



Evaluación de la cognición, la conducta y la funcionalidad de las personas mayores dependientes en los centros residenciales*

Assessment of cognition, behaviour and functionality of dependent elderly people in residential centers

María del Carmen Díaz Mardomingo*

* Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED).
mcdiaz@psi.uned.es

Abstract:

Dependence is closely linked to diseases that present with cognitive impairment such as Alzheimer's disease, responsible for many cases of dependency among older people. The cognitive and behavioral capacity of the patient deteriorates as advances the dementia and affects its functionality progressively. The residential centers are critical to providing residents, not just care, but also intervention programs where neuropsychological assessment to diagnose syndromes such as mild cognitive impairment or dementia such as Alzheimer's, and establish psychostimulation programmes with the aim to delay situations severe dependency. The assessment tools specify the functional autonomy of the patient level for the basics, and advanced instrumental daily life. Residential centers, well-trained professionals, are community resources that enable older participate and integrate them successfully.

Keywords: Alzheimer's disease, cognitive impairment, dependency, functional autonomy, residential centres.

Resumen:

La dependencia está muy unida a patologías que cursan con deterioro cognitivo como la enfermedad de Alzheimer, responsable de muchos de los casos de dependencia entre las personas de edad avanzada. La capacidad cognitiva y conductual del enfermo se deteriora según avanza la demencia y afecta de modo progresivo a su funcionalidad. Los centros residenciales son decisivos al proporcionar a los residentes, no sólo cuidados, sino también programas de intervención donde la evaluación neuropsicológica permite diagnosticar síndromes como el Deterioro Cognitivo Ligero o demencias como la de Alzhei-

* Agradecimientos:

Proyecto de investigación I+D+I n° 15/2008, dirigido por Lasarte, C. y coordinado por Moretón, F. Entidad financiadora: IMSERSO.

mer, e instaurar programas de psicoestimulación con el fin de retrasar situaciones de dependencia graves. Los instrumentos de valoración de la autonomía funcional especifican el nivel del enfermo para realizar actividades básicas, instrumentales y avanzadas de la vida diaria. Los centros residenciales, con profesionales bien formados, constituyen recursos comunitarios que permiten a los mayores participar e integrarse en ellos de forma satisfactoria.

Palabras clave: dependencia, deterioro cognitivo, enfermedad de Alzheimer, centros residenciales, autonomía funcional.

Article info:

Received: 16 / 12 / 2012 / Received in revised form: 02 / 01 / 2012

Accepted: 15 / 01 / 2012 / Published online: 30 / 01 / 2012

DOI: <http://dx.doi.org/10.5944/comunitania.3.5>



I. Introducción

Como paso previo al análisis de la discapacidad y la dependencia en el colectivo de las personas mayores conviene revisar la definición de estos dos conceptos que, pese a estar relacionados, se refieren a entidades diferentes. Así, la Organización Mundial de la Salud (OMS) conceptualiza la discapacidad como “la restricción o ausencia de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano” (OMS-IMSERSO 2001). La dependencia, según el Consejo de Europa, en su recomendación n° (98) 9, del 18 de septiembre de 1998, queda definida como “la necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana”. De las dos definiciones anteriores se desprende que la dependencia es una consecuencia social de la discapacidad, siendo el rasgo característico de la dependencia la necesidad de ayuda (Vivas Tesón 2011). Si bien es cierto que la dependencia no afecta únicamente a las personas mayores, sí que es evidente la estrecha relación entre dependencia y edad, lo que se hace innegable con el aumento en el porcentaje de personas que tienen problemas en su desenvolvimiento funcional conforme se consideran grupos de población de mayor edad. Pese a esta robusta relación entre dependencia y edad, también es cierto que la dependencia puede no surgir, y así acontece en muchos casos de personas con una edad avanzada.

En España, las personas mayores de 64 años, según el Padrón Municipal de Habitantes del año 2010, suponen casi un 17% de la población total. Una de las características de la estructura de la población española, como la de otros muchos países desarrollados, es el envejecimiento del envejecimiento o lo que es lo mismo, el incremento de personas de edad avanzada, de más de 80 años y, en algunos casos, hasta los 100. A partir de los 80 años, uno de cada dos mayores declaró presentar alguna discapacidad lo que en muchos casos va unido a situaciones de dependencia. Según la Encuesta de Condiciones de Vida de los Mayores, realizada por el

Observatorio de Personas Mayores (IMSERSO-CIS, 2006), los mayores de 65 años constituyen el 74% de la población dependiente.

Las enfermedades ya sean crónicas o agudas pueden llevar a la discapacidad y de ella derivar a una situación de dependencia. Las causas que pueden provocar dependencia son múltiples puesto que surgen por diversos motivos, bien sean de tipo físico, psicológico y ambiental. Entre los aspectos físicos es de destacar los problemas de movilidad que son producidos, en muchas ocasiones, por enfermedades osteomusculares, las limitaciones sensoriales, principalmente por problemas de visión y auditivos así como el consumo elevado de fármacos. En cuanto a los aspectos psicológicos, podemos destacar los trastornos cognitivos causados por una demencia, como la enfermedad de Alzheimer (EA), o tras sufrir un accidente cerebrovascular. También la depresión en las personas mayores puede provocar un aislamiento social que derive en una situación de dependencia. En relación con los factores ambientales y contextuales, el ambiente físico en el que reside el mayor así como las personas que le rodean puede contribuir a que surja o, bien por el contrario, se evite una situación de dependencia. En este sentido, la promoción de la autonomía personal y atención a personas en situación de dependencia constituye uno de los retos actuales en nuestra sociedad, y concretamente para muchos investigadores en el campo del Derecho, la Psicología, el Trabajo Social o la Economía cuyo interés actual se focaliza en las necesidades de protección de este grupo de población (Lasarte 2007).

El envejecimiento saludable se dirige a la promoción de la salud, la prevención de problemas físicos, psíquicos y sociales tanto en el colectivo de personas mayores como de las familias y cuidadores formales. Entre sus objetivos está no sólo el desarrollo de hábitos de vida saludables, sino el cambio de conductas poco saludables como se aconseja en el Libro Blanco de la Dependencia (IMSERSO 2005).

En este artículo, nos centraremos en la dependencia que surge por factores psíquicos, especialmente aquella que se deriva de patologías que tienen un curso progresivo y neurodegenerativo como es el caso de la enfermedad de Alzheimer.

II. Factores psíquicos responsables de situaciones de dependencia

Cuando nos referimos a las demencias a nivel general hay que tener presente que éstas constituyen un síndrome plurietiológico, ya que pueden aparecer por una gran diversidad de etiologías y que provocan en el individuo un deterioro intelectual global respecto a un nivel cognitivo previo, con la intensidad suficiente como para interferir en las actividades de la vida diaria. Los criterios diagnósticos de demencia aparecen reflejados en el DSM-IV-R (American Psychiatric Association 2000).

