



Universidad de Granada
Programa de Doctorado en Psicología

**Incremento de la autonomía y del funcionamiento
cognitivo en personas mayores dependientes
mediante la formación de cuidadores**

Miriam Sanjuán Gómez

Tesis Doctoral

**Incremento de la autonomía y del funcionamiento
cognitivo en personas mayores dependientes mediante
la formación de cuidadores.**

Doctoranda:

Miriam Sanjuán Gómez

Directoras de Tesis:

Dra. María Dolores Calero García

Dra. Elena Navarro González

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico.

Facultad de Psicología



**UNIVERSIDAD
DE GRANADA**

Universidad de Granada

Programa Doctoral de Psicología (B.13.56.1)

Diciembre 2020

Editor: Universidad de Granada. Tesis Doctorales
Autor: Miriam Sanjuán Gómez
ISBN: 978-84-1306-915-9
URI: <http://hdl.handle.net/10481/69422>

La investigación incluida en esta tesis ha sido financiada por el Ministerio de Educación del Gobierno de España (Beca FPU 15/03966).



Si quieres ir rápido, camina solo.

Si quieres llegar lejos, ve acompañado.

Proverbio Africano.

A mi mayor tesoro

Mi familia

AGRADECIMIENTOS.

Siempre había escuchado lo difícil que era realizar una tesis. Conlleva mucho esfuerzo, dedicación, mucho tiempo, etc., eran algunas de las cosas que siempre había escuchado. Pero no es hasta ahora cuando puedo ser consciente de todo el trabajo que de verdad hay detrás de la realización de una tesis. Es un camino largo que requiere de constancia y esfuerzo y desde luego el mío ha sido mucho más fácil gracias a las personas que me han acompañado en el.

En primer lugar, el desarrollo de la presente tesis no habría sido posible sin mis tutoras. Me han acompañado en todo momento y me han orientado en el proceso. Gracias Marisol por exigirme, guiarme y volver a ponerme en el camino una y otra vez. Nunca te has rendido conmigo, incluso en momentos en los que ni yo hubiera apostado por mí. He podido observar la pasión y la vocación por la ciencia y el buen hacer. Gracias Elena por enseñarme a proceder de manera adecuada en las diferentes tareas, por tener todo pensado incluso antes de que se me ocurriera a mí y por las incontables horas de dedicación y tus palabras de ánimo y aliento. Gracias porque habéis estado para todo. No ha habido un mensaje o correo sin contestar. Gracias por la gran paciencia que habéis tenido conmigo, por entender mis circunstancias, por vuestro tiempo y dedicación y por seguir ayudándome a seguir adelante. En general, gracias por enseñarme tanto a nivel profesional como personal, porque sin vosotras esta tesis no habría sido posible. Y gracias por dejarme descubrir que detrás de la investigación están las grandes profesionales, como vosotras, que lo hacéis posible.

Gracias a todos los miembros del grupo “Análisis Experimental y Aplicado del Comportamiento” (HUM-129). De un modo u otro habéis aportado valores a mi trabajo, tanto trabajando juntos en la docencia como con Antonio Fernández Parra como por los consejos personales y el ejemplo a seguir de Sara Mata.

Asimismo, me gustaría agradecer a todas las instituciones, cuidadores y personas mayores que han participado en los estudios que han dado vida a esta tesis doctoral. Desde el primer día que contacté con los centros de mayores (residencia Entreálamos, María Zayas, Geriatric XXI y Regina Mundi y los centros de día de Pulianas, Ogíjares, Atarfe y los centros cívicos de Zaidín y Genil) todos los profesionales me han facilitado el trabajo. Adaptaron los horarios laborales de los cuidadores que trabajaban con ellos, me ofrecieron salas para poder realizar la formación y me ayudaron en todo lo que estuvo en sus manos. Nunca pensé que los profesionales que están trabajando “a pie de calle” pusieran tanto empeño en ayudar a realizar una investigación científica. Me llevo grandes amigos de estos centros y una experiencia muy enriquecedora.

Gracias a los cuidadores que han confiado en mí, que se formaron en el programa y que se han esforzado diariamente por ponerlo en práctica y por mejorar la vida de las personas mayores que cuidan. Gracias por vuestra implicación y por enseñarme que el altruismo existe y que hay personas con un corazón que no le cabe en el pecho.

Igualmente, y muy importante para mí, gracias y gracias a todas las personas mayores que han participado en los estudios. Lo más maravilloso de la realización de esta tesis habéis sido vosotros. El mayor aprendizaje de mi vida lo he hecho hablando con todos vosotros. A nivel profesional, me habéis ayudado a aprender a evaluar, a tener paciencia, a buscar soluciones y alternativas a problemas, a implicarme en el proceso de mejora de las personas mayores y a multitud de cosas más, y a nivel personal me habéis enseñado a valorar la vida de otro modo, a ver la vejez como un periodo hermoso y a tener ganas de aportar mejoras al sistema, a hacer que vuestra vida sea mejor. Gracias por todos los valores que me habéis aportado mientras realizaba las investigaciones.

Todo esto ha sido un motor para continuar con la tesis en aquellos momentos de flaqueza, porque tanto mis tutoras como los cuidadores y las personas mayores me habéis

demostrado que lo que estábamos haciendo era útil, que podíamos mejorar las vidas de muchas personas mayores.

Al margen de todos los profesionales que he conocido en este proceso y que tanto me han enriquecido no puedo olvidarme de las personas que me han acompañado durante toda la vida. En este punto he hecho la vista atrás y veo lo afortunada que soy por todas las personas que tengo a mi alrededor, que tanto me quieren y apoyan.

En este punto quiero señalar a mis abuelos que siempre han estado ahí y que en estos cuatro años me he dado aun más cuenta de la suerte que tenía de que así fuera. Gracias yaya por ofrecerte a todo siempre. Recuerdo el día que te dije que estábamos preparando un libro de cuidados de personas mayores y que necesitaba fotos y sin pensarlo te ofreciste a ayudarme, eso sí, siempre y cuando te sacara guapa. Pasamos dos días muy entretenidos ilustrando el libro. Y a parte de participar directamente en mi trabajo, siempre me preguntas qué tal estoy, y cómo voy con mis “abuelillos” como si se alejaran mucho de tu edad. Y a ti, yayo, ¿qué decirte?, han sido unos años muy duros para ti, pero aun así has mantenido la sonrisa. Casi todas nuestras conversaciones en el hospital han sido sobre mi tesis y lo importante que era mi trabajo (según tu opinión). Siempre me has puesto por delante aun en situaciones tan delicadas como las que hemos vivido juntos, pero ¿sabes qué? Hemos podido con todo y así seguirá siendo.

Gracias a mis amigos, a Bea por tener siempre una solución para todo, da igual que fuese personal o profesional, siempre has ido por delante del mundo y así seguirá siendo porque eres excepcional y me alegro cada día al saber que formas parte de mi vida. Conchi que siempre me has enseñado la parte práctica de las cosas y como la ilusión y el trabajo puede hacer que logre lo que me proponga. Y a Isa que ha estado siempre para cualquier fotografía o elemento técnico necesario, gracias por ilustrar el primer libro que he publicado y por haber estado siempre disponible para todo.

Gracias a mi familia. A mi hermano Cristian, por las largas charlas sobre el futuro que hemos tenido y por animarme siempre. Nunca hemos sido de hablar mucho, pero con un gesto nos entendemos. A Fran por estar ahí pase lo que pase y en el lugar y la hora que sea. Por nuestras charlas y tardes de llanto donde me sentía perdida y tu siempre estabas ahí para demostrarme una y otra vez que todo seguía y que era capaz de hacer todo lo que me propusiera y que tu ibas a estar siempre. Espero poder devolverte algún día todo lo que me has dado.

A Fernando, mi compañero de viaje. Qué afortunada he sido al encontrar a alguien como tú en mi vida. Siempre me has apoyado, me has demostrado que no importa donde estemos o que estemos haciendo porque podemos superar cualquier obstáculo. Gracias especialmente por tu paciencia, por aguantar mi frustración, por calmar mis nervios, mis llantos, por compartir mis alegrías, por planificar uno y mil planes y por formar una vida juntos. Sabes más que nadie que esta tesis es tan tuya como mía porque has sido el motor de mis fuerzas.

Por último, quería agradecer a mis padres que siempre me han apoyado en todo y han estado ahí me equivocase o no. Gracias papá por la gran cantidad de valores que me has transmitido desde que soy pequeña y no solo de palabra, sino de hechos. Me has demostrado día tras día lo que es la humildad y el trabajo, lo que quieres a tu familia y que lo darías todo por nosotros. Siempre me has ayudado a seguir adelante sin importar lo difícil que fuese, me has impulsado a ser cada día mejor persona, a superarme a mi misma y a no compararme con nadie. No hay nadie que admire tanto en esta vida como a ti. Y finalmente, gracias mamá, por enseñarme que las pequeñas cosas de la vida son importantes, por disfrutar de los pequeños momentos y, sobre todo, gracias por enseñarme a no rendirme incluso cuando he sentido que iba en contra de lo “correcto”. Siempre has sabido hacerme ver que, si yo era feliz, entonces eso era lo correcto.

JUSTIFICACIÓN DEL TÍTULO

En la elaboración del Plan de Trabajo para realizar esta tesis, decidimos elegir el título “Incremento de la autonomía y del funcionamiento cognitivo en personas mayores dependientes mediante la formación de cuidadores” ya que pensábamos que las personas mayores que requerían de unos cuidados por parte de un cuidador iban a presentar un cierto nivel inicial de dependencia. Durante el desarrollo de la investigación pudimos comprobar que había personas mayores que, aunque tuviese un cuidador con ellas, puntuaban como independientes en los cuestionarios de evaluación. La investigación aplicada en contextos naturales conlleva estas sorpresas, pues no se puede elegir a la muestra, sino que debes adaptarte a ella. Por ese motivo, hemos trabajado con todas las personas mayores que inicialmente formaron parte del grupo y posteriormente realizamos análisis específicos entre las personas mayores que podían ser consideradas independientes por las puntuaciones del Barthel versus las personas mayores que serían consideradas dependientes por esta prueba. Creemos que de este modo se responde también al título inicialmente elegido, dado que el establecimiento de dependencia en una persona mayor que tiene un cuidador puede resultar ambiguo, según se mire que recibe cuidados de otra persona para alguna actividad diaria o que lo determine un instrumento de evaluación de sus habilidades funcionales.

ÍNDICE

1	RESUMEN	19
	INTRODUCCIÓN	23
2	INTRODUCCIÓN	24
2.1	Situación actual de envejecimiento poblacional	24
2.2	Impacto de la COVID-19 en la población mayor de 65 años en España ..	28
2.3	Cómo envejecemos	33
2.4	Tipos de envejecimiento	38
2.5	Intervenciones para mantener un buen estado cognitivo	48
2.6	Relaciones entre habilidades cognitivas y funcionales	58
2.7	Cuidadores de personas mayores	61
2.8	Tipos de cuidadores	62
2.9	Formación de cuidadores	65
	ESTUDIO 1: PERSONAS MAYORES	72
3	ESTUDIO 1: Personas Mayores	73
3.1	OBJETIVOS:	73
3.1.1	<i>Objetivos generales</i>	73
3.1.2	<i>Objetivos específicos</i>	73
3.2	HIPÓTESIS:	74
3.3	INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN	75
3.4	PROGRAMA DE FORMACIÓN	78
3.5	MÉTODO	79
3.5.1	<i>Participantes</i>	79
3.5.2	<i>Procedimiento</i>	84
3.5.3	<i>Diseño y análisis de datos</i>	86
3.5.4	<i>Variables</i>	87
3.6	RESULTADOS	88

3.6.1	<i>Efectos sobre la capacidad cognitiva.</i>	88
3.6.2	<i>Efectos sobre habilidad funcional y calidad de vida.</i>	90
3.6.3	<i>Efectos diferenciales según el tipo de cuidador.</i>	93
3.6.4	<i>Mantenimiento de los efectos.</i>	99
3.6.5	<i>Efectos sobre la capacidad cognitiva y la calidad de vida según el grado inicial de dependencia.</i>	106
3.6.6	<i>Impacto en la capacidad cognitiva relacionado con el sexo.</i>	110
3.7	DISCUSIÓN.	114
ESTUDIO 2: CUIDADORES		125
4	ESTUDIO 2: Cuidadores.	126
4.1	OBJETIVOS:	126
4.1.1	<i>Objetivos generales.</i>	126
4.1.2	<i>Objetivos específicos.</i>	126
4.2	HIPÓTESIS:	127
4.3	INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN.	128
4.4	PROGRAMA DE FORMACIÓN.	130
4.5	MÉTODO.	130
4.5.1	<i>Participantes.</i>	130
4.5.2	<i>Procedimiento.</i>	133
4.5.3	<i>Diseño y análisis de datos.</i>	134
4.5.4	<i>Variables.</i>	135
4.6	RESULTADOS.	135
4.6.1	<i>Efectos sobre la satisfacción de los cuidadores.</i>	135
4.6.2	<i>Efectos sobre la aplicación del Enfoque de Atención Centrada en la Persona.</i>	136
4.6.3	<i>Efectos sobre la detección y reacción de los cuidadores a los problemas de memoria, conductuales y de estado de ánimo de la persona mayor cuidada.</i>	138

4.6.4	<i>Efectos sobre la implicación de los cuidadores en el cuidado de las personas mayores.</i>	139
4.6.5	<i>Diferencias en las variables socio-demográficas del grupo tratamiento según el tipo de cuidador.</i>	140
4.6.6	<i>Efectos sobre la satisfacción, la detección y reacciona problemas que presentan las personas mayores y la implicación según el tipo de cuidador.</i>	142
4.6.7	<i>Mantenimiento de los efectos</i>	146
4.7	DISCUSIÓN.	152
	CONCLUSIONES	161
	REFERENCIAS	168
	ANEXOS	217

RESUMEN

1 RESUMEN.

El envejecimiento poblacional y el incremento de la dependencia asociado al mismo hacen que, en los últimos años, se estén realizando grandes esfuerzos para desarrollar programas que promuevan un envejecimiento activo con menos dependencia y declive funcional.

Actualmente existe un gran interés en las intervenciones no farmacológicas (especialmente en las intervenciones cognitivas) para mantener las habilidades cognitivas y funcionales en las personas mayores, debido a la economía de su aplicación y la adaptabilidad a diferentes contextos de residencia del mayor (Simon et al., 2020). El objetivo de las intervenciones cognitivas es mejorar o mantener la función cognitiva de la persona, permitir que esta continúe realizando las actividades habituales de la vida diaria y/o abordar los síntomas conductuales que a menudo acompañan al deterioro de la memoria (Sanz et al., 2020). A favor de los beneficios de las intervenciones cognitivas encontramos revisiones sistemáticas (Cândeia et al., 2015; Martin et al., 2011; Papp et al., 2009; Reijnders, Van Heugten y Van Boxtel, 2013) que señalan mejoras en las capacidades cognitivas entrenadas, sin embargo, en muchos de los estudios se señalan dificultades en la comprobación de la generalización de efectos, esto es, entre otras cuestiones indican que la transferencia a la vida diaria es muy limitada (Finn y McDonald, 2011; Kanaan et al, 2014; Bherer, 2015).

En las líneas de investigación más actuales, se plantea la posibilidad de incorporar a los cuidadores como un agente activo en el tratamiento de la persona mayor (Leung et al., 2017; Orrell et al., 2017). Cuando las personas mayores empiezan a presentar cierto nivel de dependencia en su vida diaria, suelen requerir de un cuidador que las atienda, convirtiéndose éste en una persona fundamental en su día a día, por eso diversos trabajos han puesto de manifiesto cómo los cuidadores tienen una influencia determinante en la

RESUMEN

evolución del mayor (Calero-García et al., 2015) y un impacto en la funcionalidad y desarrollo cognitivo de dichas personas (Cheng et al., 2019). Por ello, en las líneas de investigación más actuales, se plantea la posibilidad de incorporar a los cuidadores como un agente activo en el tratamiento de las personas mayores (Leung et al., 2017; Orrell et al., 2017). En esta dirección parece interesante incluir a los cuidadores como agentes activos que implementen una intervención cognitiva en la vida diaria de las personas mayores pretendiendo, de este modo, la generalización y transferencia de los resultados de dicha intervención a su vida cotidiana para lograr que sean más autónomos e independientes en su día a día. Así, intentamos dar respuesta a las limitaciones de transferencia y mantenimiento a largo plazo de los beneficios de las intervenciones cognitivas en personas mayores.

Para ello, la investigación de esta tesis se dividió en dos estudios principales. El objetivo del primer estudio consistió en valorar los efectos que tenía un programa de formación de cuidadores en la capacidad cognitiva, la habilidad funcional y la calidad de vida de personas mayores. Los objetivos del segundo estudio fueron valorar los efectos de un programa de formación de cuidadores en la satisfacción e implicación de los cuidadores de personas mayores dependientes y analizar si había diferencias en el efecto del programa relacionadas con el tipo de cuidador.

Las muestras estuvieron constituidas por 160 personas mayores de 65 años ($n = 100$ grupo de tratamiento, $n = 60$ grupo de control) evaluadas con el índice de Barthel, el MEC, el CAPE, el EuroQol y el RMPBC en el primer estudio y por 82 cuidadores de personas mayores de 65 años ($n=23$ grupo control y $n=59$ grupo tratamiento (22 cuidadores profesionales y 37 cuidadores familiares) evaluados con el PDC, el PAC y el SSFQ en el segundo estudio.

RESUMEN

En ambos estudios los cuidadores fueron formados con el módulo de estimulación cognitiva del programa CUIDA-2 (Calero et al., 2017). Dicha aplicación incluía una formación teórica constituida por tres módulos de: 1) Atención Centrada en la Persona, 2) estrategias de comunicación y 3) estrategias de estimulación cognitiva según una aproximación mediada. Además de la formación teórica se ofrecía una formación aplicada de 3 meses de prácticas individuales supervisadas por la autora de la presente tesis doctoral.

Finalmente, se utilizó un diseño en etapas cuasiexperimental de medidas repetidas (pre, pos y seguimiento) en las diferentes variables dependientes y los análisis estadísticos utilizados han paramétricos o no paramétricos dependiendo de las variables evaluadas.

En conjunto, los resultados de esta tesis doctoral indican que un programa que forma a los cuidadores de personas mayores en Atención Centrada en la Personas, comunicación y estimulación cognitiva con el programa CUIDA-2 (Calero et al., 2017) reporta beneficios tanto en las personas mayores cuidadas como en los cuidadores que lo implementan. Específicamente, los resultados mostraron que las personas mayores que son cuidadas por cuidadores formados en el programa de formación de cuidadores CUIDA-2 mejoran su capacidad cognitiva y su calidad de vida y mantienen su habilidad funcional. De este modo se produce una disminución de la dependencia, una mayor autonomía y un envejecimiento exitoso (Rebok et al., 2014). Además, estos resultados se mantienen independientemente del tipo de cuidador que proporcione los cuidados (familiar y profesional) observándose que la capacidad cognitiva mejora aún más si el cuidador es familiar. Todos estos resultados se mantienen tras seis meses de aplicación del programa observando que la calidad de vida de las personas mayores sigue aumentando. A parte de los resultados positivos que encontramos, vemos que las personas mayores del grupo control (que han estado cuidadas por cuidadores que no se han

RESUMEN

formado en el programa de CUIDA-2) muestran una disminución de la capacidad cognitiva y funcional, y si sufren una dependencia inicial se observa que cada vez muestran mayores deficiencias cognitivas. Esto hace aún más esencial implementar este tipo de programas para frenar estos déficits en las personas mayores y garantizar que sean funcionalmente independientes con el objetivo de mantener un proceso de envejecimiento activo (Salazar-Barajas et al., 2018).

En cuanto a los cuidadores, hemos podido observar que los cuidadores familiares y profesionales muestran características y necesidades diferentes que hay que tener en cuenta a la hora de diseñar un programa de formación de cuidadores, ya que las circunstancias en las cuales desarrollan sus cuidados son distintas. No obstante, ambos tipos de cuidadores se benefician y aumentan su satisfacción con el cuidado que prestan después de realizar esta formación ya que les ofrece herramientas para mejorar sus cuidados y les hace sentirse más competentes, seguros y satisfechos con su labor diaria lo cual incrementa su grado de implicación en el proceso de cuidado de la persona mayor.

En momentos como el actual, de aislamiento de personas mayores debido a la afectación del virus de la COVID-19, este tipo de programas cobran una mayor relevancia, pues pueden compensar los efectos negativos del confinamiento de los mayores en sus residencias y/u hogares.

En definitiva, los datos obtenidos ponen de manifiesto que un programa de formación de cuidadores para estimular cognitivamente a las personas mayores mientras realizan las actividades de su día a día produce beneficios en dichas personas mayores que se mantienen a lo largo del tiempo y, además, los cuidadores formados en programas como el de CUIDA-2 se ven más competentes, seguros y satisfechos con su trabajo.

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

“El envejecimiento de la población mundial se está convirtiendo en una de las transformaciones sociales más significativas del siglo XXI” (UN, 2017).

2 INTRODUCCIÓN.

2.1 Situación actual de envejecimiento poblacional.

El envejecimiento de la población es un tema cada día más relevante ya que el porcentaje de personas mayores de 65 años no ha parado de aumentar en las últimas décadas y se espera que se duplique en los próximos 25 años (Huang, Zhang y Wang, 2019; Kinsella y Wan, 2009). Por ello, el envejecimiento es una característica clave de las sociedades europeas y supone uno de los principales problemas de dichas sociedades (Giannakouris, 2008).

La pirámide poblacional de España se muestra cada vez más envejecida y se pronostica que en 2050 nuestra pirámide poblacional será en forma de “pilar”, como podemos observar en la figura 1, ya que la población de personas mayores será el doble que la población de edad laboral (16 – 64 años) y los menores de 15 años se habrán reducido (García, Nieto, Díaz, Fariñas, García y Rodríguez, 2019). Esto es así porque la población mayor de 65 años no para de crecer y según los datos estadísticos del Padrón Continuo del Instituto Nacional de Estadística (INE) a 1 de enero de 2018, había un 19.1% de población mayor sobre el total de la población general previendo que llegará a representar el 29.4% del total de la población en 2068 (García et al., 2019). Este crecimiento se ve acompañado por el aumento de la proporción de octogenarios que actualmente representa el 6.1% y sigue creciendo.

INTRODUCCIÓN

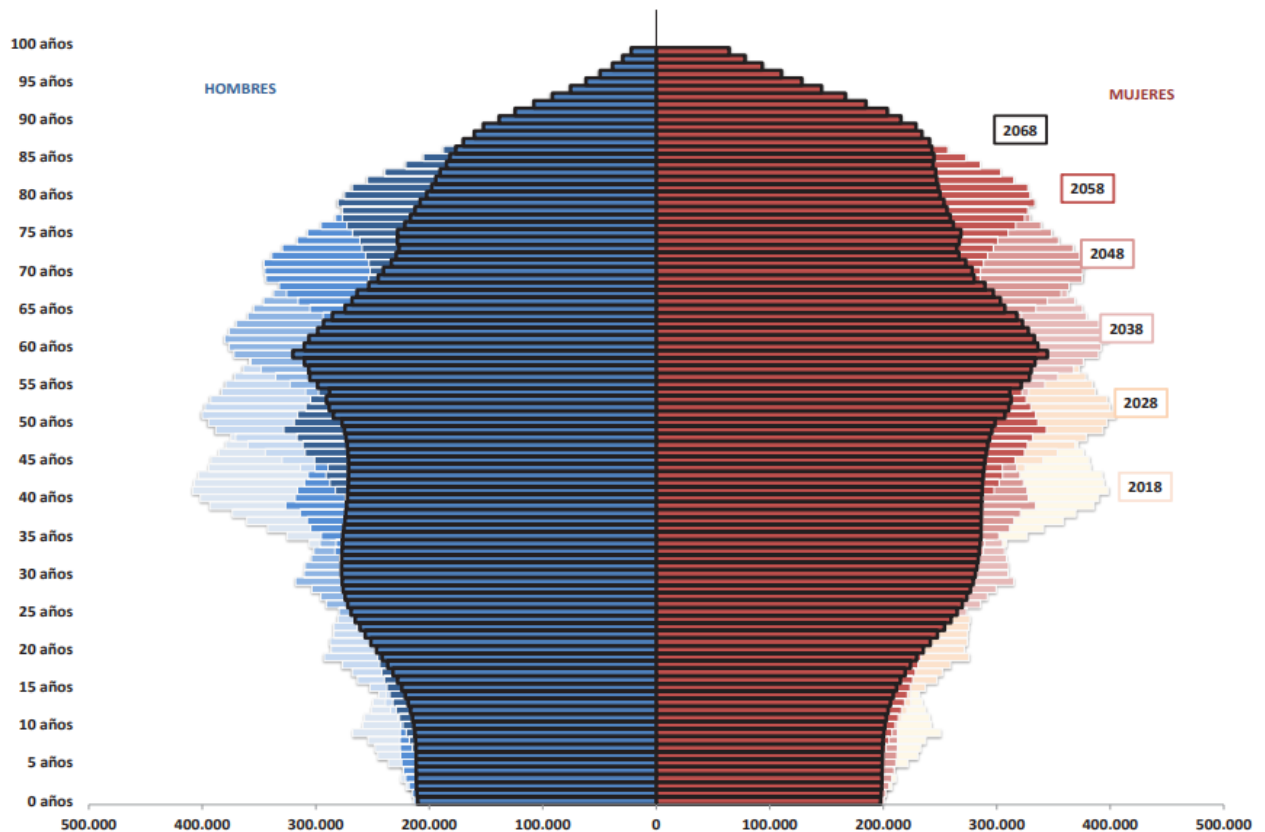


Figura 1. Proyecciones de población por sexo y edad, 2018-2068.

Fuente: INE: Proyecciones de población 2018-2068. Consulta en enero de 2019. EN 2068 habría 241.059 centenarios (48.208 hombres y 192.851 mujeres), no representados en la figura

En cuanto a la distribución de este fenómeno de envejecimiento encontramos que las comunidades autónomas más envejecidas son Asturias, Castilla y León, Galicia, País Vasco, Aragón y Cantabria, con más de un 21% de población de personas mayores y las comunidades autónomas menos envejecidas son Murcia, Baleares y Canarias con un 16% de población mayor.

Si observamos esta situación en la Unión Europea (UE) encontramos la misma tendencia que se está desarrollando en España. De este modo, en 2015, el 28.8% de la población total en la UE tenía 65 años o más y se espera que este porcentaje aumente al 49% en 2050 (Eurostat, 2018), apreciándose un aumento específico de la población

INTRODUCCIÓN

octogenaria pasando de un 5.5% en 2015 a un 12.7% en 2050 (Eurostat, 2018). Al igual que sucede en España, este envejecimiento no es igualitario en todos los países miembros de la UE, así, se observa que los países que muestran un mayor porcentaje de personas mayores son Italia (22.3%), Alemania (21.2%), Grecia (21.5%) y Portugal (21.1%), encontrando a España ligeramente por debajo de la media europea con su 19.1% (García et al., 2019).

Fuera de la UE, si nos fijamos en la situación mundial, vemos que se observa la misma tendencia a nivel global (OMS, 2015). Concretamente, en la figura 2, se puede ver la proporción de personas mayores de 60 años por país en 2015 y las proyecciones para el año 2050. En la actualidad, solo Japón tiene una proporción de personas mayores superior al 30%. Sin embargo, en la segunda mitad del siglo, muchos países del resto del mundo tendrán una proporción similar.

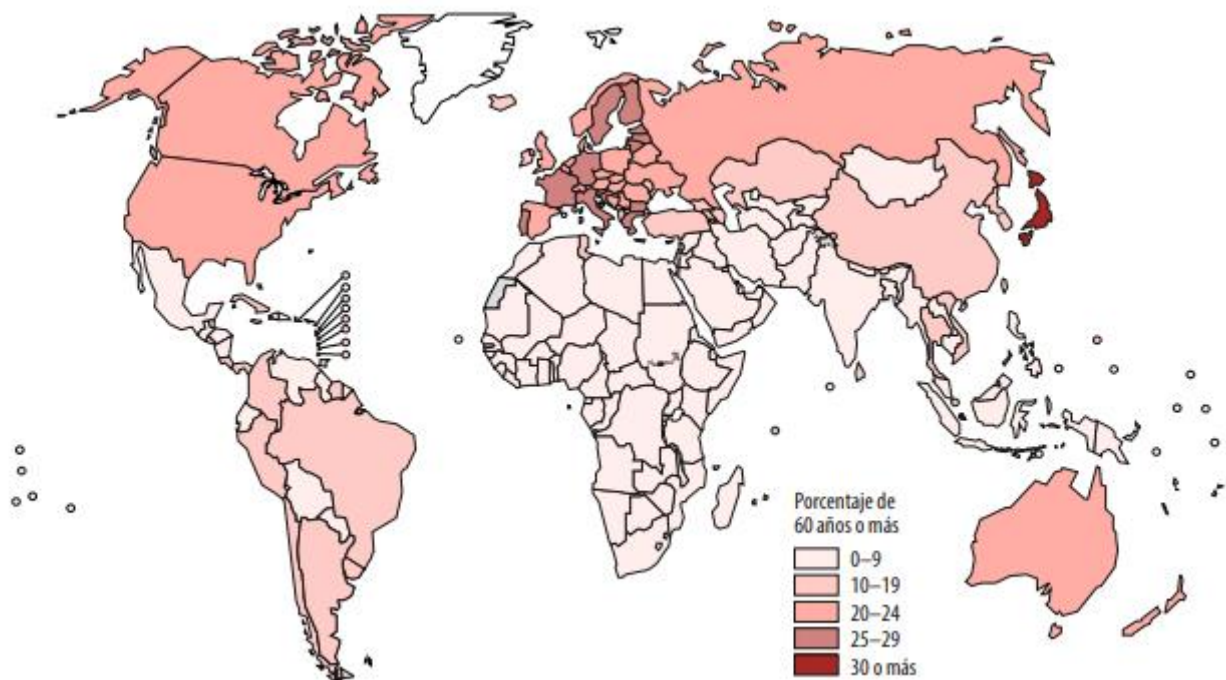
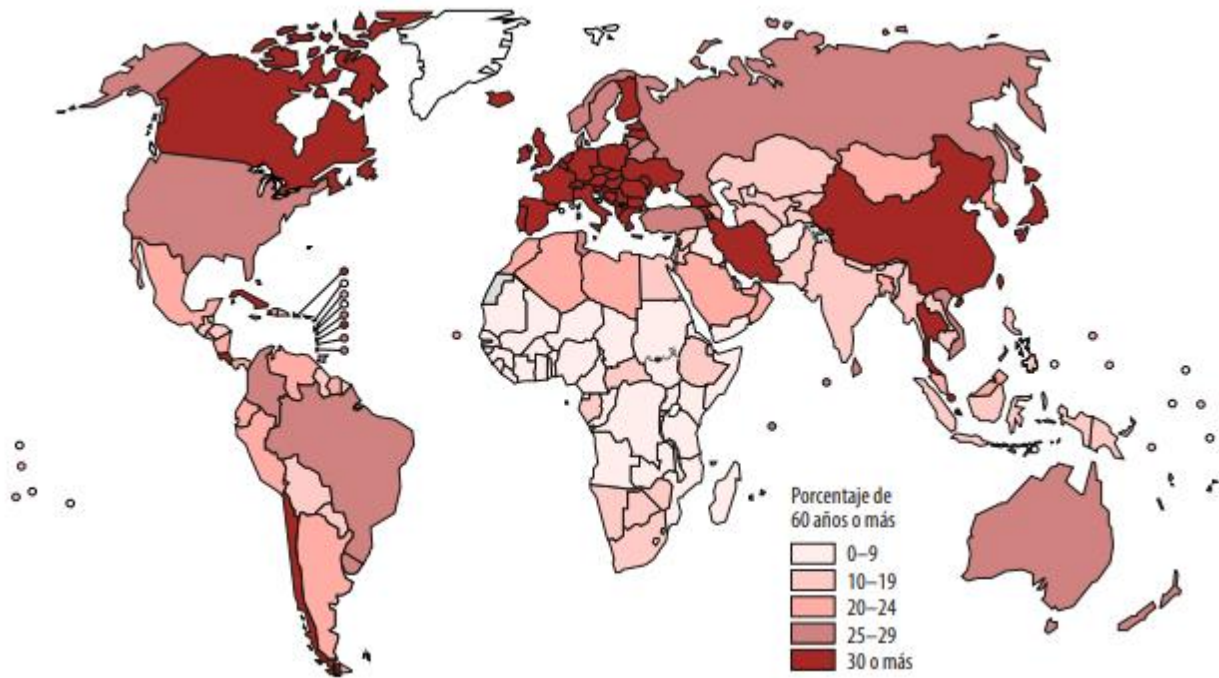


Figura 2: Proporción de personas de 60 años o más, por país, en 2015. Extraída de OMS, 2015

INTRODUCCIÓN



Continuación Figura 2: Proporción de personas de 60 años o más, por país, en 2050. Extraída de OMS, 2015

Este aumento de la población mayor de 65 años es un dato positivo porque podemos comprobar que nuestra esperanza de vida ha crecido en los últimos años gracias a los avances sociosanitarios (García et al., 2019). Pero también va a conllevar otros efectos en las sociedades actuales como grandes cambios en las estructuras familiares, la sociedad, la economía, el mercado laboral y la demanda de servicios (UN, 2017). De hecho, este aumento de la población mayor de 65 años hace prever que, en los próximos años, se desarrollen problemas vinculados a las necesidades de asistencia sanitaria, pensiones y protecciones sociales de este grupo de población, además de un aumento de la tasa de dependencia de personas mayores con su correspondiente demanda de servicios profesionales para el cuidado de las mismas (Manfredi, Midão, Paúl, Cena, Duarte y Costa, 2019). La dependencia va a ser un dato clave para las medidas dirigidas a paliar este fenómeno ya que, en el conjunto de la UE, se ha observado que el porcentaje de personas mayores dependientes ha pasado del 25% en 2010 al 29.6% en 2016 y se espera

INTRODUCCIÓN

que aumente hasta el 51.2% en 2060 (Eurostat, 2018) conllevado una gran demanda de recursos.

Por todo lo anterior, se requiere una búsqueda de medidas que mantengan la calidad de vida de los que envejecen, así como que prevengan el declive de las funciones y las situaciones de dependencia, por lo que es necesario iniciar estrategias dirigidas a conseguir que las personas mayores se mantengan activas e independientes el mayor tiempo posible (García, 2014).

2.2 Impacto de la COVID-19 en la población mayor de 65 años en España.

Esta previsión del aumento de la población de personas mayores de 65 años se ha visto alterada por la aparición del virus de la COVID-19 a principios del año 2020 en España. El primer paciente de la COVID-19 fue diagnosticado el 31 de enero de 2020 en las Islas Canarias, un mes después de la declaración de la epidemia en Wuhan (China). El 2 de marzo, el Centro Nacional de Epidemiología de España notificó 119 casos de la COVID-19, de los cuales el 27% eran mayores de 65 años (Fernández-Ballesteros y Sánchez-Izquierdo, 2021) y el 12 de marzo el Gobierno español declaró el estado de alarma y un confinamiento total para la población. El 9 de mayo (OMS, 2021) España ya notificaba 231.765 casos de la COVID-19 y 18.342 defunciones de las cuales, el 35,2% se produjo en personas mayores de 70 años. Además, se observó un alto porcentaje de defunciones en residencias de personas mayores, presentando un 12,7% de las mismas las personas mayores de entre 70 y 79 años y un 26,28% en personas mayores de 80 años (Bernabeu-Wittel et al., 2020).

A 11 de marzo de 2021, el Ministerio de Sanidad ha notificado 3.178.356 casos y 72.085 fallecidos por la COVID-19 señalando que la letalidad aumenta con la edad, y es el colectivo mayor de 80 años el que más padece la enfermedad.

INTRODUCCIÓN

Por todo ello podemos observar una altísima incidencia del virus en las personas de más edad, especialmente referidos a los datos de hospitalización, ingresos en UCI y defunciones (figura 3). Estos datos concuerdan con los ofrecidos por la OMS, la cual establece el mayor porcentaje en las franjas de edades más altas. Los datos hasta ahora conocidos revelan que el virus de la COVID-19 es más contagioso y letal a partir de los 70 años (Barrera-Algarín, Estepa-Maestre, Sarasola-Sánchez-Serrano y Siria, 2021). Esta característica del virus golpea especialmente a España, por sus características sociodemográficas (Barrera-Algarín et al., 2021).

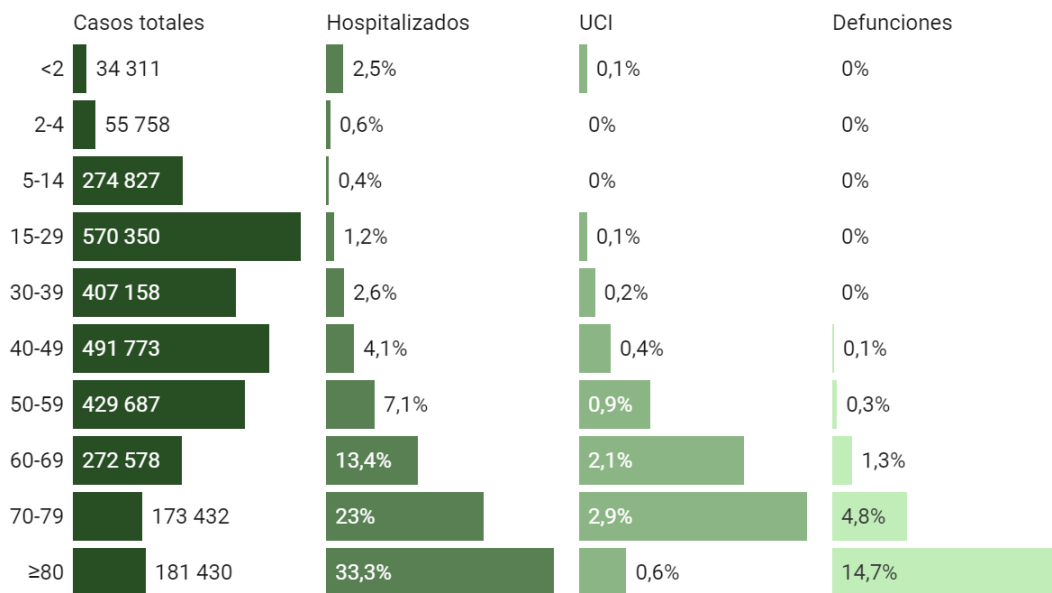


Figura 3. Incidencia de la COVID-19 por rango de edad a 3 de marzo del 2021. Fuente: Ministerio de Sanidad

Concretamente, se ha observado un aumento de la mortalidad en las personas mayores que viven en residencias. En esta línea, Médicos sin Fronteras argumentó, en su informe sobre “el inaceptable desamparo de los mayores en las residencias durante la COVID-19 en España”, que el modelo actual de residencias tuvo un impacto directo en la salud y mortalidad durante la COVID-19. De hecho, afirma que la lógica del modelo de residencias actual responde más a las condiciones del proveedor de servicios que a las

INTRODUCCIÓN

necesidades sociales y sanitarias de las personas mayores (Barrera-Algarín et al., 2021). Esto ha tenido un grave impacto directo en la salud y mortalidad de las personas mayores, de hecho, el ministerio de Sanidad estimó que las personas mayores fallecidas en residencias representaron el 69,1% de personas fallecidas por la COVID-19 en toda España entre el 6 de abril y el 20 de junio del 2020. En este sentido, Médicos sin Fronteras (2020) apuntan que el inadecuado espacio e infraestructuras, y la alta ocupación en las residencias de personas mayores, contribuyó al incremento de la mortalidad por la COVID-19 en dichos centros de mayores.

Según el informe del grupo de trabajo multidisciplinar (GTM), encargado por el Ministerio de Ciencia e Innovación, habría que tomar las siguientes medidas en cuanto a la población de personas mayores:

- Desarrollar modelos de cuidados centrados en la persona (cuidar incorporando las preferencias y objetivos de las personas).
- Generar nuevas formas de convivencia (pisos tutelados, *co-housing* etc.).
- Generar cambios en la arquitectura e infraestructuras de las residencias.

Todas las consecuencias que ha producido esta pandemia han puesto de manifiesto que hay que crear un nuevo modelo de cuidados en España y que se aplique, especialmente, en residencias. Este nuevo modelo tiene que partir de la implicación proactiva de las personas mayores y sus cuidadores, sus preferencias en relación con el lugar en el cual quieren vivir, y el tipo de cuidados que quieren recibir, y cómo esto se conciliaría con los recursos disponibles. Algunos aspectos clave, que coinciden con el informe GTM, serían (Inzitari et al., 2020):

INTRODUCCIÓN

- Implantar un modelo de cuidados y de atención centrado en la persona, que dé respuesta a las necesidades de cada persona teniendo en cuenta sus preferencias y valores (Aldbrecht, Bartholomeyczik, Hildebrandt y Mayer, 2020).
- Considerar múltiples opciones que den respuesta a diferentes necesidades: no solo el modelo residencial, si no alternativas para mantener en sus domicilios a las personas que así lo deseen (aparentemente una mayoría (Costa-Font, Elvira y Mascarilla-Miró, 2009)) y otras alternativas como pisos con servicios, asistidos o comunidades de convivencia (“*co-housing*”).
- Hacer estas opciones accesibles y viables económicamente para todas las personas.
- Avanzar hacia la atención sanitaria y social integradas.
- Vincular la atención sanitaria prestada en las residencias con la atención primaria y comunitaria de salud.
- Estudiar fórmulas para mejorar la inversión (a nivel social y sanitario) en residencias.
- Mejorar las condiciones contractuales y económicas de los trabajadores, fidelizándolos y formándolos adecuadamente.
- Potenciar los aspectos tecnológicos (para telemedicina, conexión remota con especialistas, formación de trabajadores, sensores para prevenir caídas, monitorizar signos vitales y acompañar la eliminación de contenciones físicas, etc.).
- Incluir indicadores relacionados con la calidad de vida que sean significativos para los residentes en las evaluaciones de estándares de calidad.

INTRODUCCIÓN

- Regular y supervisar a las residencias desde las autoridades sanitarias /sociales.
- Desarrollar programas de entrenamiento a los cuidadores que potencien y/o mantengan las habilidades físicas, cognitivas y emocionales que la situación de aislamiento pone en peligro de deterioro.

Esta crisis sanitaria ha puesto de manifiesto las carencias de un modelo de cuidado en el que las preferencias y autonomía de las personas suelen ocupar un lugar secundario y donde la estructura profesional es, en muchos casos, deficiente. Esto no significa que las residencias sean un recurso asistencial innecesario, sino que son un recurso indispensable que necesita una profunda revisión para mejorar su funcionamiento y calidad asistencial adaptándolas a un modelo de cuidados centrado en la persona. De hecho, una parte del sector residencial español es innovador y de calidad.

La crisis del coronavirus en las residencias de España ha reabierto el debate sobre cómo reformarlas y, sobre todo, cómo definir modelos de cuidados de calidad y sostenibles. Se trata de un cambio de enfoque y de un cambio operativo (Cabrero, 2020).

El cambio de enfoque implica el diseño de políticas y modelos de cuidados integrales y centrados en las personas, reconociendo su diversidad y autonomía plena. El cambio operativo consiste en orientar las residencias hacia un modelo de pequeñas unidades de convivencia, tipo hogar (Cabrero, 2020). Además, como la mayoría de las personas prefieren vivir en su domicilio es necesario seguir promoviendo un modelo potente de servicios domiciliarios y comunitarios que solventen las necesidades instrumentales y emocionales, evitando el aislamiento y la soledad, y se dirijan a mantener las habilidades físicas, cognitivas y socioemocionales de las personas mayores, independientemente de donde y con quien vivan.

INTRODUCCIÓN

Por tanto, no solo el aumento del porcentaje de personas mayores hace necesario cambiar el modelo de atención de las mismas, sino que esta pandemia que hemos vivido ha evidenciado más aún la necesidad de cambiar el modelo de cuidados.

2.3 Cómo envejecemos.

Para poder comprender el proceso de envejecimiento y cómo influye en la vida diaria de las personas debemos conocer los cambios que se producen en esta etapa.

Generalmente, el envejecimiento se ha relacionado con un declive en el rendimiento cognitivo (Crimmins, Saito y Kim, 2016). Tradicionalmente este deterioro cognitivo ha sido explicado, desde una perspectiva biológica, por el deterioro cerebral producido en la persona mayor a causa del paso de los años (Botwinick, 1967; Love, 2006). No obstante, esta perspectiva del envejecimiento como una fase de declive generalizado, fue cuestionada por autores que proponían la existencia de importantes diferencias inter e intra individuales a la hora de envejecer (Baltes y Willis, 1982; Navarro y Calero, 2011).

Según estos autores, puede observarse que las funciones cognitivas varían entre unas personas mayores y otras y están estrechamente relacionadas con los años de educación (OMS, 2015). De hecho, se observa que, en una misma persona, las diferentes funciones cognitivas disminuyen a ritmos diferentes. En consecuencia, el funcionamiento cognitivo se torna cada vez más heterogéneo con los años (Park, 2000). De manera genérica se ha encontrado una disminución en memoria y velocidad de procesamiento de la información, pero no parece que disminuya la capacidad para mantener la concentración o evitar la distracción, aunque el envejecimiento se ha asociado con una menor capacidad para realizar tareas complejas (OMS, 2015). Del mismo modo, la memoria sobre los hechos, el conocimiento de las palabras y los conceptos, la memoria

INTRODUCCIÓN

relacionada con el pasado personal y la memoria procedimental parecen mantenerse intactas (Henry, MacLeod, Phillips y Crawford., 2004). Por lo tanto, no todas las funciones cognitivas se deterioran con la edad por un proceso biológico de deterioro general. De hecho, las funciones asociadas con el lenguaje, como la comprensión, la capacidad de leer y el vocabulario, se mantienen estables durante toda la vida (OMS, 2015).

Siguiendo esta línea, el modelo bifactorial de la inteligencia propuesto para explicar el declive asociado al envejecimiento, ha sido rebatido por numerosos autores que han mostrado cómo el declive o deterioro que puede ocurrir en habilidades relacionadas con la inteligencia fluida (Jaeggi, Buschkuhl, Jonides y Perrig, 2008; Klingberg, Forssberg y Westerberg, 2002) es susceptible de mejora y reversibilidad a partir de diversas acciones que el individuo puede llevar a cabo (Borella, Carretti, Riboldi y De Beni, 2010; Jaeggi et al., 2008; von Bastian y Oberauer, 2013).

Actualmente se barajan otras explicaciones sobre el declive del rendimiento cognitivo en personas mayores entre las que se encuentra la idea de que éste puede suceder por contar con un entorno que ofrece menos estimulación y una menor implicación en actividades cognitivas que supongan un reto (Calero, 2019).

Según este planteamiento las pérdidas no son sólo debidas al aumento de la edad sino, en muchas ocasiones, al desuso de las funciones cognitivas que puede provocar que el rendimiento disminuya, tal y como Denney propuso en 1982 con su hipótesis del desuso de las funciones cognitivas en las personas mayores. Se estaría hablando de una disminución del rendimiento cognitivo en términos de uso continuado o entrenamiento de una habilidad, ya que una habilidad en uso y/o entrenada se mantendría en el tiempo,

INTRODUCCIÓN

mientras que otra no entrenada se iría perdiendo, mostrando su disminución en el rendimiento cognitivo correspondiente (Denney, 1982).

Esto es coherente con la realidad encontrada en el día a día de las personas mayores ya que la gran mayoría van delegando actividades y de este modo dejando de utilizar las funciones cognitivas necesarias para la realización de las mismas. A pesar de que en la vejez estas funciones cognitivas pueden sufrir cierta alteración, el ser humano tiene la capacidad de aprender y actualizar conocimientos previamente adquiridos (Baltes y Willis, 1982; Klempin y Kempermann, 2007) y por tanto se puede mantener el rendimiento de una habilidad si se practica o mediante la compensación con otras funciones cognitivas (Baltes, 1987; Tucker-Drob, Brandmaier, y Lindenberger, 2019).

