser administrado a personas con distinto grado de demencia y a personas sin demencia, ya que las puntuaciones ofrecen un rango suficiente, y además la información obtenida es relevante para todos los grupos. Además, puede ser aplicado a personas en domicilio o acudiendo a distintos recursos asistenciales (centro de día y residencia) sin que por ello existan limitaciones en su aplicabilidad.

Por otro lado, las puntuaciones que se obtienen en los distintos ítems que conforman la escala ofrecen variabilidad e información suficiente para poder realizar análisis cualitativo de los ajustes y equilibrios encontrados entre todas las dimensiones analizadas, y derivar de ellos sugerencias de acciones para realizar planes de acción individualizados y dirigidos a una mejora de la calidad de vida.

Con esta manera de evaluar, se espera que, en una entrevista de máximo una hora, alguien bien entrenado sea capaz de obtener la información relevante para determinar las cuatro dimensiones del modelo (Capacidades, Preferencias y Ambiente, y la Dimensión Subjetiva-Calidad de Vida), de manera que luego se pueda ver el “equilibrio”, o grado en que estos aspectos permiten que una persona pueda permanecer en ese ambiente o qué adaptaciones o compensaciones se necesitan para ello.

Finalmente, la evaluación de aspectos como las preferencias puede ser más adecuada de realizar de esta manera, ya que se puede establecer una relación mucho más cercana con la persona en una situación que no sea de evaluación formal “de despacho”. También se ha explicado anteriormente que, en todo momento, la evaluación se centra en aquello que la persona es capaz de hacer, y no en el déficit que presenta, aunque para ello el evaluador tenga que ser mucho más flexible que con otros modelos, pero la manera de evaluar acerca la escala mucho más a la Atención Gerontológica Centrada en la Persona, y ofrece una perspectiva de evaluación más innovadora.

## **5. Futuros desarrollos.**

### ***5.1. Depuración del instrumento abreviado.***

Con los resultados obtenidos en los análisis que se han llevado a cabo en este proyecto, el primer paso lógico que se tendría que dar es la depuración del instrumento “EVA” en su versión abreviada. Esto es, redactar los ítems para los que no hay un suficiente grado de acuerdo entre los valoradores de una forma mucho más operativa y concreta para garantizar su fiabilidad.

Por otro lado, se tendría que analizar la posibilidad de incluir nuevos elementos complementarios a los ya existentes que optimicen la valoración y la obtención de los resultados que permitan guiar la planificación y creación de las intervenciones individualizadas.

## **5.2. Desarrollo y validación del instrumento completo.**

Tras la validación inicial de la versión piloto del modelo y la escala, se plantea un desarrollo completo de todos los ítems que podrían componer cada una de las variables, así como la realización de un estudio a gran escala y con una muestra representativa de la aplicabilidad y las propiedades de la prueba.

Finalmente sería interesante realizar una validación de la escala completa con una muestra amplia y representativa de la población objetivo a la que se dirige la escala.

## **5.3. Investigaciones basadas en el modelo “EVA”.**

Con el presente trabajo se abre un camino de investigación sobre cómo estudiar aspectos subjetivos como son los valores y preferencias en personas con demencia que sufren una alteración de sus funciones cognitivas que dificultan la evaluación de estos aspectos por medio de las escalas utilizadas en otras poblaciones que mantienen un funcionamiento cognitivo adecuado.

Por otro lado y si bien es temprano para poder establecer unos perfiles representativos basados en la acumulación de datos de muestras más numerosas, en un futuro se podría establecer un perfil estandarizado que permitiera comparaciones más detalladas entre el perfil y los datos obtenidos en cada evaluación. De esta manera se podrían realizar guías de intervención aplicables según la persona evaluada se encontrase dentro de un perfil u otro. Con ella los profesionales podrían fácilmente derivar planes y estrategias de actuación según el análisis de ajustes y equilibrios que se obtuviera de la aplicación de la prueba.

Otro aspecto a investigar sería el desarrollo longitudinal de las preferencias, es decir el cambio que experimentan éstas a lo largo del deterioro cognitivo de una persona.

## **5.4. Desarrollo de una versión paralela para personas cercanas.**

Sería interesante contar con una versión del instrumento para personas cercanas a la persona objetivo de la evaluación. Se entiende como persona cercana a aquella que más y mejor le conoce sin importar la relación o el grado de consanguineidad entre ellas.

No siempre tiene que haber un acuerdo entre las puntuaciones que dan las personas con demencia y las que dan sus personas cercanas en relación a aspectos subjetivos y de preferencias de las personas con demencia. Se podrían hipotetizar distintas explicaciones para estos resultados. En primer lugar puede ser que las respuestas obtenidas no sean válidas debido a diversos motivos, entre ellos estarían el grado de deterioro cognitivo de las personas entrevistadas o el simple desconocimiento de la persona cercana o informador de las preferencias de la persona entrevistada. En segundo lugar y relacionado con lo anterior, puede que ambas personas, entrevistada y persona cercana, centren su atención en diferentes factores que intervienen en la valoración de la preguntas realizadas. De esta manera cada individuo de la pareja puede basar sus decisiones a la hora de responder en diferentes

aspectos que irremediabilmente darán lugar a valoraciones extremadamente opuestas pero compatibles ya que reflejan diferentes realidades de la misma situación. Dicho de otro modo, se están evaluando aspectos sumamente complejos, como son las preferencias de las personas con deterioro cognitivo, que pueden experimentar cambios significativos a lo largo de la vida de una persona en función de numerosas variable biopsicosociales.