Algunas demencias tienen una vinculación estrecha con las personas mayores, unas por causas degenerativas, como es el caso de la EA y otras por problemas vasculares como la demencia de tipo vascular. En el caso de la EA las primeras

manifestaciones que percibe la familia tienen que ver con fallos en el sistema de memoria episódica, problemas de orientación y problemas de comunicación entre otros. En cuanto a las demencias vasculares, el deterioro cognitivo es secundario a lesiones vasculares cerebrales tanto isquémicas como hemorrágicas. Dado lo aleatorio de su etiología, la variabilidad clínica de las demencias vasculares es mucho mayor que en otras patologías. En ambos tipos de demencia se produce una disminución general de las capacidades cognitivas y funcionalmente ocasionan una pérdida de autonomía e incapacitan al enfermo en mayor o menor grado. La alteración funcional en los enfermos de Alzheimer sigue normalmente un patrón inverso, se afectan en primer lugar las tareas más complejas y en fases de demencia moderada o grave se alteran las actividades más básicas de autocuidado o movilidad. A nivel conductual, es frecuente la aparición de alteraciones conductuales como la agresividad, ya sea verbal o física, y la inquietud motora, que afecta al desenvolvimiento habitual de la persona con su entorno más cercano. Los enfermos que padecen una EA van perdiendo progresivamente su conexión con el entorno y, no es infrecuente la aparición de estados depresivos, al menos, en las primeras etapas de la enfermedad.

En cuanto a la prevalencia de las demencias, sin tener en cuenta su etiología, aumenta de modo exponencial entre los 65 y 85 años y se multiplica por dos cada cinco años, alcanzando a un 20% en personas mayores de 80 años y un 25% de los mayores de 85 (Berr et al. 2009). Si nos centramos en la EA, ésta representa la primera causa de demencia en las personas mayores de 65 años, más del 50% en nuestro medio. Se trata de una demencia neurodegenerativa, progresiva y hasta el momento con un carácter irreversible. En cuanto a su prevalencia, no hay datos concluyentes aunque hay algunas estimaciones, que señalan que en España el número de pacientes podría ser de hasta 1.300.000 (Manubens et al. 1996). En cuanto a las demencias que se originan por un problema vascular suponen la segunda causa de demencia tras la EA, un 30%. Estos datos dan idea de la necesidad de intervenir en este grupo de población en el que la dependencia va a ocasionar un cambio sustancial en la vida, no sólo, del enfermo sino también en la de sus familiares más próximos.

III. La situación de dependencia en la familia y en el centro residencial

Uno de los principales recursos con los que cuentan las personas mayores que sufren una enfermedad que ocasiona dependencia es su propia familia (Moreno Mínguez 2011). Durante el proceso de la enfermedad, que en muchos casos es una demencia, tanto el paciente como la familia deben adaptarse a los numerosos cambios que van a producirse y que van a modificar su estilo de vida, entre otros de tipo afectivo, conductual y económico.

Los profesionales relacionados con la salud y bienestar gerontológico conocen muy bien el papel tan necesario que desarrollan las familias que tienen a su cargo

a una persona con demencia, y especialmente el de los cuidadores principales, en la mayoría de los casos informales, sobre quienes recae el desempeño del cuidado. El cuidador habitual asume esta actividad y, suele renunciar a otras esferas de su vida como la dedicación a sus hijos, las amistades, la pareja, el ocio, etc. lo que puede conllevar la aparición de diversos problemas de tipo laboral, médico, psicológico, social, etc. El prototipo de cuidador principal pertenece a la red familiar más próxima, suelen ser esposas o hijas que no trabajan fuera de casa, con edades entre los 55 y 65 años con un nivel cultural medio-bajo y con insuficiente apoyo social.

En España, la situación es que alrededor del 80% de las familias mantiene a la persona mayor en situación de dependencia en el propio domicilio y la institucionalización se produce cuando el cuidador no puede seguir con esa tarea. Los factores de riesgo para la institucionalización del paciente son, entre otros, el tener una edad avanzada, el deterioro cognitivo severo, las alteraciones conductuales y la incapacidad para realizar actividades básicas de la vida diaria. Dado que en la mayoría de los casos las familias ejercen de cuidadores, generalmente sin formación específica, desde diferentes ámbitos se deben promover ayudas para la formación de los cuidadores en las actividades básicas con el enfermo, el asesoramiento legal, la preparación psicológica para afrontar la enfermedad, el conocimiento de los recursos comunitarios, etc. Es necesario que haya un punto de unión entre los servicios de apoyo formal, tanto públicos como privados, y el apoyo informal –familias y cuidadores no profesionales–. Cualquier intervención que mejore la calidad de vida del cuidador redundará en una mejor atención del enfermo y podrá retrasar la institucionalización. Como ya se ha mencionado anteriormente, uno de los factores que pueden provocar el ingreso de un paciente con demencia en una institución suele ser la situación de dependencia severa, y esto a su vez puede generar, en muchos de los casos, sentimientos de culpabilidad en la persona que se ha ocupado habitualmente de las tareas del cuidado. De esto se desprende que el abordaje de cualquier situación de dependencia debe contemplar tanto al enfermo como a su entorno familiar más cercano.

En nuestro país, existen diferentes recursos para las personas mayores en situación de dependencia, fundamentados en un modelo sociosanitario en el que, aparte de los aspectos básicos, se tienen en cuenta otros de tipo preventivo y terapéutico¹. Entre ellos podemos destacar los centros de Día y las residencias.

El centro de Día según recoge el IMSERSO (1996) *es un servicio sociosanitario y de apoyo familiar que ofrecen durante todo el día atención a las necesidades perso-*

¹ Se recomienda el libro "Residencias y alojamientos alternativos para personas mayores en situación de dependencia. Aspectos legales de la gestión, coordinación y acreditación en el SAAD de los servicios residenciales. Relevancia de los Centros Estatales de Referencia y de la responsabilidad corporativa en la política social" resultado del proyecto de Investigación I+D+I IMSERSO, nº 15/2008, dirigido por el Dr. Carlos Lasarte, en el que se hace un exhaustivo análisis interdisciplinar de este tema.

*nales básicas, terapéuticas y socioculturales de las personas mayores con diverso grado de dependencia, promoviendo su autonomía y la permanencia en su entorno habitual*².

En cuanto a las residencias, las que se dirigen al cuidado y atención de personas dependientes cubren todas ellas un objetivo clínico y asistencial, y algunas de ellas tienen también entre sus fines el de atender los aspectos psicosociales y de integración en la comunidad. Esta última perspectiva se basa en una definición de residencia como “un centro gerontológico abierto de desarrollo personal de atención socio-sanitaria interprofesional en el que viven temporal o permanentemente personas mayores con algún grado de dependencia” (Rodríguez 1999).

Un estudio realizado en nuestro país sobre la prevalencia del deterioro cognitivo no diagnosticado u oculto ha constatado que una de cada tres personas que ingresan en centros residenciales, no están diagnosticadas de deterioro cognitivo y que una de cada tres personas diagnosticadas de demencia no recibía tratamiento específico al ingresar en el centro (Rodríguez, Espantaleón y Lopez 2009). Esto pone de relieve la importancia de los centros residenciales como lugares en los que se detecten patologías y se pongan en marcha programas de intervención específicos según las necesidades de los usuarios.