Hablar de capacidad de aprendizaje es hablar de plasticidad cognitiva, constructo que hace referencia a los cambios conductuales en el rendimiento y en la actividad cerebral funcional después de un entrenamiento (Fernández-Ballesteros, Zamarron, Calero y Tarrega, 2007, 2009). Esto es, la capacidad de una persona para aprender cuando se introduce una situación de estimulación e intervención cognitiva, (Calero y Navarro, 2006). Por consiguiente, la presencia de plasticidad cognitiva en la vejez refleja que hay determinadas variables que protegen a la persona mayor de la aparición de deterioro cognitivo y dependencia. En esta dirección, se han realizado multitud de investigaciones que señalan que a mayor nivel educativo y/o de inteligencia, un estilo de vida activo, más contactos sociales y mayor participación en actividades de tipo social, correlacionan directamente con una mayor plasticidad cognitiva en la vejez (Calero y Navarro, 2011; Hooren, Valentjn, Bosma, Ponds, Boxtel y Jolles, 2005; Scarmeas y Stern, 2003; Vigen, Mack, Clark y Gatz., 2006) que a su vez disminuye el riesgo de deterioro cognitivo en la persona mayor (Glei, Landau, Goldman, Chuang, Rodríguez y Weinstein, 2005; Navarro

INTRODUCCIÓN

y Calero, 2018). De hecho, Calero, Navarro, y Muñoz, 2007 observaron que un alto nivel de actividad en la vejez (caracterizado por la participación en actividades culturales y educativas) se asociaba a un mejor rendimiento cognitivo y a una mayor plasticidad cognitiva en esta etapa de la vida. De manera similar, Navarro y Calero (2009) concluyeron que un mayor nivel de plasticidad cognitiva se asociaba a una mayor independencia funcional en la vida diaria.

Además, en el mantenimiento de la plasticidad cognitiva también influyen factores como la situación socioeconómica, el estilo de vida, la presencia de enfermedades crónicas y el uso de medicamentos (OMS, 2015). Esto demuestra que la manera de relacionarnos con el ambiente y las actividades que realizamos en el día a día influyen en nuestra capacidad cognitiva por lo que no se trataría solo de un deterioro biológico (Calero, 2019; Wu, Prina y Brayne 2015).

De hecho, hay indicios de que el deterioro cognitivo normal debido a la edad puede compensarse parcialmente con las prácticas y las experiencias adquiridas a lo largo de la vida (Baltes, Reuter-Lorenz y Rösler, 2006) y mitigarse con entrenamiento cognitivo y con actividad física (Muscari et al., 2010). Estos datos, y la afirmación de que las personas mayores presentan plasticidad cognitiva en la vejez como se mencionó anteriormente, indican que hay oportunidades para realizar intervenciones de salud pública en todo el curso de la vida y es muy importante tener en cuenta que, los cambios sutiles y heterogéneos en el funcionamiento cognitivo que se observan en las personas mayores sanas son muy distintos de los cambios provocados por la demencia (OMS, 2015).

Estas diferencias personales del mantenimiento de las diferentes habilidades cognitivas nos muestran que existe una gran diversidad de los estados de salud y

INTRODUCCIÓN

funcionales que presentan las personas mayores. Así encontramos un amplio rango de funcionalidad observando personas mayores independientes y con un buen estado cognitivo y personas mayores dependientes y con cierto deterioro cognitivo o demencia (OMS, 2015). Estos extremos se observan en la idea general que tiene la población sobre el envejecimiento. Por un lado, podemos ver el envejecimiento como una etapa de carencias donde se produce un deterioro inevitable (Leong et al., 2015) o lo podemos ver como una edad donde la participación social es esencial y se produce una gran contribución en todos los niveles de la sociedad (Cauley, Chalhoub, Kassem y Fuleihan, 2014; Leong et al., 2015; Novelli, Costa y de Souza, 2017; Wave, 2013).

De esta última visión sobre el proceso de envejecimiento deriva la importancia de superar los estereotipos anticuados y fomentar el envejecimiento activo y exitoso, con el fin de crear una sociedad donde las contribuciones de las personas mayores superen de modo general las inversiones sociales (Martin y Buckwalter, 2002).

En los últimos años se han desarrollado varias propuestas de intervención sobre la parte de la población más mayor. Estas medidas deben estar supeditadas al tipo de envejecimiento que se esté produciendo en la persona. Esto es así porque, si se produce un envejecimiento con carencias y deterioro, se llevarán a cabo intervenciones que palien estas carencias. Si, por el contrario, encontramos una sociedad con un envejecimiento exitoso donde las personas mayores participan activamente en ella, se llevarán a cabo medidas preventivas para mantener ese estado el mayor tiempo posible. Por eso es indispensable conocer el tipo de envejecimiento de la sociedad y determinar desde qué perspectiva de envejecimiento trabajamos, una perspectiva centrada en las carencias o en las capacidades, para garantizar un tipo de envejecimiento poblacional u otro.

INTRODUCCIÓN

2.4 Tipos de envejecimiento.

Como hemos podido comprobar, el proceso de envejecimiento es muy heterogéneo y va a estar influido por varios factores de nuestra vida. Aun así, de manera general, podemos considerar que hay tres maneras de envejecer, observando un envejecimiento:

- Normal. Producido por el propio declive de los años y que implica una serie de cambios biológicos, psicológicos y sociales asociados a la edad, que son intrínsecos e inevitables y que ocurren como consecuencia del paso del tiempo (Toepper, 2017). Este tipo de envejecimiento se caracteriza por un adecuado funcionamiento y conservación de la autonomía, pero sin alcanzar parámetros de alto rendimiento y ausencia de enfermedades (González, Aguilar y Grasso, 2018). En el envejecimiento normal algunas funciones cognitivas empeoran de manera diferente en cada persona mayor mientras que otras se mantienen estables o hasta pueden mejorar (Baltes y Staudinger, 2000; Calero y Navarro, 2006; Triadó y Villar, 2006).
- Patológico. Se refiere a los cambios negativos que se producen como consecuencia de enfermedades (neurodegenerativas o demencias), malos hábitos, etc., y, que no forman parte del envejecimiento normal (Martínez-Pérez, González-Aragón, Castellón-León, y González-Aguilar, 2018). En este tipo de envejecimiento se produce una pérdida creciente de habilidades y de la autonomía (González Aguilar y Grasso, 2018).
- Exitoso. Es el envejecimiento que tendría lugar en las mejores condiciones posibles teniendo en cuenta los múltiples factores que intervienen en el proceso del envejecimiento (Kleineidam, et al., 2019). Es el envejecimiento deseable por todas las personas e implica una baja probabilidad de enfermedad y discapacidad,

INTRODUCCIÓN

un alto nivel de capacidad cognitiva y funcional, la presencia de plasticidad cognitiva y una implicación activa con la vida (Calero y Navarro, 2018; Rowe y Kahn, 2015).

En los últimos años ha habido una corriente de investigación centrada especialmente en el envejecimiento exitoso.

La cuestión de por qué la investigación se ha centrado específicamente en el envejecimiento exitoso, ha sido porque se quería conocer y describir los elementos centrales de este tipo de envejecimiento, para promoverlo en la población general (Calero y Navarro, 2018; Dasgupta, Chaudhry, Koh y Chawla, 2016; Foster y Walker, 2015; Hung, Kempen y De Vries, 2010; Martin Kelly, Kahana, Kahana, Willcox, Willcox y Poon, 2015; Pruchno, Wilson-Genserson y Cartwright, 2010) y prevenir, del mismo modo, el envejecimiento patológico (Petretto, Pili, Gaviano, Matos y Zuddas, 2016).

La primera definición de envejecimiento exitoso fue del autor Havighurst en 1961 en el primer número de la revista *The Gerontologist*. Esta definición se basaba en términos de felicidad y satisfacción vital (Havighurst, 1961). Havighurst afirmó que para que una persona mayor pudiera disfrutar de un envejecimiento exitoso, debe promover el desarrollo de actividades con el máximo nivel de satisfacción y felicidad para poder sustituir la pérdida de los roles que se han producido debido a la edad. De este modo, las personas mayores pueden mantener un sentido positivo de sí mismas. Según Petretto et al., (2016), Havighurst defiende que las personas que presentan un envejecimiento exitoso están satisfechas, son activas, independientes y autosuficientes contrastando con la visión tradicional de declive.

INTRODUCCIÓN

A parte de Havighurst, han sido múltiples autores los que se han embarcado en el mundo del envejecimiento exitoso describiéndolo de diferentes modos, como la capacidad de adaptación a la jubilación (Reichard, Livson, y Petersen, 1962) o diferentes rasgos de personalidad (estilos de afrontamiento, capacidad de adaptarse y expectativas) (Neugarten, 1972) entre otros. Pero no fue hasta 1987 cuando la distinción de envejecimiento exitoso tuvo más apoyo teórico y científico. En ese año Rowe y Kahn propusieron una distinción entre el envejecimiento “normal” y “exitoso” como parte del envejecimiento no patológico (Rowe y Kahn, 1987; 1998; Kahn, 2002). Ellos puntualizaron que el hecho de que no se presentara una patología no quería decir que las demás funciones fueran normales. Por ello diferenciaron entre envejecimiento normal y mejor de lo habitual (envejecimiento exitoso). Es de estos autores de los cuales hoy día mantenemos las tres dimensiones del envejecimiento exitoso que comentábamos anteriormente (baja probabilidad de enfermar y de presentar discapacidad, alto funcionamiento cognitivo y físico, y alto compromiso con la vida) que están vinculadas entre sí y de las que depende la integración de las mismas para conseguir un envejecimiento exitoso (Petretto et al., 2016).

Otros autores, propusieron modelos que intentaban explicar los procesos que hacían que el envejecimiento fuese exitoso. De este modo encontramos a Baltes y Baltes (1990) que conceptualizaron el envejecimiento como un equilibrio entre las pérdidas y las ganancias que se producen con el paso del tiempo. Para ellos, las personas mayores pueden compensar las pérdidas asociadas a la edad y mantener un alto nivel de satisfacción en sus vidas. Por ello, el envejecimiento exitoso se asocia al concepto de resiliencia por el cual las personas son capaces de lograr un equilibrio positivo entre las ganancias y las pérdidas durante el envejecimiento (Petretto et al., 2016). Baltes y Baltes (1990) desarrollaron un modelo de selección, optimización y compensación (modelo

INTRODUCCIÓN

SOC). Este modelo comenta que las personas mayores seleccionan dominios de la vida que son importantes para ellas, optimizan los recursos y ayudas que facilitan el éxito, y compensan las pérdidas en estos dominios (Calero, 2019). Además, crean un entorno para el desarrollo de éxito en el transcurso de la vida (Baltes y Carstensen 2003).

Siguiendo la línea del modelo SOC, Heckhausen y Schulz (1995) hicieron hincapié en la importancia que tiene para las personas mayores el poder aceptar las pérdidas y deshacerse de los objetivos que no pueden llevarse a cabo en la vida. Para estos autores, las personas utilizan estrategias secundarias de control para modificar la evaluación de los objetivos que ya no se pueden alcanzar para retirarse de los mismos.

Brandstadter et al. (1993) añadieron los procesos de asimilación y acomodación ajustándolos a la población mayor. Para ellos, los procesos de asimilación serían aquellos procesos por los que se modifica el ambiente, para que coincida con los objetivos personales, mientras que los procesos de acomodación serían los que modifican las estrategias cuando los recursos de compensación se reducen. Además, señalan que una cierta flexibilidad de acomodación puede ser útil en el proceso de envejecimiento exitoso, ya que el abandono de los objetivos no alcanzables está vinculado a un mayor nivel de bienestar subjetivo en personas de mayor edad (55-89 años). Pero este abandono de objetivos se puede hacer siempre y cuando las personas mayores tengan una tendencia a encontrar nuevos objetivos que tengan un significado personal para ellas, proceso denominado como reacoplamiento por algunos autores (Wrosch, Scheier, Miller, Schulz y Carver, 2003).

En modo de síntesis, lo que observamos es que todos estos autores nos vienen a decir que el envejecimiento exitoso no significa no tener pérdidas a lo largo de los años,

INTRODUCCIÓN

sino que está relacionado con afrontar esas pérdidas y los cambios negativos de forma adecuada.

Desde la aparición del modelo de Rowe y Kahn en 1998, hemos observado cómo las investigaciones sobre envejecimiento exitoso han sido cada día mayores y que han generado una gran línea de investigación al respecto (Petretto et al., 2016). Pero no han sido pocos los autores que han criticado dicho modelo y unos cuantos han ofrecido otras alternativas sobre la definición y el proceso de envejecimiento exitoso. En concreto, Riley (1994) describió el modelo de Rowe y Kahn como incompleto ya que consideraba que solo se centraban en el individuo y no tenía en cuenta los factores sociales y estructurales que influyen en el envejecimiento. A raíz de esta concepción, Riley desarrolló su modelo del “*Structural Lag*” (Retraso Estructural) (Riley y Riley, 1994). En él comenta que el proceso del envejecimiento está fuertemente influido por el rol que desempeña la persona mayor que, a su vez, está influido por variables sociales estructurales, que no se controlan fácilmente y que se modifican de forma más lenta y rígida que las necesidades de las personas mayores.

Siguiendo el camino de Riley y con el fin de hacer más inclusivos los modelos del envejecimiento exitoso y de tener en cuenta también a aquellos que afrontan eventos negativos de vida y pérdidas, Kahana y Kahana (1996; 2001) desarrollaron su modelo “*Coping Proactivo*” (Martin et al., 2015; Ouwehand, De Ridder y Bensing, 2007) definiendo el *coping* proactivo como el conjunto de estrategias que las personas llevan a cabo para prevenir situaciones estresantes futuras o para minimizar sus efectos. Por ello, este modelo reconoce que las personas mayores, aun teniendo que enfrentarse a eventos estresantes, pérdidas, lutos y a una reducida adaptación ambiental, pueden mantener un

INTRODUCCIÓN

buen nivel de calidad de vida si consiguen crear estas estrategias internas de afrontamiento.

Las diversas aportaciones de los diferentes investigadores han enriquecido el mundo de la investigación sobre el envejecimiento exitoso. Pero este concepto no ha sido abordado de manera individual exclusivamente. Hay varias entidades internacionales que se han dedicado a analizar el fenómeno del envejecimiento exitoso con el fin de elaborar y estimular intervenciones dedicadas a promoverlo. Entre ellas, la más representativa ha sido la Organización Mundial de la Salud (OMS) que desde los años 90 se ha ocupado de este tema, y que en los primeros años del siglo XXI ha elaborado diversos documentos en los cuales invita a los Estados miembros a organizar intervenciones de promoción de la salud para las personas mayores (Edwards, Kalache, Hoskins y Keller, 2002; OMS, 2018). La OMS define envejecimiento exitoso como “*el proceso en que se optimizan las oportunidades de salud, participación y seguridad a fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen*” (Edwards et al., 2002; OMS, 2018). Este concepto de envejecimiento exitoso que propone la OMS para el siglo XXI ha ido evolucionando hasta un concepto más general considerando no solo los indicadores de salud, sino también los aspectos psicológicos, sociales y económicos que deben ser atendidos según un enfoque más amplio, a nivel de comunidad, y teniendo en cuenta los aspectos culturales y las diferencias de género.

Actualmente, para la OMS, los factores clave del envejecimiento exitoso son (OMS, 2015):

- Autonomía: habilidad de controlar, adaptarse y poder tomar decisiones personales sobre la propia vida, según las propias reglas y preferencias.

INTRODUCCIÓN

- Independencia: capacidad de vivir de forma independiente en la comunidad sin ayuda de otras personas, realizando autónomamente las actividades de la vida cotidiana.
- Calidad de vida: es un concepto amplio que reúne de forma integrada y compleja la salud física de la persona, el estado psicológico y las relaciones con características destacables del ambiente. Cuando las personas envejecen, su calidad de vida está fuertemente determinada por su habilidad para mantener la autonomía y la independencia, y por la esperanza de vida sana, es decir, la esperanza de vida sin enfermedad.

En España la principal investigadora y defensora del envejecimiento exitoso ha sido Fernández-Ballesteros. De hecho, su modelo se ha convertido en el referente europeo de los modelos de envejecimiento exitoso. Para Fernández-Ballesteros el envejecimiento con éxito es un concepto multidimensional que comprende y trasciende respecto a la buena salud y está compuesto por una amplia gama de factores biopsicosociales (Fernández-Ballesteros, 2011; Fernández-Ballesteros et al., 2011).

Según Fernández-Ballesteros las condiciones de salud, funcionamiento físico óptimo, alto funcionamiento cognitivo, afecto positivo y participación social son los criterios generalmente aceptados entre los investigadores para identificar esta forma de envejecer (Fernández-Ballesteros, 2011; Fernández-Ballesteros et al., 2011).

De manera general, encontramos que el concepto de envejecimiento exitoso es un intento teórico de compensar la tendencia más generalizada de centrarse los aspectos negativos del envejecimiento. Este concepto intenta promover los aspectos positivos y útiles de envejecer, para tener una visión más amplia y real del envejecimiento y reducir

INTRODUCCIÓN

las imágenes negativas y sus consecuencias sobre el individuo y la sociedad. Por ello, es necesario desarrollar una visión multidimensional del envejecimiento y combinar medidas objetivas y subjetivas para poder evaluarlo (Fernández-Ballesteros, 2011; Fernández-Ballesteros et al., 2011).

Otra línea de investigación dentro del mundo del envejecimiento ha sido la que se ha interesado por encontrar qué factores son los que determinan que un proceso de envejecimiento sea más o menos exitoso. El mayor número de estudios se han centrado en definir qué factores llevan al declive funcional y no tanto a que factores llevan a un envejecimiento exitoso (Petretto et al., 2016). Los estudios que se han focalizado en los factores de riesgo que llevan a un deterioro han encontrado factores como el uso del tabaco, dieta inadecuada, reducida actividad física y el abuso de alcohol, que según la OMS explican casi un tercio de todas las enfermedades crónicas (OMS, 2018).

La investigación sobre los predictores del envejecimiento exitoso aun no es concluyente y, actualmente, se sigue investigando sobre este tema. Lo que sí tiene más apoyo científico es el estudio de las variables que reducen el riesgo de padecer demencia y por tanto están en el camino de poder apoyar un envejecimiento exitoso. Calero (2019) recoge alguna de estas variables que reducen el riesgo de demencia (Schaie, 1994; Schaie, Willis y Caskie, 2004) encontrando (1) la ausencia de enfermedades crónicas, (2) vivir en entornos favorables (donde se incluye una educación superior a la media, un historial laboral que implica un alto nivel de complejidad y una rutina baja, ingresos económicos superiores a la media y el mantenimiento de los lazos familiares), (3) llevar a cabo actividades complejas que impliquen estimulación intelectual (leer, asistir a eventos culturales, realizar actividades educativas y participar en asociaciones), (4) tener un estilo

INTRODUCCIÓN

de personalidad flexible, (5) estar casado con una persona con un alto nivel de funcionamiento cognitivo y (6) estar satisfecho con la propia vida en la vejez.

En términos generales, un nivel educativo y social altos aparecen consistentemente como variables que protegen contra la demencia (López y Calero, 2009; Wu et al., 2015) y otro protector notable son las actividades recreativas (Fabrigoule, Letenneur, Dartigues, Zarrouk, Commengesny Barberger-Gateau, 1995) que involucran estimulación mental (Menec, 2003) y trabajos mentalmente exigentes (Bosma et al., 2002).

Con respecto a las actividades sociales, Fratiglioni, Wang, Ericsson, Maytan y Winblad (2000) indicaron factores protectores de la demencia que son una amplia red de relaciones sociales caracterizadas por convivir con otra persona y tener visitas y contacto diario satisfactorio con familiares y amigos. Seeman, Lusignolo, Albert y Berkman (2001) incorporan otros factores sociales positivos como participar en diferentes grupos sociales o en actividades sociales productivas.

Aun así, hay estudios que sí señalan variables predictoras del envejecimiento exitoso como una buena salud física, el apoyo o red social, el bienestar económico y un funcionamiento cognitivo adecuado (Alberola, Oliver y Tomás, 2017). Además, destacan la importancia de la espiritualidad como elemento que da consistencia a los otros factores que se relacionan con la satisfacción con la vida y el bienestar, aunque los resultados no avalen un efecto directo de la espiritualidad sobre las mismas (Alberola, Oliver y Tomás, 2017).

Otros autores comentan que los factores que muestran una elevada asociación con el envejecimiento exitoso son la salud (entendida como ausencia de enfermedades), las

INTRODUCCIÓN

habilidades en la vida cotidiana y el hecho de no fumar (Calero y Navarro, 2018; Peel, McClure y Bartlett, 2005). Otros factores con menor relevancia que los anteriores son el ejercicio físico, una reducida presión sistólica, un menor número de condiciones clínicas, el funcionamiento cognitivo global y la ausencia de depresión. Y los más débiles son un mayor ingreso económico, un mejor nivel de instrucción, el matrimonio y el pertenecer a la etnia blanca. Además, el género no resulta predictor (Depp y Jeste, 2006).

Como hemos podido observar, aun hoy en día, no existe un acuerdo sobre la definición, a pesar de la necesidad de un consenso para facilitar las intervenciones dirigidas a promover formas de envejecimiento exitoso. Si encontramos que siempre se hace referencia a la discapacidad o funcionamiento físico, normalmente medidos mediante la autodescripción de las actividades de la vida cotidiana o indicadores de rendimiento, y al funcionamiento cognitivo, medido con instrumentos de evaluación o de *screening* cognitivo como el *Mini-Mental-State-Examination* (MMSE) (Folstein Folstein y McHugh, 1975) o con medidas autoinformadas (Peel et al., 2005).

El estudio del fenómeno de envejecimiento exitoso, sus componentes y sus predictores han desarrollado una toma de conciencia a nivel mundial del progresivo envejecimiento de la población, y de la necesidad de difundir intervenciones dirigidas a promover un envejecimiento exitoso y una buena calidad de vida de las mismas personas que están envejeciendo. De los modelos puramente descriptivos se ha pasado a los modelos procesuales que analizan los predictores, las variables de medida y las estrategias útiles para promover un envejecimiento sano y activo.

Aun así, actualmente es un campo de estudio en el que hay que profundizar más para poder definir de manera más concreta y globalizada el fenómeno de envejecimiento exitoso y los componentes que lo conforman.

INTRODUCCIÓN

2.5 Intervenciones para mantener un buen estado cognitivo.

Como hemos podido comprobar en apartados anteriores, el envejecimiento poblacional es un asunto que está adquiriendo cada vez mayor relevancia. Esto es así por las grandes modificaciones que suponen en las sociedades actuales y por la relación existente entre dicho envejecimiento poblacional y el aumento de las enfermedades asociadas a la edad, especialmente, a la aparición del deterioro cognitivo en nuestros mayores (Manfredi et al., 2019).

Desde una perspectiva médica, la propuesta para solucionar este declive cognitivo que conduce a la demencia ha sido el tratamiento farmacológico (Giordano et al., 2010; Miranda-Castillo, Woods y Orrell, 2013; Teixeira, Gobbi, Corazza, Stella, Costa y Gobbi, 2012). Desafortunadamente, la realidad es que para aquellas personas que experimentan deterioro cognitivo asociado a demencia, no existe ningún tratamiento farmacológico disponible para revertir la enfermedad o ralentizar la progresión de los déficits funcionales y de memoria (Berg-Weger y Stewart 2017). Si bien se están probando numerosos medicamentos, el proceso de aprobación es largo y costoso y, en la actualidad, ningún medicamento es prometedor (Wang, Jia, Liang, Li, Qian, Li y Xu, 2020). La intervención farmacológica más común son las sustancias procolinérgicas (donepezilo y galantamina) (Fuentes, Donoso, Slachevsky y Villalobos, 2008) especialmente el inhibidor de la colinesterasa. Estas son usadas para intentar mantener la memoria el mayor tiempo posible, e incidir sobre la agitación o apatía en ciertas demencias (García, Jara y García, 2011; Rodda, Morgan y Walker, 2009) pero hay poca evidencia que respalde su eficacia (Rodda et al., 2009; Wang et al., 2020).

Aunque hay estudios que apoyan el mantenimiento de la memoria y la disminución de la agitación en las demencias gracias a dichos fármacos (Olin y Schneider, 2002), se han encontrado diferentes limitaciones clínicas que cuestionan su eficacia

INTRODUCCIÓN

terapéutica a largo plazo en ámbitos cognoscitivos, emocionales y conductuales y, además, resultados de "costo-beneficio" desfavorables (Spector, Woods y Orrell, 2010; Wang et al., 2020). Por lo cual se considera una terapia insuficiente si no se acompaña de terapia no farmacológica (Wang et al., 2020).

De este modo las intervenciones no farmacológicas (INF) se han abierto paso siendo una alternativa viable para que las personas mayores mantengan o mejoren su estado cognitivo (Davis, Bryan, Marra, Hsiung y Liu-Ambrose, 2015).

Actualmente existe un gran interés en las INF para las personas mayores, debido al potencial que presentan tales intervenciones y por su capacidad para reducir el riesgo de demencia y aliviar los síntomas asociados con los procesos patológicos relacionados con la edad (Simon et al., 2020). El objetivo de una INF es mejorar o al menos mantener la función cognitiva del individuo, permitir que la persona continúe realizando las actividades habituales de la vida diaria y/o abordar los síntomas conductuales que a menudo acompañan al deterioro de la memoria (Sanz et al., 2020).

Dado que las INF basadas en la evidencia están demostrando ser más rentables que los tratamientos farmacéuticos (Simon et al., 2020) son una opción de tratamiento emergente a considerar (Ballard et al., 2011; Cammisuli et al., 2016). Actualmente las INF se consideran una opción de tratamiento segura, relativamente económica y sin efectos secundarios en contraposición a los tratamientos farmacológicos (Liang, Xu, Lin, Jia, Zhang y Hang, 2018).

Entre los diferentes tipos de INF para el tratamiento del declive cognitivo o las demencias, encontramos que actualmente los programas de intervención cognitiva son los más usados para prevenir o mejorar el deterioro de las funciones cognitivas (Calero y Navarro, 2000; Engelhardt, Buber, Vskirbekk y Prskawetz, 2010; Erickson y Kramer,

INTRODUCCIÓN

2009; Fabel y Kempermann, 2008). De hecho, la intervención cognitiva aparece como la INF que recibe el mayor apoyo empírico tanto en la demencia como en el envejecimiento normal y el deterioro cognitivo leve (Martin, Clare, Altgassen, Cameron y Zehnder, 2011; Orejarena-Ballestas, Quiñonez-Pérez y Marín-Gutiérrez, 2017) por lo que se ha llegado a proponer como primera elección de intervención en personas con demencia (NICE, 2011).

Bajo la denominación de intervención cognitiva se incluyen multitud de programas diversos que van desde la práctica repetida, la utilización de recursos externos como agendas etc., el entrenamiento en estrategias para habilidades específicas y el entrenamiento en procesos de resolución de problemas o habilidades más generales (metacognición, función ejecutiva y memoria de trabajo) además de una serie de recursos psicológicos de apoyo como el aumento de la estimulación, el control de estado de ánimo, motivación, musicoterapia etc. (Bhome, Berry, Huntley y Howard, 2018). Para intentar aclarar este campo vamos a distinguir entre estimulación cognitiva (programas de práctica continuada o utilización de recursos externos de estimulación o de apoyo), entrenamiento cognitivo (programas que entrenan estrategias cognitivas básicas) y rehabilitación cognitiva (programas multidimensionales de habilidades específicas como memoria, atención, cálculo, etc.).

La estimulación cognitiva es un enfoque no específico en el que se utiliza una variedad de actividades diferentes, generalmente en formato de grupo, para involucrar y estimular al individuo con el fin de mejorar el funcionamiento cognitivo, social y comunicativo (Woods, Aguirre, Spector y Orrell, 2012). Las intervenciones a menudo incluyen componentes de terapia de reminiscencia, orientación a la realidad, actividad social y ejercicios sensoriomotores o escolares básicos (leer, hacer cuentas, dibujar, etc.) (Kurz, 2019). El énfasis está en la participación en múltiples dominios cognitivos más

INTRODUCCIÓN

que en la focalización en una función cognitiva específica (Clare y Woods, 2004). Con este tipo de intervenciones, se actúa sobre aquellas capacidades y habilidades que se encuentran todavía preservadas por medio de actividades y programas que promueven su mejora.

El entrenamiento cognitivo establece unas tareas dirigidas a entrenar habilidades cognitivas básicas que están presentes en la mayoría de los procesos de resolución de problemas tales como atención, comparación, búsqueda de diferencias, establecimiento de reglas, planificación, memoria de trabajo, etc., que se aplican generalmente en pequeño grupo (Hill, Mowszowski, Naismith, Chadwick, Valeuzuela y Lampit, 2017). El objetivo es mejorar diferentes habilidades cognitivas que están iniciando su deterioro y frenar así su pérdida o mantener esas habilidades en personas mayores sanas. Existen grandes diferencias entre programas según la duración, el número de participantes en el entrenamiento y las habilidades implicadas en el mismo (Calero, 2019; Sanjuán, Navarro y Calero, 2020). También existen diferencias respecto a las directrices e implicación de los entrenadores, desde los más dirigidos (con instrucciones explícitas y centrados en el producto) a los más mediacionales y centrados en el proceso (Chandler, Parks, Marsiske, Rotblatt y Smith, 2016). Dichas diferencias son las que determinan su valoración en los diferentes metaanálisis realizados.

La rehabilitación cognitiva es un enfoque más individualizado para ayudar a las personas con deficiencias cognitivas (Gavelin, Lampit, Hallock, Sabatés y Bahar-Fuchs, 2020). Se trata de una aproximación psiconeurológica en la que su objetivo es recuperar la capacidad cognitiva, siempre actuando sobre aquellas capacidades y habilidades que se encuentran deterioradas. Por este motivo, utiliza un enfoque orientado a objetivos para facilitar el manejo de la discapacidad funcional (Clare, 2017). Este tipo de intervención solo se ha utilizado en personas con demencia leve a moderada. El supuesto en que se

INTRODUCCIÓN

basa es que el ejercicio repetido conducirá a una mejora en el dominio cognitivo entrenado y podrá generalizarse a funciones cognitivas no entrenadas (Kurz, 2019). La rehabilitación cognitiva generalmente se imparte de forma individual, puede ser computarizado o no y, a menudo, es adaptativa, lo que permite un aumento en la dificultad de la tarea a medida que se desarrolla la experiencia (Clare y Woods, 2004). Cada día hay más intervenciones cognitivas computarizadas (Hill, Mowszowski, Naismith, Chadwick, Valeuzuela y Lampit, 2017) ya que son más rentables que los formatos tradicionales, pueden difundirse y ajustarse fácilmente al desempeño individual y superar las barreras de movilidad (Kueider, Parisi, Gross y Rebok, 2012). El problema de los mismos suele darse en la transferencia a la vida cotidiana, lo que limita su utilidad (Kanaan et al, 2014; Bherer, 2015).

Tabla 1. Efectos de las intervenciones cognitivas según la población de personas mayores (Kurz, 2019).

TIPO DE INTERVENCIÓN	GRUPO		
	Personas mayores cognitivamente sanos	Personas mayores con deterioro cognitivo leve	Personas mayores con demencia leve a moderada
Estimulación cognitiva	Mejora las funciones cognitivas individuales; sin efectos en AVD o CV (Tardif y Simard, 2011)	Mejora la función cognitiva global y la memoria (Li et al., 2011)	Mejora la comunicación global, la calidad de vida y la función cognitiva; sin efectos a corto plazo sobre las AVD o PC (Woods et al., 2012; Kim et al., 2017).
Entrenamiento cognitivo	Mejora las tareas cognitivas entrenadas (Butler et al., 2018; Goghari y Lawlor-Savage, 2017) atención, tiempo de reacción y velocidad de procesamiento (Kueider et al., 2012)	Mejora la función cognitiva global, la memoria y la atención (Hill et al., 2017), mejora las AVD si el terapeuta dirige el entrenamiento (Chandler et al., 2016)	Mejora la función cognitiva global; los beneficios están relacionados con la frecuencia y la intensidad (Kallio et al., 2017); sin efectos definitivos sobre las AVD
Rehabilitación cognitiva	Sin estudios	Sin estudios	Mejora el logro de objetivos personalmente relevantes (Clare et al., 2010); efectos inconsistentes en la función cognitiva global, AVD, CV y PC (Clare et al., 2010; Thivierge et al., 2014; Amieva et al., 2016)

Nota: AVD: actividades de la vida diaria; CV: calidad de vida; PC: problemas de conducta.

INTRODUCCIÓN

En muchas ocasiones estos tres conceptos (estimulación, entrenamiento o rehabilitación) se utilizan de forma indistinta, pero como hemos visto son diferentes aunque se encuentren englobadas dentro de la denominación de “intervenciones cognitivas” (tabla 1).

A favor de los beneficios de las intervenciones cognitivas, en general, encontramos revisiones sistemáticas como la de Papp, Walsh y Snyder, (2009) donde realizaron una revisión sistemática con técnicas de meta-análisis para analizar los efectos de las intervenciones cognitivas en personas mayores sanas, y concluyeron que el entrenamiento mejora el rendimiento inmediato en tareas entrenadas, pero no hubo evidencia de los efectos de generalización sobre el funcionamiento cognitivo general. De igual modo, la revisión de Martin et al., (2011) que incluyó un total de 36 estudios controlados aleatorios (ECA), publicados entre 1985 y 2007, mostró que, en las personas mayores sanas, la memoria inmediata y la memoria verbal mejoraron significativamente después de un programa de intervención cognitiva al igual que pasó con las personas con deterioro cognitivo leve (DCL) pero estos resultados no se vieron generalizados al estatus cognitivo general.

En la revisión sistemática realizada por Reijnders, Van Heugten y Van Boxtel (2013), que incluyó 27 ECA (21 con población mayor sana y 6 con población con DCL) encontraron que las intervenciones cognitivas pueden ser eficaces para mejorar diversos aspectos del funcionamiento cognitivo como la memoria, (Bottiroli y Cavallini 2009; Cavallini et al., 2010), la atención (Kinsella et al, 2009; Tsolaki et al., 2011), la metacognición (Hastings y West, 2009; McDougall et al., 2010), el funcionamiento ejecutivo y la velocidad de procesamiento (Borella et al., 2010; McDougall et al., 2010; Mozolic, Long, Morgan, Rawley-Payne y Laurienti, 2011; Richmond, Morrison, Chein y Olson, 2011) aunque no proporcionan datos sobre la generalización de dichos resultado.

INTRODUCCIÓN

Por último, Cândia, Cotet, Stefan, Valenas y Szentagotai-Tatar, (2015) realizaron una revisión de 32 ECA sobre el efecto de la intervención cognitiva en memoria de trabajo, tanto en personas mayores sanas como en personas mayores con deterioro cognitivo obteniendo que había mejoras en el rendimiento cognitivo de los sujetos que habían participado en el entrenamiento en memoria de trabajo sin especificar si habían obtenido o no generalización al funcionamiento cognitivo general.

En las revisiones antes citadas se encuentra que la intervención cognitiva tiene efectos beneficiosos en las capacidades cognitivas entrenadas, pero no reportan resultados en cuanto a si estos efectos positivos se mantienen a largo plazo. Es importante señalar que el mayor problema de estos trabajos está en que mezclan los tres tipos de intervenciones cognitivas, por lo que no se tienen en cuenta, al analizar los resultados obtenidos el efecto diferencial de cada una de estas aproximaciones antes mencionadas.

Con respecto a los programas de entrenamiento cognitivo, encontramos que algunos autores (Stine-Morrow, Parisi, Morrow, Green y Park, 2007) han entrenado a personas mayores sin deterioro para mejorar su rendimiento cognitivo y atención. De este modo, uno de los programas más importantes de entrenamiento cognitivo en personas mayores es el *Adult Development and Enrichment Project* (ADEPT) (Proyecto de desarrollo y enriquecimiento de adultos) (Baltes y Willis, 1982), que ha constatado que las personas mayores pueden mejorar sus habilidades tras un breve entrenamiento. El entrenamiento en nuevas habilidades es útil, ya que así se compensan las posibles pérdidas asociadas a la edad. De acuerdo con Calero (2000), ya sea capacitando o compensando diferentes habilidades, se pueden reducir las diferencias en rendimiento cognitivo relacionadas con la edad.

INTRODUCCIÓN

En este ámbito es donde se enmarcan distintos entrenamientos cognitivos estructurados dirigidas a mejorar el funcionamiento en una o varias habilidades cognitivas. Por ello, una de las líneas de trabajo que más investigación ha generado es aquella que intenta analizar la eficacia del entrenamiento cognitivo a la hora de prevenir el deterioro en aquellas personas que no lo presentan y, en el caso de aquellas personas que tengan deterioro cognitivo, revertir el mismo o hacer que se mantengan estables el máximo tiempo posible (Sanz et al., 2020).

El estudio *Advanced Cognitive Training for Independent and Vital Elderly* (ACTIVE) (Entrenamiento cognitivo avanzado para ancianos independientes y vitales) (Ball et al., 2002, Jobe et al., 2001) fue el primero que examinó a largo plazo la efectividad de diversas intervenciones en memoria, razonamiento inductivo, velocidad de procesamiento y estado cognitivo general en las actividades funcionales diarias de las personas mayores, demostrando la durabilidad y la efectividad del entrenamiento cognitivo para mejorar las habilidades cognitivas específicas en personas mayores con un buen estado funcional.

De manera general, cuando se analiza la eficacia de entrenamientos cognitivos en personas mayores, hay varios aspectos que debemos tener en cuenta: a qué tipo de población van dirigidos (personas sanas versus personas con deterioro o demencia), qué tipo de habilidades entrenan (una o varias), cómo se estructura la intervención (en grupo, individual, número de sesiones, etc.), y modo en que se valora su eficacia.

En esta dirección, recientemente nuestro grupo de investigación ha publicado un estudio (Sanjuán et al., 2020) cuyo objetivo era analizar la evidencia disponible sobre el efecto que tienen los diferentes tipos de intervenciones cognitivas en la mejora y/o mantenimiento del estado cognitivo general de las personas mayores que presentan

INTRODUCCIÓN

diferentes niveles cognitivos (sanos, con deterioro cognitivo leve (DCL) y con demencia). Para ello se llevó a cabo una revisión sistemática de estudios publicados entre 2010 y 2019 utilizando las bases de datos de PubMed, PsycINFO, Cochrane, Google Scholar, ProQuest y Medline. Finalmente seleccionamos 13 revisiones sistemáticas y/o meta-análisis, (4 con personas mayores sanas, 6 con DCL y 3 con demencia) encontrando que las intervenciones grupales son mejores para personas mayores sanas y con deterioro cognitivo leve y las intervenciones más individuales para personas mayores con demencia (Sanjuán et al., 2020). La duración del tratamiento es mejor de 10 a 12 semanas, viendo cómo en personas sanas se apuesta más por unas 10 semanas de media (Bhome et al., 2018; Chiu, Chu, Tsai, Liu, Chen, Yang y Chou, 2017; Kelly, Loughrey, Lawlor, Robertson, Walsh y Brennan, 2014; Reijnders et al., 2013) y conforme el deterioro cognitivo es mayor, el número de semanas de aplicación del tratamiento cognitivo se incrementa (unas 12,7 semanas en personas mayores con demencia) (Kurz, Leucht y Lautenschlager, 2011; Lobbia, Carbone, Faggian, Gardini, Piras, Spector y Borella, 2018; Oltra-Cucarella, Ferrer-Cascales, Clare, Morris, Espert, Tirapu y Sánchez-SanSegundo, 2018). En la duración de las sesiones también encontramos cómo la media de ésta aumenta conforme aumenta el deterioro cognitivo. De este modo pasamos de sesiones de 66 minutos de media en personas mayores sanas (Bhome et al., 2018; Chiu et al., 2017; Kelly et al., 2014; Reijnders et al., 2013) a 92 minutos en personas mayores con deterioro cognitivo leve (Chandler et al., 2016; Gates, Sachdev, Singh y Valenzuela, 2011; Li et al., 2011; Simon, Yokomizo y Bottino, 2012; Smart et al., 2017; Stott y Spector, 2011) y 90 minutos en personas mayores con demencia (Kurz et al., 2011; Lobbia et al., 2018; Oltra-Cucarella et al., 2018). Y se encuentra que la mayoría de los estudios demuestran que una intervención cognitiva produce una mejora en el funcionamiento cognitivo

INTRODUCCIÓN

general tanto en personas mayores sanas, como en personas mayores con deterioro cognitivo leve y en personas mayores con demencia (Sanz et al., 2020).

En cuanto al modo en el que se evalúa la eficacia de la intervención cognitiva, es interesante valorar la transferencia del entrenamiento, esto es, cuando una persona utiliza experiencias y conocimientos previos al aprendizaje o resolución de problemas en una situación nueva. Según Santrock (2011), podemos distinguir entre la transferencia cercana, la cual implica que la situación en la que se lleva a cabo el aprendizaje sea similar a la tarea y circunstancias del aprendizaje inicial, y la transferencia lejana, que conlleva que la transferencia se produzca en una situación que se diferencia de la original donde se produjo el aprendizaje inicial. Esta última es la que se distingue estructuralmente de la tarea entrenada o requiere la participación de diferentes procesos cognitivos (Zajac-Lampaska y Trempala, 2016).

Cavallini, Dunlosky, Bottiroli, Hertzog y Vecchi (2010), hablan de que la transferencia habitualmente hace referencia a casos en los que una nueva estrategia o comportamiento se utiliza en nuevas condiciones sin existir instrucciones previas sobre tal posibilidad, siendo pocos los estudios que incluyen este tipo de medidas de transferencia y escasos los que obtienen resultados significativos (Kelly et al., 2014; Kurz et al., 2011; Reijnder, van Heugten y van Boxtel 2013, Smith et al., 2009; Stott et al., 2011). Esto ha llevado a que se reconozcan dos grandes limitaciones en el campo de estudio del envejecimiento: la transferencia de la mejora a otras áreas cognitivas y/o a la vida cotidiana de las personas entrenadas y la transferencia temporal o durabilidad de los efectos (Matellanes, Díaz y Montero, 2010).

2.6 Relaciones entre habilidades cognitivas y funcionales.

Cuando valoramos el estudio de la capacidad cognitiva de las personas mayores, no podemos perder de vista que el objetivo final es poder extrapolar estas mejoras cognitivas al día a día de dichas personas. Además, cuando observamos a la población mayor, encontramos que sus principales preocupaciones son la pérdida de autonomía e independencia en su día a día (Liu, Luo, Tang y Wong, 2018). En este sentido, la incapacidad funcional es definida como la pérdida de la capacidad de realizar de forma independiente las actividades de la vida diaria (AVD) (Pérès, Verret, Alioum y Barberger-Gateau, 2005; Albert et al, 2011) por lo que puede ser evaluada de acuerdo con la capacidad de realizar dichas actividades (Calero-García y Lendínez, 2015).

Esta incapacidad funcional y pérdida de independencia en las AVD está asociada a la iniciación de los servicios de ayuda a domicilio (Robinson, Buckwalter, y Reed, 2005; Zwingmann et al., 2018), a la delegación residencial del cuidado de personas mayores (Wattmo, Londos, y Minthon, 2014), a la reducción de la calidad de vida de la persona afectada y sus familias (Andersen et al., 2004, Conde-Sala, et al., 2009), a la carga económica asociada con la prestación de atención a las personas mayores con discapacidad funcional (Gaugler, Hovater, Roth, Johnston, Kane y Sarsour, 2013) y a una mayor carga del cuidador (Gallagher, Mhaolain, Crosby, Ryan, Lacey, Coen y Lawlor, 2011).

Según la literatura científica, existe una estrecha relación entre el desempeño funcional de las personas mayores y el estatus cognitivo de las mismas (Cano-Gutiérrez, Bordaz, Reyes-Ortiz, Arciniegas y Samper-Ternent, 2017). Se ha comprobado que la pérdida de las capacidades cognitivas tiene un importante impacto en la capacidad de realizar las AVD en las personas mayores (Rozo, Rodríguez, Montenegro y Dorado, 2016). Así, deterioros neuropsicológicos, sobre todo en funciones ejecutivas y de

INTRODUCCIÓN

memoria correlacionan con limitaciones funcionales en AVD (Farias, Park, Harvey, Simon, Reed, Carmichael y Mungas, 2013) tanto en personas con envejecimiento normal (Johnson, Lui y Yaffe, 2007; Farias, Mungas, Reed, Harvey y DeCarli, 2009), como en aquellas con deterioro cognitivo leve (Pernecky et al., 2006; Jefferson et al., 2008) o demencia (Razani, Casas, Wong, Lu, Alessi y Josephson, 2007). Esto conduce a una mayor dependencia y una reducción de la calidad de vida (Mograbí et al., 2014).

Teniendo en cuenta lo anterior, Bell-McGinty et al., (2002) realizaron un estudio donde examinaron la asociación entre pruebas de función ejecutiva y desempeño funcional encontrando que los resultados en las pruebas que medían las funciones ejecutivas predecían el rendimiento en las actividades instrumentales de la vida diaria. Por otra parte, el grupo de investigación de Cahn-Weiner et al., (2007) investigó la memoria episódica y las funciones ejecutivas en tres grupos (control, con deterioro cognitivo y con demencia) y encontraron que la disfunción ejecutiva severa se asociaba con una disminución más rápida en las AVD. De manera similar, se obtuvo una fuerte asociación entre las AVD y el rendimiento en una tarea de fluidez verbal en una muestra de personas con demencia (Razani et al., 2007) y entre el rendimiento en las pruebas de lenguaje y el nivel de deterioro cognitivo (Maseda, et al., 2014), especialmente en las pruebas de fluidez y comprensión (Simpson, Dumitrache y Calet, 2019). En otro estudio se encontró que las primeras limitaciones en la realización de tareas viso-espaciales cotidianas predijeron discapacidad futura en AVD (Lau, Parikh, Harvey, Huang y Farias, 2015). Todos estos estudios permiten mostrar que las funciones cognitivas están estrechamente relacionadas con el funcionamiento cotidiano de la persona.

En este ámbito de investigación es de especial relevancia la constatación de que el período de tiempo en el cual una persona mayor presenta limitaciones funcionales leves, pero siguen siendo independiente en sus AVD, ofrece una oportunidad crítica para

INTRODUCCIÓN

intervenir ya que, la aplicación de un entrenamiento cognitivo puede servir para retrasar el desarrollo de la dependencia (Rebok et al, 2014; Willis et al, 2006). Esto confirmaría la idea de que un entrenamiento de las funciones cognitivas, durante dicha fase, puede mejorar la capacidad funcional de la persona mayor en su día a día (Greenaway, Duncan, y Smith, 2013; Levine et al, 2011; Jacoby et al., 2013).

No obstante, es de especial interés conocer si los efectos de estas intervenciones se generalizan al funcionamiento cognitivo global, o producen mejoras funcionales en la vida diaria de las personas mayores, ya que éste debería ser el objetivo final de todos estos programas (Calero, 2019).

El problema que se encuentra cuando intentamos conocer si los beneficios de una intervención cognitiva se extrapolan a nivel funcional es que, aunque hay estudios que han encontrado que los beneficios del entrenamiento cognitivo se transfieren a algunos dominios funcionales (Barnes et al., 2009; Willis et al., 2006; Bherer et al., 2008; Karbach y Kray, 2009), en líneas generales lo que se ha constatado es que esta transferencia y generalización a la vida cotidiana es dificultosa y escasa (Borella et al., 2010; Bottiroli y Cavallini, 2009; Fairchild y Scogin, 2010; Richmond et al., 2011; Smith et al., 2009; Tardif y Simard, 2011; Von Bastian et al., 2013).