Esta situación genera una importante vía de desarrollo futuro en cuanto a investigaciones a realizar. Se debe explorar la razón que explique por qué no existe acuerdo en estas respuestas a preguntas gemelas dependiendo de quién responda a entrevista. Una implicación práctica que puede tener este hecho es el papel que actualmente se le da a la información obtenida mediante informadores y que se utiliza para diseñar y programar los planes de atención individualizada ya que, como hemos visto, no se corresponde totalmente la información dada por la propia persona afectada y por su informador.

### ***5.5. Desarrollo de una versión paralela libre de contenido verbal.***

Dentro de las innovaciones que se han realizado en el proceso de evaluación creado, se encuentra la de la aproximación a cómo evaluar aspectos tan complejos y subjetivos como los valores o preferencias en personas con una demencia, y que por lo tanto tienen alteradas en mayor o menor grado varias capacidades cognitivas.

Una de las aproximaciones que fue manejada desde las primeras fases de la creación de la herramienta fue la presentación de imágenes que representen distintas situaciones sobre cuidado, y la observación de la respuesta emitida por la persona con demencia ante tales imágenes. Una aproximación similar se ha utilizado en algunas de las escalas que existen para evaluar capacidad de toma de decisiones relacionadas con la salud, con buenos resultados. En las entrevistas realizadas a los distintos expertos consultados, todos ellos consideraron que ésta podría ser una posible vía a explorar.

Por motivos prácticos tuvo que prescindirse de la utilización completa de esta metodología, aunque se esperaba que fuera un paso adelante en la creación y evaluación de materiales alternativos para explorar este tipo de cuestiones en personas con una alteración cognitiva, con las que la utilización de instrumentos basados en razonamiento abstracto y en uso del lenguaje no es fiable, debido a la alteración que tienen estas personas en estas capacidades cognitivas.

### ***5.6. Aplicación del modelo e instrumento “EVA” en otros colectivos.***

Este trabajo abre la vía para la utilización de este instrumento o similares a personas con distinto tipo de patologías: discapacidad física, daño cerebral adquirido, otras enfermedades

neurodegenerativas que generan dependencia (por ej., Esclerosis Múltiple, Esclerosis Lateral Amiotrófica, Enfermedad de Parkinson).

Por otro lado, y según las recomendaciones de los expertos consultados en la fase de desarrollo del instrumento, se puede utilizar este modelo e instrumento en las fases iniciales de la demencia como herramienta de trabajo entre la persona con demencia y las personas que van a ser sus cuidadores para consensuar una manera de cuidado que se ajuste tanto a los deseos y necesidades de la persona con demencia como a los de las personas que van a ser sus cuidadores.

## 6. Bibliografía

- Baum, C.M. & Edwards, D.FI. (1998). Activity Card Sort (ACS) (2nd. de.). Bethesda, MD: American Occupational Therapy Association
- Baum, C.M. Et al. (2007): Executive Function Performance Test: The protocol booklet. Unpublished program in Occupational therapy Washington University School of Medicine, St. Louis, MO. Four standardized IADL tasks: cooking, telephone use, medication management, and money management.
- Braswell, D et al. (1993). Profile of executive control system: Instructikon manual and assessment. Wake Forest, NC: Lash and Associates Publishing/Training. A 7-point rating scale that the therapist scores in the area of initiation, planning, goal management, and awareness based on observations, interviews
- Buiza, C. (2011). Evaluación y caracterización del deterioro cognitivo grave en sujetos con diagnóstico de Enfermedad de Alzheimer. Tesis doctoral sin publicar. Universidad Autónoma de Madrid.
- Burns, T. (2006). Cognitive Performance Test (CPT). Pequannock, NJ: Maddak.
- Chui, T. et al. (2006). Safety Assessment of Function and the environment for rehabilitation (SAFER) version 3. Toronto, ON: COTA Health.
- Heartman-Maeir et al. (2009). Cognitive Functional Evaluation (CFE) for individuals with suspected cognitive disabilities. American Journal of Occupational Therapy, 23, 1-2
- Herrmann, N, Gauthier, S, y Lysy, PG (2007). Clinical practice guidelines for severe Alzheimer disease. Alzheimer's and dementia, 3: 385-397.
- Katz, N. et al. (2003). Participation in occupational performance: reliability and validity of the Activity Card Sort. Occupational therapy Journal of Research, 22, 1-10
- Law, M. et al. (1998). The Canadian Occupational Performance Measure (3rd de.). Toronto: Canadian Association of Occupational Therapists



ENPLEGU ETA GIZARTE  
GAIETAKO SAILA

DEPARTAMENTO DE EMPLEO  
Y ASUNTOS SOCIALES



instituto gerontológico matia

Martínez, T. (2011). La atención gerontológica centrada en la persona. Vitoria-Gasteiz: Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia-Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.

Mitchell, S.L, Teno, J. M., Kiely, D. K., Shaffer, M.L., Jones, R.N., Prigerson, H.G., Volicer, L., Givens, J.L. Y Hamel, M.B. (2009). The clinical course of advanced dementia. The New England Journal of Medicine, 361:1529-38.

Smith et al. (1986). The relationship between volition, activity pattern and life satisfaction in the elderly. Am J Occup Ther, 40, 278-283

Wilson, B.A. Et al. (1985). The Rivermead Behavioural Memory Test. Reading, UK: Thames Valley Test

Wilson, B.A. Et al. (1987). Behavioural Inattention Test Manual. Fareham, UK: Thames Valley Test

Wilson, B.A. Et al. (1996). Behavioural assessment of dysexecutive syndrome. Bury St. Edmunds, UK: Thames Valley Test