Los centros residenciales que no van dirigidos a mayores con una patología concreta, por ejemplo específicos para la EA, pueden tener entre sus residentes a personas con un alto nivel de dependencia como consecuencia de las demencias, pero también a personas mayores con otras patologías que cursan con deterioro cognitivo ligero que requieran, al menos, supervisión o una pequeña ayuda para desenvolverse en sus tareas cotidianas. Dada la heterogeneidad del grupo de personas mayores que pueden residir en un mismo centro residencial, es requisito imprescindible la realización de un programa de evaluación exhaustiva de cada residente, en el que se contemple una valoración cognitiva, conductual y funcional.

IV. Evaluación de las necesidades psicológicas de las personas mayores en centros residenciales

La mayoría de los centros de día y residencias tienen entre sus objetivos prioritarios los de atención social, de la salud psicológica y física y la socialización. En lo que concierne a la atención de la salud psicológica, las personas mayores que acuden a centros residenciales demandan una serie de actividades que deben ser tenidas en cuenta. Para ello, un primer paso es la evaluación completa y multidisciplinar de las

² El IMSERSO publicó en 2008 un documento técnico denominado *Modelo de centro de día para la atención a personas con enfermedad de Alzheimer*, con la participación de la Confederación Española de Familiares de Enfermos de Alzheimer y otras demencias, en el que se recoge ampliamente la oferta de servicios para las personas usuarias de los centros de día.

persona, en la que se valoren los aspectos médicos, cognitivos, emocionales, conductuales, funcionales así como el apoyo social.

1. Objetivos de la actuación con personas mayores

Dado que las personas que utilizan un centro de día o una residencia demandan necesidades en la esfera funcional, psicológica, médica y social, en los objetivos se deben contemplar esas cuatro facetas. Se parte de que el objetivo prioritario es favorecer la calidad de vida de la persona mayor y para ello algunos de los propósitos principales son:

a) Identificar, describir y cuantificar las alteraciones o problemas que presenta el residente a su llegada al centro; b) Describir los recursos y habilidades de los que dispone la persona mayor; c) Realizar un diagnóstico que permita el diseño de un tratamiento o programa de intervención posterior; d) Detectar situaciones de riesgo e indicios que puedan derivarse en patología y contribuyan a aumentar la dependencia; e) Diseñar programas de intervención específicos a las necesidades individuales; f) Realizar un seguimiento de los residentes y detectar los cambios desde el ingreso en el centro.

2. Evaluación de la funcionalidad, la capacidad cognitiva, conductual y afectiva

El psicólogo en colaboración con otros profesionales –geriatra, neurólogo, psiquiatra, terapeuta ocupacional–, etc. es el profesional que debe valorar las actividades básicas e instrumentales de la vida de la persona mayor, estimar qué áreas cognitivas se encuentran preservadas y cuáles presentan deterioro, evaluar la conducta, así como el plano emocional o afectivo.

2.1. Valoración funcional

La clasificación y medición de la funcionalidad de la persona o lo que es lo mismo, del grado de dependencia del individuo, se basa, en la gran mayoría de los casos, en cuestionarios que miden la necesidad o no de ayuda, de una o más personas, en la realización de las actividades básicas de la vida diaria (A.B.V.D) o de autocuidado, como la alimentación o el aseo entre otras, y las actividades instrumentales de la vida diaria (A.I.V.D.), es decir, las que permiten que la persona se relacione de modo independiente en su entorno social como el uso del teléfono o la utilización del transporte en los desplazamientos. De las A.I.V.D. se separan las actividades avanzadas de la vida diaria (A.A.V.D.) que son tareas más elaboradas que permiten al sujeto cumplir su papel en la sociedad, mantener la salud psíquica y gozar de buena calidad de vida, algunas de las cuales son la participación social, la realización de ejercicio físico o los viajes. En la valoración de estas conductas hay que tener pre-

sente que las actividades básicas son independientes del género y relativamente independientes del nivel cultural, sin embargo, la evaluación de las instrumentales y avanzadas debe tener en cuenta el nivel premórbido y las particularidades de cada sujeto, principalmente en cuanto al entorno social y cultural.

Aparte de los cuestionarios hay otros procedimientos que son de mucha utilidad para conocer el desenvolvimiento funcional de la persona, entre otros, la observación del residente en su propio medio o el contraste de información con sus cuidadores.

En función de la puntuación obtenida en los cuestionarios que evalúan el grado de autonomía en las actividades de la vida diaria y del resto de información complementaria, la dependencia se clasifica en tres niveles:

- Dependencia leve: cuando se precisa la ayuda en menos de cinco A.I.V.D.
- Dependencia moderada: si se necesita ayuda en una o dos A.B.V.D. o más de cinco A.I.V.D.
- Dependencia grave: cuando se precisa la ayuda en tres o más actividades de la vida diaria.

Una de las escalas de valoración funcional de las actividades básicas es la Escala de Barthel (Mahoney y Barthel 1965) que evalúa 10 de estas actividades –comer, lavarse, vestirse, arreglarse, deposición, continencia, uso del retrete, traslado al sillón/cama, deambulación y subir/bajar escaleras–. La escala tiene una puntuación máxima de 100 puntos, en la que una mayor puntuación indica un mayor nivel de independencia, y por debajo de 60 se considera que existe dependencia leve.

En cuanto a las actividades instrumentales, uno de los cuestionarios más utilizados por los profesionales es la Escala de Valoración Instrumental de Lawton y Brody (Lawton y Brody 1969) que evalúa 8 actividades –capacidad para usar el teléfono, hacer compras, preparar la comida, cuidado de la casa, lavado de ropa, uso de medios de transporte, responsabilidad de su medicación y manejo de asuntos económicos–. La información debe obtenerse de un cuidador fidedigno. La puntuación máxima de 8 puntos indica independencia total (ver figura 1).

Figura 1. Escala de Lawton y Brody para las actividades instrumentales de la vida diaria (A.I.V.D.).

Nombre.....Edad.....Sexo.....