Hoy día contamos con datos que sugieren que entrenamientos cognitivos de adaptación, en el que los niveles de dificultad y tipo de tarea se ajustan según el desempeño del individuo y se centran en procesos, parecen conducir a mejores resultados en términos de transferencia (Cândeia et al., 2015; Shatil, Mikulecka, Bellotti y Bures, 2014). Aun así, la mayor parte de la investigación ha encontrado que la transferencia a la vida diaria es muy limitada, incluso nula en algunas ocasiones (Finn y McDonald, 2011; Kanaan, McDowd, Colgrove, Burns, Gajewski y Pohl, 2014; Zehnder, Martin, Altgassen

INTRODUCCIÓN

y Clare, 2009; Bherer, 2015; Verhaeghen, 2000) aunque parece darse en mayor medida cuando los entrenamientos son centrados en el proceso, en funciones básicas y multidimensionales (Calero, 2019).

2.7 Cuidadores de personas mayores.

Al mismo tiempo que observamos que la población de personas mayores está aumentando, vemos cómo los cuidadores de las mismas tienen una influencia determinante en la evolución del mayor (Calero-García et al., 2015) y un impacto en la funcionalidad y desarrollo cognitivo de dichas personas (Cheng, Au, Losada, Thompson y Gallagher-Thompson, 2019). Esto ha hecho que se plantee la posibilidad de incorporar de los cuidadores como un agente activo en el tratamiento de la persona mayor (Leung, Yates, Orgeta, Hamidi y Orrell, 2017; Orrell et al., 2017).

Cuando las personas mayores empiezan a presentar cierto nivel de dependencia en su vida diaria, suelen requerir de un cuidador que las atienda, convirtiéndose éste en una persona fundamental en su día a día. En este contexto, se entiende que la acción de cuidar incluye ayudar a las personas mayores con cierta disfuncionalidad a realizar tareas y actividades de la vida diaria y de autocuidado (Diniz, Melo, Neri, Casemiro, Figueiredo, Gaioli y Gratão 2018), por ello los cuidadores se definen como aquellas personas que son responsables de cuidar a la persona mayor dependiente, facilitando el ejercicio de sus actividades diarias (alimentación, higiene personal, control de medicamentos u otras necesidades diarias (Couto, de Castro y Caldas, 2016) e intentando, en la medida de lo posible, la promoción de la autonomía e independencia (Bousquet et al., 2015).

Por todo lo anterior, parece interesante incluir a los cuidadores de las personas mayores como agentes activos que implementen una intervención cognitiva en la vida diaria de dichas personas pretendiendo, de este modo, la generalización y transferencia

INTRODUCCIÓN

de los resultados de dicha intervención para lograr que sean más autónomos e independientes en su día a día.

De este modo intentamos dar respuesta a las limitaciones de transferencia y mantenimiento a largo plazo de los beneficios, mencionadas en el apartado anterior, sobre las intervenciones cognitivas en personas mayores, y esta tesis intentará arrojar luz sobre ellas.

2.8 Tipos de cuidadores.

Dentro de los cuidadores encontramos dos tipos: 1) cuidadores profesionales (también llamados en la literatura científica cuidadores formales) y 2) cuidadores familiares (también llamados en la literatura científica cuidadores informales). Por cuidador profesional debe entenderse el profesional que, mediante contrato, oferta de forma especializada, realiza aquellas acciones que una persona requiere para cuidarse, intentando ir más allá de las capacidades que esta persona posee (Del Rey y Alvear, 2006); mientras que el cuidador familiar sería una persona de la red social del receptor que de forma voluntaria, sin que medie ninguna organización ni remuneración, provee de las ayudas y cuidados que la persona mayor requiera (Andersson, Levin y Emtinger, 2002).

Según la OMS (2017), cerca del 28% del total de personas mayores, necesitan cuidados diarios y el 80% de estos cuidados son proporcionados por cuidadores familiares (OMS, 2017). Estos cuidadores suelen ser mujeres de la familia en más de un 75% de los casos (Nunes, Brito, Duarte y Lebrão, 2019) llegando a representar hasta el 96.2% de los casos según algunos estudios (Martins, Corrêa, Caparrol, Santos, Brugnera y Gratão, 2019). En cuanto a las características de estas cuidadoras, la edad media suele estar por encima de los 52 años (Martins et al., 2019; Nunes et al., 2019). Más del 65% de las

INTRODUCCIÓN

mismas se encuentran casadas y más del 60% viven en el mismo lugar que la persona mayor a la que cuidan (Nunes et al., 2019). Cuando es un hombre mayor el que necesita cuidados, éstos son proporcionados por sus conyugues en un 58.54%, seguido de los hijos, especialmente de las hijas en un 40.24% (Del Pozo y Sotos, 2012). Cuando es una mujer mayor quien necesita cuidados, estos son proporcionados por sus hijos, especialmente las hijas en un 65.26% seguido de los cónyuges en un 25.65% (Del Pozo y Sotos, 2012). De este modo se observa que la mujer tiene que compaginar su trabajo con el desarrollo de las tareas de cuidado.

Aunque la mayoría de los cuidados sean proporcionados por los familiares, gran parte de estos cuidados son también llevados a cabo por cuidadores profesionales en centros institucionales especializados (residencias, centros de día, centros cívicos, centro de mayores, etc.). La mayoría del personal profesional que trabaja en estos centros son mujeres (alrededor del 94.4%) con una edad media que suele estar en torno a los 45 años (Martins et al., 2019) y una formación profesional como auxiliares de enfermería, geriatría o como profesionales de diferentes ámbitos de la salud (Nunes et al., 2019).

Independientemente del tipo, se ha encontrado que el cuidador tiene influencia en la capacidad funcional y cognitiva de la persona mayor (Cheng et al., 2019) determinando, en algunas circunstancias, la evolución de la misma (Calero-García et al., 2015) por lo que, diversas propuestas actuales intentan incorporar a los cuidadores en las intervenciones sobre personas mayores, considerándolos promotores de su autonomía y capacidad de decisión (Fernández-Ballesteros et al., 2019).

Las nuevas propuestas de cuidado se alejan del modelo tradicional (paternalista) y asumen un modelo centrado en la persona (Brownie y Nancarrow, 2013). El cuidado paternalista implica que no se considera al individuo como una persona autónoma y se

INTRODUCCIÓN

considera que requiere protección o sobreprotección (Fernández-Ballesteros et al., 2019). El problema de esta concepción era que, al producirse conductas de sobreprotección, se producía una reducción de la autonomía y de las capacidades de la persona mayor (Cimarolli, Boerner, Reinhardt y Horowitz, 2013) actuando como una profecía autocumplida (Fernández-Ballesteros et al., 2019).

En las últimas décadas este enfoque ha cambiado dando paso a la Atención Centrada en la Persona (ACP), que surge de la teoría de Carl Rogers sobre el crecimiento humano (Rogers, 1959), donde la formación de los cuidadores tiene una gran relevancia (Martínez, 2011).

La Atención Centrada en la Persona es un enfoque de intervención en el que las personas mayores cuidadas se convierten en el eje central, adaptando los servicios a sus preferencias y valores de vida (Edvardsson, Fetherstonhaugh y Gibson, 2010). Busca mejorar la calidad de vida de las personas mayores dando la máxima importancia al ejercicio de su autonomía y a su bienestar subjetivo, favoreciendo: 1) una mayor independencia en las actividades de la vida diaria, 2) autonomía para tomar sus propias decisiones y 3) el control de su vida diaria (Martínez, Suárez-Álvarez, Yanguas y Muñiz, 2015; Rodríguez, Loreto y Trujillo, 2013). Desde esta perspectiva, los profesionales se centran en cuidar a las personas mayores, apoyando sus proyectos de vida y facilitando la autodeterminación de cada una de ellas.

Adoptar un enfoque de Atención Centrada en la Persona ha demostrado multitud de beneficios en las personas atendidas, obteniendo mejoras en la actividad ocupacional e implicación social (Morgan-Brown, Newton y Ormerod, 2013), nivel cognitivo y funcional (Verbeek, Zwakhalen, Van Rossum, Ambergen, Kempen y Hamers, 2010) y en calidad de vida (Terada et al., 2013), así como la reducción de la agitación y agresividad

INTRODUCCIÓN

en personas con demencia, mejoras del estado de ánimo, disminución del aburrimiento, del sentimiento de desesperanza y de la depresión. En los cuidadores se ha incrementado el desarrollo, satisfacción y orgullo profesional y el apoyo social (McCormack et al., 2010), y se ha reducido el *burn-out* (Passalacqua y Harwood, 2012). En las familias se incrementa la satisfacción con la atención residencial y su implicación y colaboración con el cuidado (Díaz-Veiga et al., 2016). Por último, en las organizaciones se obtiene una reducción del absentismo laboral (Collins, 2009), y una mejora del clima laboral (Martínez et al., 2015).

En esta dirección, la formación de cuidadores que presentamos en esta tesis está sustentada en el enfoque de Atención Centrada en la Persona ya que son los cuidadores los que pueden, en gran medida, promover y dotar a los mayores de los recursos y apoyos necesarios para ser lo más autónomos e independientes posibles y todo ello trabajando desde este enfoque.

2.9 Formación de cuidadores.

En la literatura científica encontramos dos tipos de programas de formación de cuidadores, unos dirigidos a la atención del propio cuidador y otros dirigidos a dotar a los cuidadores de conocimientos para mejorar la atención que prestan a la persona cuidada.

De este modo y dada la importancia del cuidador, numerosos trabajos se han centrado en abordar los problemas laborales y emocionales de los mismos encontrando que las intervenciones cognitivo-conductuales en formato grupal parecen ser eficaces (Bustillo, Gómez-Gutiérrez y Guillén, 2018) y han mostrado beneficios en los cuidadores como aumentos en la calidad de vida y en su estado de ánimo, disminución de parte de su carga y del estrés, etc. (Bustillo et al., 2018; Jütten, Mark y Sitskoorn, 2019). La mayoría de estos programas se dirigen a reducir el malestar de los cuidadores, aunque estas

INTRODUCCIÓN

intervenciones varían mucho de unas a otras en cuanto a contenidos, formato de aplicación y objetivos. Gaugler et al., (2013) encontraron que era difícil clasificar las intervenciones en distintos tipos debido a su alta heterogeneidad. Aun así, determinaron que los principales grupos de intervenciones son programas educativos, psicoterapias y programas multicomponentes y observaron que las intervenciones multicomponentes eran las más eficaces a la hora de reducir el estrés en los cuidadores de personas con demencia. Cheng et al. (2019), también encontraron que las intervenciones se clasificaban en cuatro tipos (psicoeducativas, psicoterapias, multicomponentes y basadas en la atención plena) y que la calidad metodológica variaba mucho en los diferentes estudios, con bastantes limitaciones metodológicas como falta de grupo control, entre otras (Griffin et al., 2015; Waldemar et al., 2011).

Por otro lado, otro grupo de programas se han dirigido a la capacitación de los cuidadores centrándose en ampliar su: (a) conocimiento de las enfermedades de las personas mayores (Anker-Hansen et al., 2018), (b) conocimiento de los síntomas conductuales y psicológicos que podrían mostrar las personas mayores (McCabe, You y Tatangelo, 2016) y (c) un sistema de apoyo y gestión emocional para los propios cuidadores (McCabe et al., 2016) tanto en cuidadores familiares como cuidadores profesionales (Diniz et al., 2018). Con este tipo de programas se ha demostrado que se mejoran las tareas de cuidado al aumentar la calidad de la asistencia y la salud de las personas mayores cuidadas (Anker-Hansen et al., 2018; Diniz et al., 2018; Jutkowitz, Gaugler, Trivedi, Mitchell y Gozalo, 2020).

En la literatura científica, encontramos varias revisiones sistemáticas que se centran en qué efectos tiene la psicoeducación de los cuidadores en la calidad de vida de las personas mayores con demencia (Bird, Anderson, MacPherson y Blair, 2016; Cheng

INTRODUCCIÓN

et al., 2019; Robertson et al., 2017). En estos estudios se ha encontrado que la formación de cuidadores produce una mejora en la calidad de la asistencia y ello tiene una relación directa con la salud de las personas mayores (Jutkowitz et al., 2020; Spector, Revolta y Orrell, 2016). En concreto, se ha encontrado: 1) una disminución de la sintomatología de las personas mayores cuidadas (Elpers, Amano, DeCoster y Johnson, 2017); 2) una mejora del bienestar (Birkenhäger-Gillesse, Kollen, Zuidema y Achterberg, 2018) y 3) una mejora en la calidad de vida de los mismos (Cheng et al., 2019).

Además, en los últimos años, diversos movimientos plantean alternativas al cuidado tradicional de los mayores (Szerletics, 2015; Thompson, 2017) como comentábamos anteriormente. Las aproximaciones centradas en la persona (Brownie y Nancarrow, 2013) y las teorías *Patients Activation* (Activación de Pacientes) (Hibbard y Mahoney, 2010), *Patients Engagement* (Compromiso de Pacientes) (Graffigna, Barello y Bonanomi, 2017) etc., se plantean como objetivo mejorar la autonomía de las personas mayores mediante una formación de los cuidadores dirigida a aumentar su papel como mediadores ambientales (Fernández-Ballesteros et al., 2019) o estimuladores del cambio cognitivo y funcional de los mayores. Así, aunque inicialmente estos programas iban dirigidos a cuidadores de personas mayores con demencia, se han ido ampliando su uso dado sus buenos resultados. De hecho hoy en día, varios programas como el modelo “LOCK” (Mills et al., 2017), “START” (Goyder, Orrell, Wenborn y Spector, 2012), *Reasoning Exercises in Assisted Living* (REAL) (Ejercicios de razonamiento en la vida asistida) (Williams, Herman y Smith, 2014), *Promoting Independence in Dementia* (PRIDE) (Promoción de la independencia en la demencia) (Yates et al., 2019), CUIDA-2 (Calero, Navarro, Sanjuán, Calero García y Ortega, 2017) o el programa de intervención sobre actitudes paternalistas en el cuidado (Fernández-Ballesteros et al., 2019) se han administrado con el objetivo de que los cuidadores cambien: a) sus estrategias de cuidado

INTRODUCCIÓN

(Liddle et al., 2012); b) la comunicación e interacciones con las personas mayores (Goyder et al., 2012; Hartmann et al., 2018; Liddle et al., 2012); c) y/o realicen rehabilitación física (Resnick y Galik, 2013); d) y/o cognitiva (Apóstolo et al., 2019; Stein-Parbury et al., 2012; Thinnes y Padilla, 2011). Algunos de estos programas, especialmente los que se basan en entrenamientos cognitivos, se han realizado para cuidadores familiares (Jütten et al., 2019; Liddle et al., 2012), aunque la mayoría no distingue entre tipos de cuidador.

En concreto, Teri, Huda, Gibbons, Young y Van Leynseele, diseñaron el programa STAR para cuidadores dirigido a entrenar la atención a los factores problemáticos en las interacciones con las personas mayores y la reducción de la angustia afectiva y conductual (Teri et al., 2005). Este programa demostró un descenso significativo de los síntomas de la depresión y los problemas de comportamiento de las personas mayores. Y respecto a los cuidadores, tras su aplicación, estos se calificaron como significativamente más competentes en la formación de relaciones con los residentes (Teri et al., 2005). Otros programas dirigidos a entrenar el uso de estrategias para mejorar la comunicación, como el programa MESSAGE (facilitador de la comunicación en demencia) y el RECAPS (programa dirigido a mejora la memoria y la cognición en la demencia), han mostrado beneficios en memoria y comunicación (Smith et al. 2011; Broughton et al. 2011) así como en el aumento del conocimiento y la disminución del malestar de los cuidadores, al igual que han influido positivamente en la calidad de vida de las personas mayores (López y Crespo, 2007).

Nuestro grupo de investigación ha publicado un programa dirigido a la formación de cuidadores en estrategias de comunicación, entrenamiento cognitivo, físico y emocional, basado en el modelo de Atención Centrada en la Persona y con una metodología basada en el aprendizaje mediado con pautas para los cuidadores para que

INTRODUCCIÓN

entrenen - mientras cuidan en el día a día - a las personas mayores a su cargo (Calero et al., 2017). Este programa se denomina CUIDA-2 (Calero et al., 2017).

En este ámbito, la aplicación de programas de estimulación cognitiva por parte de los cuidadores arroja resultados cognitivos positivos en la memoria inmediata, la fluidez verbal, la resolución de problemas y la orientación (Cruz et al., 2015) así como un retraso en la institucionalización de las personas mayores (Orrell et al., 2012). Otra ventaja de estos programas es que se puede realizar en el propio domicilio (Apóstolo et al., 2014; Cove, Jacobi, Donovan, Orrell, Stott y Spector, 2014; Milders, Bell, Lorimer, MacEwan y McBain, 2013; Woods et al., 2012; Yates et al., 2015) y adaptar a personas de movilidad reducida o que no puedan participar en actividades grupales (Orrell et al., 2012).

A modo de conclusión, y a partir de los resultados revisados con anterioridad en la introducción de esta tesis, podemos concluir que: 1) la población mayor de 65 años está en aumento, hasta el punto de suponer un posible problema para las sociedades actuales, 2) la mejor manera de hacer frente al envejecimiento poblacional es impulsar un envejecimiento activo que contribuya al envejecimiento exitoso de las personas mayores, 3) el principal problema que encontramos en esta población es el deterioro cognitivo que se puede tratar de manera eficaz con INF, especialmente con intervenciones cognitivas, 4) el entrenamiento cognitivo es el tipo de intervención más adecuada para mejorar el rendimiento cognitivo de las personas mayores, 5) aun así, se han encontrados problemas de transferencia de la mejora cognitiva a la capacidad funcional de las mismas, 6) incluir la figura del cuidador en los programas de estimulación cognitiva puede tener un efecto beneficioso en la mejora cognitiva y funcional de la persona mayor solucionando el problema de transferencia y generalización y 7) existen pocos estudios que analicen el impacto de la formación de cuidadores en la mejora cognitiva y funcional de personas sin demencia.

INTRODUCCIÓN

Por todo lo anterior, se han llevado a cabo los dos estudios que se presentan en esta tesis con el objetivo de valorar los beneficios, sobre las personas mayores y los propios cuidadores, que ofrece el programa de formación de cuidadores en entrenamiento cognitivo “CUIDA-2”.

**PARTE EMPÍRICA:
PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN Y
OBJETIVOS PRINCIPALES.**

ESTUDIO 1: PERSONAS MAYORES

ESTUDIO 1: PERSONAS MAYORES

“Nunca serás demasiado viejo para tener una nueva meta o un nuevo sueño”

C. S. LEWIS

3 ESTUDIO 1: Personas Mayores.

3.1 OBJETIVOS:

3.1.1 Objetivos generales.

Valorar los efectos que tiene un programa de formación de cuidadores en la capacidad cognitiva, la habilidad funcional y la calidad de vida de personas mayores.

3.1.2 Objetivos específicos.

1. Valorar el impacto que tiene el programa de formación de cuidadores sobre el funcionamiento cognitivo y funcional de las personas mayores cuidadas/atendidas por los cuidadores que participan en el programa.
2. Valorar el impacto que tiene el programa de formación de cuidadores sobre la calidad de vida de las personas mayores cuidadas/atendidas por los cuidadores que participan en el programa.
3. Valorar el impacto que tiene el programa de formación de cuidadores sobre el funcionamiento cognitivo y funcional de las personas mayores dependiendo del tipo de cuidador que le proporcionen los cuidados que necesitan (cuidador profesional vs familiar).
4. Valorar el impacto que tiene el programa de formación de cuidadores sobre la calidad de vida de las personas mayores dependiendo del tipo de cuidador que le proporcionen los cuidados que necesitan (cuidador profesional vs familiar).
5. Valorar los beneficios de la intervención en las personas mayores a medio plazo (6 meses después de la intervención).
6. Valorar el impacto diferencial del programa en las personas mayores según su nivel funcional de partida.

ESTUDIO 1: PERSONAS MAYORES

7. Analizar si existen diferencias de impacto del programa relacionadas con el sexo de las personas mayores participantes.

3.2 HIPÓTESIS:

A partir de los objetivos anteriores, se plantean las siguientes hipótesis:

1. Las personas mayores cuidadas por cuidadores que hayan recibido la formación mejorarán significativamente su nivel cognitivo evaluado con el *Mini-Examen-Cognoscitivo* (MEC, Lobo, Escobar, Ezquerro y Seva-Díaz, 1980), en comparación con las personas mayores cuyos cuidadores no participen en el programa.
2. Las personas mayores cuidadas por cuidadores que hayan recibido la formación mejorarán significativamente su nivel cognitivo evaluado con la Escala de Evaluación Cognitiva (CAPE) del Clifton (Pattie y Gilleard, 1979), en comparación con los mayores cuyos cuidadores no participen en el programa.
3. Las personas mayores cuidadas por cuidadores que hayan recibido la formación mejorarán significativamente su habilidad funcional, evaluada con el índice de Barthel (Mahoney y Barthel, 1965), en comparación con los mayores cuyos cuidadores no participen en el programa.
4. Las personas mayores cuidadas por cuidadores que hayan recibido la formación mejorarán significativamente su calidad de vida relacionada con la salud, evaluada con el instrumento *EuroQol* (EuroQol Group, 1990), en comparación con los mayores cuyos cuidadores no participen en el programa.
5. Las personas mayores cuidadas por cuidadores que hayan recibido la formación mejorarán significativamente su nivel cognitivo evaluado con el *Mini-Examen-Cognoscitivo* (MEC, Lobo et al., 1980) y la Escala de Evaluación Cognitiva del

ESTUDIO 1: PERSONAS MAYORES

- Clifton (Pattie y Gilleard, 1979) independientemente del tipo de cuidador que proporcione los cuidados (familiar vs profesional).
6. Las personas mayores cuidadas por cuidadores que hayan recibido la formación mejorarán significativamente su habilidad funcional, evaluada con el índice de Barthel (Mahoney y Barthel, 1965), independientemente del tipo de cuidador que proporcione los cuidados (familiar vs profesional).
 7. Las personas mayores cuidadas por cuidadores que hayan recibido la formación mejorarán significativamente su calidad de vida relacionada con la salud, evaluada con el instrumento *EuroQol* (EuroQol Group, 1990), independientemente del tipo de cuidador que proporcione los cuidados (familiar vs profesional).
 8. El efecto de la intervención en el nivel cognitivo, habilidad funcional y calidad de vida de las personas mayores se mantendrá a medio plazo (6 meses después de la intervención).
 9. El impacto del programa será significativamente mayor en los mayores en situación de dependencia funcional grave o moderada en comparación con los mayores con niveles de dependencia leve, o independientes.
 10. No existirán diferencias de efectos significativas relacionadas con el sexo de los participantes.

3.3 INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN.

- *Hoja de datos socio-demográfico* (anexo 1) confeccionada para esta investigación, en la que se recogen datos sobre variables personales, información médica, social y funcional de las personas mayores.
- *Mini-Examen-Cognoscitivo (MEC)* (Lobo et al., 1980), adaptación española del *Mini-Mental-State-Examination* (MMSE, Folstein et al., 1975). Es un instrumento

ESTUDIO 1: PERSONAS MAYORES

de *screening* ampliamente utilizado en la detección del deterioro cognitivo. Explora un conjunto de funciones cognitivas que pueden estar afectadas en personas mayores. La puntuación final obtenida en esta prueba oscila entre 0 y 35 puntos y se utiliza habitualmente como índice global y como método de seguimiento evolutivo de las funciones cognitivas en procesos como el deterioro cognitivo y la demencia. El MEC tiene una alta consistencia interna ($\alpha = .88$), y buena fiabilidad test-retest (.64-1.00; $p < .010$) e interjueces (.69-1.00; $p < .010$) (Buiza et al 2011). También ha sido demostrada su validez concurrente con una amplia batería neuropsicológica (Calero, Navarro, Robles y García-Berbén, 2000).

- *El Procedimiento de Evaluación Clifton para Ancianos (CAPE)- Escala cognitiva* (Fernández-Ballesteros y Guerrero, 1984), adaptación española del *The Clifton Assessment Procedure for the Elderly* (Pattie y Gilleard, 1979). Consta de dos escalas, una cognitiva y otra comportamental. En el presente estudio se ha usado la escala de valoración cognitiva. Su fiabilidad test-retest es de entre .79 y .90 y entre .61 y .69 para la escala de información y orientación y la escala de habilidad mental, respectivamente. Tiene también, una validez convergente con la Escala de Memoria de Wechsler (WMS), mostrando una correlación de .90 entre ambas (Fernández-Ballesteros y Guerrero, 1984).
- *Índice de Barthel* (Mahoney y Barthel, 1965). Este test evalúa la habilidad funcional de la persona a partir de 10 ítems que analizan su habilidad para llevar a cabo habilidades básicas como levantarse de una silla o cama, aseo personal, uso del baño, salir a la calle, subir y bajar escaleras, vestirse, y control de esfínteres. La puntuación oscila entre 0 y 100 siendo 0 máximamente dependiente y 100 completamente independiente. Según Cid-Ruzafa y Damián-Moreno,

ESTUDIO 1: PERSONAS MAYORES

(1997) la dependencia es leve con 60-95 puntos, moderada con 40-55 puntos, severa de 20-35 puntos y grave si resulta menor de 20 puntos. Presenta una consistencia interna con un coeficiente alfa entre .86 y .92 y una fiabilidad interjueces entre .84 y .97 (Martínez-Martín et al., 2009). Este instrumento ha demostrado es un buen predictor de mortalidad y permite detectar mejora o declive en algunos aspectos del funcionamiento de un individuo. Recientemente Bernaola-Sagardui (2018) ha comprobado que existe una validez estructural y consistencia interna óptimas para población española.

- *EuroQol* (*EuroQol Group*, 1990). Es un instrumento genérico de medición de la calidad de vida relacionada con la salud validado para la población española por Badia et al. (1999). En él, el propio individuo valora su estado de salud, primero en niveles de gravedad por dimensiones (sistema descriptivo) y luego en una escala visual analógica (EVA) de evaluación más general. El sistema descriptivo contiene cinco dimensiones de salud (movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión) y la segunda parte del instrumento es una EVA vertical de 20 centímetros, milimetrada, que va desde 0 (peor estado de salud imaginable) a 100 (mejor estado de salud imaginable). En ella, el individuo debe marcar el punto en la línea vertical que mejor refleje la valoración de su estado de salud global en el día de hoy. El uso de la EVA proporciona una puntuación complementaria al sistema descriptivo de la autoevaluación del estado de salud del individuo. Respecto a sus propiedades psicométricas, la fiabilidad test-retest oscila entre .86 y .90 (van Agt, Essink-Bot, Krabbe y Bonsel, 1994) y su validez y sensibilidad al cambio ha sido demostrada en numerosos estudios (García-Garrido, 2014; Herdman, Badia y Berra, S, 2001).

3.4 PROGRAMA DE FORMACIÓN.

El programa de formación de cuidadores consistió en la aplicación del módulo de estimulación cognitiva del programa CUIDA-2 (Calero et al., 2017). Dicha aplicación (ver tabla 2) incluía una formación teórica constituida por tres módulos de: 1) Atención Centrada en la Persona, 2) estrategias de comunicación y 3) estrategias de estimulación cognitiva según una aproximación mediada. El primer módulo explica el enfoque de trabajo de Atención Centrada en la Persona (*Person Centered-Care Model*) (Brownie y Nancarrow, 2013; Martínez, 2015) para promover que los cuidadores trabajen siguiendo los principios de este de manera que mejoren la autonomía y la capacidad de decisión de la persona mayor a la que atienden. En el segundo módulo se explican las estrategias de comunicación necesarias para comunicarse con personas mayores con el objetivo de facilitar la relación y comunicación (MESSAGE, 2009). En el módulo tercero se explican y trabajan las estrategias de mediación en entrenamiento cognitivo (Tzuriel, 2013) de las diferentes funciones cognitivas que se van deteriorando en personas mayores. Este módulo es el más extenso y pretende dotar a los cuidadores de las herramientas necesarias para que estimulen diariamente a las personas mayores, garantizando así, un mayor mantenimiento cognitivo de las mismas. En este módulo se forma en entrenamiento cognitivo siguiendo un enfoque mediado de análisis, entrenamiento y generalización de habilidades cognitivas básicas.

Esta formación fue administrada en dos sesiones grupales de dos horas y una formación aplicada de 3 meses de prácticas individuales supervisadas por la autora de la presente tesis doctoral.

ESTUDIO 1: PERSONAS MAYORES

Tabla 2. Estructuración del Programa de Formación de Cuidadores. 2 sesiones de 2 horas. 1 sesión por semana. Estructura y metodología del libro “CUIDA-2: Programa de formación de cuidadores para una estimulación integral de las personas mayores”. (Calero et al., 2017).

Primera sesión (2 horas):

Módulos 1 y 2: Situar a los cuidadores en la perspectiva de trabajo de Atención Centrada en la Persona y las diferentes estrategias de comunicación con las personas mayores.

Segunda sesión (2 horas):

Módulo 3: Aprender cómo realizar una estimulación cognitiva y funcional adecuada dependiendo de los déficits de la persona mayor cuidada. Prácticas con técnicas de mediación.

La supervisión se realizó mediante observación directa y reuniones semanales para aclarar dudas y ayudar a los cuidadores profesionales y familiares a cumplimentar los registros de actividades que estos realizaban con las personas mayores. Estos registros eran semanales y en ellos los cuidadores tenían que planificar de antemano las actividades que iban a realizar con la persona mayor y, una vez realizadas, tenían que registrar cómo las habían llevado a cabo y cómo había respondido la persona mayor (ver el registro en el anexo 2).

3.5 MÉTODO.

3.5.1 *Participantes.*

La muestra de este primer estudio estuvo compuesta por un total de 160 participantes, todos ellos mayores de 65 años ($n = 100$ grupo de tratamiento, $n = 60$ grupo de control). Esta muestra fue seleccionada de diferentes centros de mayores (centros cívicos, centros de día y residencias) de la provincia de Granada. Los datos descriptivos de la muestra se pueden observar en la Tabla 3.

ESTUDIO 1: PERSONAS MAYORES

Tabla 3. Características sociodemográficas de las personas mayores. Medias y puntuaciones F y porcentajes y puntuaciones χ^2 obtenidas por el grupo control y el grupo tratamiento. Diferencias intergrupos.

		Grupo Control (n=60)	Grupo Tratamiento (n=100)	Prueba Estadística p
Edad		M = 83.37 (DT=7.56)	M = 82.50 (DT=7.33)	F (1, 158) = 0.512 .475
Sexo	Masculino	20%	27%	$\chi^2 = 0.997$.318
	Femenino	80%	73%	
Estado Civil	Casado	18.3%	27%	$\chi^2 = 3.437$.329
	Soltero	11.7%	5%	
	Divorciado	3.3%	3%	
	Viudo	66.7%	65%	
Educación	Sin estudios	21.7%	23%	$\chi^2 = 0.986$.805
	Primarios	56.7%	57%	
	Secundarios	11.7%	14%	
	Superiores	10%	6%	
Lugar de reclutamiento	Residencia	83.3%	28%	$\chi^2 = 50.911^*$.000
	Centro de Día	16.7%	32%	
	Domicilio	-	40%	

Nota: * $p < .05$; M = Media; DT = Desviación Típica; F = Prueba estadística F; χ^2 = Prueba estadística chi cuadrado; p = probabilidad estadística.

Posteriormente, el grupo de tratamiento se dividió dependiendo del tipo de cuidador que participara en el programa de formación de cuidadores. 60 de las personas mayores participantes recibieron cuidados de cuidadores profesionales, quienes implantaron el programa de formación de cuidadores en las instituciones públicas en las cuales desarrollaban su trabajo (residencias y centros de día) y 40 recibieron cuidados de cuidadores familiares (sus propios familiares) que implantaron el programa en sus hogares. Las características específicas de estos subgrupos de tratamiento se detallan a continuación (Tabla 4).

ESTUDIO 1: PERSONAS MAYORES

Los criterios de inclusión para las personas mayores del grupo control fueron: 65 años o más, recibir atención, no presentar diagnóstico de demencia, dar su consentimiento informado y recibir cuidados de cuidadores profesionales que no habían sido formados en el programa de formación de cuidadores CUIDA-2 (Calero et al., 2017).

Tabla 4. Características sociodemográficas de las personas mayores. Medias y puntuaciones F y porcentajes y puntuaciones χ^2 obtenidas por los subgrupos de tratamiento. Diferencias intergrupos.

		Reciben cuidados de un cuidador profesional (n=60)	Reciben cuidados de un cuidador familiar (n=40)	Prueba Estadística <i>p</i>
Edad		<i>M</i> = 82.42 (<i>DT</i> =7.96)	<i>M</i> = 82.63 (<i>DT</i> =6.37)	<i>F</i> = 0.019 .890
Sexo	Masculino	21.7%	35%	$\chi^2 = 2.165$.141
	Femenino	78.3%	65%	
Estado Civil	Casado	11.7%	50%	$\chi^2 = 19.164^*$.001
	Soltero	5%	5%	
	Divorciado	5%	-	
	Viudo	78.3%	45%	
Educación	Sin estudios	23.3%	22.5%	$\chi^2 = 2.941$.401
	Primarios	61.7%	50%	
	Secundarios	11.7%	17.5%	
	Superiores	3.3%	10%	
Lugar de reclutamiento	Residencia	-	46.7%	$\chi^2 = 100.000^*$.001
	Centro de Día	-	53.3%	
	Domicilio	100%	-	

Nota: * $p < .05$; *M* = Media; *DT* = Desviación Típica; *F* = Prueba estadística F; χ^2 = Prueba estadística chi cuadrado; *p* = probabilidad estadística.

Los criterios de inclusión para las personas mayores del grupo tratamiento fueron: 65 años o más, recibir atención, no presentar diagnóstico de demencia, dar su consentimiento informado y recibir cuidados de cuidadores formados en el programa de formación de cuidadores CUIDA-2 (Calero et al., 2017).

Dentro del grupo tratamiento, diferenciamos, a su vez, dos grupos: grupo de tratamiento profesional (grupo de personas mayores atendidas por cuidadores

ESTUDIO 1: PERSONAS MAYORES

profesionales) donde los criterios de inclusión fueron: 65 años o más, recibir atención, no presentar diagnóstico de demencia, dar su consentimiento informado y recibir cuidados de cuidadores profesionales formados en el programa de formación de cuidadores CUIDA-2 (Calero et al., 2017). Y grupo de tratamiento familiar (grupo de personas mayores atendidas por cuidadores familiares) donde los criterios de inclusión fueron: 65 años o más, recibir atención, no presentar diagnóstico de demencia, dar su consentimiento informado y recibir cuidados de cuidadores familiares formados en dicho programa de formación de cuidadores.

Independientemente del tipo de cuidador que tenía cada subgrupo del grupo tratamiento, nos interesaba conocer si la capacidad funcional de partida de las personas mayores es determinante para la mejora cognitiva y la calidad de vida de dichas personas. Para ello, se dividieron tanto el grupo tratamiento como el control en personas mayores independientes y dependientes. De esta división resultaron cuatro grupos (39 participantes en el grupo control independientes, 22 participantes en el grupo control dependiente, 57 participantes en el grupo tratamiento independientes y 43 participantes en el grupo tratamiento dependientes). La división se realizó teniendo en cuenta la propia clasificación que ofrece la prueba del índice del Barthel (Cid-Ruzafa y Damián-Moreno, 1997).

Para su clasificación se tomó como punto de corte la puntuación de 60 (punto mínimo de dependencia leve). Las personas mayores con una puntuación de 60 o mayor fueron clasificados como personas independientes, mientras que las personas que tenían menos de 60 puntos fueron clasificadas como dependientes.

ESTUDIO 1: PERSONAS MAYORES

Las características específicas de estos cuatro subgrupos según su capacidad funcional se detallan a continuación (Tabla 5). Como puede observarse en la tabla solo había diferencias intergrupos en el lugar de reclutamiento.

Tabla 5. Características sociodemográficas de las personas mayores independientes y dependientes según el punto de corte del Barthel en 60. Medias y puntuaciones F y porcentajes y puntuaciones χ^2 obtenidas por el grupo control y el grupo tratamiento. Diferencias intergrupos.

		Grupo Control (n=60)		Grupo Tratamiento (n=100)		Prueba Estadística
		Independ (n=38)	Depend (n=22)	Independ (n=57)	Depend (n=43)	<i>p</i>
Edad		<i>M</i> = 83.37 (<i>DT</i> =6.90)	<i>M</i> = 83.36 (<i>DT</i> =8.76)	<i>M</i> = 82.42 (<i>DT</i> =7.43)	<i>M</i> = 82.60 (<i>DT</i> =7.29)	<i>F</i> = 0.173 .914
Sexo	Masculino	21.1%	18.2%	28.1%	25.6%	$\chi^2 = 1.141$.767
	Femenino	78.9%	81.8%	71.9%	74.4%	
Estado Civil	Casado	18.4%	18.2%	26.3%	27.9%	$\chi^2 = 7.440$.591
	Soltero	7.9%	18.2%	5.3%	4.7%	
	Divorciado	5.3%	-	1.8%	4.7%	
	Viudo	68.4%	63.6%	66.7%	62.8%	
Educación	Sin estudios	21.1%	22.7%	24.6%	20.9%	$\chi^2 = 1.739$.995
	Primarios	55.3%	59.1%	54.4%	60.5%	
	Secundarios	13.2%	9.1%	14%	14%	
	Superiores	10.5%	9.1%	7%	4.7%	
Lugar de reclutamiento	Residencia	78.9%	90.9%	24.6%	32.6%	$\chi^2 = 54.311^*$.000
	Centro de Día	21.1%	9.1%	29.8%	34.9%	
	Domicilio	-	-	45.6%	32.5%	

Nota: * $p < .05$; *M* = Media; *DT* = Desviación Típica; *F* = Prueba estadística F; χ^2 = Prueba estadística chi cuadrado; *p* = probabilidad estadística.

Finalmente, quisimos comprobar si el sexo era una variable que influía en la capacidad cognitiva y funcional y en la calidad de vida de las personas mayores. Para ello, dividimos el grupo tratamiento y control según su sexo obteniendo dos grupos con las características que se presentan en la siguiente tabla (tabla 6).

ESTUDIO 1: PERSONAS MAYORES

Tabla 6. Características sociodemográficas de las personas mayores según el sexo. Medias y puntuaciones F y porcentajes y puntuaciones χ^2 obtenidas por el grupo control y el grupo tratamiento según el sexo. Diferencias intergrupos.

		Grupo Control (n=60)		Grupo Tratamiento (n=100)		Prueba Estadística
		Hombre (n=12)	Mujer (n=48)	Hombre (n=27)	Mujer (n=73)	<i>p</i>
Edad		<i>M</i> = 78.33 (<i>DT</i> =7.72)	<i>M</i> = 84.63 (<i>DT</i> =7.06)	<i>M</i> = 79.26 (<i>DT</i> =7.65)	<i>M</i> = 83.70 (<i>DT</i> =6.88)	<i>F</i> = 5.225* .002
N.º Hijos		<i>M</i> = 2 (<i>DT</i> =2.09)	<i>M</i> = 2.77 (<i>DT</i> =2.22)	<i>M</i> = 2.89 (<i>DT</i> =1.89)	<i>M</i> = 3.03 (<i>DT</i> =2.24)	<i>F</i> = 0.800 .496
Estado Civil	Casado	25%	16.7%	66.7%	12.3%	$\chi^2 = 50.097^*$.000
	Soltero	33.3%	6.3%	3.7%	5.5%	
	Divorciado	8.3%	2.1%	3.7%	2.7%	
	Viudo	33.3%	75%	25.9%	79.4%	
Educación	Sin estudios	8.3%	25%	22.2%	23.3%	$\chi^2 = 7.917$.543
	Primarios	66.7%	54.2%	44.4%	61.6%	
	Secundarios	16.7%	10.4%	25.9%	9.6%	
	Superiores	8.3%	10.4%	7.4%	5.5%	
Lugar de reclutamiento	Residencia	91.7%	81.3%	25.9%	28.7%	$\chi^2 = 54.979^*$.000
	Centro de Día	8.3%	18.8%	22.2%	35.7%	
	Domicilio	-	-	51.9%	35.6%	

Nota: * $p < .05$; *M* = Media; *DT* = Desviación Típica; *F* = Prueba estadística F; χ^2 = Prueba estadística chi cuadrado; *p* = probabilidad estadística.

3.5.2 Procedimiento.

En primer lugar, se obtuvo el permiso del Comité de Ética en Investigación de la Universidad de Granada (registrada con el n.º:54/CEIH/2015 en 2015 y su continuación con el n.º:545/CEIH/2018 en 2018). Luego se estableció contacto con el equipo directivo de las residencias, centros de día y centros cívicos que habían aceptado participar en la investigación y se seleccionó a los participantes.

Una vez obtenido el consentimiento informado de las instalaciones, cuidadores y personas mayores, se implementaron las siguientes fases (ver resumido en figura 4). En primer lugar, se evaluó a las personas mayores en sus lugares de residencia (en las residencias o en sus hogares cuando los adultos mayores acuden a centros de día o centros cívicos), utilizando las pruebas descritas en el apartado anterior. Posteriormente,

ESTUDIO 1: PERSONAS MAYORES

administramos el programa de formación de cuidadores en pequeños grupos de 5 a 8 personas. Una vez finalizado el curso de formación, los cuidadores del grupo tratamiento pusieron en práctica lo aprendido. Este período de práctica tuvo una duración de 3 meses y fue supervisado por la autora de la presente tesis, quien revisó los registros semanales que los cuidadores habían mantenido durante su trabajo diario. Mientras se aplicaba el programa en el grupo tratamiento, las personas mayores del grupo control fueron atendidos por sus cuidadores habituales que no habían recibido la formación, por lo que recibieron la atención habitual que habían recibido tradicionalmente. Al finalizar la práctica de tres meses en entrenamiento cognitivo, aplicada al grupo tratamiento, y la atención tradicional brindada al grupo control, se realizó la evaluación pos-tratamiento de todos los participantes. Por último, se realizó una evaluación de seguimiento a los 6 meses de la evaluación pos-tratamiento. No se pudo realizar la evaluación de seguimiento de 20 personas mayores cuidadas por sus familiares por el estado de alarma impuesto por el Gobierno de España debido a la pandemia sanitaria provocada por el virus COVID-19.

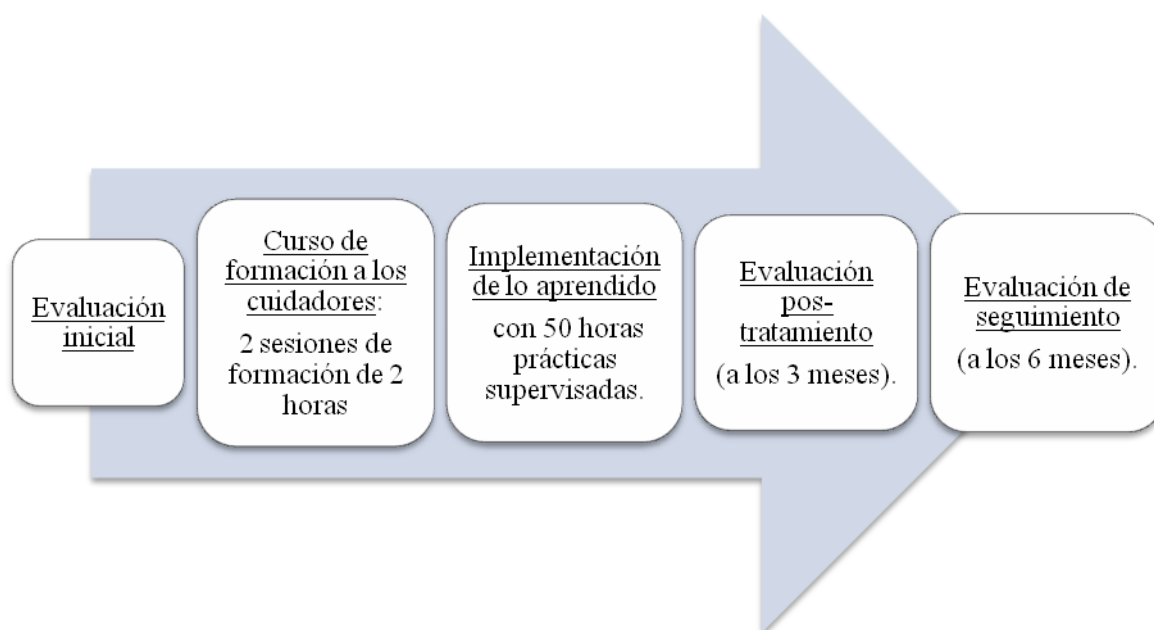


Figura 4. Fases de implementación del programa de formación de cuidadores.

ESTUDIO 1: PERSONAS MAYORES

Este proceso se realizó por etapas, por lo que, en cada centro, el contacto, las evaluaciones e implementación del programa se realizó de manera escalonada durante los años de 2015 al 2020 (se incluye una tabla con las diferentes fases en los distintos centros en el anexo 3). De este modo desde Diciembre de 2015 a Noviembre de 2017 se inició el estudio en las residencias (Entreálamos en Diciembre 2015; María Zayas en Enero 2016; Regina Mundi en Octubre 2017 y Geriatric XXI en Noviembre 2017). Desde Febrero a Julio de 2017 se inició el estudio en los centros de día (UED Pulianas en Febrero 2017; UED Ogíjares en Marzo 2017 y UED Atarfe en Julio 2017). Y desde Marzo de 2017 a Diciembre de 2019 se realizó la evaluación de las personas mayores cuidadas por cuidadores familiares en diferentes centros cívicos de la provincia de Granada y otras instituciones públicas (Clínica de Psicología de la Universidad de Granada en Marzo 2017; Centro Cívico de Genil 1 en Febrero 2018; Centro Cívico de Zaidín en Julio 2018; Centro Cívico de Genil 2 en Marzo 2019 y Centro de mayores de Cúllar Vega en Diciembre 2019).

Por tanto, los resultados se han obtenido por fases y los últimos resultados recogidos fueron en marzo de 2020. Como se comentaba anteriormente, en estos últimos resultados hay que destacar que, por motivos del virus COVID-19, ha resultado imposible recoger los datos de seguimiento a largo plazo de 20 personas mayores del grupo tratamiento familiar.

3.5.3 Diseño y análisis de datos.

Se ha utilizado un diseño en etapas cuasiexperimental de medidas repetidas (pre, pos y seguimiento) en las diferentes variables dependientes. Los análisis estadísticos utilizados han dependido de si las variables seguían los parámetros estadísticos necesarios para realizar pruebas paramétricas o no paramétricas. En el caso de usar pruebas paramétricas se han utilizado la ANOVA siguiendo el análisis univariante y multivariante

ESTUDIO 1: PERSONAS MAYORES

del Modelo Lineal General para las comparaciones intergrupos y el análisis de medidas repetidas a través del Modelo Lineal General para comprobar las diferencias intragrupos producidas en los tres momentos de evaluación, así como el tamaño del efecto y la potencia de las diferencias de las variables evaluadas. En el caso de usar pruebas no paramétricas se han utilizado la prueba U de Mann-Whitney para comparaciones intergrupos (o la prueba de Kruskal-Wallis, cuando se han comparado más de dos grupos) y la prueba de suma de rangos de Wilcoxon para comprobar las diferencias intragrupos (o la ANOVA de Friedman, cuando se han comparado más de dos grupos) producidas en los diferentes momentos de evaluación, así como el tamaño de efecto.

La elección de cada prueba se detalla en cada análisis dependiendo de los datos proporcionados por el test de Kolmogorov-Smirnov (para la distribución normal de las variables) y el test de Levene (para la homogeneidad de la varianza). En todos los análisis incluidos en el apartado de resultados se ha revisado la asunción de esfericidad según el test de Mauchly y se ha corregido, en caso de ser necesario, con Greenhouse-Geisser. Para el análisis de datos se ha utilizado el paquete estadístico SPSS 19.0 para Windows.

3.5.4 *Variables.*

- **Independientes:** Recibir o no estimulación cognitiva y funcional proporcionada por cuidadores que han asistido a un programa de formación, estar cuidado por un cuidador profesional o familiar, el sexo y nivel de dependencia.
- **Dependientes:** Nivel de habilidad funcional y cognitiva, problemas de memoria, conducta y estado de ánimo y calidad de vida en las personas mayores.
- **Controladas:** tipo de institución, tipo de cuidador.
- **Externas:** Nivel educativo y edad de las personas mayores. Carga y años de experiencia, nivel de implicación y satisfacción laboral y conocimientos del enfoque de Atención Centrada en la Persona de los cuidadores.

3.6 RESULTADOS.

3.6.1 *Efectos sobre la capacidad cognitiva.*

Para conocer si el programa de formación de cuidadores producía una mejora cognitiva en las personas mayores que fueron atendidas por los cuidadores formados en el programa (grupo tratamiento), frente a aquellas personas mayores que fueron atendidas por otros cuidadores que no participaron en el programa (grupo control), se llevó a cabo un análisis de las diferencias intergrupos e intragrupos en las dos evaluaciones (evaluación inicial y evaluación pos-tratamiento) mediante un análisis de Modelo Lineal General de medidas repetidas (grupo*momento). En este caso se ha utilizado medidas de análisis paramétricas ya que, aunque la variable capacidad cognitiva medida con el MEC y el CAPE no muestre una distribución normal (encontrando valores significativos en el test de Kolmogorov-Smirnov) sí muestra homogeneidad de la varianza (obteniendo valores no significativos en el test de Levene). Además, son variables dependientes de intervalo que mantienen una varianza homogénea en las medidas y es una muestra superior a 30 sujetos. Por ello hemos decidido realizar pruebas paramétricas.

En ambas pruebas no se cumple la condición de esfericidad (W de Mauchly), ya que la probabilidad asociada es de $p < .001$ para el MEC y el CAPE por lo que hemos corregido los datos con el estadístico de Greenhouse-Geisser.

En relación con las pruebas de evaluación directa de la capacidad cognitiva (Tabla 7) se encontró que no existen diferencias significativas intergrupos ni en MEC ni en CAPE en ninguno de los momentos de evaluación.

En cuanto a las diferencias intragrupo, éstas son significativas para el MEC ($F(1.000, 158.000) = 4.080; p = .045; \eta^2 = .025; P.O = .519$), lo que nos indica cambios significativos de la evaluación inicial a la evaluación pos-tratamiento que, como muestran

ESTUDIO 1: PERSONAS MAYORES

la interacción (grupo*momento), están asociados al grupo de pertenencia (tratamiento vs. control) ($F(1.000, 158.000) = 6.917$; $p = .009$; $eta = .042$; $P.O = .743$). En las comparaciones por pares realizadas a posteriori podemos señalar que las puntuaciones de grupo tratamiento aumentan significativamente de la evaluación inicial a la evaluación pos-tratamiento ($p < .001$).

Tabla 7. Medias y puntuaciones F obtenidas por las personas mayores del grupo control y el grupo tratamiento en el MEC y CAPE, en la evaluación inicial y pos-tratamiento. Diferencias intergrupos e intragrupos.

		Pre	Pos	Diferencias intergrupos	Diferencias intragrupos	Interacción Grupo*momento
		<i>M</i>	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>F</i>	<i>F</i>
		(<i>DT</i>)	(<i>DT</i>)	<i>p</i>	<i>p</i>	<i>p</i>
				<i>eta</i>	<i>eta</i>	<i>eta</i>
				<i>P.O</i>	<i>P.O</i>	<i>P.O</i>
MEC	Tto (n=100)	26.53 (5.79)	27.80 (5.69)	0.810 .369	4.080* .045	6.917* .009
	Cont (n=60)	28.00 (4,89)	27.83 (4.55)	.005 .146	.025 .519	.042 .743
CAPE	Tto (n=100)	27.05 (6.04)	27.91 (5.89)	0.154 .695	0.295 .588	10.811* .001
	total (n=60)	27.73 (5.35)	26.53 (5.33)	.001 .068	.002 .084	.064 .905

Nota: * $p < .05$; Pre = evaluación inicial; Pos = evaluación pos-tratamiento; Tto = Grupo tratamiento; Cont = Grupo control; *M* = Media; *DT* = desviación típica; *F* = Prueba F; *eta* = tamaño de efecto; *p* = diferencia estadística; *P.O* = Potencia observada.

En el CAPE no hubo diferencias intragrupo significativas ($F(1.000, 158.000) = 0.295$; $p = .588$; $eta = .002$; $P.O = .084$). No obstante, sí se produjeron diferencias significativas en la interacción (grupo*momento) ($F(1.000, 158.000) = 10.811$; $p = .001$; $eta = .064$; $P.O = .905$). Estos datos muestran que las puntuaciones del grupo tratamiento aumentan significativamente de la evaluación inicial a la evaluación pos-tratamiento ($p = .026$) y las puntuaciones del grupo control disminuyen significativamente de la evaluación inicial a la evaluación pos-tratamiento en el CAPE ($p = .017$). Tal y como

ESTUDIO 1: PERSONAS MAYORES

muestra la figura 5 vemos una inversión de las puntuaciones, observando este aumento en el grupo tratamiento y la disminución del grupo control.

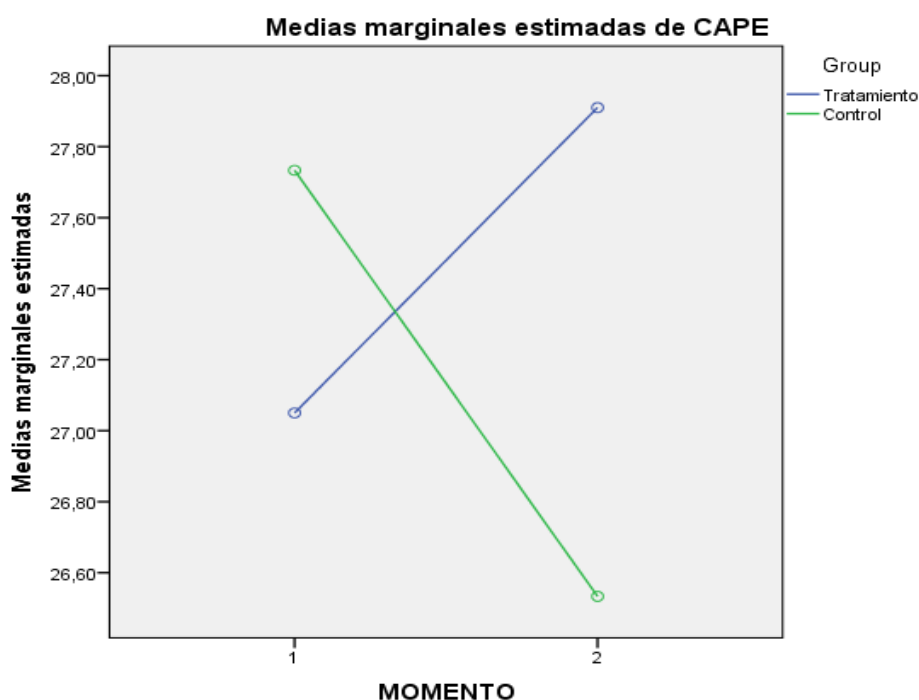


Figura 5. Puntuaciones del grupo control y el grupo tratamiento en los dos momentos de evaluación.
Nota: 1 = evaluación inicial; 2 = evaluación pos-tratamiento.

3.6.2 Efectos sobre habilidad funcional y calidad de vida.

Para conocer si el programa de formación de cuidadores producía una mejora en la habilidad funcional de las personas mayores que fueron atendidas por los cuidadores formados en el programa (grupo tratamiento), frente a aquellas personas mayores que fueron atendidas por otros cuidadores que no participaron en el programa (grupo control), se llevó a cabo un análisis de las diferencias intergrupos con la prueba U de Mann-Whitney y un análisis de las diferencias intragrupos mediante la prueba de suma de rangos de Wilcoxon (ver tabla 8) .

En este caso se ha utilizado medidas de análisis no paramétricas ya que la variable de habilidad funcional medida con el Barthel no muestra una distribución normal (encontrando valores significativos en el test de Kolmogorov-Smirnov) ni homogeneidad

ESTUDIO 1: PERSONAS MAYORES

de la varianza (obteniendo valores significativos en el test de Levene). Por ello hemos decidido realizar pruebas no paramétricas para esta variable.

Para ambas comparaciones hemos usado la probabilidad estadística de Monte Carlo al 95%.

Tabla 8. Medias y puntuaciones U y z obtenidas por las personas mayores del grupo control y el grupo tratamiento en el Barthel, en la evaluación inicial y pos-tratamiento. Diferencias intergrupos e intragrupos.

		Pre	Pos	Prueba intergrupos		Prueba intragrupos Wilcoxon
				U de Mann-Whitney		
				Pre	Pos	
		<i>M</i> (<i>DT</i>)	<i>M</i> (<i>DT</i>)	<i>U</i> <i>p</i> <i>r</i>	<i>U</i> <i>p</i> <i>r</i>	<i>z</i> <i>p</i> <i>r</i>
Barthel total	Tto (n=100)	63.85 (22.05)	64.60 (23.00)	2663.500 .231	2979.000 .975	-1.616 .119
	Cont (n=60)	66.00 (27.43)	62.08 (29.26)	-.094	-.006	-.128

Nota: * $p < .05$; Pre = evaluación inicial; Pos = evaluación pos-tratamiento; Tto = Grupo tratamiento; Cont = Grupo control; *M* = Media; *DT* = desviación típica; *U* = Prueba U de Mann-Whitney; *z* = Prueba de Wilcoxon; *p* = diferencia estadística; *r* = tamaño del efecto.

Estos datos muestran que no existen diferencias significativas intergrupos o intragrupos en la prueba del Barthel.

Para conocer si el programa de formación de cuidadores producía una mejora en la calidad de vida de las personas mayores que fueron atendidas por los cuidadores formados en el programa (grupo tratamiento), frente a aquellas personas mayores que fueron atendidas por otros cuidadores que no participaron en el programa (grupo control), se llevó a cabo un análisis de las diferencias intergrupos e intragrupos mediante un análisis de Modelo Lineal General de medidas repetidas (grupo*momento). En este caso se ha utilizado medidas de análisis paramétricas ya que, aunque la variable calidad de vida medida con el EuroQol no muestre una distribución normal (encontrando valores

ESTUDIO 1: PERSONAS MAYORES

significativos en el test de Kolmogorov-Smirnov) encontramos que tienen homogeneidad de la varianza (mostrando valores no significativos en el test de Levene). Además, es una variable dependiente de intervalo que mantiene una varianza homogénea y es una muestra superior a 30 sujetos. Por ello hemos decidido realizar pruebas paramétricas.

No se cumple la condición de esfericidad (W de Mauchly), ya que la probabilidad asociada es de $p < .001$ por lo que hemos corregido los datos con el estadístico de Greenhouse-Geisser.

Tabla 9. Medias y puntuaciones F obtenidas por las personas mayores del grupo control y el grupo tratamiento en el EuroQol, en la evaluación inicial y pos-tratamiento. Diferencias intergrupos e intragrupos.

		Pre	Pos	Diferencias intergrupos	Diferencias intragrupos	Interacción Grupo*momento
		<i>M</i>	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>F</i>	<i>F</i>
		(<i>DT</i>)	(<i>DT</i>)	<i>p</i>	<i>p</i>	<i>p</i>
				<i>eta</i>	<i>eta</i>	<i>eta</i>
				<i>P.O</i>	<i>P.O</i>	<i>P.O</i>
EuroQol total	Tto (n=100)	2.40 (0.60)	2.02 (0.68)	6.847* .010	8.639* .004	10.296* .002
	Cont (n=60)	2.42 (0.62)	2.43 (0.59)	.042 .739	.052 .832	0.61 .891

Nota: * $p < .05$; Pre = evaluación inicial; Pos = evaluación pos-tratamiento; Tto = Grupo tratamiento; Cont = Grupo control; *M* = media; *DT* = desviación típica; *F* = Prueba F; *eta* = tamaño de efecto; *p* = diferencia estadística; *P.O* = Potencia observada.

En relación con las pruebas de evaluación directa de la calidad de vida (Tabla 9) se encontró que existen diferencias significativas intergrupos en el EuroQol ($F(1, 158) = 6.847$; $p = .010$; $eta = .042$; $P.O = .739$). En esta prueba, donde las puntuaciones son inversamente proporcionales al bienestar del participante, vemos diferencias significativas entre el grupo control y el tratamiento en la evaluación pos-tratamiento presentando mayores puntuaciones en el grupo control ($p < .001$).

ESTUDIO 1: PERSONAS MAYORES

En cuanto a las diferencias intragrupo, estas son significativas para el EuroQol ($F(1.000, 158.000) = 8.639; p = .004; \eta^2 = .052; P.O = .832$), lo que nos indica cambios significativos de la evaluación inicial a la evaluación pos-tratamiento que, como muestran la interacción (grupo*momento), están asociados al grupo de pertenencia (tratamiento vs. control) ($F(1.000, 158.000) = 10.296; p = .002; \eta^2 = .061; P.O = .891$). Las comparaciones por pares realizadas a posteriori muestran que las puntuaciones del grupo tratamiento disminuyen de la evaluación inicial a la evaluación pos-tratamiento ($p < .001$) en el EuroQol.

3.6.3 Efectos diferenciales según el tipo de cuidador.

Una vez realizados los análisis anteriores de comparaciones entre personas mayores del grupo control y personas mayores del grupo tratamiento, creímos interesante valorar si los resultados del grupo tratamiento variaban dependiendo del tipo de cuidador que proporcionaba los cuidados (familiar o profesional). Por tanto, el objetivo fue determinar si había o no diferencias en función de que el cuidador fuera familiar o profesional. Los análisis estadísticos utilizados han dependido de si las variables seguían los parámetros estadísticos necesarios para realizar pruebas paramétricas o no paramétricas.

Para conocer si el programa de formación de cuidadores producía efectos diferentes en la capacidad cognitiva de las personas mayores del grupo tratamiento dependiendo del tipo de cuidador, se llevó a cabo un análisis de las diferencias intergrupos e intragrupos mediante un análisis de Modelo Lineal General de medidas repetidas (grupo*momento) (tabla 10). En este caso se han utilizado medidas de análisis paramétricas ya que, aunque la variable capacidad cognitiva medida con el MEC y el CAPE no muestre una distribución normal (encontrando valores significativos en el test de Kolmogorov-Smirnov) sí muestra homogeneidad de la varianza (obteniendo valores

ESTUDIO 1: PERSONAS MAYORES

no significativos en el test de Levene). Además, son variables dependientes de intervalo que mantienen una varianza homogénea en las medidas y es una muestra superior a 30 sujetos. Por ello hemos decidido realizar pruebas paramétricas.

En ambas pruebas no se cumple la condición de esfericidad (W de Mauchly), ya que la probabilidad asociada es de $p < .001$ para el MEC y el CAPE por lo que hemos corregido los datos con el estadístico de Greenhouse-Geisser.

Tabla 10. Medias y puntuaciones F obtenidas por las personas mayores del grupo familiar y el grupo profesional en el MEC y el CAPE, en la evaluación inicial y pos-tratamiento. Diferencias intergrupos e intragrupos.

		Pre	Pos	Diferencias intergrupos	Diferencias intragrupos	Interacción Grupo*momento
		<i>M</i>	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>F</i>	<i>F</i>
		(<i>DT</i>)	(<i>DT</i>)	<i>p</i>	<i>p</i>	<i>p</i>
				<i>eta</i>	<i>eta</i>	<i>eta</i>
				<i>P.O</i>	<i>P.O</i>	<i>P.O</i>
MEC	Fam	26.20	28.73	0.196	18.735*	9.366*
	(n=40)	(6.99)	(5.93)	.659	.000	.003
Total	Pro	26.75	27.18	.002	.160	.087
	(n=60)	(4.87)	(5.49)	.072	.990	.858
CAPE	Fam	26.53	28.53	0.004	10.317*	8.445*
	(n=40)	(7.73)	(7.13)	.949	.002	.005
total	Pro	27.40	27.50	.000	.095	.079
	(n=60)	(4.63)	(4.91)	.050	.889	.821

Nota: * $p < .05$; Pre = evaluación inicial; Pos = evaluación pos-tratamiento; Tto = Grupo tratamiento; Cont = Grupo control; *M* = Media; *DT* = desviación típica; *F* = Prueba F; *eta* = tamaño de efecto; *p* = diferencia estadística; *P.O* = Potencia observada.

Con respecto a las pruebas que evalúan el funcionamiento cognitivo de manera directa (tabla 10) no se encontraron diferencias significativas intergrupos ni en la evaluación inicial ni en la evaluación pos-tratamiento en las pruebas MEC y CAPE ($F(1, 98) = 0.196; p = .659; eta = .002; P.O = .072$ y $F(1, 98) = 0.004; p = .949; eta = .000; P.O = .050$, respectivamente).

ESTUDIO 1: PERSONAS MAYORES

Sí se encontraron diferencias significativas intragrupo en el MEC y CAPE ($F(1.000, 98.000) = 18.735; p < .001; \eta^2 = .160; P.O = .990$ y $F(1.000, 98.000) = 10.317; p = .002; \eta^2 = .095; P.O = .889$, respectivamente). Del mismo modo vemos que las diferencias intragrupos significativas del MEC y el CAPE estuvieron asociada al tipo de cuidador (familiar vs profesional) tal cual muestra la interacción (grupo*momento) en ambos test ($F(1.000, 98.000) = 9.366; p = .003; \eta^2 = .087; P.O = .858$ y $F(1.000, 98.000) = 8.445; p = .005; \eta^2 = .079; P.O = .821$ respectivamente). Concretamente encontramos un aumento de las puntuaciones de la evaluación inicial a la evaluación pos-tratamiento del grupo familiar en el MEC y en el CAPE ($p < .001$ y $p < .001$ respectivamente).

Para analizar de manera pormenorizada en qué medida el tipo de cuidador influía en las mejoras obtenidas en las pruebas MEC y CAPE se llevó a cabo un análisis de Modelo Lineal General de medidas repetidas de los diferentes sub-ítems de cada prueba.

Los resultados mostraron que en el caso del MEC (ver figura 6) las personas mayores que fueron atendidos por cuidadores familiares obtuvieron mejoras significativas como consecuencia de la intervención en los sub-ítems de: Orientación Temporal ($p = .010$), Fijación ($p = .004$) y Memoria ($p < .001$). En el caso de las personas mayores atendidas por cuidadores profesionales se observan mejoras en los sub-ítems anteriores, aunque éstas no son significativas como se aprecia en la figura 6. En el sub-ítem de comprensión lectora, las personas atendidas por cuidadores familiares mejoran, aunque no significativamente su puntuación ($p = .249$) y las personas atendidas por cuidadores profesionales disminuyen significativamente su puntuación ($p = .006$).

ESTUDIO 1: PERSONAS MAYORES

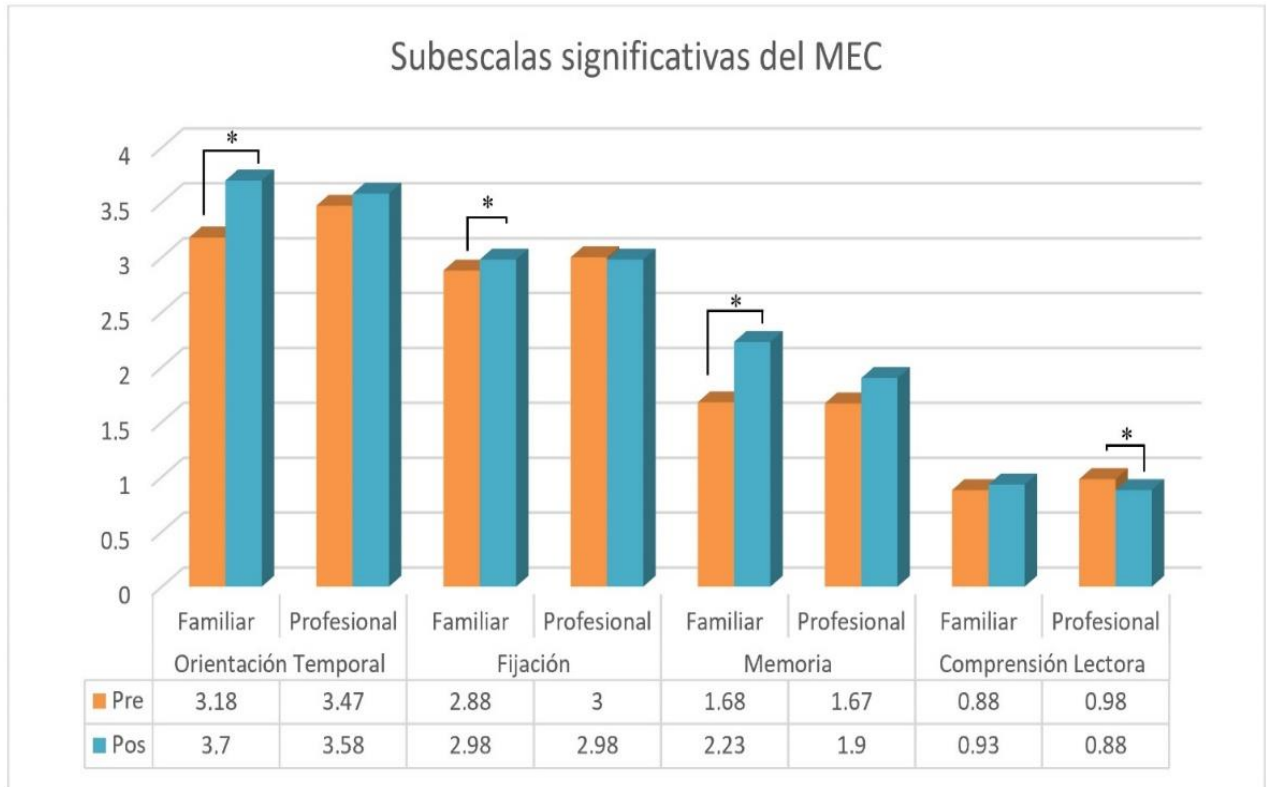


Figura 6. Diferencias significativas entre el grupo de cuidadores familiares y cuidadores profesionales en las Subescalas del MEC en la evaluación inicial y la evaluación pos-tratamiento. * $p < .05$.

Respecto al CAPE (ver figura 7), los resultados mostraron que las personas mayores que fueron atendidas por cuidadores familiares obtuvieron mejoras significativas como consecuencia de la intervención en los sub-ítems de Información y orientación ($p = .002$) y Habilidad Mental ($p < .001$) y las personas mayores que fueron atendidas por cuidadores profesionales obtuvieron mejoras significativas en el sub-ítem de Información y Orientación ($p = .017$).

ESTUDIO 1: PERSONAS MAYORES

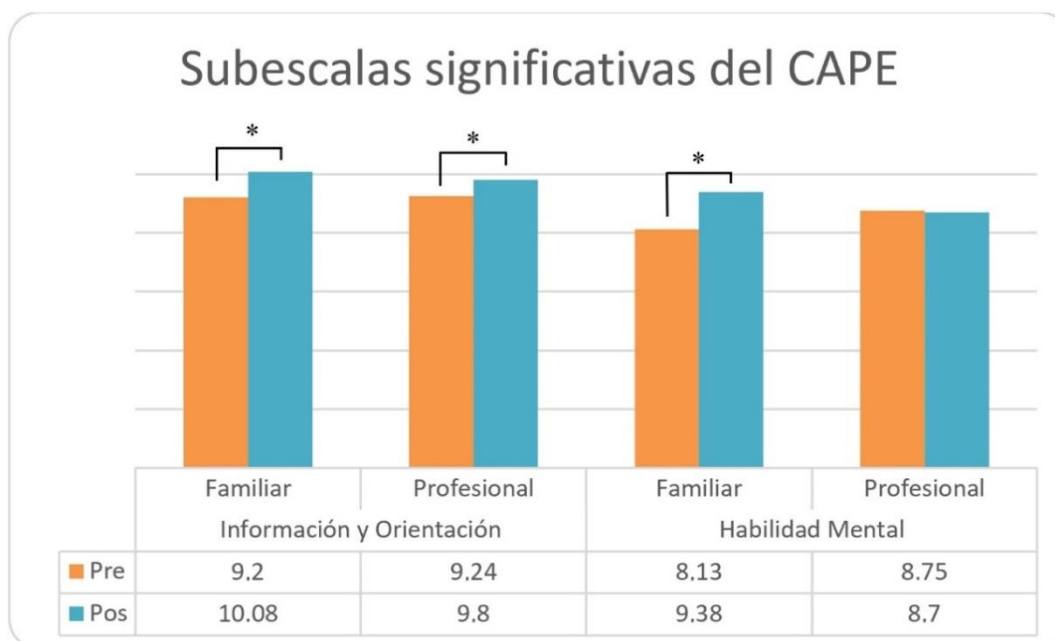


Figura 7. Diferencias significativas entre el grupo de cuidadores familiares y cuidadores profesionales en las Subescalas del CAPE en la evaluación inicial y la evaluación pos-tratamiento. * $p < .05$.

Para conocer si el programa de formación de cuidadores producía efectos diferentes en la habilidad funcional de las personas mayores del grupo tratamiento dependiendo del tipo de cuidador, se llevó a cabo un análisis de las diferencias intergrupos e intragrupos en las evaluaciones mediante un análisis de Modelo Lineal General de medidas repetidas (grupo*momento). En este caso se ha utilizado medidas de análisis paramétricas ya que la variable habilidad funcional medida con el Barthel presenta una distribución normal (encontrando valores no significativos en el test de Kolmogorov-Smirnov) y homogeneidad de la varianza (obteniendo valores no significativos en el test de Levene).

No se cumple la condición de esfericidad (W de Mauchly), ya que la probabilidad asociada es de $p < .001$ por lo que hemos corregido los datos con el estadístico de Greenhouse-Geisser.

ESTUDIO 1: PERSONAS MAYORES

En este caso no encontramos diferencias significativas intergrupos, intragrupos o en la interacción (grupo*momento) (tabla 11).

Tabla 11. Medias y puntuaciones F obtenidas por las personas mayores del grupo familiar y el grupo profesional en el Barthel, en la evaluación inicial, pos-tratamiento y seguimiento. Diferencias intergrupos e intragrupos.

		Pre	Pos	Diferencias Intergrupos	Diferencias Intragrupos	Interacción Grupo*momento
				<i>F</i>	<i>F</i>	<i>F</i>
		<i>M</i>	<i>M</i>	<i>p</i>	<i>p</i>	<i>p</i>
		(<i>DT</i>)	(<i>DT</i>)	<i>eta</i>	<i>eta</i>	<i>eta</i>
				<i>P.O</i>	<i>P.O</i>	<i>P.O</i>
Barthel	Fam	64.75	66.00	0.182	0.588	.147
	(n=40)	(22.22)	(21.84)	.670	.445	.702
Total	Pro	63.25	63.67	.002	.006	.001
	(n=60)	(22.11)	(23.88)	.071	.118	.067

Nota: * $p < .05$; Pre = evaluación inicial; Pos = evaluación pos-tratamiento; Fam = Grupo de cuidador familiar; Pro = Grupo de cuidador profesional; *M* = Media; *DT* = desviación típica; *F* = Prueba F; *eta* = tamaño de efecto; *p* = diferencia estadística; *P.O* = Potencia observada.

Para conocer si el programa de formación de cuidadores producía efectos diferentes en la calidad de vida de las personas mayores del grupo tratamiento dependiendo del tipo de cuidador, se llevó a cabo un análisis de las diferencias intergrupos mediante la prueba U de Mann-Whitney y un análisis de diferencias intragrupos mediante la prueba de suma de rangos de Wilcoxon (tabla 12). En este caso se ha utilizado medidas de análisis no paramétricas ya que la calidad de vida medida con el EuroQol no muestra una distribución normal (encontrando valores significativos en el test de Kolmogorov-Smirnov) ni homogeneidad de la varianza (obteniendo valores significativos en el test de Levene). Por ello hemos decidido realizar pruebas no paramétricas para esta variable.

Para ambas comparaciones hemos usado la probabilidad estadística de Monte Carlo al 95%.

ESTUDIO 1: PERSONAS MAYORES

Tabla 12. Medias y puntuaciones U y z obtenidas por las personas mayores del grupo familiar y el grupo profesional en el Barthel, en la evaluación inicial, pos-tratamiento y seguimiento. Diferencias intergrupos e intragrupos.

		Pre	Pos	Prueba intergrupos U de Mann-Whitney		Prueba intragrupos Wilcoxon		
				M (DT)	M (DT)	Pre	Pos	z p r
						U p r	U p r	
EuroQol total	Fam (n=40)	2.12 (0.33)	1.83 (0.55)	1125.000 .570	897.000* .016	-4.036* .000		
	Pro (n=60)	2.22 (0.68)	2.15 (0.73)	-.006	-.236	-.404		

Nota: * $p < .05$; Pre = evaluación inicial; Pos = evaluación pos-tratamiento; Fam = Grupo de cuidador familiar; Pro = Grupo de cuidador profesional; M = Media; DT = desviación típica; U = Prueba de Mann-Whitney; z = Prueba de Wilcoxon; p = diferencia estadística; r = tamaño de efecto.

Estos datos muestran que hay diferencias intergrupos en la evaluación pos-tratamiento ($U = 897.000$; $p = .020$; $r = -.236$) mostrando que el grupo de cuidadores familiares tienen una puntuación menor que la del grupo de cuidadores profesionales. También encontramos diferencias significativas intragrupos ($z = -4.036$; $p < .001$; $r = -.404$) que muestran que tanto el grupo de cuidadores familiares ($p < .001$) como el grupo de cuidadores profesionales ($p = .035$) disminuyen su puntuación de la evaluación inicial a la evaluación pos-tratamiento.

3.6.4 Mantenimiento de los efectos.

Una vez observados los efectos que produce el programa de formación de cuidadores en las personas mayores en su función cognitiva, su habilidad funcional y su calidad de vida y cómo puede influir el tipo de cuidador en estas capacidades, nos interesaba saber si estos resultados se mantenían 6 meses después de la evaluación pos-tratamiento.

ESTUDIO 1: PERSONAS MAYORES

Para evaluar los efectos a medio plazo tuvimos que seleccionar otra muestra ya que por motivos de la situación actual que estamos viviendo con respecto al virus COVID-19 hubo 20 evaluaciones de seguimiento (de personas mayores cuidadas por familiares) que no se pudieron realizar. Por ello, la muestra total para los seguimientos fue de 140 personas mayores. 60 personas mayores del grupo control (y que por tanto recibieron cuidados de cuidadores que no habían sido formados en el programa de formación de cuidadores) y 80 personas mayores del grupo tratamiento (personas mayores que recibieron cuidados de cuidadores que habían sido formados en el programa de formación de cuidadores). La muestra del grupo control no cambió ya que conservamos a las 60 personas mayores que comenzaron la investigación, sin embargo, los 20 participantes que no se pudieron evaluar en la fase de seguimiento fueron del grupo tratamiento.

En la tabla 13 podemos observar las características de las personas mayores del grupo tratamiento que comenzaron la investigación (n=100) y las que pudieron ser evaluadas en la evaluación de seguimiento (n=80) en comparación con el grupo control (n=60) y entre ellas mismas.

Como podemos observar (tabla 13) la muestra del grupo tratamiento y la del grupo control en el seguimiento no varían mostrando que no hay diferencias significativas entre ambos grupos en ninguna de las variables. Del mismo modo, encontramos diferencias significativas en el lugar de reclutamiento entre el grupo control y el grupo tratamiento en el seguimiento, igual que mostraban los datos entre el grupo control y el grupo tratamiento (tabla 3). Por lo que podemos concluir que podemos usar la muestra del grupo tratamiento en el seguimiento de manera equiparable al haber usado la muestra completa del grupo tratamiento de haber podido evaluar a las 20 personas mayores que no se pudieron por el COVID-19.

ESTUDIO 1: PERSONAS MAYORES

Tabla 13. Características sociodemográficas de las personas mayores. Medias y puntuaciones F y porcentajes y puntuaciones χ^2 obtenidas por el grupo control, grupo tratamiento y grupo tratamiento de seguimiento. Diferencias intergrupos.

		Grupo Control (n=60)	Grupo Tratamiento Seguimiento (n=80)	Grupo Tratamiento (n=100)	Control vs Tratamiento Seguimiento Prueba Estadística <i>p</i>	Tratamiento vs Tratamiento Seguimiento Prueba Estadística <i>p</i>
Edad		83.37 (DT=7.56)	82.91 (7.59)	82.50 (DT=7.33)	$F = 0.123$.726	$F = 7.562$.712
Sexo	Masculino	20%	25%	27%	$\chi^2 = 0.486$.486	$\chi^2 = 0.091$.761
	Femenino	80%	75%	73%		
Estado Civil	Casado	18.3%	18%	27%	$\chi^2 = 2.126$ 0.547	$\chi^2 = 1.737$.629
	Soltero	11.7%	5%	5%		
	Divorciado	3.3%	3.8%	3%		
	Viudo	66.7%	72.5%	65%		
Educación	Sin estudios	21.7%	27.5%	23%	$\chi^2 = 0.823$.844	$\chi^2 = 1.124$.771
	Primarios	56.7%	55%	57%		
	Secundarios	11.7%	10%	14%		
	Superiores	10%	7.5%	6%		
Lugar de reclutamiento	Residencia	83.3%	35%	28%	$\chi^2 = 35.598^*$.000	$\chi^2 = 4.500$.105
	Centro de Día	16.7%	40%	32%		
	Domicilio	-	25%	40%		

Nota: * $p < .05$; M = Media; DT = Desviación Típica; F = Prueba estadística F; χ^2 = Prueba estadística chi cuadrado; p = probabilidad estadística.

Para conocer la evolución de la capacidad cognitiva en los 6 meses posteriores a la evaluación pos-tratamiento, se llevó a cabo un análisis de las diferencias intergrupos e intragrupos en las tres evaluaciones mediante un análisis de Modelo Lineal General de medidas repetidas (grupo*momento). En este caso se han utilizado medidas de análisis paramétricas ya que, aunque la variable capacidad cognitiva medida con el MEC y el CAPE no muestre una distribución normal (encontrando valores significativos en el test de Kolmogorov-Smirnov) sí muestra homogeneidad de la varianza (obteniendo valores no significativos en el test de Levene). Además, son variables dependientes de intervalo que mantienen una varianza homogénea en las medidas y es una muestra superior a 30

ESTUDIO 1: PERSONAS MAYORES

sujetos. Por ello hemos decidido realizar pruebas paramétricas aunque no sigan la distribución normal.

En ambas pruebas no se cumple la condición de esfericidad (W de Mauchly), ya que la probabilidad asociada es de $p < .001$ para el MEC y el CAPE por lo que hemos corregido los datos con el estadístico de Greenhouse-Geisser.

Tabla 14. Medias y puntuaciones F obtenidas por las personas mayores del grupo control y del grupo tratamiento en el MEC y CAPE, en la evaluación inicial, pos-tratamiento y de seguimiento. Diferencias Intergrupos e Intragrupos.

		Pre	Pos	Seg	Pre-Seg			Pos-Seg		
		<i>M</i> (<i>DT</i>)	<i>M</i> (<i>DT</i>)	<i>M</i> (<i>DT</i>)	Difer Interg <i>F</i> <i>p</i> <i>eta</i> <i>P.O</i>	Difer Intrag <i>F</i> <i>p</i> <i>eta</i> <i>P.O</i>	Interac ción Grupo* mnt <i>F</i> <i>p</i> <i>eta</i> <i>P.O</i>	Difer Interg <i>F</i> <i>p</i> <i>eta</i> <i>P.O</i>	Difer Intrag <i>F</i> <i>p</i> <i>eta</i> <i>P.O</i>	Interac ción Grupo* mnt <i>F</i> <i>p</i> <i>eta</i> <i>P.O</i>
MEC	Tto (n=80)	26.71 (4.97)	27.50 (5.42)	27.21 (5.62)	0.689 .408	0.178 .674	4.664* .033	0.057 .811	2.274 .134	0.227 .634
	Cont (n=60)	28.00 (4,89)	27.83 (4.55)	27.27 (4.43)	.005 .131	.001 .070	.033 .573	.000 .057	.016 .322	.002 .076
CAPE	Tto (n=80)	26.99 (5.76)	27.46 (5.85)	26.52 (6.36)	0.064 .801	14.112* .000	6.495* .012	1.377 .243	6.653* .011	0.115 .735
	Cont (n=60)	27.73 (5.35)	26.53 (5.33)	25.31 (5.78)	.000 .057	.093 .962	.045 .716	.010 .214	.046 .726	.001 .063

Nota: * $p < .05$; Pre = Evaluación inicial; Pos = Evaluación pos-tratamiento; Seg: Evaluación de Seguimiento; Tto = Grupo Tratamiento; Cont = Grupo Control; *M* = Media; *DT* = desviación típica; Difer Interg = Diferencias intergrupos; Difer Intrag = Diferencias intragrupos; Interacción Grupo*mnt = Diferencias en la interacción del grupo por el momento de evaluación; *F* = Test F; *eta* = tamaño de efecto; *p* = Significación estadística. *P.O* = Potencia observada.

En cuanto a la evolución de la capacidad cognitiva en los 6 meses posteriores a las evaluación pos-tratamiento observamos que no existen diferencias significativas intergrupos ni en la evaluación inicial, ni en la evaluación pos-tratamiento ni en la evaluación de seguimiento en ninguna de las dos pruebas directas (MEC y CAPE) (tabla 14).

ESTUDIO 1: PERSONAS MAYORES

En el MEC no hubo diferencias significativas intergrupos e intragrupos entre las distintas evaluaciones ($F(1.000, 138.000) = 0.178; p = .674; \eta^2 = .001; P.O = .070$ y $F(138) = 2.262; p = .135; \eta^2 = .016; P.O = .321$ respectivamente), No obstante, sí se produjeron diferencias significativas en la interacción (grupo*momento) ($F(1.000, 138.000) = 4.664; p = .033; \eta^2 = .033; P.O = .573$) entre la evaluación inicial y la evaluación de seguimiento del MEC. Estos datos muestran que las puntuaciones del grupo control disminuyen en la evaluación de seguimiento mientras que las puntuaciones del grupo tratamiento se mantienen estables.

En cuanto a las diferencias intragrupos estas son significativas para el CAPE ($F(1.000, 138.000) = 14.112; p < .001; \eta^2 = .093; P.O = .962$), lo que nos indica cambios significativos de la evaluación inicial a la evaluación de seguimiento que, como muestran la interacción (grupo*momento), están asociados al grupo de pertenencia (tratamiento vs. control) ($F(1.000, 138.000) = 6.495; p = .012; \eta^2 = .045; P.O = .716$). Estos datos muestran que las puntuaciones del grupo control disminuyen progresivamente de la evaluación inicial a la evaluación de seguimiento ($p < .001$).

Para comprobar la evolución de la capacidad funcional en los 6 meses posteriores a la evaluación pos-tratamiento, se llevó a cabo un análisis de las diferencias intergrupos con la prueba U de Mann-Whitney y un análisis de las diferencias intragrupos mediante la prueba de suma de rangos de Wilcoxon. En este caso se ha utilizado medidas de análisis no paramétricas ya que la habilidad funcional medida con el Barthel no muestra una distribución normal (encontrando valores significativos en el test de Kolmogorov-Smirnov) ni homogeneidad de la varianza (en la evaluación pos-tratamiento y en la evaluación de seguimiento, se obtienen valores significativos en el test de Levene). Por ello hemos decidido realizar pruebas no paramétricas para esta variable.

ESTUDIO 1: PERSONAS MAYORES

Para ambas comparaciones hemos usado la probabilidad estadística de Monte

Carlo al 95%.

Tabla 15. Medias y puntuaciones U y z obtenidas por las personas mayores del grupo control y el grupo tratamiento en el Barthel, en la evaluaciones inicial, pos-tratamiento y seguimiento. Diferencias Intergrupos e Intragrupos.

		Pre	Pos	Seg	Diferencias Intergrupos Prueba U de Mann-Whitney			Diferencias Intragrupos Prueba de Wilcoxon	
					Pre	Pos	Seg	Pre-Seg	Pos-Seg
					<i>U</i>	<i>U</i>	<i>U</i>	<i>z</i>	<i>z</i>
		<i>M</i>	<i>M</i>	<i>M</i>	<i>p</i>	<i>p</i>	<i>p</i>	<i>p</i>	<i>p</i>
		(<i>DT</i>)	(<i>DT</i>)	(<i>DT</i>)	<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>
Barthel	Tto	63.85	64.60	64.77	2.663,50	2.979,00	1.903,50*	-2.995*	-2.327*
	(n=80)	(22.05)	(23.00)	(22.47)	.236	.946	.036	.002	.021
Total	Cont	66.00	62.08	53.81	-.094	-.006	-.177	-.253	.197
	(n=60)	(27.43)	(29.26)	(29.22)					

Nota: * $p < .05$; Pre = Evaluación inicial; Pos = Evaluación pos-tratamiento; Seg: Evaluación de Seguimiento; Tto = Grupo Tratamiento; Cont = Grupo Control; *M* = Media; *DT* = desviación típica; *U* = Prueba U de Mann-Whitney; *z* = Prueba de Wilcoxon; *p* = Significación estadística; *r* = tamaño de efecto.

En el caso de las diferencias intergrupos, encontramos que son significativas en la evaluación de seguimiento ($U = 1.903,50$; $p = .036$; $r = -.177$) mostrando que el grupo tratamiento tiene una puntuación significativamente superior que el grupo control en el momento de la evaluación de seguimiento (tabla 15).

También encontramos diferencias significativas intragrupos de la evaluación inicial a la evaluación de seguimiento ($z = -2.995$; $p = .002$; $r = -.253$) y de la evaluación pos-tratamiento a la evaluación de seguimiento ($z = -2.327$; $p = .021$; $r = -.197$). En ambos momentos encontramos que el grupo control disminuye significativamente su puntuación ($p < .001$ de la evaluación inicial a la de evaluación de seguimiento y $p = .001$ de la evaluación pos-tratamiento a la evaluación de seguimiento).

ESTUDIO 1: PERSONAS MAYORES

En cuanto a la calidad de vida, observamos diferencias intergrupos entre la evaluación inicial y la de seguimiento y entre la evaluación pos-tratamiento y la evaluación de seguimiento ($F(1, 138) = 4.829; p = .030; \eta^2 = .034; P.O = .587$ y $F(1, 138) 16.926, p < .001; \eta^2 = .109 P.O = .983$, respectivamente). Estos datos muestran que las puntuaciones del grupo tratamiento son significativamente menores que las del grupo control en la evaluación pos-tratamiento ($p = .001$) y en la evaluación de seguimiento ($p = .002$). Recordando que las puntuaciones del EuroQol son inversamente proporcionales a la mejora encontramos que, en ambos momentos, el grupo tratamiento muestra una mejor calidad de vida con respecto al grupo control (tabla 16).

Tabla 16. Medias y puntuaciones F obtenidas por las personas mayores del grupo control y del grupo tratamiento en el EuroQol, en la evaluación inicial, pos-tratamiento y de seguimiento. Diferencias Intergrupos e Intragrupos.

		Pre	Pos	Seg	Pre-Seg			Pos-Seg		
		<i>M</i>	<i>M</i>	<i>M</i>	Difer Interg	Difer Intrag	Interacción Grupo*mnt	Difer Interg	Difer Intrag	Interacción Grupo*mnt
		(<i>DT</i>)	(<i>DT</i>)	(<i>DT</i>)	<i>F</i>	<i>F</i>	<i>F</i>	<i>F</i>	<i>F</i>	<i>F</i>
					<i>p</i>	<i>p</i>	<i>p</i>	<i>p</i>	<i>p</i>	<i>p</i>
					<i>eta</i>	<i>eta</i>	<i>eta</i>	<i>eta</i>	<i>eta</i>	<i>eta</i>
					<i>P.O</i>	<i>P.O</i>	<i>P.O</i>	<i>P.O</i>	<i>P.O</i>	<i>P.O</i>
EuroQol	Tto (n=80)	2.38 (0.60)	2.05 (0.71)	2.15 (0.63)	4.829*	1.771	5.966*	16.926*	1.343	0.156
	Cont (n=60)	2.42 (0.62)	2.43 (0.59)	2.48 (0.57)	.034	.013	.041	.109	.010	.001
Total					.587	.262	.679	.983	.210	.068

Nota: * $p < .05$; Pre = Evaluación inicial; Pos = Evaluación pos-tratamiento; Seg: Evaluación de Seguimiento; Tto = Grupo Tratamiento; Cont = Grupo Control; *M* = Media; *DT* = desviación típica; Difer Interg = Diferencias intergrupos; Difer Intrag = Diferencias intragrupos; Interacción Grupo*mnt = Diferencias en la interacción del grupo por el momento de evaluación; *F* = Test F; *eta* = tamaño de efecto; *p* = Significación estadística. *P.O* = Potencia observada.

Con respecto a las diferencias intragrupos, no encontramos diferencias intragrupo significativas en el EuroQol, sin embargo, sí se produjeron diferencias significativas en la interacción (grupo*momento) ($F(1.000, 138.000) = 5.966; p = .016; \eta^2 = .041; P.O =$

ESTUDIO 1: PERSONAS MAYORES

.679) entre la evaluación inicial y la evaluación de seguimiento asociados al grupo de pertenencia encontrando que las puntuaciones del grupo tratamiento disminuyen significativamente ($p = .005$) mientras que las variaciones de las puntuaciones del grupo control entre la evaluación inicial y la evaluación de seguimiento no son significativas ($p = .463$).

3.6.5 Efectos sobre la capacidad cognitiva y la calidad de vida según el grado inicial de dependencia.

Otro de los objetivos del estudio era comprobar si el impacto del programa era significativamente mayor en las personas mayores en situación de dependencia funcional grave o moderada (menos de 60 puntos en el Barthel) en comparación con las personas mayores con niveles de dependencia leve, o independientes (puntuación de 60 o más en el Barthel) (Cid-Ruzafa y Damián-Moreno, 1997). Para ello seleccionamos un punto de corte en la medida de dependencia para formar dos grupos de rendimiento funcional. De este modo, las personas mayores con una puntuación de 60 o más en el índice de Barthel fueron consideradas como funcionalmente independientes y las personas mayores con menos de 60 puntos en el Barthel se consideraron como personas funcionalmente dependientes.

Para analizar cómo afecta el programa de formación de cuidadores a la capacidad cognitiva y calidad de vida de las personas mayores en relación con su nivel de independencia de partida, se llevó a cabo un análisis de las diferencias intergrupos e intragrupos mediante un análisis de Modelo Lineal General de medidas repetidas (grupo*momento). En este caso se han utilizado medidas de análisis paramétricas ya que, aunque la variable capacidad cognitiva medida con el MEC y el CAPE y la variable calidad de vida medida con el EuroQol no muestren una distribución normal (encontrando valores significativos en el test de Kolmogorov-Smirnov) sí muestran homogeneidad de

ESTUDIO 1: PERSONAS MAYORES

la varianza (obteniendo valores no significativos en el test de Levene). Además, son variables dependientes de intervalo que mantienen una varianza homogénea en las medidas y es una muestra superior a 30 sujetos. Por ello hemos decidido realizar pruebas paramétricas.

No se cumple la condición de esfericidad (W de Mauchly), ya que la probabilidad asociada es de $p < .001$ para las tres pruebas por lo que hemos corregido los datos con el estadístico de Greenhouse-Geisser.

Con respecto a las pruebas que evalúan el funcionamiento cognitivo de manera directa (Tabla 17) no se encontraron diferencias significativas intergrupos, intragrupos ni en la interacción (grupo*momento) en el MEC. Aunque si analizamos las comparación por pares realizadas a posteriori encontramos que las puntuación del grupo control-independiente disminuyen significativamente de la evaluación inicial a la evaluación pos-tratamiento ($p = .016$) y las puntuaciones del grupo tratamiento-independiente aumentan significativamente de la evaluación inicial a la evaluación pos-tratamiento ($p = .005$).