| | Puntos |
|--|---------------|
| A. CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO | |
| 1. Utiliza el teléfono a iniciativa propia, busca y marca los números, etc. | 1 |
| 2. Marca unos cuantos números bien conocidos | 1 |
| 3. Contesta el teléfono pero no marca | 1 |
| 4. No usa el teléfono | 0 |
| B. IR DE COMPRAS | |
| 1. Realiza todas las compras necesarias con independencia | 1 |
| 2. Compra con independencia pequeñas cosas | 0 |
| 3. Necesita compañía para realizar cualquier compra | 0 |
| 4. Completamente incapaz de ir de compras | 0 |
| C. PREPARACIÓN DE LA COMIDA | |
| 1. Planea, prepara y sirve las comidas adecuadas con independencia | 1 |
| 2. Prepara las comidas si se le dan los ingredientes | 0 |
| 3. Calienta y sirve las comidas pero no mantiene una dieta adecuada | 0 |
| 4. Necesita que se le prepare y sirva la comida | 0 |
| D. CUIDAR LA CASA | |
| 1. Cuida la casa sólo o con ayuda ocasional (ej. Trabajos pesados) | 1 |
| 2. Realiza tareas domésticas ligeras como fregar o hacer cama | 1 |
| 3. Realiza tareas domésticas ligeras pero no puede mantener un nivel de limpieza aceptable | 1 |
| 4. Necesita ayuda en todas las tareas de la casa | 1 |
| 5. No participa en ninguna tarea doméstica | 0 |
| E. LAVADO DE ROPA | |
| 1. Realiza completamente el lavado de ropa personal | 1 |
| 2. Lava ropa pequeña | 1 |
| 3. Necesita que otro se ocupe del lavado | 0 |
| F. MEDIO DE TRANSPORTE | |
| 1. Viaja con independencia en transportes públicos o conduce su coche | 1 |
| 2. Capaz de organizar su propio transporte en taxi, pero no usa transporte público | 1 |
| 3. Viaja en transportes públicos si le acompaña otra persona | 1 |
| 4. Sólo viaja en taxi o automóvil con ayuda de otros | 0 |
| 5. No viaja | 0 |
| G. RESPONSABILIDAD SOBRE LA MEDICACIÓN | |
| 1. Es responsable en el uso de la medicación, dosis y horas correctas | 1 |
| 2. Toma responsablemente la medicación si se le prepara con anticipación en dosis preparadas | 0 |
| 3. No es capaz de responsabilizarse de su propia medicación | 0 |
| H. CAPACIDAD DE UTILIZAR EL DINERO | |
| 1. Maneja los asuntos financieros con independencia, recoge y conoce sus ingresos | 1 |
| 2. Maneja los gastos cotidianos pero necesita ayuda para ir al banco, grandes gastos, etc. | 1 |
| 3. Incapaz de manejar el dinero | 0 |

También existen escalas multidimensionales que miden tanto las actividades básicas como las instrumentales; quizá la más utilizada en nuestro entorno es la escala de Blessed (Blessed, Tomlinson y Roth 1968), en la que se contemplan tres áreas diferenciadas que se evalúan por separado; las áreas son las siguientes: cambios en la ejecución de las actividades diarias, cambios en los hábitos y cambios en la personalidad y conducta.

2.2. Valoración cognitiva

La evaluación neuropsicológica es un procedimiento mediante el cual se analiza el funcionamiento cognitivo de una persona. Es decir, se evalúa el estado cognitivo general, las capacidades de aprendizaje y memoria, el lenguaje, el sistema atencional, las funciones ejecutivas, las habilidades perceptivas y práxicas. Esta exploración permite obtener un perfil cognitivo de la persona y resulta previa a cualquier programa de intervención. Dado que esta evaluación es de vital importancia para el resto de actuaciones que se implementen dirigidas a las personas mayores nos ocuparemos de un modo más extenso de este aspecto.

Los objetivos que se proponen en la exploración neuropsicológica son:

- Identificar, describir y cuantificar los déficits cognitivos y las alteraciones conductuales producidas como consecuencia de disfunciones o lesiones cerebrales. Complementariamente delimitar las áreas preservadas.
- Contribuir al diagnóstico, fase de la enfermedad y pronóstico así como establecer el nivel de dependencia.
- Evaluar la repercusión que los problemas cognitivos tienen en el ámbito social, personal y laboral del enfermo.
- Estimar los beneficios que puede aportar un programa de intervención cognitiva y/o farmacológico.
- Realizar un informe clínico para atender las consecuencias legales de la persona.

La evaluación neuropsicológica es un proceso donde uno de los pasos es la aplicación de pruebas. Debe realizarse de forma individual, ha de ser personalizada y llevada a cabo por profesionales de la psicología y la neuropsicología.

- En su contribución al diagnóstico debe tener en cuenta diferentes perfiles neuropsicológicos: a) Corticales tèmoro-parieto occipitales: como la demencia tipo Alzheimer b) Corticales prefrontales: como las demencias de tipo frontal; c) Demencias subcortical (fronto-subcortical o fronto-estriatal).
- Se ha de seguir un protocolo de evaluación y el profesional debe seleccionar los instrumentos y técnicas adecuadas en cada caso: afección generalizada o de funciones concretas.

La selección de pruebas debe realizarse teniendo en cuenta una serie de aspectos, como el que sean pruebas sensibles al área cognitiva que se evalúa; que se haya demostrado su validez y fiabilidad; que se ajusten al nivel de estudios y culturales de la persona, así como que el test tenga datos normativos y siempre que sea posible extraídos de una población similar a la que pertenece el individuo evaluado. Como paso previo a la realización de la evaluación, el profesional debe tener presentes ciertos aspectos como son el contar con la colaboración del enfermo y cuidador del centro residencial; objetivo que se persigue con la evaluación; tener presente: la edad, el nivel educativo y los déficit sensoriales del enfermo; disponer de unas condiciones adecuadas en el lugar donde se realice la evaluación; conocer las enfermedades actuales del enfermo y la medicación y tener la seguridad de que la persona mayor mantiene un nivel de atención óptimo.

El proceso de evaluación puede desglosarse en una serie de fases:

- Entrevista –historia clínica–. Recopilación de informes de otros especialistas y de los cuidadores.
- Formulación de hipótesis.
- Selección de técnicas y pruebas.
 - * Pruebas de *screening* (pruebas cognitivas breves) para valorar el estado cognitivo general.
 - * Baterías de evaluación.
 - * Instrumentos específicos de evaluación de las distintas funciones cognitivas: memoria, atención, lenguaje, etc.
- Corrección y valoración de las pruebas.
- Determinación del perfil neuropsicológico.
- Informe clínico: descripción, interpretación y toma de decisiones.

Las áreas que deben contemplarse en la exploración son las siguientes:

- Orientación personal y espacio-temporal.
- Lenguaje –comprensión y producción–, lectura y escritura.
- Aprendizaje y memoria episódica.
- Memoria semántica y procedimental.
- Funciones ejecutivas y de control.
- Praxias constructivas, ideomotoras e ideatorias.
- Abstracción y resolución de problemas.

Los instrumentos para valorar las áreas mencionadas pueden ser de diferente complejidad, desde las pruebas de *screening* o de cribado a otras más extensas. Las pruebas de cribado tienen la ventaja de permitir una aplicación rápida y sencilla, y aportan información de la capacidad cognitiva general de una persona. Suelen utilizarse como instrumento de valoración periódica para controlar los cambios. Algunos de los más extendidos son:

- Mini Examen Cognoscitivo (MEC) (Lobo et al. 1979): se utiliza en personas con sospecha de deterioro cognitivo o con una demencia incipiente. Consta de cinco apartados que evalúan orientación, aprendizaje, concentración y cálculo, memoria diferida, lenguaje y praxias. La puntuación máxima es de 35 puntos y tiene diversos puntos de corte según el nivel de estudios de la persona evaluada.
- Test de Pfeiffer (Pfeiffer 1975): es más breve que el test anterior y suele utilizarse en pacientes geriátricos hospitalizados o institucionalizados.