En cuanto al CAPE, encontramos diferencias significativas intergrupos ($F(3, 156) = 2.896; p = .037; \eta^2 = .053; P.O = .682$). Al observar las comparaciones por pares realizadas a posteriori vemos que estas diferencias se producen en la evaluación inicial entre el grupo tratamiento-dependiente y el control-dependiente ($p = .036$) y en la evaluación pos-tratamiento entre el grupo tratamiento-independiente y control-dependiente ($p = .020$) mostrando el grupo control-dependiente una menor puntuación en ambos casos.

Aunque no se encuentran diferencias significativas intragrupos en el CAPE ($F(1.000, 156.000) = 0.176; p = .675; \eta^2 = .001; P.O = .070$), sí se observan diferencias significativas en la interacción (grupo*momento) ($F(3.000, 156.000) = 3.975; p = .009$;

ESTUDIO 1: PERSONAS MAYORES

$eta = .071$; $P.O = .827$). Las comparaciones por pares realizadas a posteriori muestran un aumento significativo de las puntuaciones de la evaluación inicial a la evaluación pos-tratamiento en el grupo tratamiento-independiente ($p = .032$) y en el grupo tratamiento-dependiente ($p = .017$).

Tabla 17. Medias y puntuaciones F obtenidas por las personas mayores del grupo tratamiento y el grupo control en el MEC y el CAPE, en la evaluación inicial y pos-tratamiento dependiendo si son funcionalmente independientes o dependientes. Diferencias intergrupos e intragrupos.

		Pre	Pos	Diferencias Intergrupos	Diferencias Intragrupos	Interacción Grupo*momento	
		<i>M</i>	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>F</i>	<i>F</i>	
		(<i>DT</i>)	(<i>DT</i>)	<i>p</i>	<i>p</i>	<i>p</i>	
				<i>eta</i>	<i>eta</i>	<i>eta</i>	
				<i>P.O</i>	<i>P.O</i>	<i>P.O</i>	
MEC	Tto	Ind (n=57)	26.86 (5.59)	28.14 (5.63)			
		Dep (n=43)	26.09 (6.08)	27.35 (5.80)	2.667 .050	3.916 .050	2.283 .081
	Cont	Ind (n=38)	29.29 (4.72)	29.08 (3.78)	.049 .642	.024 .503	.042 .567
		Dep (n=22)	25.77 (4.44)	25.68 (5.03)			
	Total	Ind (n=57)	27.44 (5.81)	28.54 (5.39)			
		Dep (n=43)	26.53 (6.36)	27.07 (6.46)	2.896* .037	0.176 .675	3.975* .009
Total	Ind (n=38)	29.29 (4.02)	27.79 (5.08)	.053 .682	.001 .070	.071 .827	
	Dep (n=22)	25.05 (6.34)	24.36 (5.15)				

Nota: * $p < .05$; Pre = evaluación inicial; Pos = evaluación pos-tratamiento; Ind = Grupo de persona mayor funcionalmente independiente; Dep = Grupo de persona mayor funcionalmente dependiente; Tto = Grupo tratamiento; Cont = Grupo control; *M* = Media; *DT* = desviación típica; *F* = Prueba F; *eta* = tamaño de efecto; *p* = diferencia estadística; *P.O* = Potencia observada.

Finalmente quisimos conocer cómo variaba la calidad de vida de las personas mayores en función de su dependencia en el día a día (tabla 18). De este modo comprobamos que había diferencias significativas intergrupos ($F(3, 156) = 2.926$; $p = .036$; $eta = .053$; $P.O = .687$).

ESTUDIO 1: PERSONAS MAYORES

Concretamente, encontramos diferencias intergrupos en la evaluación pos-tratamiento entre el grupo tratamiento-independiente y tratamiento-dependiente ($p = .027$) y entre el grupo tratamiento-independiente y control-dependiente ($p = .016$) encontrando una puntuación significativamente menor en el grupo tratamiento-independiente en ambos casos. Recordemos que las puntuaciones del EuroQol son inversamente proporcionales por lo que una menor puntuación está indicando una mejor calidad de vida.

Tabla 18. Medias y puntuaciones F obtenidas por las personas mayores del grupo tratamiento y el grupo control en el EuroQol, en la evaluación inicial y pos-tratamiento dependiendo si las personas mayores son funcionalmente independientes o dependientes. Diferencias intergrupos e intragrupos.

		Pre	Pos	Diferencias Intergrupos	Diferencias Intragrupos	Interacción Grupo*momento
		<i>M</i>	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>F</i>	<i>F</i>
		(<i>DT</i>)	(<i>DT</i>)	<i>p</i>	<i>p</i>	<i>p</i>
				<i>eta</i>	<i>eta</i>	<i>eta</i>
				<i>P.O</i>	<i>P.O</i>	<i>P.O</i>
EuroQol	Tto	Ind	2.35	2.00		
		(n=57)	(0.58)	(0.63)		
	Dep	2.47	2.05	2.926*	8.918*	3.540*
	(n=43)	(0.63)	(0.75)	.036	.003	.016
Total	Ind	2.34	2.39	.053	.054	.064
		(n=38)	(0.63)	(0.60)	.687	.843
	Dep	2.55	2.50			
	(n=22)	(0.60)	(0.60)			

Note: * $p < .05$; Pre = evaluación inicial; Pos = evaluación pos-tratamiento; Ind = Grupo de persona mayor funcionalmente independiente; Dep = Grupo de persona mayor funcionalmente dependiente; Tto = Grupo tratamiento; Cont = Grupo control; *M* = Media; *DT* = desviación típica; *F* = Prueba F; *eta* = tamaño de efecto; *p* = diferencia estadística; *P.O* = Potencia observada.

En cuanto a las diferencias intragrupos, observamos diferencias significativas ($F(1.000, 156.000) = 8.918; p = .003; eta = .054; P.O = .843$) y en la interacción (grupo*momento) ($F(3.000, 156.000) = 3.540; p = .016; eta = .064; P.O = .777$) en la prueba EuroQol.

En las comparaciones por pares de la interacción (grupo*momento) realizadas a posteriori encontramos una disminución significativa de la puntuación en el grupo

ESTUDIO 1: PERSONAS MAYORES

tratamiento-independiente de la evaluación inicial a la evaluación pos-tratamiento ($p = .001$) y un aumento significativo de la puntuación en el grupo control-independiente de la evaluación inicial a la evaluación pos-tratamiento ($p < .001$).

3.6.6 Impacto en la capacidad cognitiva relacionado con el sexo.

Como último análisis, nos interesaba conocer si el sexo era una variable que influía en el funcionamiento cognitivo, funcional y en la calidad de vida de las personas mayores por lo que realizamos análisis estadísticos para comprobar que no hubiese resultados diferenciados según el sexo de las personas mayores.

Para analizar cómo afecta el programa de formación de cuidadores a la capacidad cognitiva, habilidad funcional y calidad de vida de las personas mayores en relación con el sexo (tablas 19, 20 y 21), se llevó a cabo un análisis de las diferencias intergrupos e intragrupos mediante un análisis de Modelo Lineal General de medidas repetidas (grupo*momento) para la capacidad cognitiva y la calidad de vida y un la prueba Kruskal-Wallis y el análisis de Friedman para muestras relacionadas para la habilidad funcional. En el caso de las variables capacidad cognitiva y calidad de vida se han utilizado medidas de análisis paramétricas ya que, aunque dichas variables no muestren una distribución normal (encontrando valores significativos en el test de Kolmogorov-Smirnov) si muestran homogeneidad de la varianza (obteniendo valores no significativos en el test de Levene). Además, son variables dependientes de intervalo que mantienen una varianza homogénea en las medidas y es una muestra superior a 30 sujetos. Por ello hemos decidido realizar pruebas paramétricas.

No se cumple la condición de esfericidad (W de Mauchly), ya que la probabilidad asociada es de $p < .001$ para las tres pruebas por lo hemos corregido los datos con el estadístico de Greenhouse-Geisser para estas pruebas.

ESTUDIO 1: PERSONAS MAYORES

En cuanto a la habilidad funcional, se llevó a cabo un análisis de las diferencias intergrupos con la prueba de Kruskal-Wallis y de diferencias intragrupos con la ANOVA de Friedman. En este caso se ha utilizado medidas de análisis no paramétricas ya que la habilidad funcional medida con el Barthel no muestra una distribución normal (encontrando valores significativos en el test de Kolmogorov-Smirnov) ni homogeneidad de la varianza (obteniendo valores significativos en el test de Levene). Por ello hemos decidido realizar pruebas no paramétricas para esta variable. Para ambas comparaciones hemos usado la probabilidad estadística de Monte Carlo al 95%.

En relación con la capacidad cognitiva encontramos que no hay diferencias significativas intergrupos en el MEC ni en CAPE ($F(3, 156) = 1.399; p = .245; \eta^2 = .026; P.O = .366$ y $F(3, 156) = 0.485; p = .694; \eta^2 = .009; P.O = .147$, respectivamente) (tabla 19). Tampoco observamos diferencias significativas intragrupos en ninguna de las pruebas. Sin embargo, sí encontramos diferencias en la interacción (grupo*momento) en el CAPE ($F(3.000, 156.000) = 4.648; p = .004; \eta^2 = .082; P.O = .886$).

En cuanto a las comparaciones por pares realizadas a posterior señalan diferencias significativas en el MEC entre la evaluación inicial y la evaluación pos-tratamiento del grupo control-hombre ($p = .001$) observando una disminución de las puntuaciones y diferencias significativas en el CAPE entre la evaluación inicial y la evaluación pos-tratamiento del grupo control-mujer ($p = .004$) observando una disminución de las puntuaciones.

ESTUDIO 1: PERSONAS MAYORES

Tabla 19. Medias y puntuaciones F obtenidas por las personas mayores del grupo tratamiento y el grupo control en el MEC y el CAPE, en la evaluación inicial y pos-tratamiento dependiendo del sexo. Diferencias intergrupos e intragrupos.

		Pre	Pos	Diferencias Intergrupos	Diferencias Intragrupos	Interacción Grupo*momento		
		<i>M</i>	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>F</i>	<i>F</i>		
		(<i>DT</i>)	(<i>DT</i>)	<i>p</i>	<i>p</i>	<i>p</i>		
				<i>eta</i>	<i>eta</i>	<i>eta</i>		
				<i>P.O</i>	<i>P.O</i>	<i>P.O</i>		
MEC	Tto	Hombre (n=27)	26.63 (5.59)	27.70 (5.83)				
		Mujer (n=73)	26.49 (5.90)	27.84 (5.68)	1.399 .245	1.219 .271	2.642 .051	
	Cont	Hombre (n=12)	30.83 (3.90)	29.83 (3.43)	.026 .366	.008 .195	.048 .637	
		Mujer (n=48)	27.29 (4.88)	27.33 (4.68)				
	CAPE	Tto	Hombre (n=27)	28.00 3.66	28.67 4.95			
			Mujer (n=73)	26.70 6.70	27.63 6.20	0.485 .694	0.099 .754	4.648* .004
Cont		Hombre (n=12)	27.75 5.53	28.25 5.51	.009 .147	.001 .061	.082 .886	
		Mujer (n=48)	27.73 5.37	26.10 5.25				

Note: * $p < .05$; Pre = evaluación inicial; Pos = evaluación pos-tratamiento; Tto = Grupo tratamiento; Cont = Grupo control; *M* = media; *DT* = desviación típica; *F* = Prueba F; *eta* = tamaño de efecto; *p* = diferencia estadística; *P.O* = Potencia observada.

En relación con la habilidad funcional encontramos que no hay diferencias significativas intergrupos ni intragrupos en el Barthel (tabla 20).

Sin embargo, si analizamos las comparaciones por parejas realizadas a posteriori en el test Friedman encontramos una disminución significativa de la puntuación del Barthel de la evaluación inicial a la evaluación pos-tratamiento ($p = .002$) en el grupo control-mujer.

ESTUDIO 1: PERSONAS MAYORES

Tabla 20. Medias y puntuaciones H y χ^2 obtenidas por las personas mayores del grupo control y el grupo tratamiento en el Barthel, en la evaluación inicial y pos-tratamiento dependiendo del sexo. Diferencias intergrupos e intragrupos.

			Pre	Pos	Prueba Kruskal-Wallis		Prueba Friedman
			M (DT)	M (DT)	Pre H p	Pos	χ^2 p
Barthel total	Tto	Hombre (n=27)	65.74 (24.13)	65.93 (23.70)	1.956	1.079	0.671
		Mujer (n=73)	63.15 (21.37)	64.11 (22.89)			
	Cont	Hombre (n=12)	67.92 (28.96)	67.08 (32.30)	.585	.785	.478
		Mujer (n=48)	65.52 (27.33)	60.83 (28.68)			

Note: * $p < .05$; Pre = evaluación inicial; Pos = evaluación pos-tratamiento; Tto = Grupo tratamiento; Cont = Grupo control; M = Media; DT = desviación típica; H = prueba de Kruskal-Wallis; χ^2 = estadístico chi-cuadrado para la prueba de Friedman; p = diferencia estadística.

Con relación a la calidad de vida encontramos diferencias significativas intergrupos ($F(3, 156) = 2.865$; $p = .039$; $\eta^2 = .052$; $P.O = .677$) (tabla 21) en la evaluación pos-tratamiento mostrando una menor puntuación del grupo control-hombre en comparación al grupo control-mujer ($p = .011$) y una menor puntuación del grupo tratamiento-hombre en comparación al grupo control-mujer ($p = .008$).

También encontramos diferencias intragrupos ($F(1.000, 156.000) = 8.236$; $p = .005$; $\eta^2 = .050$; $P.O = .814$) entre la evaluación inicial y la evaluación pos-tratamiento que depende del grupo tal y como muestra la significación de la interacción (grupo*momento) ($F(3.000, 156.000) = 3.701$; $p = .013$; $\eta^2 = .066$; $P.O = .797$). De este modo, en las comparaciones por pares realizadas a posteriori se observa una disminución significativa de las puntuaciones de la evaluación inicial y la evaluación pos-tratamiento del grupo tratamiento-hombre ($p = .012$).

ESTUDIO 1: PERSONAS MAYORES

Tabla 21. Medias y puntuaciones F obtenidas por las personas mayores del grupo tratamiento y el grupo control en el EuroQol, en la evaluación inicial y pos-tratamiento dependiendo del sexo. Diferencias intergrupos e intragrupos.

		Pre	Pos	Diferencias Intergrupos	Diferencias Intragrupos	Interacción Grupo*momento	
		<i>M</i>	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>F</i>	<i>F</i>	
		<i>(DT)</i>	<i>(DT)</i>	<i>p</i>	<i>p</i>	<i>p</i>	
				<i>eta</i>	<i>eta</i>	<i>eta</i>	
				<i>P.O</i>	<i>P.O</i>	<i>P.O</i>	
EuroQol	Tto	Hombre	2.30	1.93			
		(n=27)	0.61	0.62			
	Mujer	2.44	2.05	2.865*	8.236*	3.701*	
		(n=73)	0.60	0.70	.039	.005	.013
	Total	Hombre	2.58	2.42	.052	.050	.066
		(n=12)	0.51	0.67	.677	.814	.797
	Cont	Mujer	2.38	2.44			
		(n=48)	0.64	0.58			

Nota: * $p < .05$; Pre = evaluación inicial; Pos = evaluación pos-tratamiento; Tto = Grupo tratamiento; Cont = Grupo control; *M* = Media; *DT* = desviación típica; *F* = Prueba F; *eta* = tamaño de efecto; *p* = diferencia estadística; *P.O* = Potencia observada.

3.7 DISCUSIÓN.

El objetivo general del estudio 1 ha sido valorar los efectos de un programa de formación de cuidadores en la capacidad cognitiva, funcional y calidad de vida de personas mayores que reciben cuidados de cuidadores formados en el programa CUIDA-2 (Calero et al., 2017).

En cuanto a la capacidad cognitiva, basándonos en la información que proporcionan el MEC y el CAPE, podemos decir que se ha producido una mejora significativa en el funcionamiento cognitivo de las personas mayores atendidas por los cuidadores formados en el programa.

Concretamente, en el MEC observamos cómo el grupo tratamiento ha mejorado significativamente su capacidad cognitiva general desde la evaluación inicial a la evaluación pos-tratamiento, por lo que podemos afirmar que se ha producido un aumento

ESTUDIO 1: PERSONAS MAYORES

de su capacidad cognitiva después de la intervención realizada por los cuidadores formados en el programa. Por el contrario, podemos observar cómo en el grupo control se produce un declive cognitivo en el MEC y más concretamente en el CAPE donde su puntuación disminuye significativamente de la evaluación inicial a la pos-tratamiento. Esto nos indica que el paso del tiempo está produciendo una disminución en la capacidad cognitiva de las personas mayores del grupo control, mientras que las personas del grupo tratamiento se mantiene y/o mejora su capacidad cognitiva gracias a la implementación de un programa de formación de cuidadores.

Estos resultados demuestran que la actuación de un cuidador que ha recibido una formación específica para entrenar cognitivamente a la persona mayor cuidada puede significar una mejora cognitiva de la persona cuidada. Por tanto, las personas mayores no sólo se benefician de programas de intervención cognitiva, sino también cuando reciben estimulación cognitiva por parte de sus cuidadores durante las actividades de la vida diaria, pudiendo significar un primer paso hacia la generalización de los beneficios a la vida cotidiana.

En definitiva, el programa de formación de cuidadores ayuda al mantenimiento cognitivo de las personas mayores disminuyendo la dependencia y promoviendo, en la medida de lo posible, una mayor autonomía y un envejecimiento más activo (Rebok et al., 2014).

Para comprobar si las personas mayores cuidadas por cuidadores que habían recibido el programa de formación mejoraban o mantenían su habilidad funcional por encima de las personas mayores cuyos cuidadores no participaron en el programa, nos hemos basado en la información que proporciona el índice de Barthel. Esto ha sido así porque consideramos que el índice de Barthel es una prueba que sirve como prueba de

ESTUDIO 1: PERSONAS MAYORES

dominio del programa con que los cuidadores estaban trabajando con las personas mayores. El programa impartido a los cuidadores, y que ellos después tenían que poner en práctica, con las personas mayores a las que cuidaban estaba especialmente diseñado para implementarlo en el día a día haciendo que se trabajara la habilidad funcional constantemente mediante ejercicios cognitivos. Por ello esperábamos que fuese la prueba donde se detectarían las diferencias del entrenamiento al considerarla la prueba más próxima a lo que se estaba entrenando. Sin embargo, los resultados obtenidos en el índice de Barthel, a pesar de que el grupo control disminuye 4 puntos y el grupo tratamiento aumenta 1 punto de la evaluación inicial a la evaluación pos-tratamiento, no son significativos y por tanto no se puede afirmar que el programa haya tenido efectos en la capacidad funcional de los mayores implicados.

Al revisar la literatura y encontrar que un entrenamiento cognitivo puede generalizarse en una mejora de la habilidad funcional (Cândea et al., 2015; Shatil et al., 2014; Greenaway, Duncan, y Smith, 2013) y escogiendo el índice de Barthel como muestra de rendimiento funcional de las personas mayores (Solís, Arrijoja, y Manzano, 2005) esperábamos encontrar variaciones en la puntuación del índice de Barthel a favor de una mejora funcional de grupo tratamiento. Sin embargo, el hecho de que se trate de un informe de los cuidadores sobre las personas mayores y no una prueba de ejecución que evalúe directamente la habilidad, ha podido ocasionar la gran variabilidad de los datos obtenidos que no han permitido usar pruebas paramétricas para su análisis, y ello ha redundado en una falta de significación.

Con relación a la calidad de vida, encontramos que las personas mayores del grupo tratamiento mejoraron significativamente su calidad de vida de la evaluación inicial a la evaluación pos-tratamiento. Estos resultados no los observamos en el grupo control, el cual permanece con prácticamente la misma calidad de vida durante todo el estudio,

ESTUDIO 1: PERSONAS MAYORES

viendo cómo sus puntuaciones son cada vez peores, pero sin llegar a ser significativas. Concretamente podemos decir que el grupo tratamiento mejora su calidad de vida y, lo que es más significativo, obtienen puntuaciones significativamente menores al grupo control en la evaluación pos-tratamiento del EuroQol. Esto nos indica que el grupo tratamiento ha mejorado su calidad de vida durante la implantación del programa de entrenamiento cognitivo llevado a cabo por los cuidadores y que, además, esta calidad de vida es superior a la de las personas mayores del grupo control después de la intervención.

Estos datos nos muestran cómo las personas mayores que recibe una intervención en estimulación cognitiva de sus cuidadores mejoran su calidad de vida siguiendo la misma línea que estudios anteriores en personas mayores con demencia (Birkenhäger-Gillesse et al., 2018; Cheng et al., 2019). El programa de formación de cuidadores es eficaz para aumentar la calidad de vida de las personas mayores padezcan demencia o no. Por tanto, todos los beneficios en calidad de vida apoyados por la literatura científica (Bird et al., 2016; Jutkowitz et al., 2020; Robertson et al., 2017; Spector et al., 2016) pueden ser extrapolados a las personas mayores sin demencia. De este modo garantizamos que el aumento de años de vida no sea solo en valores cuantitativos sino también en valores cualitativos.

Una vez que comprobamos que el grupo tratamiento se ve beneficiado por la implementación del programa de formación de cuidadores y mejora su capacidad cognitiva y su calidad de vida quisimos profundizar más en los resultados. De este modo quisimos saber si dentro del grupo tratamiento había alguna diferencia dependiendo de si los cuidados eran proporcionados por un cuidador familiar o por un cuidador profesional.

Hasta el momento no hay trabajos que analicen diferencias entre cuidados suministrados por uno u otro tipo de cuidador por lo que en esta investigación se quiso

ESTUDIO 1: PERSONAS MAYORES

comprobar si los efectos de este programa en las personas mayores podrían depender del tipo de cuidador que tengan.

En este sentido, comprobamos que todas las personas mayores del grupo tratamiento se benefician de la intervención aumentando de manera significativa su calidad de vida independientemente del tipo de cuidador que le proporcione los cuidados. Esto pone de manifiesto que las personas mayores se benefician de la intervención que se deriva del programa de formación de igual modo, independientemente del tipo de cuidador que implemente el programa, por lo que ambos tipos de cuidadores tienen una eficacia similar (Diniz et al., 2018).

A pesar de los efectos parecidos según el tipo de cuidador, existe una diferenciación de los mismos en la capacidad cognitiva. La diferencia entre los cuidadores profesionales y familiares que encontramos en este estudio aparece cuando se analizan detenidamente los sub-ítems que componen las dos pruebas de evaluación cognitiva aplicadas. En este sentido las personas mayores atendidas por cuidadores familiares muestran un mayor número de sub-ítems cognitivos mejorados. De este modo vemos cómo ambos grupos obtienen beneficios cognitivos, pero en el grupo de cuidadores familiares hay mejoras en orientación temporal, memoria y fijación del MEC e información y orientación y habilidad mental en el CAPE y en el grupo de cuidadores profesionales hay mejoras en información y orientación del CAPE.

Este último dato, nos permite afirmar que ambos grupos presentan una mejora cognitiva aunque el grupo de cuidadores familiares presente una mayor cantidad de áreas beneficiadas que el de cuidadores profesionales. Esto puede ser debido o bien a que estos participantes partían de una situación de ejecución mas baja por menor estimulación previa, o bien a que el tratamiento, en el caso de los cuidadores familiares, es más

ESTUDIO 1: PERSONAS MAYORES

personalizado, duradero, constante, puesto que su dedicación temporal es mayor, y la intervención se realiza con elementos del entorno habitual y cotidiano de la persona mayores, puesto que se hace en su residencia habitual, por lo que las mejoras cognitivas pueden verse facilitadas en estos contextos al ponerlo en práctica (Cove et al., 2014; Yates et al., 2015).

Otro aspecto fundamental de este estudio ha sido comprobar si estos beneficios se mantienen a medio plazo (6 meses posteriores a la evaluación pos-tratamiento). En este caso encontramos que los beneficios cognitivos se mantienen en el grupo tratamiento según el MEC y el CAPE. Además, el CAPE señala una disminución significativa de la capacidad cognitiva en el grupo control de la evaluación pos-tratamiento a la evaluación de seguimiento. La disminución del grupo control la vemos progresiva, desde la evaluación inicial hasta la evaluación de seguimiento observando cómo la capacidad cognitiva se va viendo mermada con el paso del tiempo. En el caso del grupo tratamiento lo que vemos es un mantenimiento de la mejora de su capacidad cognitiva de la evaluación pos-tratamiento en el MEC y en el CAPE. Además, observamos que el grupo tratamiento aumenta su puntuación de manera significativa de la evaluación inicial a la evaluación de seguimiento en el MEC, ratificando esta mejora cognitiva. Estos datos constatan que un programa de formación de cuidadores produce una mejora cognitiva y que esta mejora se mantiene 6 meses después de la finalización de la intervención. De este modo, defendemos la idea de implementar la estimulación cognitiva como un tipo de relación entre cuidadores y personas mayores. Si los cuidadores implementan la estimulación cognitiva como una manera habitual de relacionarse con las personas mayores obtendremos mejoras cognitivas, funcionales y de calidad de vida en las personas mayores cuidadas como observábamos de la evaluación inicial a la evaluación pos-tratamiento cuyos efectos será mantenidos a lo largo del tiempo.

ESTUDIO 1: PERSONAS MAYORES

En cuanto a la habilidad funcional, a pesar de que los resultados no son tan claros, debido probablemente al instrumento de evaluación utilizado, encontramos cómo el grupo tratamiento la mantiene en el seguimiento mientras que el grupo control empeora de la evaluación inicial a la evaluación de seguimiento. De hecho, encontramos que la puntuación del grupo tratamiento es significativamente mayor que la del grupo control en la evaluación de seguimiento mostrando cómo el grupo tratamiento tiene una mejor habilidad funcional que se ve reflejado en sus actividades diarias y en su autonomía. Esto nos señala de nuevo que el programa de estimulación cognitiva implementado por los cuidadores tiene repercusiones en el ámbito funcional de la persona mayor y hace que esta se mantenga mejor funcionalmente que las personas mayores que no reciben este tipo de cuidados.

Este dato es uno de los grandes beneficios del programa CUIDA-2 (Calero et al., 2017). Podemos afirmar que produce un mantenimiento del estado funcional de la persona mayor por lo que mantendrá su autonomía durante más tiempo (Nirmalan, 2010) relacionándose directamente con la calidad de vida de dicha persona (Parlevliet et al., 2016) y contribuyendo a una menor demanda de servicios de dependencia.

Finalmente, el grupo tratamiento ha mejorado su calidad de vida en los 6 meses posteriores a la intervención. Además de la mejora significativa que muestra el grupo tratamiento en este seguimiento, las puntuaciones de calidad de vida son significativamente inferiores a las del grupo control en la evaluación pos-tratamiento y de seguimiento, por lo que no solo han aumentado su calidad de vida con respecto a ellos mismos (ya que se trata de una prueba con puntuaciones inversas), sino que también podemos afirmar que el grupo tratamiento tiene una calidad de vida significativamente mayor que el grupo control. Esto pone de manifiesto que el programa de formación de cuidadores es efectivo, como comentábamos anteriormente, para aumentar la calidad de

ESTUDIO 1: PERSONAS MAYORES

vida de las personas mayores que están siendo cuidadas por cuidadores formados en el programa CUIDA-2 (Calero et al., 2017) y estas siguen mejorando y mantienen los resultados positivos una vez finalizada dicha intervención.

Pero ¿qué pasa con las personas que eran más dependientes?, ¿se benefician del mismo modo las personas mayores con un buen rendimiento funcional que las que presentan una determinada dependencia?

En este sentido consideramos que era importante diferenciar entre las personas mayores que tenían un buen rendimiento funcional y por tanto eran independientes en su día a día de aquellas personas que necesitaban ayuda en sus actividades de la vida diaria. Esta división se realizó a través de unos criterios (Cid-Ruzafa y Damián-Moreno, 1997) donde una puntuación menor de 60 indica una dependencia considerable que afecta al desarrollo de las actividades del día a día. Esto es importante porque implica mayores o menores limitaciones en las personas mayores que los cuidadores deben tener en cuenta y nos informa de cuando el programa de formación de cuidadores puede ser más efectivo.

Lo que muestran los datos del MEC es que las personas mayores del grupo tratamiento-independiente obtienen una mejora cognitiva mientras que las personas mayores del grupo control-independiente muestran un deterioro cognitivo. Estos datos reflejan la tendencia de los datos generales ya que el grupo tratamiento sigue beneficiándose del programa de formación de cuidadores mientras que en el grupo control se produce una disminución de su capacidad cognitiva. Estos resultados los observamos también en el CAPE ya que el grupo tratamiento (tanto independientes como dependientes) mejoran su capacidad cognitiva después de la intervención mientras que las personas mayores del grupo control no. De hecho, sus puntuaciones disminuyen, aunque no de manera significativa. En definitiva, se vuelve a comprobar que el

ESTUDIO 1: PERSONAS MAYORES

tratamiento es beneficioso para todas las personas mayores del grupo tratamiento, independientemente de su nivel funcional de partida. Esto pone de manifiesto la necesidad de mantener un programa de estimulación cognitiva por parte de los cuidadores ya que la capacidad cognitiva de las personas mayores se mantiene gracias a este tipo de intervenciones.

En cuanto a calidad de vida, se observa que las personas mayores de grupo tratamiento-independiente mejoran su calidad de vida después de la intervención mientras que las personas mayores del grupo control-independiente empeoran su calidad de vida de la evaluación inicial a la evaluación pos-tratamiento.

Estos datos están relacionados con su capacidad cognitiva ya que el grupo control-independiente también un deterioro significativo de su capacidad cognitiva, como veíamos en el MEC. Esto podría estar relacionado con este empeoramiento de la calidad de vida que estamos observando. Volvemos a constatar la importancia de la implementación de un programa de este tipo ya que mejora la capacidad cognitiva de las personas y su calidad de vida. De hecho, podemos observar que las personas mayores del grupo tratamiento-independiente tienen una calidad de vida superior que las personas mayores de grupo tratamiento-dependiente y del grupo control-dependiente después de la evaluación. Esto nos indica que las personas que más se benefician de este tipo de programas con respecto a su calidad de vida son las personas mayores independientes que son cuidadas por cuidadores formados en este tipo de programas. Puede ser debido a que como mantienen su capacidad cognitiva, este tipo de intervenciones les ayude a mantener sus actividades y a percibirse cognitivamente más eficaces por lo que mantienen su rendimiento en su día a día y esto puede repercutir en que valoren su calidad de vida mejor que antes de la intervención.

ESTUDIO 1: PERSONAS MAYORES

Un último tema que quisimos investigar fue la influencia del sexo en la mejora o no de la capacidad cognitiva y funcional y la calidad de vida de las personas mayores. En este caso, comprobamos que el grupo control mostraban un empeoramiento de su capacidad cognitiva en el MEC y el CAPE de la evaluación inicial a la evaluación pos-tratamiento. Concretamente los hombre muestran una disminución de la capacidad cognitiva en el MEC y las mujeres en el CAPE. Es posible que los cambios que observamos en esta variable no sean debidos al sexo sino al grupo o al contenido de las pruebas, ya que ambos sexos (hombre y mujer) disminuyen su capacidad cognitiva aunque se observen en pruebas distintas.

En cuanto a la capacidad funcional observamos que las mujeres del grupo control son las únicas que disminuye su capacidad funcional con respecto al resto de la evaluación inicial a la evaluación pos-tratamiento. Esto puede ser debido a que la mayor parte del grupo control está compuesto por mujeres y es posible que esto se refleje los datos generales obtenidos del grupo control.

Por último, vemos que la calidad de vida podría estar influida por el sexo. Esto es así porque los datos muestran un aumento de la calidad de vida en los hombres de grupo tratamiento.

Esto puede deberse a que el hecho de ser mujer se asocia con una peor percepción de bienestar (Herrera, Barros y Fernández, 2011). En estudios anteriores se ha demostrado que, en calidad de vida, los resultados son distintos para hombres y mujeres (Gallardo-Peralta, Córdova Jorquera, Piña Morán y Urrutia Quiroz, 2018). En lo que respecta al bienestar más físico los resultados son más positivos para los hombres, cuya valoración general en esta dimensión es más alta que en las mujeres. Este dato concuerda con los obtenidos en otros estudios (Castillo-Carniglia, Albala, Gangour y Uauy, 2012) donde se

ESTUDIO 1: PERSONAS MAYORES

observan que los hombres informan de una buena salud en comparación con las mujeres. En este aspecto parece influir negativamente, en las condiciones de salud de las mujeres, el padecer más enfermedades crónicas (Gallardo-Peralta et al., 2018). Todo ello indica que los hombres tienden a valorar su calidad de vida mejor que las mujeres, lo que no sabemos es si esta valoración está relacionada con problemas objetivos o se trata de una percepción subjetiva.

ESTUDIO 2: CUIDADORES

“Si no cuidamos de los cuidadores, no tendremos un enfermo, sino dos.”

Pedro Simón

4 ESTUDIO 2: Cuidadores.

4.1 OBJETIVOS:

4.1.1 Objetivos generales.

Valorar los efectos de un programa de formación de cuidadores en la satisfacción, implementación de un enfoque de Atención Centrada en la Persona e implicación de los cuidadores de personas mayores dependientes. Analizar si hay diferencias en el efecto del programa relacionadas con el tipo de cuidador.

4.1.2 Objetivos específicos.

1. Valorar el impacto del programa de formación de cuidadores en la satisfacción con el cuidado proporcionado por los mismos.
2. Valorar el impacto del programa de formación de cuidadores en el conocimiento y aplicación del enfoque de Atención Centrada en la Persona en los cuidadores.
3. Valorar el impacto del programa de formación de cuidadores en la implicación de los cuidadores en el cuidado de las personas mayores.
4. Analizar el efecto del programa en la valoración subjetiva de los síntomas comportamentales de los mayores cuidados y la reacción a los mismos de los cuidadores.
5. Comparar a cuidadores familiares y a cuidadores profesionales que han llevado a cabo un programa de intervención cognitiva con las personas mayores a las que cuidaban.
 - a. Analizar las diferencias socio-demográficas entre cuidadores familiares y cuidadores profesionales.

ESTUDIO 2: CUIDADORES

- b. Analizar el grado de satisfacción con la tarea de cuidado entre cuidadores familiares y profesionales.
 - c. Analizar el grado de implicación de ambos grupos en la implementación de un programa de entrenamiento cognitivo en el día a día de las personas mayores.
6. Valorar los beneficios de la intervención en los cuidadores a largo plazo (6 meses después de la intervención).

4.2 HIPÓTESIS:

Por todo lo anterior, se espera el cumplimiento de las siguientes hipótesis:

1. Los cuidadores que hayan recibido la formación mejorarán significativamente su satisfacción con el cuidado, evaluado con el *Cuestionario de Aspectos positivos del cuidado* (PAC, Tarlow et al., 2004) en comparación con los cuidadores que no participen en el programa.
2. Los cuidadores que hayan recibido la formación mejorarán significativamente su conocimiento y aplicación del enfoque de Atención Centrada en la Persona, evaluado con el *The Staff Assessment Person Directed Care* (PDC, White, Newton-Curtis y Lyons, 2008) en comparación con los cuidadores que no participen en el programa.
3. Los cuidadores que hayan recibido la formación disminuirán significativamente la percepción y reacción ante diversos problemas de las personas mayores, evaluados con el *Listado revisado de problemas de memoria y conducta* (RMBPC) (Teri et al., 1992) en comparación con los cuidadores que no participen en el programa.
4. Los cuidadores que hayan recibido la formación mejorarán significativamente su implicación en el cuidado, evaluado con el *Cuestionario de Feedback del personal*

ESTUDIO 2: CUIDADORES

de STAR (*The STAR Staff Feedback Questionnaire (SSFQ)*) (Goyder et al., 2012) en comparación con los cuidadores que no participan en el programa.

5. Se encontrarán diferencias socio-demográficas, recogidas a través de la *hoja de datos socio-demográfico*, entre los cuidadores familiares y los profesionales.
6. Los cuidadores profesionales mostrarán un grado significativamente mayor de satisfacción con la tarea de cuidado, evaluado con el *Cuestionario de Aspectos positivos del cuidado* (PAC, Tarlow et al., 2004) en comparación con los cuidadores familiares.
7. Ambos tipos de cuidadores (familiares y profesionales) disminuirán significativamente la percepción y reacción ante diversos problemas de las personas mayores, evaluados con el *Listado revisado de problemas de memoria y conducta (RMBPC)* (Teri et al., 1992).
8. Los cuidadores familiares valorarán significativamente mejor la información y conocimientos proporcionados y tendrán un grado significativamente mayor de implicación en la implementación de un programa de entrenamiento cognitivo en el día a día de las personas mayores, evaluados con el *Cuestionario de Feedback del personal de STAR (The STAR Staff Feedback Questionnaire (SSFQ))* (Goyder et al., 2012) en comparación con los cuidadores profesionales.
9. El efecto de la intervención en los cuidadores se mantendrá a medio plazo (6 meses después de la intervención).

4.3 INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN.

- *Hoja de datos socio-demográficos* (ver anexo 4) elaborada para esta investigación en la que se recogen datos sobre variables personales, sociales y laborales de los cuidadores.

ESTUDIO 2: CUIDADORES

- *Aspectos Positivos del Cuidado (Positive Aspects of Caregiving (PAC))* (Tarlow et al., 2004), adaptado a población española por Las Hayas, López de Arroyabe y Calvete (2014). Instrumento que mide la satisfacción de los cuidadores con la proporción de cuidados a personas mayores (Tarlow et al., 2004). La puntuación total varía de 9 a 45 y las personas con puntuaciones más altas indican mayor percepción positiva y ganancia de experiencia del cuidador. Presenta una buena fiabilidad (Cronbach $\alpha = .89$) y validez convergente (Cronbach $\alpha = .72$) (Tarlow et al., 2004).
- *The Staff Assessment Person Directed Care (PDC, White et al., 2008)* adaptado a población española por Martínez et al. (2015). Evalúa el grado en que las residencias para personas mayores ofrecen, según la opinión de sus profesionales, una atención centrada en las personas. Es un autoinforme de 50 ítems que consta de dos dimensiones. La dimensión uno construida por 5 factores (Autonomía, Perspectiva de la persona, Conocimiento de la persona, Bienestar en los cuidados y Relaciones Sociales) y una segunda dimensión compuesta por 3 factores (Ambiente Personalizado, Profesionales de atención Directa y Organización). La puntuación oscila entre 50 y 250 y a mayor puntuación, mayor es el grado de Atención Centrada en la Persona que dispensa el centro. Esta prueba cuenta con una versión Española que presenta una alta fiabilidad, con un coeficiente del alfa de Cronbach de .96 y un coeficiente de fiabilidad test-retest de $r = .88$, (Martínez, 2015; Martínez, Suarez-Álvarez, Yanguas y Muñiz, 2016).
- *Revised Memory and Behavior Problems Checklist (RMBPC)* (Teri et al., 1992), adaptado al español por Losada et al., (2008) con el nombre de *Listado revisado de problemas de memoria y conducta*. Recoge la estimación subjetiva y la reacción ante ellos del cuidador cuando hay problemas de memoria,

ESTUDIO 2: CUIDADORES

comportamiento, ansiedad y depresión en la persona cuidada. El cuidador indica con qué frecuencia ha manifestado la persona bajo su cuidado cada uno de los problemas descritos durante la semana pasada (escala de frecuencia) y el grado en que éstos le molestan o preocupan (escala de reacción). Se ha encontrado un coeficiente alfa de .84 para la escala de frecuencia y de .90 para la escala de reacción (Teri et al., 1992).

- *Cuestionario de Feedback del personal de STAR (The STAR Staff Feedback Questionnaire (SSFQ))* (Goyder et al., 2012) (anexo 5). Evalúa en qué medida ha sido útil y satisfactorio el programa impartido a los cuidadores. Este cuestionario cuenta con una primera parte donde se valoran la utilidad de los diferentes módulos del programa que han recibido, y de una segunda de preguntas abiertas y cualitativas para que valoren su experiencia con dicho programa. La adaptación de este cuestionario la realizó el propio grupo de investigación para recoger, principalmente, información cualitativa de los cuidadores.

4.4 PROGRAMA DE FORMACIÓN.

Se administró el mismo programa descrito en el estudio 1.

4.5 MÉTODO.

4.5.1 Participantes.

La muestra de este segundo estudio estuvo constituida por un total de 82 cuidadores de personas mayores de 65 años ($n=23$ grupo control y $n=59$ grupo tratamiento (22 cuidadores profesionales y 37 cuidadores familiares)).

En la siguiente tabla se describen las características sociodemográficas del grupo control (tabla 22) pudiendo observar que, al igual que pasa con el grupo tratamiento, la mayoría de los cuidadores son mujeres aunque difieren de otras características.

ESTUDIO 2: CUIDADORES

Tabla 22. Características de los cuidadores del grupo control.

N	Edad Media	Sexo	Estado Civil	Estudios	Categoría laboral	Años de media de experiencia laboral	Número de personas que cuidan
23	<i>M</i> = 39.43 (<i>DT</i> =10.88)	<i>H</i> : 13% <i>Mj</i> : 87%	<i>C</i> :4.8% <i>S</i> :30.4% <i>D</i> :21.7%	<i>Sc</i> :69.6% <i>Sp</i> :30.4%	<i>A</i> :78.3% <i>L</i> :21.7%	<i>M</i> = 10.04 (<i>DT</i> =6.00)	Todos los cuidadores cuidaban a una media de 28 personas mayores

Nota: *M* = Media; *DT* = Desviación Típica; *H* = Hombre; *Mj* = Mujer; *C* = Casado; *S* = Soltero, *D* = Divorciado; *Sc* = Estudios Secundarios; *Sp* = Estudios Superiores; *A* = Auxiliares; *L* = Licenciados.

En las tablas 23 y 24 podemos observar las características descriptivas de los participantes del grupo tratamiento de cuidadores profesionales (tabla 23) y del grupo tratamiento de cuidadores familiares (tabla 24).

Tabla 23. Características de los cuidadores del grupo profesional.

N	Edad Media	Sexo	Estado Civil	Estudios	Categoría laboral	Años de media de experiencia laboral	Número de personas que cuidan
22	<i>M</i> = 34.91 (<i>DT</i> =10.13)	<i>H</i> : 22.7% <i>Mj</i> : 77.3%	<i>C</i> :27.3% <i>S</i> :54.5% <i>D</i> :13.6% <i>V</i> :4.5%	<i>Sc</i> :68.2% <i>Sp</i> :31.8%	<i>A</i> :77.3% <i>L</i> :22.7%	<i>M</i> = 8.91 (<i>DT</i> =6.42)	Todos los cuidadores cuidaban a una media de 28 personas mayores

Nota: *M* = Media; *DT* = Desviación Típica; *H* = Hombre; *Mj* = Mujer; *C* = Casado; *S* = Soltero, *D* = Divorciado; *V* = Viudo; *Sc* = Estudios Secundarios; *Sp* = Estudios Superiores; *A* = Auxiliares; *L* = Licenciados.

Al igual que la tabla 23, en la tabla 24 podemos ver descritas las características principales de los cuidadores familiares. Como observamos el porcentaje de mujeres es mayor y muestra una gran diferencia en cuanto al número de personas que cuidan ya que los cuidadores profesionales tienen que cuidar a un gran número de personas mayores, dependiendo del centro donde trabajen, mientras que los cuidadores familiares suelen cuidar a una persona o a dos, especialmente, cuando se trata de un matrimonio.

ESTUDIO 2: CUIDADORES

Tabla 24. Características de los cuidadores del grupo familiar.

N	Edad Media	Sexo	Estado Civil	Parentesco	Estudios	% de tiempo que dedican al cuidado	Número de personas que cuidan
37	<i>M</i> = 54.81 (<i>DT</i> =10.77)	<i>H</i> : 8.1% <i>Mj</i> : 91.9%	<i>C</i> :56.8% <i>S</i> :27% <i>D</i> :13.5% <i>V</i> :2.7%	13.5% cónyuge (80% mujeres 20% maridos) 86.5% hijos (93.8% hijas 6.2% hijos)	<i>P</i> : 27% <i>Sc</i> : 54,1% <i>Sp</i> :18.9%	100%	8.1% cuidan a dos personas mayores. 91.9% cuidan a una persona mayor.

Nota: *M* = Media; *DT* = Desviación Típica; *H* = Hombre; *Mj* = Mujer; *C* = Casado; *S* = Soltero, *D* = Divorciado; *V* = Viudo; *P* = Estudios Primarios; *Sc* = Estudios Secundarios; *Sp* = Estudios Superiores.

Los criterios de inclusión para formar parte del grupo de cuidadores profesionales controles fueron: no tener relación familiar con la persona a la que cuida, estar contratada y recibir una remuneración por su actividad en la institución de cuidado de mayores en la que realiza su actividad, cuidar de la persona mayor fuera del domicilio familiar del mismo y no recibir el programa de formación de cuidadores CUIDA-2. Los cuidadores controles fueron seleccionados de tres centros de día y cuatro residencias de la provincia de Granada, España. Estos cuidadores fueron seleccionados por ser trabajadores de dichos centros y ser los principales cuidadores de las personas mayores que asistían o residían en ellos.

Los criterios de inclusión para formar parte del grupo de cuidadores tratamiento fueron: recibir el programa de formación de cuidadores CUIDA-2 e implementarlo con las personas mayores que cuidaban durante al menos 3 meses. Dentro del grupo tratamiento se pueden distinguir cuidadores familiares y profesionales. Ambos grupos de cuidadores fueron formados en estrategias de comunicación, estimulación cognitiva y funcional y aumento de la autonomía mediante el programa CUIDA-2 (Calero et al., 2017) y lo pusieron en práctica durante 3 meses con las personas mayores que cuidaban.

ESTUDIO 2: CUIDADORES

Para formar parte del grupo de cuidadores familiares era necesario: ser miembro de la familia o cercano a la persona mayor que cuida, sin ningún tipo de contrato y/o pago por la labor de cuidado y realizar las tareas de cuidado en el domicilio familiar de la persona mayor cuidada. Los cuidadores familiares fueron seleccionados de tres centros cívicos de la provincia de Granada, España. Esta selección se realizó a través de una oferta de los propios centros a los cuidadores familiares de personas mayores que tenían registrados por recibir ayuda de los mismos.

Para formar parte del grupo de cuidadores profesionales era necesario: no tener relación familiar con la persona a la que cuida, estar contratada y recibir una remuneración por su actividad en la institución de cuidado de mayores en el que realiza su actividad y cuidar de la persona mayor fuera del domicilio familiar del mismo. Los cuidadores profesionales fueron seleccionados de tres centros de día y cuatro residencias de la provincia de Granada, España. Estos cuidadores fueron seleccionados por ser trabajadores de dichos centros y ser los principales cuidadores de las personas mayores que asistían o residían en ellos.

4.5.2 *Procedimiento.*

Se siguió el mismo procedimiento indicado en el apartado 2.5.2 “procedimiento” del estudio 1. La única modificación es que, en la evaluación pos-tratamiento, los cuidadores contestaron al cuestionario SSFQ en donde informaban sobre su grado de satisfacción e implicación con el programa. En este caso, debemos volver a destacar que, por motivos del virus COVID-19, ha resultado imposible recoger los datos de seguimiento a largo plazo de 16 cuidadores familiares del grupo tratamiento.

4.5.3 *Diseño y análisis de datos.*

Se ha utilizado un diseño en etapas cuasiexperimental de medidas repetidas (pre, pos y seguimiento) en las diferentes variables dependientes. Los análisis estadísticos utilizados han dependido de si las variables seguían los parámetros estadísticos necesarios para realizar pruebas paramétricas o no paramétricas. En el caso de usar pruebas paramétricas se han utilizado la ANOVA siguiendo el análisis univariante y multivariante del Modelo Lineal General para las comparaciones intergrupos y el análisis de medidas repetidas a través del Modelo Lineal General para comprobar las diferencias intragrupos producidas en los tres momentos de evaluación, así como el tamaño del efecto y la potencia de las diferencias de las variables evaluadas. En el caso de usar pruebas no paramétricas se han utilizado la prueba U de Mann-Whitney para comparaciones intergrupos y la prueba de suma de rangos de Wilcoxon para comprobar las diferencias intragrupos producidas en los diferentes momentos de evaluación, así como el tamaño de efecto.

También se ha seguido un diseño de comparación de grupos típicos con análisis de distribución χ^2 para las variables socio-demográficas.

La elección de cada prueba se detalla en cada análisis dependiendo de los datos proporcionados por el test de Kolmogorov-Smirnov (para la distribución normal de las variables) y el test de Levene (para la homogeneidad de la varianza). En todos los análisis incluidos en el apartado de resultados se ha revisado la asunción de esfericidad según el test de Mauchly y se ha corregido, en caso de ser necesario, con Greenhouse-Geisser. Para el análisis de datos se ha utilizado el paquete estadístico SPSS 19.0 para Windows.

4.5.4 Variables.

- **Independientes:** Recibir o no formación en el programa de formación de cuidadores Cuida-2, ser un cuidador profesional o familiar.
- **Dependientes:** Nivel de satisfacción con la tarea de cuidado, conocimiento y aplicación del enfoque de Atención Centrada en la Persona y grado de implicación en la implementación de un programa de entrenamiento cognitivo en el día a día de las personas mayores. Grado de detección y reacción ante problemas de memoria, conducta y estado de ánimo de las personas mayores a las que cuidan.
- **Controladas:** tipo de institución, tipo de cuidador.
- **Externas:** Nivel educativo y edad de los cuidadores. Carga y años de experiencia en el cuidado de personas mayores.

4.6 RESULTADOS.

4.6.1 Efectos sobre la satisfacción de los cuidadores.

Para conocer si la satisfacción de los cuidadores variaba entre los grupos y los momentos de evaluación se llevó a cabo un análisis de las diferencias intergrupos con la prueba U de Mann-Whitney y de diferencias intragrupos con la prueba de Wilcoxon. En este caso se han utilizado medidas de análisis no paramétricas ya que la satisfacción medida con el PAC no muestra una distribución normal (encontrando valores significativos en el test de Kolmogorov-Smirnov) ni homogeneidad de la varianza (obteniendo valores significativos en el test de Levene en la evaluación inicial).

Para ambas comparaciones hemos usado la probabilidad estadística de Monte Carlo al 95%.

ESTUDIO 2: CUIDADORES

Tabla 25. Medias y puntuaciones U y z obtenidas por los cuidadores del grupo control y el grupo tratamiento en el PAC, en la evaluación inicial y pos-tratamiento: Diferencias intergrupos e intragrupos.

		Pre	Pos	Prueba intergrupos U de Mann-Whitney		Prueba intragrupos Wilcoxon		
				M (DT)	M (DT)	Pre	Pos	z p r
						U p r		
PAC	Tto (n=59)	42.69 (11.61)	47.17 (6.96)	552.000 .189	623.500 .575	-4.450* .000		
	Cont (n=23)	47,17 (6,55)	47,74 (7,26)	-.144	-.063	-.491		

Nota: * $p < .05$; Pre = evaluación inicial; Pos = evaluación pos-tratamiento; Tto = Grupo tratamiento; Cont = Grupo control; M = Media; DT = desviación típica; U = Prueba U de Mann-Whitney; z = Prueba de Wilcoxon; p = diferencia estadística; r = tamaño de efecto.

Como podemos observar en la tabla 25, hay diferencias significativas intragrupos ($z = -4.450$; $p < .001$; $r = -.491$). Si analizamos las comparaciones por parejas realizadas a posteriori encontramos que las puntuaciones del PAC aumentan significativamente de la evaluación inicial a la evaluación pos-tratamiento ($p < .001$) en el grupo tratamiento.

4.6.2 Efectos sobre la aplicación del Enfoque de Atención Centrada en la Persona.

Para conocer si el conocimiento y aplicación del enfoque de Atención Centrada en la Persona de los cuidadores variaba entre los grupos y los momentos de evaluación se llevó a cabo un análisis de las diferencias intergrupos e intragrupos en las tres evaluaciones mediante un análisis de Modelo Lineal General de medidas repetidas (grupo*momento). En este caso se han utilizado medidas de análisis paramétricas ya que la variable enfoque de Atención Centrada en la Persona medida con el PDC presenta una distribución normal (encontrando valores no significativos en el test de Kolmogorov-Smirnov).

ESTUDIO 2: CUIDADORES

No se cumple la condición de esfericidad (W de Mauchly), ya que la probabilidad asociada es de $p < .001$ por lo que hemos corregido los datos con el estadístico de Greenhouse-Geisser.

En este caso encontramos diferencias significativas intergrupos ($F(1, 43) = 5.310$; $p = .026$; $\eta^2 = .110$; $P.O = .615$) (tabla 26). De este modo observamos diferencias significativas intergrupos en la evaluación inicial encontrando una mayor puntuación en el grupo control ($p = .006$).

Tabla 26. Medias y puntuaciones F obtenidas por los cuidadores del grupo control y el grupo tratamiento en el PDC, en la evaluación inicial y pos-tratamiento. Diferencias intergrupos e intragrupos.

		Pre	Pos	Diferencias	Diferencias	Interacción
				Intergrupos	Intragrupos	Grupo*momento
				<i>F</i>	<i>F</i>	<i>F</i>
		Media	Media	<i>p</i>	<i>p</i>	<i>p</i>
		(DT)	(DT)	<i>eta</i>	<i>eta</i>	<i>eta</i>
				<i>P.O</i>	<i>P.O</i>	<i>P.O</i>
PDC	Tto	105,23	118,55	5.310*	11.669*	8.087*
	(n=22)	(14,25)	(15,48)	.026	.001	.007
Total	Cont	125,74	126,96	.110	.213	.158
	(n=23)	(30,12)	(24,51)	.615	.916	.794

Nota: * $p < .05$; Pre = evaluación inicial; Pos = evaluación pos-tratamiento; Tto = Grupo tratamiento; Cont = Grupo control; *M* = Media; *DT* = desviación típica; *F* = Prueba F; *eta* = tamaño de efecto; *p* = diferencia estadística; *P.O* = Potencia observada.

También encontramos diferencias significativas intragrupos ($F(1.000, 43.000) = 11.669$; $p = .001$; $\eta^2 = .213$; $P.O = .916$) y en la interacción (grupo*momento) ($F(1.000, 43.000) = 8.087$; $p = .007$; $\eta^2 = .158$; $P.O = .794$). De este modo, mediante las comparaciones por pares realizadas a posteriori, observamos un aumento significativo de la puntuación del PDC en el grupo tratamiento de la evaluación inicial a la evaluación pos-tratamiento ($p < .001$).

ESTUDIO 2: CUIDADORES

4.6.3 Efectos sobre la detección y reacción de los cuidadores a los problemas de memoria, conductuales y de estado de ánimo de la persona mayor cuidada.

Para conocer si la información que reportaban los cuidadores sobre las personas cuidadas y la detección de cambios en ellas como consecuencia de la intervención variaba entre los grupos y los momentos de evaluación se llevó a cabo un análisis de las diferencias intergrupos e intragrupos mediante un análisis de Modelo Lineal General de medidas repetidas (grupo*momento). En este caso se han utilizado medidas de análisis paramétricas ya que, aunque las variables reacción y detección de problemas en personas mayores no muestren una distribución normal (encontrando valores significativos en el test de Kolmogorov-Smirnov) si muestran homogeneidad de la varianza (obteniendo valores no significativos en el test de Levene). Además, son variables dependientes de intervalo que mantienen una varianza homogénea en las medidas y es una muestra superior a 30 sujetos. Por ello hemos decidido realizar pruebas paramétricas aunque no sigan la distribución normal.

No se cumple la condición de esfericidad (W de Mauchly), ya que la probabilidad asociada es de $p < .001$ para el RMPBC-FT y el RMPBC-RT por lo que hemos corregido los datos con el estadístico de Greenhouse-Geisser para estas pruebas.

En la prueba RMPBC (tabla 27) se observaron diferencias significativas intergrupos tanto en la parte que evaluaba la frecuencia total de problemas (RMPBC-FT) ($F(1, 158) = 8.897; p = .003; \eta^2 = .053; P.O = .842$) como en la parte que evaluaba la reacción total de los cuidadores ante dichos problemas de la persona mayor (RMPBC-RT) ($F(1, 158) = 35.375; p < .001; \eta^2 = .183; P.O = 1.000$). Estas diferencias se dieron tanto en la evaluación inicial ($p = .009; p < .001$, respectivamente) como en la evaluación pos-tratamiento ($p = .005; p < .001$, respectivamente). De este modo se observa que el

ESTUDIO 2: CUIDADORES

grupo tratamiento muestra puntuaciones significativamente mayores que el grupo control en ambos momentos y en ambas pruebas.

Tabla 27. Medias y puntuaciones F obtenidas por las personas mayores según la valoración de los cuidadores del grupo control y el grupo tratamiento en el RMPBC FT y RMPBC RT, en la evaluación inicial y pos-tratamiento. Diferencias intergrupos e intragrupos.

		Pre	Pos	Diferencias Intergrupos	Diferencias Intragrupos	Interacción Grupo*momento
		<i>M</i>	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>F</i>	<i>F</i>
		(<i>DT</i>)	(<i>DT</i>)	<i>p</i>	<i>p</i>	<i>p</i>
				<i>eta</i>	<i>eta</i>	<i>eta</i>
				<i>P.O</i>	<i>P.O</i>	<i>P.O</i>
RMPBC	Tto (n=100)	1.74 (0.77)	1.83 (0.67)	8.897* .003	4.587* .034	0.001 .977
	FT Cont (n=60)	1.44 (0.50)	1.53 (0.56)	.053 .842	.028 .567	.000 .050
RMPBC	Tto (n=100)	1.18 (0.57)	1.26 (0.53)	35.375* .000	10.473* .001	1.651 .201
	RT Cont (n=60)	0.68 (0.45)	0.86 (0.51)	.183 1.000	.062 .896	.010 .248

Nota: * $p < .05$; Pre = evaluación inicial; Pos = evaluación pos-tratamiento; Tto = Grupo tratamiento; Cont = Grupo control; *M* = Media; *DT* = desviación típica; *F* = Prueba F; *eta* = tamaño de efecto; *p* = diferencia estadística; *P.O* = Potencia observada.

En esta prueba también se encontraron diferencias significativas intragrupo en el RMPBC-FT ($F(1.000, 158.000) = 4.587$; $p = .034$; $eta = .028$; $P.O = .567$) y en el RMPBC-RT ($F(1.000, 158.000) = 10.473$; $p = .001$; $eta = .062$; $P.O = .896$) pero no en la interacción (grupo*momento) en ninguna de las pruebas.

4.6.4 Efectos sobre la implicación de los cuidadores en el cuidado de las personas mayores.

Por último, se quiso conocer la valoración que hacían los cuidadores del grupo tratamiento sobre la utilidad del programa y la implicación de los mismos en él. A partir del cuestionario SSFQ se pudo determinar que los cuidadores del grupo tratamiento mostraron que valoraban la utilidad de los módulos del programa de manera positiva

ESTUDIO 2: CUIDADORES

obteniendo una media de 4.27 ($DT = 0.61$) para el módulo 1 y una media de 4.51 ($DT = 0.50$) para el módulo 2 en una escala ordinal de 0 a 5. Se obtuvieron resultados similares en las diferentes escalas del SSFQ obteniendo puntuaciones por encima de la media de 3 y por tanto valorándolo de manera muy positiva (figura 8).

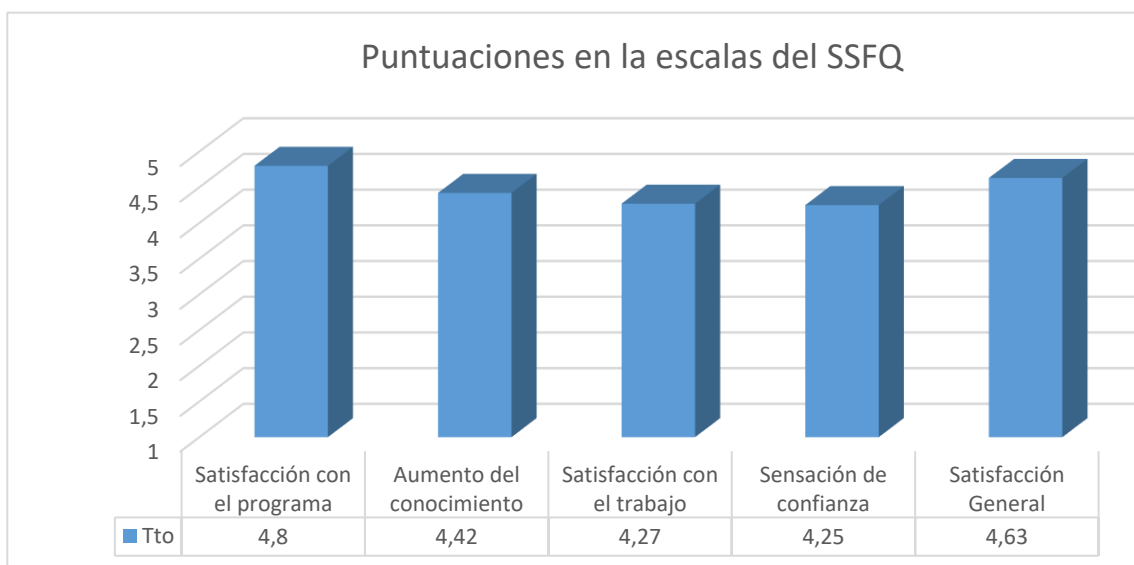


Figura 8. Puntuaciones medias del grupo tratamiento en las diferentes escalas del SSFQ.

En cuanto a los datos cualitativos proporcionados por la prueba SSFQ encontramos que los cuidadores del grupo tratamiento valoraron la participación en el programa como una experiencia muy positiva que había contribuido a aumentar el conocimiento, satisfacción y confianza en su trabajo y su satisfacción general con el programa llevado a cabo.

4.6.5 Diferencias en las variables socio-demográficas del grupo tratamiento según el tipo de cuidador.

Dentro del estudio de los cuidadores quisimos profundizar más e investigar si había diferencias significativas en el grupo tratamiento en las diferentes variables, dependiendo del tipo de cuidador que proporcionaba los cuidados (familiares vs

ESTUDIO 2: CUIDADORES

profesionales). Por ello evaluamos las diferencias sociodemográficas entre los mismos y las diferencias en satisfacción e implicación que mostraban los cuidadores.

Respecto de las variables socio-demográficas (ver tabla 28) se encontraron diferencias significativas intergrupos en las variables: edad ($F(1, 57) = 49.195; p < .001; \eta^2 = .463; P.O = 1.000$) y estudios ($\chi^2 = 7.378; p = .025$) observando que el grupo de cuidadores familiares mostraba una media de edad mayor ($M = 54.81$ familiares vs $M = 34.91$ profesionales) y un porcentaje de estudios secundarios y de formación profesional y superiores menor en comparación a los cuidadores profesionales.

Tabla 28. Características sociodemográficas de los cuidadores. Medias y puntuaciones F y porcentajes y puntuaciones χ^2 obtenidas por el grupo de cuidadores familiares y el grupo de cuidadores profesionales. Diferencias intergrupos.

		Cuidadores familiares (n=37)	Cuidadores profesionales (n=22)	Prueba estadística <i>p</i>
Edad		$M = 54.81$ ($DT = 10.77$)	$M = 34.91$ ($DT = 10.13$)	$F = 49.195^*$.000
Sexo	Hombre	8.1%	22.7%	$\chi^2 = 2.516$.113
	Mujer	91.9%	77.3%	
Estado Civil	Casado/a	56.8%	27.3%	$\chi^2 = 5.561$.135
	Soltero/a	27%	54.5%	
	Divorciado/a	13.5%	13.6%	
	Viudo/a	2.7%	4.5%	
Estudios	Primarios	27%	-	$\chi^2 = 7.378^*$.025
	Secundarios	54.1%	68.2%	
	Superiores	18.9%	31.8%	

Nota: * $p < .05$; M = Media; DT = Desviación Típica; F = Prueba estadística F; χ^2 = Prueba estadística chi cuadrado; p = probabilidad estadística.

Todos los cuidadores familiares, independientemente de su nivel educativo se dedicaban al 100% al cuidado de la persona mayor. En el caso de los cuidadores profesionales, el 77.3% trabajaba con la categoría profesional de auxiliar de enfermería y el 22.7% con la categoría de licenciado en la rama sanitaria. Los cuidadores profesionales tenían una experiencia laboral media de 8.91 años ($DT = 6.42$).

ESTUDIO 2: CUIDADORES

No se encontraron diferencias intergrupos en las variables socio-demográficas de sexo ($\chi^2 = 2.516$; $p = .113$) y estado civil ($\chi^2 = 5.561$; $p = .135$) (ver tabla 28) observando, especialmente, que en ambos grupos la mayor representatividad de la muestra estaba compuesta por mujeres (91.9% en el caso de los cuidadores familiares y 77.3% en el de los cuidadores profesionales). Además, dentro del grupo de cuidadores familiares encontramos que el 13.5% de los cuidadores eran el cónyuge de la persona mayor cuidada (80% mujeres y 20% maridos) y el 86.5% de los cuidadores eran los hijos de la persona mayor cuidada (93.8% hijas y 6.2% hijos).

4.6.6 Efectos sobre la satisfacción, la detección y reacciona problemas que presentan las personas mayores y la implicación según el tipo de cuidador.

Para conocer si la satisfacción de los cuidadores variaba entre los subgrupos del grupo tratamiento y los momentos de evaluación se llevó a cabo un análisis de las diferencias intergrupos con la prueba U de Mann-Whitney y de diferencias intragrupos con la prueba de Wilcoxon. En este caso se han utilizado medidas de análisis no paramétricas ya que la satisfacción medida con el PAC no muestra una distribución normal (encontrando valores significativos en el test de Kolmogorov-Smirnov) ni homogeneidad de la varianza (obteniendo valores significativos en el test de Levene en la evaluación inicial).

Por ello hemos decidido realizar pruebas no paramétricas para esta variable. Para ambas comparaciones hemos usado la probabilidad estadística de Monte Carlo al 95%.

Como podemos observar en la tabla 29, los datos muestran que hay diferencias significativas intergrupos en la evaluación inicial ($U = 155.000$; $p < .001$; $r = -.515$) y en la evaluación pos-tratamiento ($U = 191.500$; $p < .001$; $r = -.441$) encontrando una puntuación mayor en el grupo de cuidadores profesionales en ambos casos.

ESTUDIO 2: CUIDADORES

Tabla 29. Medias y puntuaciones U y z obtenidas por los cuidadores del grupo familiar y el grupo profesional en el PAC, en la evaluación inicial y pos-tratamiento. Diferencias intergrupos e intragrupos.

		Pre	Pos	Prueba intergrupos U de Mann-Whitney		Prueba intragrupos Wilcoxon
		<i>M</i> (<i>DT</i>)	<i>M</i> (<i>DT</i>)	Pre <i>U</i> <i>p</i> <i>r</i>	Pos	<i>z</i> <i>p</i> <i>r</i>
PAC total	Fam (n=37)	38.22 (12.36)	44.97 (7.06)	155.000*	191.500*	-4.217*
	Pro (n=22)	50,23 (3,95)	50,86 (5,05)	.000 -.515	.000 -.441	.000 -.550

Nota: * $p < .05$; Pre = evaluación inicial; Pos = evaluación pos-tratamiento; Fam = Grupo Familiar; Pro = Grupo Profesional; *M* = Media; *DT* = desviación típica; *U* = Prueba U de Mann-Whitney; *z* = Prueba de Wilcoxon; *p* = diferencia estadística.

También observamos diferencias intragrupos ($z = -4.217$; $p < .001$; $r = -.550$) encontrando que ambos grupos aumenta significativamente su puntuación de la evaluación inicial a la evaluación pos-tratamiento.

Para conocer si la información que reportaban los cuidadores sobre las personas cuidadas y la detección de cambios en ellas como consecuencia de la intervención variaba según el tipo de cuidador y los momentos de evaluación se llevó a cabo un análisis de las diferencias intergrupos e intragrupos mediante un análisis de Modelo Lineal General de medidas repetidas (grupo*momento). En este caso se han utilizado medidas de análisis paramétricas ya que, aunque las variables reacción y detección de problemas en personas mayores no muestren una distribución normal (encontrando valores significativos en el test de Kolmogorov-Smirnov) si muestran homogeneidad de la varianza (obteniendo valores no significativos en el test de Levene). Además, son variables dependientes de intervalo que mantienen una varianza homogénea en las medidas y es una muestra superior a 30 sujetos. Por ello hemos decidido realizar pruebas paramétricas.

ESTUDIO 2: CUIDADORES

No se cumple la condición de esfericidad (W de Mauchly), ya que la probabilidad asociada es de $p < .001$ para el RMPBC-FT y el RMPBC-RT por lo que hemos corregido los datos con el estadístico de Greenhouse-Geisser para estas pruebas.

En la prueba RMPBC (tabla 30) se observaron diferencias significativas intergrupos tanto en la parte que evaluaba la frecuencia total de problemas (RMPBC-FT) ($F(1, 98) = 19.170; p < .001; \eta^2 = .164; P.O = .991$) como en la parte que evaluaba la reacción total de los cuidadores ante dichos problemas de la persona mayor (RMPBC-RT) ($F(1, 98) = 18.105; p < .001; \eta^2 = .156; P.O = .988$). Estas diferencias se dieron tanto en la evaluación inicial ($p < .001; p = .001$, respectivamente) como en la evaluación pos-tratamiento ($p = .001; p = .001$, respectivamente). De este modo se observa que el grupo de cuidadores familiares muestra puntuaciones significativamente mayores que el grupo profesional en ambos momentos y en ambas pruebas.

Tabla 30. Medias y puntuaciones F obtenidas por las personas mayores según los cuidadores del grupo familiar y el grupo profesional en el RMPBC FT y RMPBC RT, en la evaluación inicial y pos-tratamiento. Diferencias intergrupos e intragrupos.

		Pre	Pos	Diferencias Intergrupos	Diferencias Intragrupos	Interacción Grupo*momento
		<i>M</i>	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>F</i>	<i>F</i>
		(<i>DT</i>)	(<i>DT</i>)	<i>p</i>	<i>p</i>	<i>p</i>
				<i>eta</i>	<i>eta</i>	<i>eta</i>
				<i>P.O</i>	<i>P.O</i>	<i>P.O</i>
RMPBC	Fam	2.13	2.10	19.170*	1.764	3.460
	(n=40)	(0.68)	(0.63)	.000	.187	.066
	Pro	1.48	1.65	.164	.018	.034
	(n=60)	(0.71)	(0.65)	.991	.260	.453
RMPBC	Fam	1.47	1.46	18.105*	2.175	2.533
	(n=40)	(0.59)	(0.60)	.000	.143	.115
	Pro	0.99	1.12	.156	.022	.025
	(n=60)	(0.48)	(0.43)	.988	.309	.351

Nota: * $p < .05$; Pre = evaluación inicial; Pos = evaluación pos-tratamiento; Fam = Grupo Familiar; Pro = Grupo Profesional; *M* = Media; *DT* = desviación típica; *F* = Prueba F; *eta* = tamaño de efecto; *p* = diferencia estadística; *P.O* = Potencia observada.

ESTUDIO 2: CUIDADORES

En ambas pruebas observamos diferencias intragrupos mostrando un aumento significativo de la puntuación de la evaluación inicial a la evaluación pos-tratamiento en el grupo profesional en el RMPBC-FT ($p = .013$) y en el RMPBC-RT ($p = .017$).

Por último, se quiso conocer si había diferencias entre los cuidadores familiares y los cuidadores profesionales en su satisfacción con el programa recibido y su implicación en el mismo. A partir del cuestionario SSFQ se pudo determinar que ambos grupos de cuidadores mostraron que valoraban la utilidad de los módulos del programa de manera positiva obteniendo una media de 4.55 ($DT = 0.51$) los cuidadores profesionales y 4.11 ($DT = 0.61$) los cuidadores familiares para el módulo 1 y una media de 4.55 ($DT = 0.51$) los cuidadores profesionales y 4.49 ($DT = 0.51$) los cuidadores familiares para el módulo 2 en una escala ordinal de 0 a 5. Se obtuvieron resultados similares en las diferentes escalas del SSFQ obteniendo puntuaciones por encima de la media de 3 y por tanto valorándolo de manera muy positiva (figura 9).

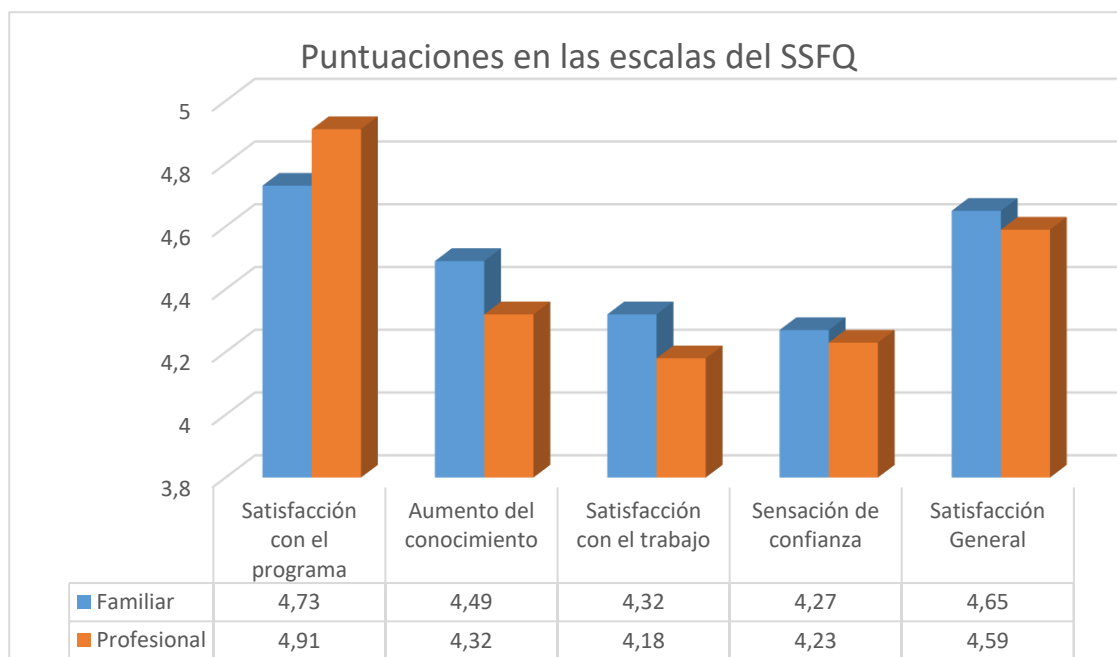


Figura 9. Puntuaciones medias del grupo tratamiento y el grupo control en las diferentes escalas del SSFQ.

ESTUDIO 2: CUIDADORES

En cuanto a los datos cualitativos proporcionados por la prueba SSFQ encontramos que los cuidadores, en general, valoraron la participación en el programa como una experiencia positiva aumentando su conocimiento, satisfacción y confianza en su trabajo. Los cuidadores familiares manifestaron que los aspectos de la formación más útiles habían sido conocer que áreas tenían las personas mayores más deterioradas y aprender ejercicios para esas áreas y el cómo llevarlos a cabo. Los cuidadores profesionales refirieron un mayor conocimiento sobre los residentes a los que atienden, una mayor empatía hacia ellos y mayor capacidad para sobrellevarlos cuando están preocupados o deprimidos.

4.6.7 *Mantenimiento de los efectos*

Una vez observados los efectos que produce el programa de formación de cuidadores en la satisfacción, aplicación del enfoque de Atención Centrada en la Persona, implicación en el programa de formación y su percepción de la frecuencia de problemas que presenta las personas mayores y su reacción ante dichos problemas, así como varían estos resultados dependiendo si los cuidadores son los propios familiares de la persona mayor o son profesionales externos, nos interesaba saber si estos resultados se mantenían 6 meses después de la evaluación pos-tratamiento.

Para evaluar los efectos a medio plazo tuvimos que seleccionar a las personas que pudieron realizar la evaluación de seguimiento. Por motivos de la situación actual que estamos viviendo con respecto al virus COVID-19 hubo 16 evaluaciones de seguimiento (de cuidadores familiares) que no se pudieron realizar. Por ello la muestra total para los seguimientos fue de 66 cuidadores. 23 cuidadores del grupo control (y que por tanto no habían sido formados en el programa de formación de cuidadores) y 43 cuidadores del grupo tratamiento (cuidadores que habían sido formados en el programa de formación de cuidadores), de los cuales 22 eran cuidadores profesionales y 21 cuidadores familiares.

ESTUDIO 2: CUIDADORES

La muestra del grupo control no cambió ya que conservamos a los 23 cuidadores que comenzaron la investigación, sin embargo, los 16 cuidadores que no se pudieron evaluar en la fase de seguimiento fueron del grupo tratamiento.

En la tabla 31 podemos observar las características de los cuidadores del grupo tratamiento que comenzaron la investigación (n=59) y los que pudieron ser evaluados en la evaluación de seguimiento (n=43) en comparación con el grupo control (n=23) y entre ellas mismas.

Tabla 31. Características socio-demográficas de los cuidadores. Medias y puntuaciones F y porcentajes y puntuaciones χ^2 obtenidas por el grupo control, grupo tratamiento y grupo tratamiento de seguimiento. Diferencias intergrupos.

		Cuidadores Control (n=23)	Cuidadores Tratamiento Seguimiento (n=43)	Cuidadores Tratamiento (n=59)	Control vs Tratamiento Seguimiento Prueba estadística <i>p</i>	Tratamiento vs Tratamiento Seguimiento Prueba estadística <i>p</i>
Edad		<i>M</i> = 39.43 (<i>DT</i> = 10.88)	<i>M</i> = 44.79 (<i>DT</i> =15.29)	<i>M</i> = 47.39 (<i>DT</i> = 14.26)	<i>F</i> = 2.215 .142	<i>F</i> = 0.777 .380
Sexo	Hombre	13%	18.6%	13.6%	$\chi^2 = 0.334$.564	$\chi^2 = 0.479$.489
	Mujer	87%	81.4%	86.4%		
Estado Civil	Casado/a	47.8%	46.5%	45.8%	$\chi^2 = 2.284$.516	$\chi^2 = 0.177$.981
	Soltero/a	30.4%	37.2%	37.3%		
	Divorciado/a	21.7%	11.6%	13.6%		
	Viudo/a	-	4.7%	3.4%		
Estudios	Primarios	8.7%	16.3%	16.9%	$\chi^2 = 0.732$.694	$\chi^2 = 0.230$.891
	Secundarios	60.9%	55.8%	59.3%		
	Superiores	30.4%	27.9%	23.7%		

Nota: * $p < .05$; *M* = Media; *DT* = Desviación Típica; *F* = Prueba estadística F; χ^2 = Prueba estadística chi cuadrado; *p* = probabilidad estadística.

Como podemos observar (tabla 31) la muestra del grupo tratamiento y la del grupo tratamiento en el seguimiento no varían mostrando que no hay diferencias significativa entre ambos grupos en ninguna de las variables. Del mismo modo, no encontramos diferencias significativas entre el grupo control y el grupo tratamiento en el seguimiento,

ESTUDIO 2: CUIDADORES

igual que mostraban los datos entre el grupo control y el grupo tratamiento. Por lo que podemos concluir que podemos usar la muestra del grupo tratamiento en el seguimiento de manera equiparable al haber usado la muestra completa del grupo tratamiento de haber podido evaluar a los 16 cuidadores que no se pudieron por el COVID-19.

Para comprobar la evolución de la satisfacción en los 6 meses posteriores a la evaluación pos-tratamiento, se llevó a cabo un análisis de las diferencias intergrupos con la prueba U de Mann-Whitney y un análisis de las diferencias intragrupos mediante la prueba de suma de rangos de Wilcoxon. En este caso se han utilizado medidas de análisis no paramétricas ya que la satisfacción medida con el PAC no muestra una distribución normal (encontrando valores significativos en el test de Kolmogorov-Smirnov) ni homogeneidad de la varianza (obteniendo valores significativos en el test de Levene en la evaluación inicial). Por ello hemos decidido realizar pruebas no paramétricas para esta variable. Para ambas comparaciones hemos usado la probabilidad estadística de Monte Carlo al 95%.

Tabla 32. Medias y puntuaciones U y z obtenidas por los cuidadores del grupo control y del grupo tratamiento en el PAC, en la evaluación inicial, pos-tratamiento y de seguimiento. Diferencias Intergrupos e Intragrupos.

		Pre	Pos	Seg	Diferencias Intergrupos			Diferencias Intragrupos	
					Prueba U de Mann-Whitney			Prueba de Wilcoxon	
					Pre	Pos	Seg	Pre-Seg	Pos-Seg
		<i>M</i> (<i>DT</i>)	<i>M</i> (<i>DT</i>)	<i>M</i> (<i>DT</i>)	<i>U</i>		<i>z</i>	<i>z</i>	
					<i>p</i>		<i>p</i>	<i>p</i>	
					<i>r</i>		<i>r</i>	<i>r</i>	
PAC	Tto (n=43)	42.69 (11.61)	47.20 (6.96)	47.77 (6.45)	552.000 .193	623.500 .577	451.000 .565	-1.882 .059	-1.419 .170
	Cont (n=23)	47.17 (6.55)	47.74 (7.26)	46.84 (6.50)	-.161	-.070	-.072	-.232	-.175

Nota: * $p < .05$; Pre = Evaluación inicial; Pos = Evaluación pos-tratamiento; Seg: Evaluación de Seguimiento; Tto = Grupo Tratamiento; Cont = Grupo Control; *M* = Media; *DT* = desviación típica; *U* = Prueba U de Mann-Whitney; *z* = Prueba de Wilcoxon; *p* = Significación estadística. *r* = Tamaño de efecto.

ESTUDIO 2: CUIDADORES

En el caso de los resultados del PAC (tabla 32) no encontramos diferencias significativas intergrupos, ni intragrupos. Si observamos en las comparaciones a posteriori que el grupo tratamiento aumenta sus puntuaciones de manera significativa de la evaluación inicial a la evaluación de seguimiento ($p = .025$).

Para conocer la evolución de la aplicación del enfoque de Atención Centrada en la Persona (tabla 33) de los cuidadores en los 6 meses posteriores a la evaluación pos-tratamiento, se llevó a cabo un análisis de las diferencias intergrupos e intragrupos mediante un análisis de Modelo Lineal General de medidas repetidas (grupo*momento). En este caso se han utilizado medidas de análisis paramétricas ya que la variable enfoque de Atención Centrada en la Persona medida con el PDC presenta una distribución normal (encontrando valores no significativos en el test de Kolmogorov-Smirnov).

No se cumple la condición de esfericidad (W de Mauchly), ya que la probabilidad asociada es de $p < .001$ por lo que hemos corregido los datos con el estadístico de Greenhouse-Geisser.

En este caso encontramos diferencias significativas intergrupos ($F(1, 43) = 5.211$; $p = .027$; $\eta^2 = .108$; $P.O = .607$) observando que, en la evaluación inicial, el grupo control muestra una puntuación mayor al grupo tratamiento ($p = .006$). Estas diferencias intergrupos desaparecen en la evaluación pos-tratamiento y en la de seguimiento, equiparándose los grupos. También observamos diferencias significativas intragrupos ($F(1.000, 43.000) = 15.282$; $p < .001$; $\eta^2 = .262$; $P.O = .969$) que están asociadas al grupo, tal cual muestra la interacción (grupo*momento) ($F(1.000, 43.000) = 8.270$; $p = .006$; $\eta^2 = .161$; $P.O = .803$) mostrando un aumento significativo de la puntuación del grupo tratamiento de la evaluación inicial a la de seguimiento ($p < .001$).

ESTUDIO 2: CUIDADORES

Tabla 33. Medias y puntuaciones F obtenidas por los cuidadores del grupo control y del grupo tratamiento en el PDC en la evaluaciones Pre, Pos y Seguimiento. Diferencias Intergrupos e Intragrupos.

		Pre	Pos	Seg	Pre-Seg		Pos-Seg			
		<i>M</i> (<i>DT</i>)	<i>M</i> (<i>DT</i>)	<i>M</i> (<i>DT</i>)	Difer Interg <i>F</i> <i>p</i> <i>eta</i> <i>P.O</i>	Difer Intrag <i>F</i> <i>p</i> <i>eta</i> <i>P.O</i>	Interac ción Grupo* mnt <i>F</i> <i>p</i> <i>eta</i> <i>P.O</i>	Difer Interg <i>F</i> <i>p</i> <i>eta</i> <i>P.O</i>	Difer Intrag <i>F</i> <i>p</i> <i>eta</i> <i>P.O</i>	Interac ción Grupo* mnt <i>F</i> <i>p</i> <i>eta</i> <i>P.O</i>
PDC	Tto (n=22)	105.23 (14.25)	118.55 (15.48)	122.73 (14.42)	5.211* .027	15.282* .000	8.270* .006	1.635 .208	2.619 .113	0.618 .436
	Cont (n=23)	125.74 (30.12)	126.96 (24.51)	128.40 (20.96)	.108 .607	.262 .969	.161 .803	.037 .240	.057 .353	.014 .120

Nota: * $p < .05$; Pre = Evaluación inicial; Pos = Evaluación pos-tratamiento; Seg: Evaluación de Seguimiento; Tto = Grupo Tratamiento; Cont = Grupo Control; *M* = Media; *DT* = desviación típica; Difer Interg = Diferencias intergrupos; Difer Intrag = Diferencias intragrupos; Interacción Grupo*mnt = Diferencias en la interacción del grupo por el momento de evaluación; *F* = Test F; *eta* = tamaño de efecto; *p* = Significación estadística. *P.O* = Potencia observada.

En cuanto a la información que reportaban los cuidadores sobre las personas cuidadas y la detección de cambios en ellas como consecuencia de la intervención observamos que en los 6 meses posteriores a la evaluación pos-tratamiento, en la escala de frecuencia de problemas de las personas mayores no encontramos diferencias significativas intergrupos en ninguno de los momentos. Sin embargo, se observan diferencias significativas intragrupo entre la evaluación inicial y la evaluación de seguimiento ($F(1, 138) = 11.050$; $p = .001$; $eta = .074$; $P.O = .910$) aunque no en la interacción (grupo*momento) (tabla 34). De este modo se puede comprobar cómo las puntuaciones del grupo control aumentan de manera significativa de la evaluación inicial a la de seguimiento ($p = .007$).

En cuanto a la escala de reacción a los problemas de las personas mayores encontramos diferencias significativas intergrupos en ambos momentos, observando que

ESTUDIO 2: CUIDADORES

el grupo tratamiento tiene puntuaciones significativamente mayores en la evaluación inicial ($p < .001$) y en la evaluación pos-tratamiento ($p < .001$) que el grupo control.

También se observan diferencias significativas intragrupo ($F(1.000, 138.000) = 9.223; p = .003; eta = .063; P.O = .854$) y en la interacción (grupo*momento) ($F(1.000, 138.000) = 5.787; p = .017; eta = .040; P.O = .666$) por lo que las puntuaciones del grupo control aumentan significativamente de la evaluación inicial a la de seguimiento ($p = .000$).

Tabla 34. Medias y puntuaciones F obtenidas por las personas mayores según los cuidadores del grupo control y del grupo tratamiento en el RMPBC FT y RMPBC RT, en la evaluación inicial, pos-tratamiento y de seguimiento. Diferencias Intergrupos e Intragrupos.

		Pre	Pos	Seg	Pre-Seg			Pos-Seg		
					Difer Interg	Difer Intrag	Interacción Grupo*mnt	Difer Interg	Difer Intrag	Interacción Grupo*mnt
		<i>M</i>	<i>M</i>	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>F</i>	<i>F</i>	<i>F</i>	<i>F</i>	<i>F</i>
		(<i>DT</i>)	(<i>DT</i>)	(<i>DT</i>)	<i>p</i>	<i>p</i>	<i>p</i>	<i>p</i>	<i>p</i>	<i>p</i>
					<i>eta</i>	<i>eta</i>	<i>eta</i>	<i>eta</i>	<i>eta</i>	<i>eta</i>
					<i>P.O</i>	<i>P.O</i>	<i>P.O</i>	<i>P.O</i>	<i>P.O</i>	<i>P.O</i>
RMP BC FT	Tto (n=80)	1.66 (0.78)	1.80 (0.70)	1.83 (0.61)	2.380 .125	11.050* .001	0.629 .429	3.312 .071	2.743 .100	1.283 .259
	Cont (n=60)	1.44 (0.49)	1.53 (0.56)	1.72 (0.98)	.017 .335	.074 .910	.005 .124	.023 .439	.019 .376	.009 .203
RMP BC RT	Tto (n=80)	1.14 (0.58)	1.24 (0.51)	1.19 (0.51)	10.912* .001	9.223* .003	5.787* .017	9.523* .002	0.973 .326	3.023 .084
	Cont (n=60)	0.68 (0.45)	0.86 (0.51)	1.06 (1.04)	.073 .907	.063 .854	.040 .666	.065 .865	.007 .165	.021 .408

Nota: * $p < .05$; Pre = Evaluación inicial; Pos = Evaluación pos-tratamiento; Seg: Evaluación de Seguimiento; Tto = Grupo Tratamiento; Cont = Grupo Control; *M* = Media; *DT* = desviación típica; Difer Interg = Diferencias intergrupos; Difer Intrag = Diferencias intragrupos; Interacción Grupo*mnt = Diferencias en la interacción del grupo por el momento de evaluación; *F* = Test F; *eta* = tamaño de efecto; *p* = Significación estadística. *P.O* = Potencia observada.

4.7 DISCUSIÓN.

Como encontramos en la literatura científica, el cuidador tiene un papel fundamental en el día a día de las personas mayores (Calero-García et al., 2015; Cheng et al., 2019). Esto ha provocado el desarrollo de programas dirigidos a formar a los cuidadores de las personas mayores (Goyder et al., 2012; Mills et al., 2017; Yates et al., 2019) pero la mayoría de estos no diferencia entre cuidadores familiares o profesionales. Esta diferenciación es importante ya que las características de ambas muestras suelen ser diferentes tanto en sus características socio-demográficas como en sus necesidades de apoyo y formación (Diniz et al., 2018; Wimo et al., 2017).

Los objetivos de este segundo estudio han sido analizar la satisfacción, la aplicación del enfoque de atención centrada en la persona y las diferencias que hay entre el grupo control y el tratamiento a la hora de informar sobre las personas cuidadas y detectar cambios en ellas como consecuencia de la intervención. Además, otros objetivos también han sido analizar las diferencias socio-demográficas entre cuidadores familiares y profesionales que participaron en un programa de formación de cuidadores basado en el programa CUIDA-2, ver el grado de implicación y satisfacción de ambos grupos y comprobar cuáles son las diferencias entre los grupos a la hora de informar sobre las personas cuidadas y detectar cambios en ellas como consecuencia de la intervención.

Lo primero que observamos, en cuanto satisfacción con los cuidados que proporcionan los cuidadores a las personas mayores, es que los cuidadores del grupo tratamiento mejoran su satisfacción después de la aplicación del programa de formación de cuidadores basados en CUIDA-2 (Calero et al., 2017). Esto nos indica que los cuidadores del grupo tratamiento, una vez recibido este, están más satisfechos con los cuidados que proporcionan a las personas mayores en su día a día. De este modo, podemos

ESTUDIO 2: CUIDADORES

decir que los efectos negativos de trabajar como cuidador pueden ser paliados con una mejor percepción del mismo y del trabajo que realizan. Se reconoce que la satisfacción con los cuidados proporcionados es un factor que alivia la carga de los estresantes deberes del cuidado (Fauziana et al., 2018). Tradicionalmente se ha documentado que la satisfacción está influida por el grado de carga percibido por el cuidador (Caldeira, Neri, Batistoni, y Cachioni, 2017; Vaingankar et al., 2013) de modo que se indica una relación inversa entre la satisfacción con el cuidado y la carga (Fianco, Sartori, Negri, Lorini, Valle y Delle Fave, 2015). Por ello, percibir la prestación de cuidados como una experiencia positiva es esencial para aliviar la carga de las personas que brindan cuidados a las personas mayores. De este modo, un programa de formación de cuidadores puede dotarlos de herramientas que disminuyan su carga de trabajo (tanto objetiva como subjetivamente) y esto se ve reflejado en el aumento de satisfacción de los propios cuidadores del grupo tratamiento.

En cuanto al grado de aplicación del enfoque de Atención Centrada en la Persona por los cuidadores encontramos que el grupo tratamiento aumenta la aplicación del mismo hasta igualar los datos con el grupo control y eliminar las diferencias que mostraban en la evaluación inicial. Esto indica que la aplicación de este programa de formación de cuidadores hace a los cuidadores del grupo tratamiento más conscientes de la necesidad de tratar a las personas mayores de manera más individualizada y específica haciendo hincapié en su autonomía y preferencias. Este aumento de concienciación hace que los cuidadores incorporen este enfoque de Atención Centrada en la Persona en su manera de trabajar en el día a día obteniendo beneficios en las personas mayores y en los propios cuidadores. El progreso hacia el cambio cultural asociado a la Atención Centrada en la Persona requiere la implantación y consolidación de intervenciones que afectan a diversas áreas de los centros gerontológicos (Díaz-Veiga et al., 2016). Desde la corta intervención

ESTUDIO 2: CUIDADORES

que hemos hecho en este estudio, incidiendo solo sobre los cuidadores, hemos obtenido resultados interesantes. Esto hace prever, que una intervención más extensa podría aumentar significativamente los beneficios que ya ha demostrado el enfoque de Atención Centrada en la Persona tanto para las personas mayores (Terada et al., 2013), como para las familias (Díaz-Veiga et al., 2016) y los trabajadores (Passalacqua y Harwood, 2012; Edvardsson, Sandman y Borell, 2014).

En cuanto a la percepción de los cuidadores de los problemas de memoria, comportamiento, ansiedad y depresión de las personas mayores a las que atienden, los datos nos muestran que los cuidadores del grupo tratamiento refieren una mayor frecuencia y reacción a dichos problemas tanto antes como después de la aplicación del programa de formación. Estos datos se deben a que el RMBPC nos da información de cómo perciben los cuidadores dichos problemas (Pearlin, Mullan, Semple y Skaff, 1990) por lo que es probable que los participantes en el grupo tratamiento estén más predispuestos a fijarse en dichos problemas y por tanto su detección sea mayor que en el grupo control (Jackson, Fauth y Geiser, 2014), y ello provoque una mayor reacción a los mismos.

Además, encontramos que el grupo control también eleva su detección y reacción ante dichos problemas. Esto puede estar provocado por el mero hecho de tener que registrarlo en el cuestionario RMPBC en la evaluación inicial. Es posible que el hecho de haber tenido que contestar a dicho cuestionario haya hecho que, posteriormente, hayan estado más atentos a estos problemas y hayan sido conscientes de ellos. Es decir, es posible que el cuidador control hubiese visto conductas en las personas mayores que cuidaban que no les hubieran dado importancia hasta que en la evaluación inicial las han visto catalogadas como problemas y desde ese momento se hayan hecho más conscientes

ESTUDIO 2: CUIDADORES

aumentando así su detección y reacción. Este fenómeno es el mismo que podría suceder en los cuidadores del grupo tratamiento, pero, aun así, muestran una mayor detección y reacción ante dichos problemas que el grupo control que como hemos dicho anteriormente, puede ser debido a una mayor predisposición.

Finalmente, los cuidadores del grupo tratamiento realizan una valoración positiva de la experiencia de haber participado e implementado el programa de formación de cuidadores. En este sentido, los cuidadores del grupo tratamiento mejoraron en su satisfacción con el cuidado, aumentando su conocimiento y sensación de confianza en el trabajo y satisfacción general con el programa llevado a cabo.