En cuanto a las pruebas más extensas algunas de las más relevantes son las siguientes:

- Alzheimer's Disease Assessment Scale (ADAS-COG) (Rosen, Mohs y Davis 1984): evalúa diferentes aspectos cognitivos como lenguaje, memoria, orientación etc. y permite graduar los déficits cognitivos en leves, moderados o moderadamente graves.
- El Test Barcelona abreviado (Peña-Casanova 1990): tiene la ventaja de ofrecer un perfil cualitativo y cuantitativo de una gran cantidad de áreas cognitivas y de ser un instrumento diseñado para población española.

Las dos escalas que se presentan a continuación permiten valorar el estadiaje evolutivo en el que se encuentra el enfermo con demencia. El profesional las puede aplicar en la primera consulta y también en las sucesivas evaluaciones para conocer el avance de la enfermedad.

- Clinical Dementia Rating (CDR) (Hughes, et al. 1982): permite situar al enfermo en una de las cinco fases de la escala, 0 que indica que no hay demencia, 0.5 y 1 demencia leve, 2 demencia moderada y 3 demencia severa.
- La Escala Global del Deterioro para la Evaluación de la Demencia Primaria Degenerativa (GDS) (Reisberg et al. 1982) (conocida como la Escala de Reisberg): es utilizada para ver la fase en la que se encuentra el enfermo con demencia especialmente de Alzheimer. La escala divide el proceso de la enfermedad en siete fases y, de este modo, se contempla desde la fase 1 que indica ausencia de demencia hasta la 7 que representa un estado de demencia muy avanzada.

Dado que la escala GDS permite especificar muy bien a partir de qué fase el enfermo comienza a tener algún grado de dependencia, a continuación se describen aquellas etapas más relevantes en relación con ese aspecto. A partir de la fase 4, que se corresponde con un funcionamiento cognitivo compatible con EA leve, se aprecia que el enfermo tiene problemas en el desempeño de tareas complejas o avanzadas de la vida cotidiana. A modo de ejemplo, los pacientes pueden equivocarse en las compras, adquiriendo cantidades inadecuadas y artículos innecesarios, y son vulnerables a cometer errores con el manejo del dinero. Además, el funcionamiento en otras actividades de carácter instrumental, como el utilizar el

transporte público también suele estar comprometido. La supervisión en esta fase se hace necesaria.

La fase 5 se relaciona con un funcionamiento cognitivo consecuente con EA moderada. Los enfermos realizan de forma deficiente las tareas básicas de la vida diaria (ABVD). Es una fase en la que los enfermos son dependientes pues deben ser ayudados no sólo en las actividades mencionadas en la fase anterior sino también en la elección de las prendas que van a ponerse en función del clima y la circunstancia. Aparecen los errores en la conducción de vehículos, en el sentido de no respetar las señales de tráfico o conducir a velocidades inadecuadas. Ante los problemas evidentes en esta actividad, las familias prohíben al enfermo la conducción lo que en muchos casos es motivo de conflicto familiar, pues constituye una pérdida de independencia muy importante para aquellas personas que han conducido a lo largo de toda su vida. También en esta etapa aparecen alteraciones emocionales como la hiperactividad y alteraciones del sueño.

La fase 6 se corresponde con un funcionamiento cognitivo consecuente con EA moderada-severa. Los pacientes van perdiendo de forma progresiva muchas de las ABVD relacionadas con el aseo y la capacidad para vestirse. Al final de esta fase suele aparecer la incontinencia urinaria y fecal.

La fase 7 de esta escala es considerada como terminal en la que la demencia ya está en su fase más avanzada. Los enfermos a lo largo de esta etapa pierden capacidades como el lenguaje, la marcha y la conciencia.

El psicólogo, además de contar con instrumentos como los citados, también deberá elegir otras pruebas más específicas cuando sea oportuno evaluar de un modo más exhaustivo alguna de las capacidades. Por ejemplo, en el caso del sistema de la memoria semántica, existe en nuestro país la Batería de Evaluación de la Memoria Semántica (EMSDA) (Peraita et al. 2000) que permite analizar en profundidad este sistema de memoria. Este instrumento que consta de ocho pruebas –fluidez verbal, definición de categorías, reconocimiento de atributos, denominación, emparejamiento palabra oída dibujo, verificación de enunciados, clasificación y analogías- ha demostrado su validez en la discriminación de sujetos sanos y enfermos con demencia. En las figuras 2 y 3 se muestran algunas de las láminas de la batería a modo de ejemplo.

Si pretendemos evaluar la capacidad de aprendizaje y memoria episódica, uno de los tests más completos es el Test de Aprendizaje Verbal España Complutense (TAVEC) (Benedet y Alexandre 1998). Este instrumento consta de diferentes pruebas que evalúan el aprendizaje de una lista de palabras, el recuerdo a corto y a largo plazo, con y sin claves, así como el reconocimiento.

Figura 2. Ejemplos de la prueba de denominación de la Batería EMSDA. El evaluador presenta cada uno de estos dibujos al sujeto evaluado y la consigna que se le da es: "¿Qué es esto?"

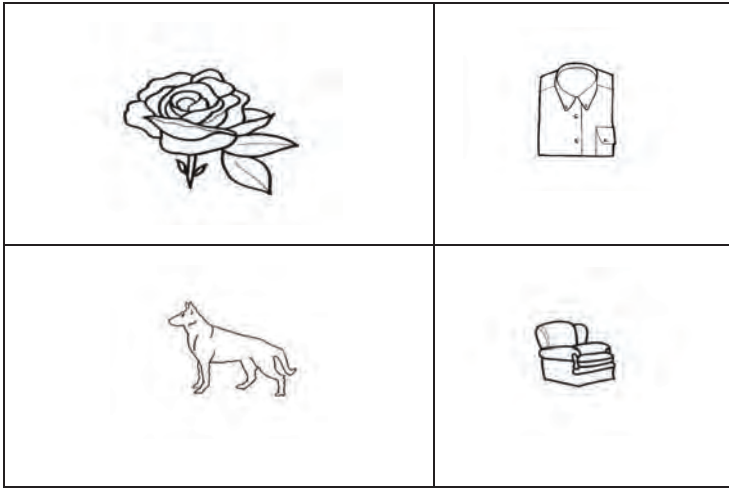
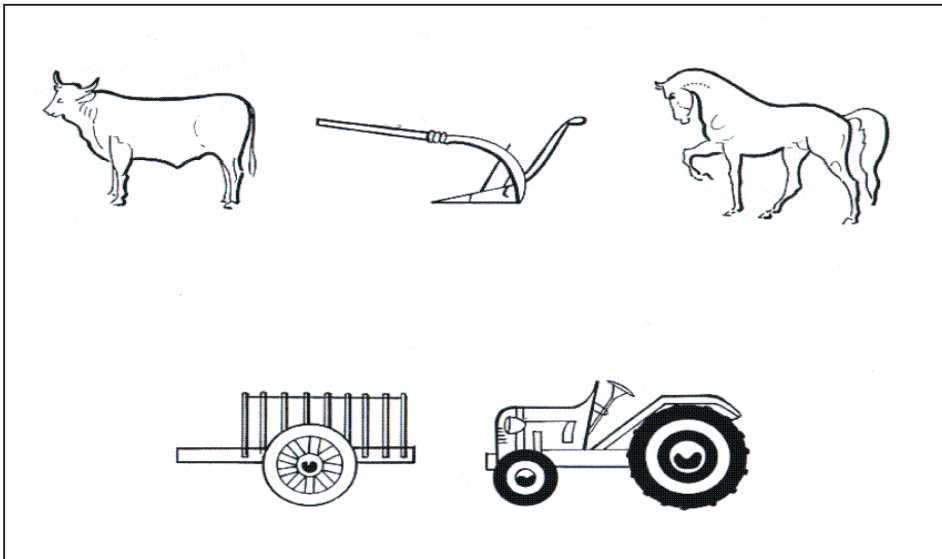


Figura 3. Lámina de la prueba de analogías de la Batería EMSDA. El evaluador dice al sujeto: "El buey va con el arado, ¿está de acuerdo?, bueno, ¿y el caballo con cuál de estos dos (señalando al carro y al tractor) va mejor?"