Además, manifestaron que los aspectos más útiles de la formación habían sido conocer las áreas más deterioradas de las personas mayores y aprender ejercicios para mejorarlas. Igualmente, aunque consideran que el principal problema ha sido el poco tiempo del que disponen para cada una de las personas mayores, muestran una gran predisposición a volver a participar en un programa de este tipo.

Estos resultados demuestran que los cuidadores no sólo se benefician de programas dirigidos a disminuir el *burnout* y el malestar emocional (Etxeberria, García, Iglesias, Urdaneta, Lorea, Díaz y Yanguas, 2011). También se benefician de programas que les formen en la comunicación, conocimiento personal y estrategias de estimulación cognitiva para aplicar en el cuidado diario.

Al igual que nos interesaba conocer las diferencias en los beneficios en las personas mayores en relación con el tipo de cuidador que proporcionaba los cuidados quisimos conocer cómo los beneficios en los cuidadores se veían influidos según si se trataba de un cuidador familiar o profesional. Por ello se analizaron las diferencias

ESTUDIO 2: CUIDADORES

sociodemográficas, así como la satisfacción y la percepción de la frecuencia y reacción de los problemas de los mayores en ambos grupos (familiares y profesionales).

Como hemos podido observar, ambos grupos parten de características socio-demográficas diferentes. Principalmente encontramos que la edad media del cuidador en el grupo de cuidadores familiares es significativamente mayor que la de los cuidadores profesionales. Esto suele ser así porque en las familias suele ejercer el rol de cuidador la mujer que ha desempeñado el rol materno en la familia (Martins et al., 2019; Nunes et al., 2019), de este modo observamos que suelen ser las esposas o hijas más mayores y sin trabajo las que se ocupan del cuidado de la persona mayor dependiente de la familia (Del Pozo y Sotos, 2012; Díaz-Martínez y Simó-Noguera, 2016). Por otro lado, encontramos que el nivel de estudios también es diferente y los cuidadores del grupo profesional tienen estudios secundarios o superiores en mayor medida que los cuidadores familiares. Esto es debido a que para poder desempeñar su trabajo de cuidador profesional necesitan una formación básica de estudios secundarios (formación profesional como auxiliares de enfermería y diferentes colectivos de la salud). Gracias a su formación, los cuidadores profesionales tienen conocimientos básicos de la salud, el envejecimiento y diversas patologías asociadas a la edad, por lo que pueden garantizar unos cuidados especializados a una persona mayor dependiente. A diferencia, los cuidadores familiares no tienen este tipo de formación ya que su situación de proporcionar cuidados les suele venir impuesta.

Todas estas características hacen que la predisposición ante los cuidados y los conocimientos de cómo proporcionarlos sea diferente entre ambos tipos de cuidadores. Por tanto, los datos encontrados confirman investigaciones previas (Diniz et al., 2018; Wimo et al., 2017) sobre las diferencias de ambos grupos y hacen ver la necesidad de adaptar los programas de formación que se ofertan en función de las características de estos.

ESTUDIO 2: CUIDADORES

Respecto a las posibles diferencias entre el tipo de cuidador en cuanto a la satisfacción que sentían los cuidadores al proporcionar cuidados a personas encontramos que la satisfacción con el trabajo que realizan los dos grupos de cuidadores aumenta después de la aplicación del programa (como mostraban los datos de grupo tratamiento en general). Así, tanto los cuidadores familiares como los cuidadores profesionales aumentan su satisfacción con la tarea de prestar cuidados de la evaluación inicial a la evaluación pos-tratamiento. También observamos que en todo momento los cuidadores profesionales presentan mayores valores de satisfacción que los cuidadores familiares. Esto puede ser debido a que los cuidadores profesionales están ejerciendo un trabajo que han elegido y en un centro exterior a su propio domicilio y que los cuidadores familiares se enfrentan a una situación que les ha venido impuesta por las necesidades del familiar mayor al que cuidan. Este resultado es muy relevante porque vemos cómo el grupo de cuidadores familiares evoluciona mostrando mejoras en satisfacción que se ven reflejadas en su día a día haciendo que la carga del cuidado se evalúe de manera menos negativa y su estado emocional respecto al cuidado de sus familiares sea mejor (Fauziana et al., 2018).

Específicamente, en el PAC, observamos cómo los cuidadores familiares son los que parten de una puntuación más baja, que aumenta con la aplicación del programa, lo que nos indica un mayor desconocimiento y necesidad de información sobre la atención centrada en la persona de este grupo.

En cuanto a las diferencias a la hora de informar sobre las personas que cuidan y detectar cambios en ellas como consecuencia de la intervención, encontramos que en el RMPBC los cuidadores familiares manifiestan mayor frecuencia en la detección y mayor reacción ante problemas de memoria, conductuales y emocionales en las personas

ESTUDIO 2: CUIDADORES

mayores que cuidan que los cuidadores profesionales. Esto podría ser así debido a que los cuidadores familiares están más implicados en el cuidado y menos familiarizados con la sintomatología y por ello pueden ser más sensibles y estar más atentos a las conductas del familiar al que atienden (Wimo et al., 2017). Aunque los cuidadores familiares muestren más detección y reacción en todos los momentos de evaluación, también observamos cómo la detección de la frecuencia y la reacción a dichos problemas de las personas mayores aumenta después de la intervención en los cuidadores profesionales. Esto es así porque se han formado en el programa de formación de cuidadores por lo que se esperaba que se hicieran más sensibles a la detección de estos problemas y por tanto es lógico observar que su detección y reacción aumenta después de la formación que han recibido.

Otra cuestión que evaluamos fue la valoración que hacen los cuidadores de la participación en el programa a través de la prueba SSFQ. Los datos obtenidos muestran que los dos grupos de cuidadores han evaluado su participación en el programa de formación de cuidadores como una experiencia muy positiva que ha contribuido a aumentar su satisfacción general con el programa, siendo los familiares los que mejor puntúan el conocimiento, confianza en su trabajo y satisfacción con su labor de cuidado diaria. Según informan los cuidadores familiares, conocer qué áreas tenían las personas mayores más deterioradas y aprender ejercicios para dichas áreas y el cómo llevarlas a cabo ha sido la parte de la formación que han encontrado más útil. También manifiestan que el mayor beneficio que han obtenido ha sido aprender a comunicarse mejor con las personas mayores y mejorar la convivencia. Para los cuidadores profesionales los aspectos más valorados han sido el mayor conocimiento sobre los residentes a los que atienden, una mayor empatía hacia ellos y una mayor capacidad para atenderlos cuando están preocupados o deprimidos. Estos cuidadores valoran la formación recibida de manera muy positiva y estarían dispuestos a volver a participar en un programa de este

ESTUDIO 2: CUIDADORES

tipo. Como principal inconveniente, señalan el poco tiempo del que disponen para atender a cada persona mayor. En este sentido, sería interesante incrementar los recursos de manera que hubiera más cuidadores profesionales en los centros dedicados a la atención de personas mayores de tal manera que la falta de tiempo no fuera un impedimento para la correcta atención del mayor.

Finalmente investigamos si estos resultados se mantenían a medio plazo (6 meses posteriores a la evaluación pos-tratamiento).

En cuanto al mantenimiento de los resultados referidos a la satisfacción de los cuidadores medida con el PAC, encontramos que los cuidadores del grupo tratamiento seguían mostrando una mayor satisfacción que la evaluada en la evaluación inicial por lo que la mejora de la satisfacción se mantiene después de la intervención y 6 meses después de la misma afianzando esta mejora en la vida de los cuidadores del grupo tratamiento.

Del mismo modo que comentábamos anteriormente, los cuidadores familiares, específicamente, aumentan su satisfacción y esta se mantiene en la evaluación de seguimiento a los 6 meses por lo que podemos afirmar que los cuidadores familiares aumentan su satisfacción con la proporción de cuidados a medio plazo y una vez finalizada la implementación de programa de formación de cuidadores basado en CUIDA-2 (Calero et al., 2017), al igual que los cuidadores del grupo tratamiento en general.

En cuanto al mantenimiento del enfoque de Atención Centrada en la Persona, encontramos que el grupo tratamiento sigue aplicando en mayor medida dicho enfoque pasado los 6 meses por lo que la formación de cuidadores ha sido eficaz a la hora de proporcionarles a los cuidadores del grupo tratamiento un enfoque de trabajo. Estos datos muestran que los cuidadores del grupo tratamiento han incorporado esta manera de

ESTUDIO 2: CUIDADORES

trabajar y la ponen en práctica en mayor medida conforme pasa el tiempo. Esto es así porque tienen la posibilidad de ir incluyéndolo en su modo de trabajo y cada vez lo tienen más consolidado en su manera de trabajar.

Finalmente queríamos comprobar cómo evolucionaba la detección de los cuidadores sobre la frecuencia de los problemas de las personas mayores y su reacción ante dichos problemas en los 6 meses posteriores a la evaluación pos-tratamiento.

En este ámbito encontramos que el grupo control aumenta su percepción en la frecuencia de problemas en las personas mayores de la evaluación inicial a la de seguimiento. También se observa que el grupo tratamiento reacciona más ante los problemas en la evaluación inicial y en la evaluación pos-tratamiento pero que esta diferencia con el grupo control desaparece en la evaluación de seguimiento por lo que vemos cómo la detección y la reacción de los cuidadores del grupo tratamiento se equipara a al grupo control. Lo que sí se mantiene a los 6 meses es el aumento de la detección y reacción antes dichos problemas de los cuidadores del grupo control con respecto a la evaluación inicial.

Podemos decir que esto es un gran resultado ya que durante la aplicación del programa de formación de cuidadores ha variado la detección y reacción de los cuidadores en este sentido. Los datos de seguimiento nos muestran que los cuidadores del grupo tratamiento han podido aprender a percibir mejor los problemas de las personas mayores ajustando la detección y reacción a los mismos. Y también se ha podido dar una cierta concienciación en los cuidadores controles a la hora de contestar al cuestionario RMPBC haciendo que su detección y reacción también aumenten y se mantenga a los 6 meses de seguimiento.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

En primer lugar, queremos señalar que de las 10 hipótesis que desarrollamos en el estudio 1 con personas mayores, 6 de ellas han sido confirmadas completamente. De las 4 hipótesis que no se han confirmado completamente encontramos que: 1) En la hipótesis 3 esperábamos una mejora significativa en la habilidad funcional de las personas mayores cuidadas por cuidadores formados en nuestro programa pero hemos podido observar que no se produjo una diferencias significativa entre le grupo control y el grupo tratamiento ni un aumento significativo de la habilidad funcional de las personas mayores del grupo tratamiento, pues aunque si se ha observado una pérdida de habilidades funcionales en el grupo control, ésta no ha sido significativa.; 2) en la hipótesis 5 en la que hipotetizábamos que no iba a haber diferencias en el impacto del programa sobre la capacidad cognitiva entre cuidadores familiares y profesionales descubrimos que, aunque ambos grupos (independientemente del tipo de cuidador) se beneficiaban cognitivamente de la implementación de un programa de formación de cuidadores, los beneficios en los sub-ítems del MEC fueron diferentes dependiendo del cuidador. Por eso consideramos que se ha confirmado pero con algunas particularidades; 3) en la hipótesis 9 decíamos que los grupos dependientes serían los que más se iban a beneficiar de la intervención pero hemos podido comprobar que ha sido el grupo tratamiento-independiente el que más se ha beneficiado de la implementación del programa de formación de cuidadores; y 4) por último, en la hipótesis 10 señalábamos que no iba a haber diferencias según el sexo y esto fue así para la capacidad cognitiva y la habilidad funcional pero no para la calidad de vida, donde los hombres mostraron mayores beneficios.

En cuanto al estudio 2 con cuidadores, se han confirmado 7 de las 9 hipótesis planteadas. Las hipótesis que no se han cumplido han sido la 3 y la 7. En ellas hipotetizamos que el grupo tratamiento disminuiría sus puntuaciones en el RMPBC y se ha producido el efecto contrario.

CONCLUSIONES

Con los resultados obtenidos de la confirmación total o parcial de estas hipótesis, se han demostrado resultados significativos positivos sobre la capacidad cognitiva y la calidad de vida de las personas mayores del grupo tratamiento, así como el mantenimiento de los efectos de la intervención en los 6 meses posteriores a la finalización de la misma. También hemos comprobado estos beneficios en la capacidad cognitiva y la calidad de vida de estas personas mayores independientemente del tipo de cuidador que les proporcione los cuidados. Asimismo, observamos mejoras en estas variables, especialmente para las personas mayores que aún son independientes y tanto para hombres como para mujeres, aunque los hombres se benefician más en cuanto a su calidad de vida.

Queda por analizar los efectos de transferencia del impacto del programa en la habilidad funcional, pues no ha sido totalmente confirmada, pues, aunque se han detectado efectos positivos en el tratamiento, mantenidos en el seguimiento, estos no han resultado significativos. Esto puede ser debido al instrumento utilizado que ha producido una variabilidad de efectos que ha imposibilitado un análisis estadístico más potente.

También podemos confirmar que los cuidadores aumentan su satisfacción y trabajan más desde un enfoque de Atención Centrada en la Persona después de formarse en el programa de formación de cuidadores CUIDA-2 (Calero et al., 2017). Además, hemos corroborado que los cuidadores familiares y profesionales parten de características socio-demográficas diferentes por lo que hay que personalizar las formaciones de los cuidadores dependiendo del tipo de cuidador. Los beneficios obtenidos por los cuidadores se mantienen en el tiempo igual que observábamos con los beneficios de las personas mayores.

CONCLUSIONES

Por todo ello, podemos concluir que un programa que forma a los cuidadores de personas mayores en Atención Centrada en la Personas, comunicación y estimulación cognitiva como el programa CUIDA-2 (Calero et al., 2017) reporta beneficios tanto en las personas mayores cuidadas como en los cuidadores que lo implementan.

En esta investigación hemos mostrado que las personas mayores que son cuidadas por cuidadores formados en el programa puesto a prueba mejoran su capacidad cognitiva y su calidad de vida y mantienen su habilidad funcional. De este modo se produce una disminución de la dependencia y se promueve una mayor autonomía y un envejecimiento exitoso (Rebok et al., 2014). Además, estos resultados se mantienen independientemente del tipo de cuidador que proporcione los cuidados (familiar y profesional) observándose que la capacidad cognitiva mejora aún más si el cuidador es familiar.

Además, se comprueba que estos resultados se mantienen tras seis meses de aplicación del programa observando que la calidad de vida de las personas mayores sigue aumentando en el seguimiento.

Otro dato a favor de la aplicación de este programa de formación de cuidadores, además de los propios beneficios comentados anteriormente, es que se observa que las personas mayores del grupo control disminuyen su capacidad cognitiva y funcional. Esto hace aún más esencial implementar este tipo de programas para frenar estos déficits en las personas mayores y garantizar que sean funcionalmente independientes para poder mantener un proceso de envejecimiento activo (Salazar-Barajas et al., 2018)

También se ha constatado que, si las personas mayores sufren una dependencia inicial, la no actuación produce que cada vez muestren mayores deficiencias cognitivas. Esta circunstancia se revierte con la aplicación del programa de formación de cuidadores ya que las personas dependientes cuidadas por cuidadores que se han formado en el

CONCLUSIONES

programa de formación de cuidadores mejoran y mantienen su capacidad cognitiva y calidad de vida. Por ello es importante implementar estos programas para no observar el deterioro que vemos en el grupo control de personas mayores.

En cuanto a los cuidadores, encontramos que aumentan su satisfacción con los cuidados proporcionados. También hemos podido observar que los cuidadores familiares y profesionales muestran características y necesidades diferentes que hay que tener en cuenta a la hora de diseñar un programa de formación de cuidadores ya que las circunstancias en las cuales desarrollan sus cuidados varían. En este caso, ambos tipos de cuidadores se benefician y aumentan su satisfacción con el cuidado que prestan después de realizar esta formación ya que les ofrece herramientas para mejorar sus cuidados y les hace sentirse más competentes, seguros y satisfechos con su labor diaria lo cual incrementa su grado de implicación en el proceso de cuidado de la persona mayor.

Es importante señalar que los resultados indican los beneficios de formar a los cuidadores familiares, dada la importancia de su actuación y la necesidad de diseñar programas diferenciados para uno y otro tipo de cuidadores, dado que parten de niveles de conocimientos diferentes y poseen características distintivas que afectan a su trabajo de cuidado.

Como principal limitación del estudio presentado se podría señalar el tamaño de la muestra por lo que sería interesante replicar el estudio con muestras más amplias. Además, las muestras no han sido iguales en número de participantes. Esto ha sido así, porque es difícil acceder a este tipo de población y no queríamos perder participantes del estudio. Por ese motivo decidimos mantener esta muestra antes que eliminar casos de ella. Estos estudios se han derivado de 5 años de trabajo con diferentes grupos, en distintos centros y con la ayuda de mis tutoras de tesis, pero creemos que podría ser interesante

CONCLUSIONES

poner a prueba este programa con otras variables dependientes. Nosotros nos hemos centrado principalmente en la parte cognitiva, pero el programa CUIDA-2 incluye una parte funcional de ejercicio físico, una parte nutricional de alimentación, una parte emocional de estado ánimo y una parte de cuidados de higiene básicos que sería muy interesante poder analizar y examinar como hemos hecho con la parte de estimulación cognitiva en la presente tesis. Otras limitaciones que podríamos señalar es la corta duración del programa, que ha podido generar la falta de significación de algunos resultados en la parte más funcional, así como la evaluación de dicha capacidad funcional a partir de instrumentos donde los datos eran reportados por los cuidadores y no eran datos directos. Por último, la necesidad de incorporar medidas directas de habilidad funcional mejor que informes de terceros, como el caso del Barthel, para estimar objetivamente el impacto de un programa de intervención.

No obstante, a partir de los resultados obtenidos, podemos concluir que intervenir sobre los cuidadores tiene grandes ventajas porque facilita y economiza la aplicación, generalización y diseminación del programa, lo que redundará en mayor cantidad de efectos positivos a menor costo económico y de personal, pues, como hemos comprobado, un programa de formación de cuidadores para entrenar cognitivamente a personas mayores ofrece beneficios cognitivos, funcionales y de calidad de vida en las personas mayores independientemente del tipo de cuidador que lo imparta haciendo que los mayores sean autónomos e independientes durante más tiempo.

Este aumento de la independencia apoya y mantiene un proceso de envejecimiento exitoso (Salazar-Barajas et al., 2018), lo que supone una descarga de los servicios de atención a la dependencia y por tanto un ahorro económico de la sociedad (Cove et al., 2014; Orrell et al., 2017; Yates et al., 2015). Además, aumenta la satisfacción de los cuidadores con el trabajo que llevan a cabo promoviendo una visión positiva hacia la

CONCLUSIONES

labor que realizan (Brehon, Horrell y Stephens, 2020; Fauziana et al., 2018) disminuyendo varios de los aspectos negativos asociados al rol de cuidador (Cano y Cano, 2018).

En momentos como el actual, de aislamiento de personas mayores debido a la afectación del virus de la COVID-19, este tipo de programas cobran una mayor relevancia, pues pueden compensar los efectos negativos del confinamiento de los mayores en sus residencias y/u hogares. Por ello es necesario implementar este tipo de programas que van dirigidos a desarrollar un modelo de intervención de cuidados centrados en la persona que puedan ser aplicados en diferentes formas de convivencia adaptándose a las necesidades de las personas mayores y a las posibles situaciones sobrevenidas, como las de esta pandemia que ha demostrado que la asistencia que estamos ofreciendo a nuestras mayores debe evolucionar a nuevas formas de cuidado, como las que proporcionan programas del tipo de CUIDA-2 (Calero et al., 2017).

En definitiva, el trabajo que presentamos constituye una valoración positiva del módulo de estimulación cognitiva del programa CUIDA-2 (Calero et al., 2017). Esperamos poder ampliar esta valoración a otras muestras en otros contextos y seguir con la valoración del resto de los módulos en muestras de personas mayores tanto residentes en centros como en sus propios domicilios.

REFERENCIAS

- Adlbrecht, L., Bartholomeyczik, S., Hildebrandt, C. y Mayer, H. (2020). Social interactions of persons with dementia living in special care units in long-term care: A mixed-methods systematic review. *Dementia*, 20 (3), 967-984. <https://doi.org/10.1177/1471301220919937>.
- Alberola, S., Oliver, A., y Tomás, J. M. (2017). Validación de un modelo intercultural de envejecimiento exitoso en población española. *Gerokomos*, 28(2), 63-67.
- Albert, M. S., DeKosky, S. T., Dickson, D., Dubois, B., Feldman, H. H., Fox, N. C., ... y Snyder, P. J. (2011). The diagnosis of mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimer's and dementia*, 7(3), 270-279. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2011.03.008>
- Amieva, H., Robert, P. H., Grandoulier, A. S., Meillon, C., De Rotrou, J., Andrieu, S., ... y Joël, M. E. (2016). Group and individual cognitive therapies in Alzheimer's disease: the ETNA3 randomized trial. *International psychogeriatrics*, 28(5), 707-717. <https://doi.org/10.1017/S1041610215001830>.
- Andel, R., Vigen, C., Mack, W., Clark, L., y Gatz, M. (2006). The effect of education and occupational complexity on rate of cognitive decline in Alzheimer's patients. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 12(1), 147-152. <https://doi.org/10.1017/S1355617706060206>.
- Andersen, C. K., Wittrup-Jensen, K. U., Lolk, A., Andersen, K., y Kragh-Sørensen, P. (2004). Ability to perform activities of daily living is the main factor affecting quality of life in patients with dementia. *Health and quality of life outcomes*, 2(1), 52. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-2-52>

- Andersson, A., Levin, L. Å., y Emtinger, B. G. (2002). The economic burden of informal care. *International journal of technology assessment in health care*, 18(1), 46. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2017.07.020>
- Anker-Hansen, C., Skovdahl, K., McCormack, B., y Tønnessen, S. (2018). The third person in the room: The needs of care partners of older people in home care services—A systematic review from a person-centred perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 27(7-8), e1309-e1326. <https://doi.org/10.1111/jocn.14205>
- Apóstolo, J. L. A., Cardoso, D. F. B., Rosa, A. I., y Paúl, C. (2014). The effect of cognitive stimulation on nursing home elders: A randomized controlled trial. *Journal of Nursing Scholarship*, 46(3), 157-166. <https://doi.org/10.1111/jnu.12072>
- Apóstolo, J., Bobrowicz-Campos, E., Gil, I., Silva, R., Costa, P., Couto, F., ... y Almeida, M. (2019). Cognitive stimulation in older adults: an innovative good practice supporting successful aging and self-care. *Translational Medicine@ UniSa*, 19, 90-94. PMID: [31360672](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31360672/).
- Badía, X., Roset, M., Montserrat, S., Herdman, M., y Segura, A. (1999). La versión española del EuroQol: descripción y aplicaciones. *Medicina Clínica (Barc)*, 112 (Supl 1): 79-86.
- Ball, K., Berch, D. B., Helmers, K. F., Jobe, J. B., Leveck, M. D., Marsiske, M., ... y Unverzagt, F. W. (2002). Effects of cognitive training interventions with older adults: a randomized controlled trial. *Jama*, 288(18), 2271-2281. <https://doi.org/10.1001/jama.288.18.2271>.
- Ballard, C., Khan, Z., Clack, H. y Corbett, A. (2011). Non-pharmacological treatment of Alzheimer's Disease. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 56(10), 589-595. <https://doi.org/10.1177/070674371105601004>.

- Baltes M.M., y Carstensen L.L. (2003). *The Process of Successful Aging: Selection, Optimization, and Compensation*. In: U.M., Staudinger y U. Lindenberger (Eds.) *Understanding Human Development* (p. 81–104). Springer, Boston, MA. https://doi.org/10.1007/978-1-4615-0357-6_5
- Baltes, P. B. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, 23, 611–26. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.23.5.611>
- Baltes, P. B. y Willis, S. L. (1982). Plasticity and enhancement of intellectual functioning in old age: Penn State's Adult Development and Enrichment Project (ADEPT). In F. I. M. Craik y S. E. Trehub (Eds.), *Aging and cognitive processes* (pp.353–89). New York: Plenum Press. https://doi.org/10.1007/978-1-4684-4178-9_19
- Baltes, P. B., Reuter-Lorenz, P., Rösler, F. (Eds.). (2006). *Lifespan development and the brain: The perspective of biocultural co-constructivism*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Baltes, P. B., y Baltes, M. M. (1990). *Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation*. In P. B. Baltes y M. M. Baltes (Eds.), *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences* (p. 1–34). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511665684.003>
- Baltes, P. y Staudinger, U. (2000). Wisdom: a meta-heuristic (pragmatic) to orchestrate mind and virtue toward excellence. *American Psychologist*, 55, 122-136. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.55.1.122>.
- Baltes, P., Freund, A., y Li, S. (2005). *The psychological science of human ageing*. In: M.L., Johnson, V.L., Bengtson, P.G., Coleman, y T.B.L., Kirkwood (Eds.). *The*

- Cambridge handbook of age and ageing* (pp. 47–71). Cambridge: Cambridge University Press,
- Barnes, D. E., Yaffe, K., Belfor, N., Jagust, W. J., DeCarli, C., Reed, B. R. & Kramer, J. H. (2009). Computer-based cognitive training for mild cognitive impairment: results from a pilot randomized, controlled trial. *Alzheimer disease and associated disorders*, 23(3), 205.
- Barrera-Algarín, E., Estepa-Maestre, F., Sarasola-Sánchez-Serrano, J. L., y Siria, J. C. M. (2021). COVID-19 y personas mayores en residencias: Impacto según el tipo de residencia. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2021.02.003>
- Bell-McGinty, S., Podell, K., Franzen, M., Baird, A. D., y Williams, M. J. (2002). Standard measures of executive function in predicting instrumental activities of daily living in older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(9), 828-834. <https://doi.org/10.1002/gps.646>
- Berg-Weger, M., y Stewart, D. B. (2017). Non-pharmacologic interventions for persons with dementia. *Missouri medicine*, 114(2), 116.
- Bernabeu-Wittel, M., Ternero-Vega, J. E., Díaz-Jiménez, P., Conde-Guzmán, C., Nieto-Martín, M. D., Moreno-Gaviño, L., ... y Ollero-Baturone, M. (2020). Death risk stratification in elderly patients with covid-19. A comparative cohort study in nursing homes outbreaks. *Archives of gerontology and geriatrics*, 91, 104-240. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2020.104240>
- Bernaola-Sagardui, I. (2018). Validation of the Barthel Index in the Spanish population. *Enfermería clínica*, 28(3), 210-211. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2017.12.001>

- Bherer, L. (2015). Cognitive plasticity in older adults: effects of cognitive training and physical exercise. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1337(1), 1-6. <https://doi.org/10.1111/nyas.12682>
- Bherer, L., Kramer, A. F., Peterson, M. S., Colcombe, S., Erickson, K., y Becic, E. (2008). Transfer effects in task-set cost and dual-task cost after dual-task training in older and younger adults: further evidence for cognitive plasticity in attentional control in late adulthood. *Experimental aging research*, 34(3), 188-219. <https://doi.org/10.1080/03610730802070068>
- Bhome, R., Berry, A. J., Huntley, J. D., y Howard, R. J. (2018). Interventions for subjective cognitive decline: systematic review and meta-analysis. *BMJ open*, 8(7), e021610. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2018-021610>
- Bird, M., Anderson, K., MacPherson, S., y Blair, A. (2016). Do interventions with staff in long-term residential facilities improve quality of care or quality for life people with dementia? A systematic review of the evidence. *International Psychogeriatrics*, 28(12), 1937-1963. <https://doi.org/10.1017/S1041610216001083>
- Birkenhäger-Gillesse, E. G., Kollen, B. J., Zuidema, S. U., y Achterberg, W. P. (2018). The “more at home with dementia” program: a randomized controlled study protocol to determine how caregiver training affects the well-being of patients and caregivers. *BMC geriatrics*, 18(1), 252-260. <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0948-3>
- Boosman, H., van Boxtel, M. P., Ponds, R. W., Jellicic, M., Houx, P., Metsemakers, J., y Jolles, J. (2002). Engaged lifestyle and cognitive function in middle and old-aged, non-demented persons: A reciprocal association? *Zeitschrift Für Gerontologie Und Geriatrie*, 35, 575–581. <https://doi.org/10.1007/s00391-002-0080-y>

- Borella, E., Carretti, B., Riboldi, F., y De Beni, R. (2010). Working memory training in older adults: evidence of transfer and maintenance effects. *Psychology and aging*, 25(4), 767. <https://doi.org/10.1037/a0020683>
- Bottiroli, S., y Cavallini, E. (2009). Can computer familiarity regulate the benefits of computer-based memory training in normal aging? A study with an Italian sample of older adults. *Aging, Neuropsychology, and Cognition*, 16(4), 401-418. <https://doi.org/10.1080/13825580802691763>
- Botwinick, J. (1967). *Cognitive processes in maturity and old age*. New york: Springer Publishing CO.
- Bousquet, J., Malva, J., Nogues, M., Mañas, L. R., Vellas, B., Farrell, J., ... y Ranberg, K. A. (2015). Operational definition of active and healthy aging (AHA): the European innovation partnership (EIP) on AHA reference site questionnaire: Montpellier October 20–21, 2014, Lisbon July 2, 2015. *Journal of the American Medical Directors Association*, 16(12), 1020-1026. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2015.09.004>
- Brandtstadter, J., Wentura, D., y Greve, W. (1993). Adaptive resources of the aging self: Outlines of an emergent perspective. *International Journal of Behavioral Development*, 16(2), 323-349. <https://doi.org/10.1177/016502549301600212>
- Broughton, M., Smith, E. R., Baker, R., Angwin, A. J., Pachana, N. A., Copland, D. A., ... y Chenery, H. J. (2011). Evaluation of a caregiver education program to support memory and communication in dementia: A controlled pretest–posttest study with nursing home staff. *International Journal of Nursing Studies*, 48(11), 1436-1444. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.05.007>

- Brownie, S., y Nancarrow, S. (2013). Effects of person-centered care on residents and staff in aged-care facilities: a systematic review. *Clinical interventions in Aging*, 8, 1-9. <https://doi.org/10.2147/CIA.S38589>
- Buitenweg, J. I., van de Ven, R. M., Prinssen, S., Murre, J. M., y Ridderinkhof, K. R. (2017). Cognitive flexibility training: A large-scale multimodal adaptive active-control intervention study in healthy older adults. *Frontiers in human neuroscience*, 11, 529-535. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2017.00529>
- Buiza, C., Navarro, A., Díaz-Orueta, U., González, M. F., Álaba, J., Arriola, E., ... y Yanguas, J. J. (2011). Evaluación breve del estado cognitivo de la demencia en estadios avanzados: resultados preliminares de la validación española del Severe Mini-Mental State Examination. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 46(3), 131-138. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2010.09.006>
- Bustillo, M., Gómez-Gutiérrez, M., y Guillén, A. I. (2018). Los cuidadores informales de personas mayores dependientes: una revisión de las intervenciones psicológicas de los últimos diez años. *Clínica y Salud*, 29(2), 89-100. <http://dx.doi.org/10.5093/clysa2018a13>
- Butler, M., McCreedy, E., Nelson, V. A., Desai, P., Ratner, E., Fink, H. A., ... y Davila, H. (2018). Does cognitive training prevent cognitive decline? A systematic review. *Annals of internal medicine*, 168(1), 63-68. <https://doi.org/10.1038/s41398-020-0690-4>
- Cabañero-Martínez, M. J., Cabrero-García, J., Richart-Martínez, M., y Muñoz-Mendoza, C. L. (2009). The Spanish versions of the Barthel index (BI) and the Katz index (KI) of activities of daily living (ADL): a structured review. *Archives of gerontology and geriatrics*, 49(1), e77-e84. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2008.09.006>

- Cabrero, G. R. (2020). La crisis del coronavirus y su impacto en las residencias de personas mayores en España. *Ciência & Saúde Coletiva* 25 (6) <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.11242020>
- Cahn-Weiner, D. A., Farias, S. T., Julian, L., Harvey, D. J., Kramer, J. H., Reed, B. R., ... y Chui, H. (2007). Cognitive and neuroimaging predictors of instrumental activities of daily living. *Journal of the International Neuropsychological Society: JINS*, 13(5), 747. <https://doi.org/10.1017/S1355617707070853>
- Caldeira, R. D. B., Neri, A. L., Batistoni, S. S. T., y Cachioni, M. (2017). Variables associated with the life satisfaction of elderly caregivers of chronically ill and dependent elderly relatives. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 20(4), 502-515. <https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.160177>
- Calero, M. D., y Navarro, E. (2018). Variables that favour successful ageing/Variables que favorecen un envejecimiento exitoso. *Estudios de Psicología*, 39(2-3), 207-224. <https://doi.org/10.1080/02109395.2018.1506307>.
- Calero, M. D., y Navarro, E. (2018). Variables that favour successful ageing/Variables que favorecen un envejecimiento exitoso. *Estudios de Psicología*, 39(2-3), 207-224. <https://doi.org/10.1080/02109395.2018.1506307>
- Calero, M.D. (2019). Effects of Environmental Enrichment and Training across Life Span in Cognition. In R. Fernández-Ballesteros, A. Benetos, y J. Robine (Eds.), *The Cambridge Handbook of Successful Aging* (Cambridge Handbooks in Psychology, pp. 321-354). Cambridge: Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781316677018.020>
- Calero, M.D. y Navarro, E. (2011). Relationship between plasticity Mild cognitive Impairment and Association between plasticity and cognitive performance:

- learning potential in old adults with cognitive impairment. *European Journal of investigation in Health, Psychology and Education*, 1(2), 45-59.
- Calero, M.D. y Navarro, E. (Eds.). (2006). *La Plasticidad Cognitiva en la Vejez: Técnicas de Evaluación e Intervención* (1st ed.). Barcelona: Octaedro.
- Calero, M.D., Navarro, E. y Muñoz, L. (2007). Influence of activity on cognitive performance and cognitive plasticity in elderly persons. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 45, 307-318. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2007.01.061>.
- Calero, M.D., Navarro, E., Robles, P., y García-Berbén, T. (2000). Estudio de validez del Mini-Examen-Cognitivo de Lobo et al. para la detección del deterioro cognitivo asociado a demencias. Validity study of Lobo's Mini-Examen-Cognitivo for the detection of cognitive impairment associated with dementia. *Neurología* 15, 337–342. PMID: 11143500.
- Calero, M.D., Navarro, E., Sanjuán, M., Calero-García, M.J., y Ortega, A.R. (2017). *CUIDA-2: Programa de formación de cuidadores para una estimulación integral de las personas mayores*. Madrid: Ediciones Pirámide. <https://www.edicionespiramide.es/libro.php?id=5138076>.
- Calero-García, M.J., Ortega, A.R., y Jiménez, C. (2015). El impacto del cuidador principal en el deterioro funcional y cognitivo del anciano hospitalizado. [The impact of the main caregiver in functional and cognitive impairment of the hospitalized older adult.] *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 2(2):41-52. <https://doi.org/10.30552/ejihpe.v2i2.27>
- Cammisuli, D. M., Danti, S., Bosinelli, F., y Cipriani, G. (2016). Non-pharmacological interventions for people with Alzheimer's disease: a critical review of the scientific literature from the last ten years. *European Geriatric Medicine*, 7(1), 57-64. <https://doi.org/10.1016/j.eurger.2016.01.002>.

- Cândea, D. M., Cotet, C. D., Stefan, S., Valenas, S. P., y Szentagotai-Tatar, A. (2015). Computerized cognitive training for working memory in older adults: A review. *Transylvanian Journal of Psychology*, 7(7), e40588. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0040588>
- Cano-Gutiérrez, C., Bordaz, M.G., Reyes-Ortiz, C., Arciniegas, A.J., y Samper-Ternent, R. (2017). Evaluación de factores asociados al estado funcional en ancianos de 60 años o más en Bogotá, Colombia. *Biomédica* 37, 57-65. <https://doi.org/10.7705/biomedica.v37i1.3197>
- Castillo-Carniglia, A., Albala, C., Gangour, A.D. y Uauy, R. (2012). Factores asociados a satisfacción vital en una cohorte de adultos mayores de Santiago, Chile. *Gaceta Sanitaria*, 26(5), 414-20. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.11.021>
- Cauley, J., Chalhoub, D., Kassem, A., y Fuleihan G.H. (2014). Geographic and ethnic disparities in osteoporotic fractures. *Nature Reviews Endocrinology* 10, 338–351. <https://doi.org/10.1038/nrendo.2014.51>
- Cavallini, E., Dunlosky, J., Bottiroli, S., Hertzog, C., y Vecchi, T. (2010). Promoting transfer in memory training for older adults. *Aging clinical and experimental research*, 22(4), 314-323. <https://doi.org/10.3275/6704>
- Chandler, M.J., Parks, A.C., Marsiske, M., Rotblatt, L.J., y Smith, G.E. (2016). Everyday impact of cognitive interventions in mild cognitive impairment: a systematic review and meta-analysis. *Neuropsychology Reviews*, 26, 225-251. <https://doi.org/10.1007/s11065-016-9330-4>
- Cheng, S.T., Au, A., Losada, A., Thompson, L.W., y Gallagher-Thompson, D. (2019). Psychological interventions for dementia caregivers: What we have achieved, what we have learned. *Current Psychiatry Reports*, 21(7), 59. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1045-9>

- Chiu, H.L., Chu, H., Tsai, J.C., Liu, D., Chen, Y.R., Yang, H.L., y Chou, K.R. (2017). The effect of cognitive-based training for the healthy older people: A meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS One*, 12:e0176742. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0176742>
- Cid-Ruzafa, J., y Damián-Moreno, J. (1997). Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. *Revista española de salud pública*, 71(2), 127-137.
- Cimarolli, V. R., Boerner, K., Reinhardt, J. P., y Horowitz, A. (2013). Perceived overprotection, instrumental support and rehabilitation use in elders with vision loss: A longitudinal perspective. *Psychology y health*, 28(4), 369-383. <https://doi.org/10.1080/08870446.2012.729835>
- Clare, L. (2017). Rehabilitation for people living with dementia: a practical framework of positive support. *PLoS medicine*, 14(3), e1002245. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002245>
- Clare, L., Linden, D. E., Woods, R. T., Whitaker, R., Evans, S. J., Parkinson, C. H., ... y Rugg, M. D. (2010). Goal-oriented cognitive rehabilitation for people with early-stage Alzheimer disease: a single-blind randomized controlled trial of clinical efficacy. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(10), 928-939. <https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e3181d5792a>
- Clare, L., y Woods, R. T. (2004). Cognitive training and cognitive rehabilitation for people with early-stage Alzheimer's disease: A review. *Neuropsychological rehabilitation*, 14(4), 385-401. <https://doi.org/10.1080/09602010443000074>
- Collins, J. (2009). *The person-centered way*. Lexington, KY: Collins Learning.
- Conde-Sala, J.L., Garre-Olmo, J., Turro-Garriga, O., Lopez-Pousa, S., y Vilalta-Franch, J. (2009). Factors related to perceived quality of life in patients with Alzheimer's disease: The patient's perception compared with that of caregivers. *International*

Journal of Geriatric Psychiatry 24(6), 585–594.

<https://doi.org/10.1002/gps.2161>

Costa-Font, J., Elvira, D., y Mascarilla-Miró, O. (2009). Ageing in place? Exploring elderly people's housing preferences in Spain. *Urban studies*, 46(2), 295-316.

<https://doi.org/10.1177/0042098008099356>

Couto, A. M., de Castro, E. A. B., y Caldas, C. P. (2016). Vivências de ser cuidador familiar de idosos dependentes no ambiente domiciliar. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 17(1), 76-85. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2016000100011>

Cove, J., Jacobi, N., Donovan, H., Orrell, M., Stott, J., y Spector, A. (2014). Effectiveness of weekly cognitive stimulation therapy for people with dementia and the additional impact of enhancing cognitive stimulation therapy with a career training program. *Clinical interventions in aging*, 9, 2143–2150.

<https://doi.org/10.2147/CIA.S66232>

Crimmins, E. M., Saito, Y., y Kim, J. K. (2016). Change in cognitively healthy and cognitively impaired life expectancy in the United States: 2000–2010. *SSM-population health*, 2, 793-797. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2016.10.007>

Cruz, T. J. P. D., Sá, S. P. C., Lindolpho, M. D. C., y Caldas, C. P. (2015). Cognitive stimulation for older people with Alzheimer's disease performed by the caregiver. *Revista brasileira de enfermagem*, 68(3), 510-516.

<https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680319i>

Dasgupta, D., Chaudhry, B., Koh, E., y Chawla, N. V. (2016). A Survey of Tablet Applications for Promoting Successful Aging in Older Adults. *IEEE Access*, 4, 9005-9017

- Davis, J. C., Bryan, S., Marra, C. A., Hsiung, G.-Y. R., y Liu-Ambrose, T. (2015). Challenges with cost-utility analyses of behavioral interventions among older adults at risk for dementia. *British Journal of Sports Medicine*, 49, 1343–1347. <http://dx.doi.org/10.1136/bjsports-2013-092743>
- Del Pozo, R., y Sotos, F. E. (2012). ¿Nueva fuente de negocio en la Ley de Dependencia? Análisis empírico e implicaciones del cuidado informal tras su cuasi implantación. *Revista Europea de Dirección y Economía de la Empresa*, 21(4), 316-322. <https://doi.org/10.1016/j.redee.2012.07.004>
- Del Rey, J. C. F., y Alvear, L. M. (2006). Cuidados informales y autocuidados. EN Martínez, J. R., y Del Pino, R. (Eds.). *Enfermería en atención primaria* (709-746). Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE, SL) Serie Cuidados Avanzados, 89.
- Denney, N. W. (1982). Aging and cognitive changes. *Handbook of developmental psychology*, 807-827.
- Depp, C. A., y Jeste, D. V. (2006). Definitions and predictors of successful aging: a comprehensive review of larger quantitative studies. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(1), 6-20. <https://doi.org/10.1097/01.JGP.0000192501.03069.bc>
- Díaz-Veiga, P., Méndez, A.U., Lezaún, J.Y., Pasqual, M.F.C., Castiello, M.S., y Aramburu, A.O. (2016). ¿Estamos mejorando la atención? Efectos de intervenciones relativas al Modelo de Atención Centrado en la Persona en un grupo residencial. *Revista de servicios sociales*, 61, 53-63. <https://doi.org/10.5569/1134-7147.61.04>.
- Diniz, M. A. A., Melo, B. R. D. S., Neri, K. H., Casemiro, F. G., Figueiredo, L. C., Gaioli, C. C. L. D. O., y Gratão, A. C. M. (2018). Comparative study between formal and

- informal caregivers of older adults. *Ciencia y saude coletiva*, 23, 3789-3798.
<https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.16932016>
- Edvardsson, D., Fetherstonhaugh, D., Nay, R., y Gibson, S. (2010). Development and initial testing of the Person-centered Care Assessment Tool (P-CAT). *International Psychogeriatrics*, 22(1), 101-108. <https://doi.org/10.1017/S1041610209990688>.
- Edvardsson, D., Sandman, P. O., y Borell, L. (2014). Implementing national guidelines for person-centered care of people with dementia in residential aged care: Effects on perceived person-centeredness, staff strain, and stress of conscience. *International Psychogeriatrics*, 26(7), 1171-1179. <https://doi.org/10.1017/S1041610214000258>.
- Edwards, P., Kalache, A., Hoskins, I., y Keller, I. (2002). Health and Ageing: A Discussion Paper. Canada: WHO Discussion paper.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/66682>
- Elpers, K., Amano, T., DeCoster, V., y Johnson, M. (2017). Effectiveness of a psycho-educational staff training program on attitudes of staff in a long-term care facility: A pilot study and framework. *Educational Gerontology*, 43(9), 431-439.
<https://doi.org/10.1080/03601277.2017.1321352>
- Engelhardt, H., Buber, I., Skirbekk, V., & Prskawetz, A. (2010). Social involvement, behavioural risks and cognitive functioning among the aged. *Ageing and Society*, 30(5), 779-809. <https://doi.org/10.1017/S0144686X09990626>
- Erickson, K. I., y Kramer, A. F. (2009). Aerobic exercise effects on cognitive and neural plasticity in older adults. *British journal of sports medicine*, 43(1), 22-24.
<http://dx.doi.org/10.1136/bjism.2008.052498>
- Etxeberria, I., García, A., Iglesias, A., Urdaneta, E., Lorea, I., Díaz, P. y Yanguas, J. J. (2011). Efectos del entrenamiento en estrategias de regulación emocional en el

- bienestar de cuidadores de enfermos de Alzheimer. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 46(4), 206-212. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2010.12.009>
- EuroQol Group. (1990). EuroQol-a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health policy*, 16(3), 199-208. [https://doi.org/10.1016/0168-8510\(90\)90421-9](https://doi.org/10.1016/0168-8510(90)90421-9)
- Eurostat. (2018). Projected old-age dependency ratio. Recuperado de <http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=tableyinit=1ylanguage=enypcode=tps00200yplugin=1>. Accessed 1 January 2019.
- Fabel, K., y Kempermann, G. (2008). Physical activity and the regulation of neurogenesis in the adult and aging brain. *Neuromolecular medicine*, 10(2), 59-66. <https://doi.org/10.1007/s12017-008-8031-4>
- Fabrigoule, C., Letenneur, L., Dartigues, J. F., Zarrouk, M., Commenges, D., y Barberger-Gateau, P. (1995). Social and leisure activities and risk of dementia: a prospective longitudinal study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 43(5), 485-490. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1995.tb06093.x>
- Fairchild, J., y Scogin, F. R. (2010). Training to Enhance Adult Memory (TEAM): an investigation of the effectiveness of a memory training program with older adults. *Aging y Mental Health*, 14(3), 364-373. <https://doi.org/10.1080/13607860903311733>
- Farias, S.T., Mungas, D., Reed, B.R., Harvey, D., y DeCarli, C. (2009). Progression of mild cognitive impairment to dementia in clinic vs community-based cohorts. *Archives of neurology* 66(9), 1151-1157. <https://doi.org/10.1001/archneurol.2009.106>
- Farias, S.T., Park, L.Q., Harvey, D.J., Simon, C., Reed, B.R., Carmichael, O., y Mungas, D. (2013). Everyday cognition in older adults: Associations with

- neuropsychological performance and structural brain imaging. *Journal of the International Neuropsychological Society* 19(4), 430-441.
<https://doi.org/10.1017/S1355617712001609>.
- Fauziana, R., Sambasivam, R., Vaingankar, J. A., Abdin, E., Ong, H. L., Tan, M. E., ... y Subramaniam, M. (2018). Positive caregiving characteristics as a mediator of caregiving burden and satisfaction with life in caregivers of older adults. *Journal of geriatric psychiatry and neurology*, 31(6), 329-335.
<https://doi.org/10.1177/0891988718802111>
- Fernández-Ballesteros, R. (2011). Positive ageing. Objective, subjective, and combined outcomes. *EJAP (test)*, 7(1), 22-30.
- Fernández-Ballesteros, R., y Sánchez-Izquierdo, M. (2021). Health, Psycho-Social Factors, and Ageism in Older Adults in Spain during the COVID-19 Pandemic. *Healthcare* 9(3), 256; <https://doi.org/10.3390/healthcare9030256>
- Fernández-Ballesteros, R., Sánchez-Izquierdo, M., Olmos, R., Huici, C., Ribera Casado, J. M., y Cruz Jentoft, A. (2019). Paternalism vs. Autonomy: Are They Alternative Types of Formal Care?. *Frontiers in Psychology*, 10, 1460.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01460>
- Fernández-Ballesteros, R., Schettini del Moral, R., Santacreu, M., y Molina, M. (2012). Lay concept of aging well according to age: a reanalysis. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60, 2172- 2173
- Fernández-Ballesteros, R., y Guerrero, M. (1984). Adaptación de Instrumentos de evaluación para ancianos. *I Congreso Nacional de Evaluación Psicológica*.
- Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M. D., Calero, M. D., y Tárraga, L. (2007). Cognitive plasticity and cognitive impairment. In R. Fernández-Ballesteros

- (Ed.), *GeroPsychology. European perspectives for an ageing world* (pp. 145–164). Göttingen: Hogrefe and Huber.
- Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M. D., Bravo, M. D. L., Martínez, M. Á. M., del Moral, R. S., López, P. M., y Nicolás, J. D. (2011). Successful ageing: criteria and predictors. *Psychology in Spain*, *15*(1), 94-101.
- Fianco, A., Sartori, R. D., Negri, L., Lorini, S., Valle, G., & Delle Fave, A. (2015). The relationship between burden and well-being among caregivers of Italian people diagnosed with severe neuromotor and cognitive disorders. *Research in developmental disabilities*, *39*, 43-54. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2015.01.006>
- Finn, M., y McDonald, S. (2011). Computerized cognitive training for older persons with mild cognitive impairment: A pilot study using a randomized controlled trial design. *Brain Impairment* *12*(3), 187–199. <https://doi.org/10.1375/brim.12.3.187>
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., y McHugh, P. R. (1975). “Mini-mental state”: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of psychiatric research*, *12*(3), 189-198. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)
- Foster, L., y Walker, A. (2015). Active and successful aging: A European policy perspective. *The gerontologist*, *55*(1), 83-90. <https://doi.org/10.1093/geront/gnu028>
- Fratiglioni, L., Wang, H. X., Ericsson, K., Maytan, M., y Winblad, B. (2000). Influence of social network on occurrence of dementia: a community-based longitudinal study. *The lancet*, *355*(9212), 1315-1319. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(00\)02113-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(00)02113-9)

- Fuentes, P., Donoso, A., Slachevsky, A. y Villalobos, A. (2008). *Guía clínica: trastorno cognitivo y demencia en el adulto mayor*. Santiago de Chile: Ministerio de Salud.
- Gallagher, D., Mhaolain, A.N., Crosby, L., Ryan, D., Lacey, L., Coen, R.F., y Lawlor, B.A. (2011). Dependence and caregiver burden in Alzheimer's disease and mild cognitive impairment. *American journal of Alzheimer's disease and other dementias* 26(2), 110-114. <https://doi.org/10.1177/1533317510394649>.
- Gallardo-Peralta, L., Córdova Jorquera, I., Piña Morán, M. y Urrutia Quiroz, B. (2018). Diferencias de género en salud y calidad de vida en personas mayores del norte de Chile. *Polis. Revista Latinoamericana*, 1(49). <http://journals.openedition.org/polis/15008>
- García, A. A., Nieto, P.A., Díaz, J. P, Fariñas, D. R, García, A. A., y Rodríguez, R. P. (2019). Un perfil de las personas mayores en España, 2019. Indicadores estadísticos básicos. Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC). Centro de Ciencias Humanas y Sociales (CCHS). Envejecimiento en red. ISSN: INFORMES envejecimiento.
- García, P., Jara, H., y García, S. (2011). Protocolos de referencia y contrarreferencia: Demencias. <https://www.araucaniasur.cl/wp-content/uploads/2016/01/DEMENCIAS.pdf>
- García, R. (2014). *El envejecimiento activo: programa en competencia social con personas mayores* (trabajo fin de máster, no publicado). Universidad de Valladolid, Valladolid.
- García-Garrido, A.B. (2014). *Calidad de vida relacionada con la salud del anciano atendido en atención primaria* (Tesis Doctoral). Universidad de Cantabria, Santander.