2.3. Valoración conductual

Como ya se ha mencionado anteriormente, los enfermos con demencia suelen presentar en algún momento alteraciones del comportamiento. Algunos de los trastornos más frecuentes son: la agresividad verbal y/o física, los trastornos de la conducta alimentaria, la actividad motora aberrante en la que se incluye la marcha incesante, el seguimiento constante del cuidador, las conductas estereotipadas, la recolección de objetos y la fuga.

Existen diversos instrumentos en los que a veces se combina la observación del enfermo junto con la entrevista al cuidador para obtener un resultado. Algunos de los más utilizados en la clínica son:

- Neuropsychiatric Inventory (NPI) (Vilalta-Franch et al. 1999): mide una serie de síntomas habituales en función de la frecuencia de aparición y la intensidad con la que se presentan. Consta de 12 subescalas, 10 evalúan diferentes alteraciones psicopatológicas de las demencias y 2 alteraciones neurovegetativas. Existe una versión española por lo que su uso es frecuente.
- Test de valoración de conducta indeseable (COBRA) (Drachman et al. 1992).
- Behavioural pathology in Alzheimer's disease rating scale (BEHAVE – AD) (Reisberg et al. 1987).

2.4. Valoración afectiva

Los trastornos afectivos suelen acompañar a las personas con demencia por lo que la valoración de la sintomatología afectiva resulta imprescindible para identificar el tipo de trastorno y la gravedad del mismo. En muchas ocasiones, una persona mayor con dependencia ve agravada su situación por la sintomatología añadida, en este caso de tipo afectivo, por lo que un tratamiento adecuado redundaría en una mejor calidad de vida.

Algunas de las escalas que con más frecuencia se utilizan en nuestro país son:

- Escala de ansiedad y depresión (EAD)³, permite evaluar ambas patologías.
- Escala de depresión para ancianos (GDS) (Yesavage et al. 1983), utilizada para valorar la depresión cuando la demencia es incipiente.
- Cornell Scale (Alexopoulos et al. 1988), es quizá la más difundida y está especialmente diseñada para la evaluación de la depresión en enfermos de demencia.

³ Esta escala fue diseñada por Golberg, pero en nuestro país disponemos de la validación de Lobo et al. (1994).

V. Estrategias de intervención en los centros residenciales

En los centros residenciales se ponen en marcha programas de intervención que van dirigidos a la promoción de la salud y también al tratamiento específico cuando los residentes tienen una patología. La intervención dirigida a los mayores es de tipo psicosocial en la que se trabajan diversas áreas: cognitiva, afectiva, conductual, funcional así como el ocio y las relaciones sociales.

Los programas que se dirigen a la estimulación y mantenimiento del estado cognitivo de los mayores, tienen, por un lado, un carácter protector ante ciertas patologías neurodegenerativas, por ello, su implantación en los centros residenciales es muy aconsejable si lo que se pretende es intentar evitar situaciones de dependencia. En estos casos, muchos de los programas son los denominados programas de entrenamiento en memoria⁴.

Por otro lado, existen programas dirigidos a personas mayores con demencia que lo que pretenden es entrenar las capacidades que aún se mantienen conservadas con el propósito de que el deterioro se ralentice al máximo. La estimulación cognitiva no sólo beneficia las áreas ejercitadas sino que tienen una repercusión a nivel emocional y social. La puesta en marcha de estos programas consigue en muchas ocasiones, mejorar el estado anímico de la persona mayor, favorecer la autonomía personal, aumentar la autoestima y fomentar las relaciones sociales.

Aparte de otro tipo de actividades que normalmente se desarrollan en los centros residenciales como las actividades de baile, los trabajos manuales y la gimnasia entre otras, los programas de entrenamiento cognitivo integran una serie de métodos y técnicas como los siguientes:

- La orientación a la realidad, es una técnica que tiene como objetivo la reorientación temporal y espacial así como la identidad personal del paciente a través de la presentación continua de informaciones de orientación y de la utilización de claves externas como los calendarios.
- La reminiscencia, pretende que los enfermos con demencia evoquen recuerdos personales pasados y para tal fin se utilizan diversos materiales como fotografías, revistas, cartas, etc.
- La estimulación cognitiva específica, tiene como objetivo estimular, a través de diversos ejercicios, los procesos cognitivos básicos como la memoria, la comprensión y producción del lenguaje, el razonamiento, etc.
- La psicomotricidad es una técnica psicocorpórea que, a través del cuerpo y del movimiento, favorece el desarrollo de los aspectos motores, cognitivos y afecti-

⁴ Uno de esos programas en nuestro entorno es el que se desarrolla desde el año 2002 en el Municipio de Las Rozas de Madrid, dirigido por la prof. Herminia Peraita y fruto del cual se publicó el libro de Díaz, C, Martín y Peraita, H.P *Intervención cognitiva en personas sanas de la tercera edad (Un estudio piloto en Las Rozas de Madrid)*, colección Aula Abierta, UNED 2007.

vos, así como las relaciones de la persona consigo misma, con el medio y con los demás.

Estos programas normalmente se desarrollan en grupo, con el fin de que todos los participantes aprovechen el máximo las sesiones. Se clasifican a los participantes en subgrupos según el nivel de deterioro cognitivo que presenten. Siempre hay que tener presente la heterogeneidad de los individuos, pues variables como la edad, los intereses y el nivel educativo pueden ser claves a la hora de diseñar las actividades. En función del nivel de deterioro que presenten los grupos se adaptan los ejercicios, ajustando variables como la dificultad de las tareas o la longitud de las mismas. En definitiva, deben ser programas que aunque estén estandarizados se adapten al máximo a las características de las personas mayores que integran los grupos de estimulación.

Algunos de los programas de estimulación cognitiva dirigidos a los enfermos de Alzheimer son: el Programa Integral de Psicoestimulación (PPI), de Boada y Tárraga (Boada y Tárraga 1998); el programa "AIRE o GRADIOR" de la Fundación INTRAS (Franco et al. 2000) y el programa "Activemos la Mente" de Peña-Casanova (Peña-Casanova 1999). A nivel internacional es de destacar el programa del manejo cognitivo de las actividades de la vida cotidiana de Adam (Adam et al. 2000).

Otro plano fundamental de trabajo con las personas mayores en los centros residenciales es el mantenimiento de las actividades de la vida diaria, es decir, que pese a que la persona tenga algún grado de dependencia se debe procurar mantener al máximo aquellas conductas para las que el enfermo sigue siendo independiente. Se debe promover que los residentes mantengan las destrezas necesarias para vivir en su medio en las mejores condiciones posibles de calidad de vida y autonomía. La intervención, dirigida por los terapeutas de los centros, fomenta hábitos de vida saludables y repercute además en la autoestima de la persona que puede seguir realizando por sí misma actividades cotidianas.

La demanda en la sociedad de recursos de atención a los mayores con dependencia lleva asociado nuevos requerimientos, uno de ellos es la formación de los profesionales dedicados al área de la gerontología. Los centros residenciales, ya no son establecimientos donde únicamente se cuida a las personas mayores con cierto espacio para el ocio, sino que son instituciones en las que se promueven principios como la participación, la integración y la promoción de hábitos saludables.

La concepción actual de los centros residenciales como instituciones donde se vela por los aspectos físicos, psicológicos y sociales del residente, lleva aparejado que el personal que trabaja en ellas debe estar bien formado para adaptarse a las necesidades de los mayores. El personal, tanto de residencias como de centros de día, debe tener la suficiente preparación y formación como para realizar tareas de cuidado y de estimulación a la vez. Un concepto básico que debe fomentarse entre todos los profesionales que se ocupan de mayores en situación de dependencia es que el enfermo debe ser tratado como un adulto y no como un niño. Es decir, la pérdida de facultades de una persona con demencia le incapacita para resolver proble-

mas de su vida diaria, realizar razonamientos, desenvolverse con independencia en el medio, etc. pero no deja de ser una persona adulta a la que hay que tratar como tal. En muchas ocasiones, actitudes demasiado proteccionistas hacia el enfermo sin contar con él mismo, pueden conducir a situaciones en las que surjan problemas emocionales en el mayor. Por ejemplo en aquellos casos en los que en lugar de buscar estrategias de afrontamiento para conductas en las que el enfermo ya no se desenvuelve sólo o que son problemáticas y puede conllevarle algún peligro, se elige como solución la vía de la restricción.

Es fundamental que los centros residenciales tengan entre sus objetivos la formación tanto de sus profesionales como de los voluntarios que trabajan en ellos. Además, también es aconsejable que los programas de formación se dirijan a familiares y a otros residentes que tengan las capacidades conservadas. En la formación se deben tratar aspectos como el concepto de envejecimiento, la dependencia, los modelos de atención y cuidado, y los programas de intervención que se pueden poner en marcha en cada centro específico. Asimismo deben existir vías de comunicación abiertas entre los centros residenciales y las asociaciones de familiares de enfermos con demencia, con el propósito de que la formación pueda llegar a cuidadores de enfermos que están en el medio domiciliario.

Con el objetivo de que pueda establecerse una relación entre la institución en la que ingresa el mayor y el medio en el que se encuentra ubicada –barrio, municipio o ciudad- es muy conveniente la puesta en marcha de programas de relaciones comunitarias en el que se marquen qué entidades, recursos o instituciones mantienen contactos con el centro y establecer relaciones planificadas como pueden ser los programas de puertas abiertas.

Conclusión

El aumento de la esperanza de vida en nuestra sociedad supone un gran reto, en el sentido de procurar una calidad de vida adecuada en las situaciones en las que la enfermedad puede derivar a situaciones de dependencia. En este sentido, la promoción de hábitos saludables tanto físicos, como nutricionales o psicológicos entre otros, debe divulgarse al máximo y extenderse en la población en general con el objetivo de poder retrasar o evitar, en la medida de lo posible, situaciones de dependencia en un futuro.

Las demandas actuales de las personas mayores dependientes, muchas de ellas como consecuencia de una enfermedad neurodegenerativa como el caso de la enfermedad de Alzheimer, requieren ser atendidas por instituciones que deben adaptar al máximo sus recursos con el fin de garantizarles una asistencia de calidad en distintas áreas, entre ellas la psicológica (Gómez 2010).

Como se ha comentado anteriormente, los centros residenciales como instituciones que velan por la asistencia al mayor permiten poner en práctica ciertas actua-

ciones que van más allá del mero cuidado y que van encaminadas a la detección precoz de enfermedades que cursan con deterioro cognitivo, al diagnóstico de demencias neurodegenerativas y a la puesta en marcha de programas de intervención e integración sociocomunitaria. El papel de los psicólogos, con la colaboración de los trabajadores sociales y del resto de profesionales de residencias y centros de día, es imprescindible en procesos como la evaluación neuropsicológica, el diseño y puesta en marcha de programas de psicoestimulación así como en la formación de otros profesionales encargados de la atención gerontológica.

Referencias bibliográficas

Adam, S., Van der Linden, M., Juillerat, A. C. and Salmon, E. 2000. "The cognitive management of daily life activities in patients with mild to moderate Alzheimer's disease in a day care centre: a case report". *Neuropsychological Rehabilitation* 10: 485-509.

Alexopoulos, G. A., Abrams, R. C., Young, R. C. and Shamoian, C. A. 1988. "Cornell scale for depression in dementia". *Biological Psychiatry* 23: 271-284.

American Psychiatric Association. 2000. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., Text Revised). Washington, DC: Task Force.

Benedet, M. J. y Alejandre, M. A. 1998. *Test de Aprendizaje Verbal (TAVEC) España Complutense*. Madrid: Publicaciones de Psicología Aplicada.

Berr C. et al. 2009. "Epidémiologie de la maladie d'Alzheimer: aspects méthodologiques et nouvelles perspectives". *Psychol Neuro Psychiatr Vieil* 7 (spécial): 7-14.

Blessed, G., Tomlinson B. E. and Roth, M. 1968 "The association between quantitative measures of dementia and of senile changes in the cerebral grey matter of elderly subjects". *British Journal of Psychiatry* 114: 797-811.

Boada, M. y Tárraga, L. 1998. "El tratamiento longitudinal de la enfermedad de Alzheimer". *Continua Neurológica* 1: 82-106.

Consejo de Europa 1998. Recomendación N° (98) 9 del Comité de Ministros a los Estados miembros relativa a la dependencia. 641° reunión de Delegados de Ministros.

Cummings, J. L, et al. 1994. "The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia". *Neurology* 44: 2308-2314.

Drachman, D.A. et al. 1992. "The caretaker obstreperous-behavior rating assessment (COBRA) scale". *Journal of the American Geriatrics Society* 40: 463-470.

Franco, M. A, Orihuela, T, Bueno, y, Cid, T. 2000. *Programa Grador. Programa de evaluación, rehabilitación cognitiva por ordenador*. Valladolid: Edintrás.

Gómez, J. 2010. "Nuevas perspectivas socio-económicas en la gestión de las entidades prestadoras de servicios de atención a las personas mayores y en situación de dependencia. Especial referencia a la gestión basada en la calidad y en la responsabilidad social corporativa (RSC)". *Residencias y alojamientos alternativos para personas mayores en situación de dependencia*, dirigido por Lasarte, C. y Moretón, F. Madrid: Colex.

Hughes, C. P., Berg, L., Danziger, W.L., Coben, L.A., Martin, R. L. 1982. "A new clinical scale for the staging of dementia". *Br J Psychiatry* 140: 566-72.

IMSERSO. 1996. *Centros de día para personas mayores dependientes: guía práctica*. Colección: Documentos técnicos; 82.

IMSERSO. 2005. *Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco*.

www.imsersomayores.csic.es/documentacion/libro-blanco-dependencia.htm

IMSERSO-CIS. 2006. *Encuesta de Condiciones de Vida*. Observatorio de Personas mayores.

Lasarte, C. 2007. *La protección de las personas mayores*. Madrid: Tecnos

Lawton M. P. and Brody, E. M. 1969. "Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living". *The Gerontologist* 9: 179-186.

Lobo, A., Ezquerro, J., Gómez, F., Sala, J. M, y Seva, A. 1979. "El Mini-Examen Cognoscitivo. Un test sencillo, práctico, para detectar alteraciones intelectivas en pacientes médicos". *Actas Luso Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines* 3: 189-202.

Mahoney, F. I. and Barthel, D. 1965. "Functional evaluation: The Barthel Index". *Maryland State Medical Journal* 14: 56-61.

Manubens J. M., Martínez-Lage J. M., Lacruz, F. et al. 1996. "Prevalence of Alzheimer's disease and other dementing disorders in Pamplona, Spain". *Neuroepidemiology* 14:155-64.

Moreno Mínguez, A. 2011. "La conciliación laboral y familiar en el modelo de flexiseguridad en España desde una perspectiva de género". *Comunitania. Revista Internacional de Trabajo Social y Ciencias Sociales. International Journal of Social Work and Social Sciences* 1, 89-111.

OMS-IMSERSO 2001. *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*. CIF. Organización Mundial de la Salud, IMSERSO, Madrid.

Peña-Casanova, J. 1990. *Programa integrado de exploración neuropsicológica "test Barcelona"*, Masson, Barcelona.

Peña-Casanova, J. 1999. *Intervención cognitiva en la enfermedad de Alzheimer. Fundamentos, principios generales*. Barcelona: Fundación La Caixa.

Peraita, H, González-Labra, M. J. Sánchez-Bernardos, M. L, y Galeote, M. A. 2000. "Batería de evaluación de la memoria semántica EMSDA". *Psicothema* 12: 192-200.

Pfeiffer, E. 1975. "A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients". *Journal of the American Geriatrics Society* 23: 433-441.

Rosen, W. G, Mohs, R. C and Davis, K. L. 1984. "A new rating scale for Alzheimer's disease". *American Journal of Psychiatry* 141:1356-1364.

Reisberg, B., Ferris, S. H, De Leon M. J, and Crook, T. 1982. "The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia". *American Journal of Psychiatry* 139(9): 136-139.

Reisberg, B. Borenstein, J., Salob, S. P. et al. 1987. "Behavioral symptoms in Alzheimer's disease phenomenology and treatment". *Journal of Clinical Psychiatry* 48: supp.5: 9-15.

Rodríguez, P. 1999. *Residencias para personas mayores. Manual de orientación*, 2ª Edición. Editorial Médica Panamericana, SA.

Rodríguez, I., Espantaleón, L. y López, R. 2009. "Prevalencia del deterioro cognitivo "oculto" (no diagnosticado) en una residencia. Factores relacionados": Congreso de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, Bilbao.

Vilalta-Franch J, Lozano-Gallego M., Hernández-Ferrándiz M., Llinàs-Reglà J., López-Pousa S., y López O. L. 1999. "Neuropsychiatric inventory. Propiedades psicométricas de su adaptación al español". *Revista de Neurología* 29: 15-19.

Vivas Tesón, I. 2011. "La convención ONU de 13 de diciembre de 2006: impulsando los derechos de las personas con discapacidad". *Comunitania. Revista Internacional de Trabajo Social y Ciencias Sociales. International Journal of Social Work and Social Sciences* 2, 113-128.

Yesavage, J. A, Brink, T. L, Rose, T. L and Lum, O. 1983. "Development and validation of a geriatric depression scale: a preliminary report". *Journal of Psychiatry Research* 17: 37-49.



ARTICULOS/ARTICLES

- The 2006 New York Convention and Obligations of Persons with Disabilities: Liability for Damages within the Scope of Civil Law and Common Law / Las obligaciones de las personas con discapacidad psíquica a la luz de la Convención de Naciones Unidas de 2006: especial consideración de la responsabilidad por daños
Fátima Yáñez Vivero Págs 9-27
- Concepto y problemática social del sectarismo: reflexiones para el trabajo social a partir de modelos históricos / Concept and Social Issues around Sectarianism: Considerations for Social Work based on Historical Models
David Hernández de la Fuente Págs 29-42
- Conflicto ético, diálogo e intervención social: la propuesta de "diálogos morales" de Amitai Etzioni / Ethical conflict, dialogue and social action: the proposed "moral dialogues" of Amitai Etzioni
José Antonio Ruiz San Román y Leticia Porto Pedrosa Págs 43-53
- Trabajo Social y jóvenes: el descubrimiento de los otros a través del voluntariado social / Social work and youth: the discovery of others through volunteering social
Miguel del Fresno García y Sagrario Segado Sánchez-Cabezudo Págs 55-70
- Evaluación de la cognición, la conducta y la funcionalidad de las personas mayores dependientes en los centros residenciales / Assessment of cognition, behaviour and functionality of dependent elderly people in residential centers
María del Carmen Díaz Mardomingo Págs 71-91

RESEÑAS/REVIEWS

- Miguel del Fresno. Netnografía / Miguel del Fresno. Netnografy (por Jairo Alonso Rozo) Págs 93-96
- David Hernández de la Fuente. Vidas de Pitágoras según Porfirio, Jámblico, Diógenes Laercio, Diodoro de Sicilia, Focio di Costantinopla / The lives of Pythagoras according to Porphyry, Iamblichus, Diogenes Laertius, Diodorus of Sicily and Photius of Constantinople (por Federica Pezzoli) Págs 97-99
- Antonio Gutiérrez Resa y Octavio Uña Juárez. Integración de los inmigrantes a través de los servicios sociales municipales en la Comunidad de Madrid / Integration of immigrants through local public social services in the region of Madrid (por Francisco Javier García Castilla) Págs 101-104
- Antonio López Peláez. Teoría del Trabajo Social con grupos / Theory of social work with groups (por José Ángel Martínez López) Págs 105-110
- María Crespo Garrido, Fernanda Moretón Sanz. Conciliación de trabajo y familia. Las claves del éxito: eficiencia empresarial e implicación masculina / Reconciling work and family. Keys to success: business efficiency and male involvement (por Inmaculada Vivas Tesón) Págs 111-113