- Gates, N. J., Sachdev, P. S., Singh, M. A. F., y Valenzuela, M. (2011). Cognitive and memory training in adults at risk of dementia: a systematic review. *BMC geriatrics*, 11(1), 55-59. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-11-55>
- Gaugler, J.E., Hovater, M., Roth, D.L., Johnston, J.A., Kane, R.L., y Sarsour, K. (2013). Analysis of cognitive, functional, health service use, and cost trajectories prior to and following memory loss. *The Journals of Gerontology. Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 68(4), 562–567. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbs078>
- Gavelin, HM, Lampit, A., Hallock, H. et al. Tratamientos orientados a la cognición para adultos mayores: una revisión sistemática de revisiones sistemáticas. *Neuropsychol Rev* 30, 167-193 (2020). <https://doi.org/10.1007/s11065-020-09434-8>
- Giannakouris, K. (2008). Ageing characterises the demographic perspectives of the European societies. *Statistics in focus*, 72, 2008.
- Giordano, M., Dominguez, L. J., Vitrano, T., Curatolo, M., Ferlisi, A., Di Prima, A., ... y Barbagallo, M. (2010). Combination of intensive cognitive rehabilitation and donepezil therapy in Alzheimer's disease (AD). *Archives of gerontology and geriatrics*, 51(3), 245-249. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2009.11.008>
- Glei, D. A., Landau, D. A., Goldman, N., Chuang, Y. L., Rodríguez, G., y Weinstein, M. (2005). Participating in social activities helps preserve cognitive function: an analysis of a longitudinal, population-based study of the elderly. *International journal of epidemiology*, 34(4), 864-871. <https://doi.org/10.1093/ije/dyi049>
- Goghari, V. M., y Lawlor-Savage, L. (2017). Comparison of cognitive change after working memory training and logic and planning training in healthy older adults. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 9, 39. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2017.00039>

- González Aguilar, M. J., y Grasso, L. (2018). Plasticidad cognitiva en el envejecimiento exitoso: Aportes desde la evaluación del potencial de aprendizaje. *Successful Aging*, 29 (2-3), 324-353. <https://doi.org/10.1080/02109395.2018.1486361>.
- González Aguilar, M. J., y Grasso, L. (2018). Plasticidad cognitiva en el envejecimiento exitoso: aportes desde la evaluación del potencial de aprendizaje. *Estudios de Psicología*, 39, 1-13. <https://doi.org/10.1080/02109395.2018.1486361>
- Goyder, J., Orrell, M., Wenborn, J., y Spector, A. (2012). Staff training using STAR: a pilot study in UK care homes. *International Psychogeriatrics*, 24(6), 911-920. <https://doi.org/10.1017/S1041610211002559>
- Graffigna, G., Barello, S., y Bonanomi, A. (2017). The role of Patient Health Engagement Model (PHE-model) in affecting patient activation and medication adherence: A structural equation model. *PloS one*, 12(6), e0179865. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0179865>
- Greenaway, M.C., Duncan, N.L., y Smith, G.E. (2013). The memory support system for mild cognitive impairment: Randomized trial of a cognitive rehabilitation intervention. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 28(4), 402–409. <https://doi.org/10.1002/gps.3838>.
- Griffin, J. M., Meis, L. A., Greer, N., MacDonald, R., Jensen, A., Rutks, I., Carlyle, M., y Timothy, J. (2015). Effectiveness of Caregiver Interventions on Patient Outcomes in Adults With Dementia or Alzheimer’s Disease: A Systematic Review. *Gerontology and Geriatric Medicine*, 1, 1-17. <https://doi.org/10.1177/2333721415595789>
- Gullberg, B., Johnell, O., y Kanis, J. A. (1997). World-wide projections for hip fracture. *Osteoporosis international*, 7(5), 407-413. <https://doi.org/10.1007/PL00004148>

- Hartmann, C. W., Mills, W. L., Pimentel, C. B., Palmer, J. A., Allen, R. S., Zhao, S., ... y Berlowitz, D. R. (2018). Impact of intervention to improve nursing home resident–staff interactions and engagement. *The Gerontologist*, 58(4), e291-e301. <https://doi.org/10.1093/geront/gny039>
- Hastings, E. C., y West, R. L. (2009). The relative success of a self-help and a group-based memory training program for older adults. *Psychology and aging*, 24(3), 586. <https://doi.org/10.1037/a0016951>
- Havighurst, R. J. (1963). Successful aging. In R. H., Williams, C., Tibbitts, y W., Donohue. (Eds.), *Processes of aging: Social and psychological perspectives*, (pp. 299-320). Transaction Publishers.
- Heckhausen, J., y Schulz, R. (1995). A life-span theory of control. *Psychological Review*, 102(2), 284–304. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.102.2.284>
- Henry, J. D., MacLeod, M. S., Phillips, L. H., y Crawford, J. R. (2004). A meta-analytic review of prospective memory and aging. *Psychology and aging*, 19(1), 27.–39. <http://dx.doi.org/10.1037/0882-7974.19.1.27>
- Herdman, M., Badia, X., y Berra, S. (2001). El EuroQol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria. *Atención primaria*, 28(6), 425-429.
- Herrera, M.S., Barros, C. y Fernández, M.B. (2011). Predictors of Quality of Life in Old Age: A Multivariate Study in Chile. *Journal of Population Ageing*, 4, 121-139. <https://doi.org/10.1007/s12062-011-9043-7>
- Hibbard, J. H., y Mahoney, E. (2010). Toward a theory of patient and consumer activation. *Patient education and counseling*, 78(3), 377-381. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.12.015>

- Hill, N. T., Mowszowski, L., Naismith, S. L., Chadwick, V. L., Valenzuela, M., y Lampit, A. (2017). Computerized cognitive training in older adults with mild cognitive impairment or dementia: a systematic review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, *174*(4), 329-340. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.16030360>
- Hooren, S., Valentijn, S., Bosma, H., Ponds, R., Boxtel, M. y Jolles, J. (2005). Relation between health status and cognitive functioning in a 6-year follow - up of the Maastrich Aging Study. *Journal of Gerontology*, *60*, 57-60. <https://doi.org/10.1093/geronb/60.1.p57>.
- Huang, F., Zhang, M., y Wang, S. (2019). Changes in cognitive function among older adults: A latent profile transition analysis. *Archives of gerontology and geriatrics*, *80*, 12-19. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2018.09.006>
- Hung, L. W., Kempen, G. I. J. M. y De Vries, N. K. (2010). Cross-cultural comparison between academic and lay views of healthy ageing: a literature review. *Ageing y Society*, *30*(8), 1373-1391. <https://doi.org/10.1017/S0144686X10000589>.
- Inzitari, M., Risco, E., Cesari, M., Buurman, B. M., Kulusk, K., Davey, V., Bennett, L., Varela, J. y Prvu Bettger, J. (2020). Nursing Homes and Long Term Care After COVID-19: A New ERA?. *The journal of nutrition, health & aging* *24*, 1042–1046. <https://doi.org/10.1007/s12603-020-1447-8>
- Jackson, M. A., Fauth, E. B., & Geiser, C. (2014). Comparing the neuropsychiatric inventory and the revised memory and behavior problems checklist for associations with caregiver burden and depressive symptoms. *International psychogeriatrics*, *26*(6), 1021. <https://doi.org/10.1017/S1041610213002421>
- Jacoby, M., Averbuch, S., Sacher, Y., Katz, N., Weiss, P.L., y Kizony, R. (2013). Effectiveness of executive functions training within a virtual supermarket for

- adults with traumatic brain injury: A pilot study. *IEEE Transactions on Neural Systems and Rehabilitation Engineering* 21(2), 182–190. <https://doi.org/10.1109/TNSRE.2012.2235184>.
- Jaeggi, S. M., Buschkuhl, M., Jonides, J., y Perrig, W. J. (2008). Improving fluid intelligence with training on working memory. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 105(19), 6829-6833. <https://doi.org/10.1073/pnas.0801268105>
- Jefferson, A.L., Byerly, L.K., Vanderhill, S., Lambe, S., Wong, S., Ozonoff, A., y Karlawish, J.H. (2008). Characterization of activities of daily living in individuals with mild cognitive impairment. *The American journal of geriatric psychiatry* 16(5), 375-383. <https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e318162f197>.
- Jobe, J. B., Smith, D. M., Ball, K., Tennstedt, S. L., Marsiske, M., Willis, S. L., ... y Kleinman, K. (2001). ACTIVE: A cognitive intervention trial to promote independence in older adults. *Controlled clinical trials*, 22(4), 453-479. [https://doi.org/10.1016/S0197-2456\(01\)00139-8](https://doi.org/10.1016/S0197-2456(01)00139-8).
- Johnson, J. K., Lui, L. Y. & Yaffe, K. (2007). Executive function, more than global cognition, predicts functional decline and mortality in elderly women. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 62(10), 1134-1141. <https://doi.org/10.1093/gerona/62.10.1134>
- Jutkowitz, E., Gaugler, J. E., Trivedi, A. N., Mitchell, L. L., y Gozalo, P. (2020). Family caregiving in the community up to 8-years after onset of dementia. *BMC geriatrics*, 20(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01613-9>
- Jütten, L. H., Mark, R. E., y Sitskoorn, M. M. (2019). Episodic memory and executive functioning in informal dementia caregivers. *Aging y Mental Health*, 1-9. <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1617242>

- Kahana, E., y Kahana, B. (1996). *Conceptual and empirical advances in understanding aging well through proactive adaptation*. In V. L. Bengtson (Ed.), *Adulthood and aging: Research on continuities and discontinuities* (p. 18–40). Springer Publishing Company.
- Kahana, E., y Kahana, B. (2001). Successful aging among people with HIV/AIDS. *Journal of Clinical Epidemiology*, 54(12), S53-S56. [https://doi.org/10.1016/S0895-4356\(01\)00447-4](https://doi.org/10.1016/S0895-4356(01)00447-4)
- Kahn, R. L. (2002). On "Successful aging and well-being: Self-rated compared with Rowe and Kahn". *The Gerontologist*, 42(6), 725–726. <https://doi.org/10.1093/geront/42.6.725>
- Kallio, E. L., Öhman, H., Kautiainen, H., Hietanen, M., & Pitkälä, K. (2017). Cognitive training interventions for patients with Alzheimer's disease: a systematic review. *Journal of Alzheimer's Disease*, 56(4), 1349-1372. <https://doi.org/10.3233/JAD-160810>
- Kanaan, S.F., McDowd, J.M., Colgrove, Y., Burns, J.M., Gajewski, B., y Pohl, P.S. (2014). Feasibility and efficacy of intensive cognitive training in early-stage Alzheimer's disease. *American Journal of Alzheimers Disease and Other Dementias* 29(2), 150–158. <https://doi.org/10.1177/1533317513506775>.
- Karbach, J., y Kray, J. (2009). How useful is executive control training? Age differences in near and far transfer of task-switching training. *Developmental science*, 12(6), 978-990. <https://doi.org/10.1111/j.1467-7687.2009.00846.x>.
- Kelly, M. E., Loughrey, D., Lawlor, B. A., Robertson, I. H., Walsh, C., y Brennan, S. (2014). The impact of cognitive training and mental stimulation on cognitive and everyday functioning of healthy older adults: a systematic review and meta-

- analysis. *Ageing research reviews*, 15, 28-43.
<https://doi.org/10.1016/j.arr.2014.02.004>
- Khan, Z., Corbett, A. y Ballard, C. (2014). Terapia de estimulación cognitiva: entrenamiento, mantenimiento e implementación en ensayos clínicos. *Pragmatic and Observational Research*, 5, 15-19. <https://doi.org/10.2147/POR.S56000>.
- Kim, K., Han, J. W., So, Y., Seo, J., Kim, Y. J., Park, J. H., ... Kim, K. W. (2017). Cognitive stimulation as a therapeutic modality for dementia: A meta-analysis. *Psychiatry Investigation*, 14(5), 626–639.
<https://doi.org/10.4306/pi.2017.14.5.626>
- Kinsella, G. J., Mullaly, E., Rand, E., Ong, B., Burton, C., Price, S., ... y Storey, E. (2009). Early intervention for mild cognitive impairment: a randomised controlled trial. *Journal of Neurology, Neurosurgery y Psychiatry*, 80(7), 730-736.
<http://dx.doi.org/10.1136/jnnp.2008.148346>
- Kinsella, K., y Wan, H. (2009). An aging world II: US Census Bureau International Population Reports (Vol. P95/92-3). *Washington, DC: US Government Printing Office*.
- Kleineidam, L., Thoma, M. V., Maercker, A., Bickel, H., Mösch, E., Hajek, A., ... y Röhr, S. (2019). What is successful aging? A psychometric validation study of different construct definitions. *The Gerontologist*, 59(4), 738-748.
<https://doi.org/10.1093/geront/gny083>
- Klempin, F., y Kempermann, G. (2007). Adult hippocampal neurogenesis and aging. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 257(5), 271-280. <https://doi.org/10.1007/s00406-007-0731-5>
- Klingberg, T., Forssberg, H., y Westerberg, H. (2002). Increased brain activity in frontal and parietal cortex underlies the development of visuospatial working memory

- capacity during childhood. *Journal of cognitive neuroscience*, 14(1), 1-10.
<https://doi.org/10.1162/089892902317205276>
- Kueider, A. M., Parisi, J. M., Gross, A. L., y Rebok, G. W. (2012). Computerized cognitive training with older adults: a systematic review. *PloS one*, 7(7), e40588.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0040588>.
- Kurz, A. (2019). Cognitive stimulation, training, and rehabilitation. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 21(1), 35-41.
- Kurz, A. F., Leucht, S., y Lautenschlager, N. T. (2011). The clinical significance of cognition-focused interventions for cognitively impaired older adults: a systematic review of randomized controlled trials. *International Psychogeriatrics*, 23(09), 1364-1375.
<https://doi.org/10.1017/S1041610211001001>
- Las Hayas, C., López de Arroyabe, E., y Calvete, E. (2014). Positive aspects of caregiving in Spanish caregivers of individuals with acquired brain injury. *Rehabilitation Psychology*, 59(2), 193–202. <https://doi.org/10.1037/a0035622>
- Lau, K.M., Parikh, M., Harvey, D.J., Huang, C.J., y Farias, S.T. (2015). Early Cognitively Based Functional Limitations Predict Loss of Independence in Instrumental Activities of Daily Living in Older Adults. *Journal of the International Neuropsychological Society* 21 (9), 688-698.
<http://dx.doi.org/10.1017/S1355617715000818>.
- Leong, D. P., Teo, K. K., Rangarajan, S., Lopez-Jaramillo, P., Avezum Jr, A., Orlandini, A., ... y Rahman, O. (2015). Prognostic value of grip strength: findings from the Prospective Urban Rural Epidemiology (PURE) study. *The Lancet*, 386(9990), 266-273. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)62000-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)62000-6).

- Leung, P., Yates, L., Orgeta, V., Hamidi, F., y Orrell, M. (2017). The experiences of people with dementia and their carers participating in individual cognitive stimulation therapy. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 32(12), e34-e42. <https://doi.org/10.1002/gps.4648>
- Levine B, Schweizer TA, O'Connor C, Turner G, Gillingham S, Stuss DT, Manly T. & Robertson IH, (2011). Rehabilitation of executive functioning in patients with frontal lobe brain damage with goal management training. *Frontiers in Human Neuroscience*, 5, 1 – 9. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2011.00009>
- Li, H., Li, J., Li, N., Li, B., Wang, P., y Zhou, T. (2011). Cognitive intervention for persons with mild cognitive impairment: A meta-analysis. *Ageing research reviews*, 10(2), 285-296. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2010.11.003>
- Liang, J. H., Xu, Y., Lin, L., Jia, R. X., Zhang, H. B., & Hang, L. (2018). Comparison of multiple interventions for older adults with Alzheimer disease or mild cognitive impairment: A PRISMAcompliant network meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*, 97(20), e10744. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000010744>.
- Liddle, J., Smith-Conway, E. R., Baker, R., Angwin, A. J., Gallois, C., Copland, D. A., ... y Chenery, H. J. (2012). Memory and communication support strategies in dementia: Effect of a training program for informal caregivers. *International Psychogeriatrics*, 24(12), 1927-1942. <https://doi.org/10.1017/S1041610212001366>
- Liu, T., Luo, H., Tang, J.Y., y Wong, G.H. (2018). Does lifestyle matter? Individual lifestyle factors and their additive effects associated with cognitive function in older men and women. *Aging and mental health*, 24(3), 405-412. <https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1539833>.

- Lobbia, A., Carbone, E., Faggian, S., Gardini, S., Piras, F., Spector, A., y Borella, E. (2018). The efficacy of cognitive stimulation therapy (CST) for people with mild-to-moderate dementia. *European Psychologist*, 24, 257-265. <https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000342>
- Lobo, A., Escobar, V., Ezquerro, J., y Seva-Díaz, A. (1980). "El Mini-Examen Cognoscitivo" (Un test sencillo, práctico, para detectar alteraciones intelectuales en pacientes psiquiátricos) [The "Mini-Examen Cognoscitivo": A simple and practical test to detect intellectual dysfunctions in psychiatric patients]. *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica*, 14(5), 39-57. Retrieved from <https://psycnet.apa.org/record/1982-24794-001>.
- López, Á. G., y Calero, M. D. (2009). Predictores del deterioro cognitivo en ancianos. *Revista española de geriatría y gerontología*, 44(4), 220-224. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2009.03.006>.
- López, J. y Crespo, M. (2007). Intervenciones con cuidadores de familiares mayores dependientes: una revisión. *Psicothema*, 19(1), 72-80.
- Losada, A., Peñacoba, C., Márquez-González, M., y Cigarán, M. (2008). Cuidar cuidándose. Evaluación e intervención interdisciplinar con cuidadores familiares de personas con demencia. *Madrid: Encuentro*.
- Love, S. (2006). Neuropathology of aging. En: Pathy, J., Sinclair, A.J., and Morley J.E. (eds.) Principles and practice of geriatric medicine (fourth edition). John Wiley y Sons Ltd. England.
- Mahoney, F. I., y Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: the Barthel Index: a simple index of independence useful in scoring improvement in the rehabilitation of the chronically ill. *Maryland state medical journal*. 14, 61-65.

- Manfredi, G., Midão, L., Paúl, C., Cena, C., Duarte, M., y Costa, E. (2019). Prevalence of frailty status among the European elderly population: Findings from the Survey of Health, Aging and Retirement in Europe. *Geriatrics y gerontology international*, 19(8), 723-729. <https://doi.org/10.1111/ggi.13689>
- Martin, J. A., y Buckwalter, J. A. (2002). Aging, articular cartilage chondrocyte senescence and osteoarthritis. *Biogerontology*, 3(5), 257-264. <http://dx.doi.org/10.1023/A:1020185404126>
- Martin, M., Clare, L., Altgassen, A. M., Cameron, M. H., y Zehnder, F. (2011). Cognition-based interventions for healthy older people and people with mild cognitive impairment. *Cochrane database of systematic reviews*, 1(1), 1-6. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006220.pub2>
- Martin, P., Kelly, N., Kahana, B., Kahana, E., Willcox, B. J., Willcox, D. C., y Poon, L. W. (2015). Defining successful aging: A tangible or elusive concept?. *The Gerontologist*, 55(1), 14-25. <https://doi.org/10.1093/geront/gnu044>
- Martin, P., Kelly, N., Kahana, B., Kahana, E., Willcox, B.J., Willcox, D.C. y Poon, L.W. (2015). Defining Successful Aging: A Tangible or Elusive Concept? *The Gerontologist*, 55 (1), 14–25. <http://dx.doi.org/10.1093/geront/gnu044>.
- Martínez Pérez, T., González Aragón, C., Castellón León, G., y González Aguiar, B. (2018). El envejecimiento, la vejez y la calidad de vida: ¿éxito o dificultad? *Revista Finlay*, 8(1), 59-65.
- Martínez, C. D., y Simó-Noguera, C. X. (2016). Brecha salarial y brecha de cuidados. Tirant Humanidades.
- Martínez, T. (2011). *La atención gerontológica centrada en la persona*. Álava: Departamento de Trabajo y Asuntos Sociales del Gobierno Vasco.

- Martínez, T., Suárez-Álvarez, J., Yanguas, J., y Muñiz, J. (2015). Spanish validation of the Person-Centered Assessment Care Tool (P-CAT). *Aging and Mental Health*, 26, 1-9. <https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1023768>
- Martínez-Martín, P., Fernández-Mayoralas, G., Frades-Payo, B., Rojo-Pérez, F., Petidier, R., Rodríguez-Rodríguez, V., ... y de Pedro Cuesta, J. (2009). Validación de la escala de independencia funcional. *Gaceta Sanitaria*, 23(1), 49-54. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2008.06.007>
- Martins, G., Corrêa, L., Caparrol, A.J.D.S., Santos, P.T.A.D., Brugnera, L.M., y Gratão, A.C.M. (2019). Sociodemographic and health characteristics of formal and informal caregivers of elderly people with Alzheimer's Disease. *Escola Anna Nery*, 23(2). <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0327>
- Maseda, A., Lodeiro-Fernández, L., Lorenzo-López, L., Núñez-Naveira, L., Balo, A., y Millán-Calenti, J.C. (2014). Verbal fluency, naming and verbal comprehension: three aspects of language as predictors of cognitive impairment. *Aging and mental health* 18(8), 1037-1045. <https://doi.org/10.1080/13607863.2014.908457>.
- Matellanes, B., Díaz, U., y Montero, J. M. (2010). *El proceso de envejecer. Una perspectiva integradora: evaluación e intervención biopsicosocial*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- McCabe, M., You, E., y Tatangelo, G. (2016). Hearing their voice: a systematic review of dementia family caregivers' needs. *The Gerontologist*, 56(5), e70-e88. <https://doi.org/10.1093/geront/gnw078>
- McCormack, B., Dewing, J., Breslin, L., Coyne-Nevin, A., Kennedy, K., Manning, M., ... y Slater, P. (2010). Developing person-centred practice: nursing outcomes arising from changes to the care environment in residential settings for older

- people. *International Journal of Older People Nursing*, 5(2), 93-107.
<https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2010.00216.x>.
- McDougall Jr, G. J., Becker, H., Pituch, K., Acee, T. W., Vaughan, P. W., y Delville, C. L. (2010). The SeniorWISE study: Improving everyday memory in older adults. *Archives of psychiatric nursing*, 24(5), 291-306.
<https://doi.org/10.1016/j.apnu.2009.11.001>
- Menec, V. (2003). The relation between everyday activities and successful aging: a 6 year longitudinal study. *Journal of Gerontology*, 58, 74-82.
<https://doi.org/10.1093/geronb/58.2.S74>
- Milders, M., Bell, S., Lorimer, A., MacEwan, T., y McBain, A. (2013). Cognitive stimulation by caregivers for people with dementia. *Geriatric Nursing*, 34(4), 267-273. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2013.03.003>
- Mills, W. L., Pimentel, C. B., Palmer, J. A., Snow, A. L., Wewiorski, N. J., Allen, R. S., y Hartmann, C. W. (2017). Applying a theory-driven framework to guide quality improvement efforts in nursing homes: The LOCK model. *The Gerontologist*, 58(3), 598-605. <https://doi.org/10.1093/geront/gnx023>
- Miranda-Castillo, C., Woods, B., y Orrell, M. (2013). The needs of people with dementia living at home from user, caregiver and professional perspectives: a cross-sectional survey. *BMC health services research*, 13(1), 43.
<https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-43>.
- Mograbi, D.C., de Assis Faria, C., Fichman, H.C., Paradela, E.M.P., y Lourenço, R.A. (2014). Relationship between activities of daily living and cognitive ability in a sample of older adults with heterogeneous educational level. *Annals of Indian Academy of Neurology* 17(1), 71-76. <https://doi.org/10.4103/0972-2327.128558>.

- Morgan-Brown, M., Newton, R., y Ormerod, M. (2013). Engaging life in two Irish nursing home units for people with dementia: Quantitative comparisons before and after implementing household environments. *Aging y mental health*, 17(1), 57-65. <https://doi.org/10.1080/13607863.2012.717250>.
- Mozolic, J. L., Long, A. B., Morgan, A. R., Rawley-Payne, M., y Laurienti, P. J. (2011). A cognitive training intervention improves modality-specific attention in a randomized controlled trial of healthy older adults. *Neurobiology of aging*, 32(4), 655-668. <https://doi.org/10.1016/j.neurobiolaging.2009.04.013>
- Muscari, A., Giannoni, C., Pierpaoli, L., Berzigotti, A., Maietta, P., Foschi, E., ... y Tentoni, C. (2010). Chronic endurance exercise training prevents aging-related cognitive decline in healthy older adults: a randomized controlled trial. *International journal of geriatric psychiatry*, 25(10), 1055-1064. <http://dx.doi.org/10.1002/gps.2462>
- National Institute for Clinical Excellence (NICE). (2011). Donepezil, galantamine, rivastigmine and memantine for the treatment of Alzheimer's disease. *NICE Technology Appraisal Guidance*, 217.
- Navarro, E., y Calero, M. D. (2009). Estimation of cognitive plasticity in old adults using dynamic assessment techniques. *Journal of Cognitive Education and Psychology*, 8(1), 38–51. <https://doi.org/10.1891/1945-8959.8.1.38>
- Navarro, E., y Calero, M. D. (2018). Cognitive plasticity in young-old adults and old-old adults and its relationship with successful aging. *Geriatrics*, 3(4), 76. <https://doi.org/10.3390/geriatrics3040076>
- Navarro, E., y Calero, M.D. (2011). Relación entre plasticidad y ejecución cognitiva: el potencial de aprendizaje en ancianos con deterioro cognitivo. *EJIHPE: European*

- Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 1(2), 45-59.
<https://doi.org/10.30552/ejihpe.v1i2.18>.
- Neugarten, B. (1972). Personality and the aging process. *The Gerontologist*, 12, 9–15.
https://doi.org/10.1093/geront/12.1_Part_1.9
- Nirmalan, V. (2010). Modified Barthel index and self-assessment scores of level of independence of individuals in subacute care (Order No. 1484732). Available from ProQuest Dissertations & Theses Global. (305239584). Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/305239584?accountid=14542>
- Novelli, C., Costa, J. B. V., y de Souza, R. R. (2017). Effects of aging and physical activity on articular cartilage: a literature review. *Journal of Morphological Sciences*, 29(1), 0-0.
- Nunes, D. P., Brito, T. R. P. D., Duarte, Y. A. D. O., y Lebrão, M. L. (2019). Caregivers of elderly and excessive tension associated to care: evidence of the Sabe Study. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 21, e180020.
<https://doi.org/10.1590/1980-549720180020.supl.2>
- Olin, J. T., y Schneider, L. (2002). Galantamine for Alzheimer's disease. *Cochrane database of systematic reviews*, (3). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001747>
- Oltra-Cucarella, J., Ferrer-Cascales, R., Clare, L., Morris, S. B., Espert, R., Tirapu, J., y Sánchez-SanSegundo, M. (2018). Differential effects of cognition-focused interventions for people with Alzheimer's disease: A meta-analysis. *Neuropsychology*, 32(6), 664–679. <https://doi.org/10.1037/neu0000449>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). Global health and aging. World Health Organization: Global strategy and action plan on ageing and health (2016–2020). 2016. Retrieved from <http://who.int/ageing/global-strategy/en/> Recuperado de

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329960/9789241513500-eng.pdf>.

Orejarena-Ballestas, M. C., Quiñonez-Pérez, A. M., y Marín-Gutiérrez, A. (2017). Estimulación cognitiva para pacientes con trastorno neurocognitivo mayor por enfermedad de alzheimer: revisión sistemática. *Búsqueda*, 4(19), 208-226. <https://doi.org/10.21892/01239813.372>.

Organización Mundial de la Salud (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Organización mundial de la salud. Recuperado de <https://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/>

Organización Mundial de la Salud (2015). *Study on global AGEing and adult health (SAGE)*. Recuperado de <http://www.who.int/healthinfo/sage/en/>

Organización Mundial de la Salud. (2017). Integrated care for older people: guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/258981>. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

Orrell, M., Yates, L. A., Burns, A., Russell, I., Woods, R. T., Hoare, Z., ... y Orgeta, V. (2012). Individual Cognitive Stimulation Therapy for dementia (iCST): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 13(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/1745-6215-13-172>

Orrell, M., Yates, L., Leung, P., Kang, S., Hoare, Z., Whitaker, C., ... y Pearson, S. (2017). The impact of individual Cognitive Stimulation Therapy (iCST) on cognition, quality of life, caregiver health, and family relationships in dementia: A randomised controlled trial. *PLoS medicine*, 14(3), e1002269. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002269>

- Ouwehand, C., De Ridder, D. T., y Bensing, J. M. (2007). A review of successful aging models: Proposing proactive coping as an important additional strategy. *Clinical psychology review*, 27(8), 873-884. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.11.003>
- Papp, K. V., Walsh, S. J., y Snyder, P. J. (2009). Immediate and delayed effects of cognitive interventions in healthy elderly: a review of current literature and future directions. *Alzheimer's y Dementia*, 5(1), 50-60. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2008.10.008>
- Park, D. C. (2000). The basic mechanisms accounting for age-related decline in cognitive function. *Cognitive aging: A primer*, 11(1), 3-19.
- Parlevliet, J. L., Uysal-Bozkir, Ö., Goudsmit, M., van Campen, J. P., Kok, R. M., ter Riet, G., ... y de Rooij, S. E. (2016). Prevalence of mild cognitive impairment and dementia in older non-western immigrants in the Netherlands: a cross-sectional study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 31(9), 1040-1049. <https://doi.org/10.1002/gps.4417>
- Passalacqua, S. A., y Harwood, J. (2012). VIPS communication skills training for paraprofessional dementia caregivers: An intervention to increase person-centered dementia care. *Clinical Gerontologist*, 35(5), 425-445. <https://doi.org/10.1080/07317115.2012.702655>.
- Pattie, A.H., y Gilleard, C.J. (1979). *Manual of the Clifton Assessment Procedures for the Elderly (CAPE)*. Sevenoaks, Kent, UK: Hodder and Stoughton.
- Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Semple, S. J., & Skaff, M. M. (1990). Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *The gerontologist*, 30(5), 583-594. <https://doi.org/10.1093/geront/30.5.583>

- Peel, N. M., McClure, R. J., y Bartlett, H. P. (2005). Behavioral determinants of healthy aging. *American journal of preventive medicine*, 28(3), 298-304. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2004.12.002>
- Pérès, K., Verret, C., Alioum, A., y Barberger-Gateau, P. (2005). The disablement process: factors associated with progression of disability and recovery in French elderly people. *Disability and rehabilitation* 27(5), 263-276. <https://doi.org/10.1080/09638280400006515>.
- Pernecky, R., Pohl, C., Sorg, C., Hartmann, J., Tosic, N., Grimmer, T., ... y Kurz, A. (2006). Impairment of activities of daily living requiring memory or complex reasoning as part of the MCI syndrome. *International Journal of Geriatric Psychiatry: A journal of the psychiatry of late life and allied sciences*, 21(2), 158-162. <https://doi.org/10.1002/gps.1444>
- Petretto, D. R., Pili, R., Gaviano, L., Matos, C. L., y Zuddas, C. (2016). Active ageing and success: A brief history of conceptual models. *Revista española de geriatría y gerontología*, 51(4), 229-241. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2015.10.003>
- Pruchno, R. A., Wilson-Genderson, M. y Cartwright, F. (2010). A two-factor model of successful aging. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 65(6), 671-679. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbq051>.
- Razani, J., Casas, R., Wong, J.T., Lu, P., Alessi, C., y Josephson, K. (2007). Relationship between executive functioning and activities of daily living in patients with relatively mild dementia. *Applied Neuropsychology* 14(3), 208-214. <https://doi.org/10.1080/09084280701509125>.
- Rebok, G.W., Ball, K., Guey, L.T., Jones, R.N., Kim, H.Y., King, J.W. ... y Willis, S.L. (2014). Ten-year effects of the advanced cognitive training for independent and vital elderly cognitive training trial on cognition and everyday functioning in

- older adults. *Journal of the American Geriatrics Society* 62(1), 16-24.
<https://doi.org/10.1111/jgs.12607>.
- Reichard, S. K., Livson, F., y Petersen, P. G. (1962). *Aging and personality: A study of eighty-seven older men*. Wiley.
- Reijnders, J., van Heugten, C., y van Boxtel, M. (2013). Cognitive interventions in healthy older adults and people with mild cognitive impairment: a systematic review. *Ageing research reviews*, 12(1), 263-275.
<https://doi.org/10.1016/j.arr.2012.07.003>
- Resnick, B., y Galik, E. (2013). Using function-focused care to increase physical activity among older adults. *Annual review of nursing research*, 31(1), 175-208.
<https://doi.org/10.1891/0739-6686.31.175>
- Richmond, L.L., Morrison, A.B., Chein, J.M., y Olson, I.R. (2011). Working memory training and transfer in older adults. *Psychology and aging* 26(4), 813.
<https://doi.org/10.1037/a0023631>.
- Riley, M. W., y Riley, J. W., Jr. (1994). *Structural lag: Past and future*. In M. W. Riley, R. L. Kahn, A. Foner, y K. A. Mack (Eds.), *Age and structural lag: Society's failure to provide meaningful opportunities in work, family, and leisure* (p. 15–36). John Wiley y Sons.
- Robertson, S., Cooper, C., Hoe, J., Hamilton, O., Stringer, A., y Livingston, G. (2017). Proxy rated quality of life of care home residents with dementia: a systematic review. *International psychogeriatrics*, 29(4), 569-581.
<https://doi.org/10.1017/S1041610216002167>
- Robinson, K.M., Buckwalter, K.C., y Reed, D. (2005). Predictors of use of services among dementia caregivers. *Western Journal of Nursing Research* 27(2), 126–140. <https://doi.org/10.1177/0193945904272453>.

- Rodda, J., Morgan, S., y Walker, Z. (2009). Are cholinesterase inhibitors effective in the management of the behavioral and psychological symptoms of dementia in Alzheimer's disease? A systematic review of randomized, placebo-controlled trials of donepezil, rivastigmine and galantamine. *International psychogeriatrics*, 21(5), 813-824. <https://doi.org/10.1017/S1041610209990354>
- Rodríguez, A., Loreto, L., y Trujillo, C. C. (2013). Fortalezas personales en mayores viudos: diseño mixto de investigación en psicología positiva. *Avances en psicología clínica*. 42.
- Rogers, C. R. (1959). *A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships: As developed in the client-centered framework* (Vol. 3, pp. 184-256). New York: McGraw-Hill.
- Rowe, J. W., y Kahn, R. L. (2015). Successful aging 2.0: Conceptual expansions for the 21st century. *The Journals of Gerontology: Series B*, 70(4), 593-596. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbv025>
- Rowe, J., y Kahn, R. (1987). Human aging: Usual and successful. *Science*, 237, 143-149. <https://doi.org/10.1126/science.3299702>.
- Rowe, J., y Kahn, R. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37, 433-440. <https://doi.org/10.1093/geront/37.4.433>.
- Rozo, V., Rodríguez, O., Montenegro, Z., y Dorado, C. (2016). Efecto de la implementación de un programa de estimulación cognitiva en una población de adultos mayores institucionalizados en la ciudad de Bogotá. *Revista Chilena de Neuropsicología* 11(1), 12-18.
- Salazar-Barajas, M. E., Crespo, M. L., Hernández Cortez, P. L., Villarreal Reyna, M. D. L. Á., Gallegos Cabriales, E. C., Gómez Meza, M. V., y Salazar González, B. C. (2018). Factors Contributing to Active Aging in Older Adults, from the

- Framework of Roy's Adaptation Model. *Investigación y educación en enfermería*, 36(2). <http://dx.doi.org/10.17533/udea.iee.v36n2e08>
- Sanjuán, M., Navarro, E., y Calero, M. D. (2020). Effectiveness of Cognitive Interventions in Older Adults: A Review. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 10(3), 876-898. <https://doi.org/10.3390/ejihpe10030063>.
- Santrock, J. W. (2011). *Life-span development* 13th edition. New York: McGraw-Hill.
- Schunk, DH (2005). Self-regulated learning: The educational legacy of Paul R. Pintrich. *Educational Psychologist*, 40(2), 85-94.
- Sanz, S., Castellani, M., Belleville, B., Dwolatzky, T., HApstead, B., y Bahar-Fuchs, A. (2020). The design, evaluation, and reporting on non-pharmacological cognitive-oriented treatments for older adults: Results of a survey of experts. *Alzheimer Dement*, 6, e12024. <https://doi.org/10.1002/trc2.12024>
- Scarmeas, N., y Stern, Y. (2003). Cognitive reserve and lifestyle. *Journal of clinical and experimental neuropsychology*, 25(5), 625-633. <https://doi.org/10.1076/jcen.25.5.625.14576>
- Schaie, K. W. (1994). The course of adult intellectual development. *American psychologist*, 49(4), 304. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.49.4.304>.
- Schaie, K. W., Willis, S. L., y Caskie, G. I. (2004). The Seattle longitudinal study: Relationship between personality and cognition. *Aging Neuropsychology and Cognition*, 11(2-3), 304-324. <https://doi.org/10.1080/13825580490511134>
- Seeman, T. E., Lusignolo, T. M., Albert, M., y Berkman, L. (2001). Social relationships, social support, and patterns of cognitive aging in healthy, high-functioning older adults: MacArthur Studies of Successful Aging. *Health Psychology*, 20(4), 243–255. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.20.4.243>

- Shah, S., Vanclay, F., y Cooper, B. (1989). Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. *Journal of clinical epidemiology*, 42(8), 703-709. [https://doi.org/10.1016/0895-4356\(89\)90065-6](https://doi.org/10.1016/0895-4356(89)90065-6)
- Shatil, E., Mikulecka, J., Bellotti, F., y Bureš, V. (2014). Novel television-based cognitive training improves working memory and executive function. *PloS one*, 9(7), e101472. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0101472>.
- Simon, S. S., Castellani, M., Belleville, S., Dwolatzky, T., Hampstead, B. M., y Bahar-Fuchs, A. (2020). The design, evaluation, and reporting on non-pharmacological, cognition-oriented treatments for older adults: Results of a survey of experts. *Alzheimer's y Dementia: Translational Research y Clinical Interventions*, 6(1), e12024. <https://doi.org/10.1002/trc2.12024>
- Simon, S. S., Yokomizo, J. E., y Bottino, C. M. (2012). Cognitive intervention in amnesic Mild Cognitive Impairment: a systematic review. *Neuroscience y Biobehavioral Reviews*, 36(4), 1163-1178. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2012.01.007>
- Simpson, I. C., Dumitrache, C. G., y Calet, N. (2019). Mental health symptoms and verbal fluency in elderly people: Evidence from the Spanish longitudinal study of aging. *Aging y Mental Health*, 23(6), 670-679. <https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1448969>.
- Smart, C. M., Karr, J. E., Areshenkoff, C. N., Rabin, L. A., Hudon, C., Gates, N., ... y Hampel, H. (2017). Non-pharmacologic interventions for older adults with subjective cognitive decline: systematic review, meta-analysis, and preliminary recommendations. *Neuropsychology review*, 27(3), 245-257. <https://doi.org/10.1007/s11065-017-9342-8>
- Smith, E. R., Broughton, M., Baker, R., Pachana, N. A., Angwin, A. J., Humphreys, M. ... & Hegney, D. (2011). Memory and communication support in dementia:

research-based strategies for caregivers. *International Psychogeriatrics*, 23(2), 256-263. <https://doi.org/10.1017/S1041610210001845>

Smith, G. E., Housen, P., Yaffe, K., Ruff, R., Kennison, R. F., Mahncke, H. W., y Zelinski, E. M. (2009). A cognitive training program based on principles of brain plasticity: results from the Improvement in Memory with Plasticity-based Adaptive Cognitive Training (IMPACT) Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(4), 594-603. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2008.02167.x>

Solís, C. L. B., Arrijoja, S. G., & Manzano, A. O. (2005). Barthel Index (BI): An essential instrument for the functional evaluation and the rehabilitation. *Plasticidad y Restauración Neurológica*, 4(1-2), 81-85.

Spector, A., Orrell, M., y Woods, B. (2010). Cognitive Stimulation Therapy (CST): effects on different areas of cognitive function for people with dementia. *International journal of geriatric psychiatry*, 25(12), 1253-1258. <https://doi.org/10.1002/gps.2464>

Spector, A., Revolta, C., y Orrell, M. (2016). The impact of staff training on staff outcomes in dementia care: a systematic review. *International journal of geriatric psychiatry*, 31(11), 1172-1187. <https://doi.org/10.1002/gps.4488>

Stein-Parbury, J., Chenoweth, L., Jeon, Y. H., Brodaty, H., Haas, M., y Norman, R. (2012). Implementing person-centered care in residential dementia care. *Clinical gerontologist*, 35(5), 404-424. <https://doi.org/10.1080/07317115.2012.702654>

Stine-Morrow, E. A., Parisi, J. M., Morrow, D. G., Greene, J., y Park, D. C. (2007). An engagement model of cognitive optimization through adulthood. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 62(1), 62-69. https://doi.org/10.1093/geronb/62.special_issue_1.62.

- Stott, J., y Spector, A. (2011). A review of the effectiveness of memory interventions in mild cognitive impairment (MCI). *International Psychogeriatrics*, 23(4), 526-538. <https://doi.org/10.1017/S1041610210001973>
- Szerletics, A. (2015). *Paternalism: Moral Theory and Legal Practice*. Frankfurt: Peter Lang. <https://doi.org/10.3726/978-3-653-05924-3>.
- Tardif, S. y Simard, M. (2011). Cognitive stimulation programs in healthy elderly: a review. *International journal of Alzheimer's disease*, 1-13. <https://doi.org/10.4061/2011/378934>
- Tarlow, B. J., Wisniewski, S. R., Belle, S. H., Rubert, M., Ory, M. G., y Gallagher-Thompson, D. (2004). Positive aspects of caregiving: Contributions of the REACH project to the development of new measures for Alzheimer's caregiving. *Research on aging*, 26(4), 429-453. <https://doi.org/10.1177/0164027504264493>
- Teixeira, C. V. L., Gobbi, L. T. B., Corazza, D. I., Stella, F., Costa, J. L. R., y Gobbi, S. (2012). Non-pharmacological interventions on cognitive functions in older people with mild cognitive impairment (MCI). *Archives of gerontology and geriatrics*, 54(1), 175-180. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2011.02.014>
- Terada, S., Oshima, E., Yokota, O., Ikeda, C., Nagao, S., Takeda, N.,y Uchitomi, Y. (2013). Person-centered care and quality of life of patients with dementia in long-term care facilities. *Psychiatry Research*, 205(1-2), 103-108. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.08.028>.
- Teri, L., Huda, P., Gibbons, L., Young, H., y Van Leynseele, J. (2005). STAR: A Dementia-Specific Training Program for Staff in Assisted Living Residences: Nancy Morrow-Howell, MSW, PhD, Editor. *The Gerontologist* 45(5), 686-693. <https://doi.org/10.1093/geront/45.5.686>.

- Teri, L., Truax, P., Logsdon, R., Uomoto, J., Zarit, S., y Vitaliano, P. (1992). Assessment of behavioral problems in dementia: the revised memory and behavior problems checklist. *Psychology and Aging*, 7(4), 622-631. <https://doi.org/10.1037//0882-7974.7.4.622>
- Thinnes, A., y Padilla, R. (2011). Effect of educational and supportive strategies on the ability of caregivers of people with dementia to maintain participation in that role. *American Journal of Occupational Therapy*, 65(5), 541-549. <https://doi.org/10.5014/ajot.2011.002634>
- Thivierge, S., Jean, L., y Simard, M. (2014). A randomized cross-over controlled study on cognitive rehabilitation of instrumental activities of daily living in Alzheimer disease. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(11), 1188-1199. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2013.03.008>.
- Thompson L. (2017). Paternalism. *Encyclopedia Britannica*, 15th Edn. London: Encyclopedia Britannica, Inc; Retrieved from <https://www.britannica.com/topic/paternalism>.
- Toepper, M. (2017). Dissociating normal aging from Alzheimer's disease: A view from cognitive neuroscience. *Journal of Alzheimer's disease*, 57(2), 331-352. <https://doi.org/10.3233/JAD-161099>
- Triadó, C. y Villar, F. (2006). *Psicología de la vejez* (1st ed.). Madrid: Alianza Editorial.
- Tsolaki, M., Kounti, F., Agogiatou, C., Poptsi, E., Bakoglidou, E., Zafeiropoulou, M., ... y Nakou, S. (2011). Effectiveness of nonpharmacological approaches in patients with mild cognitive impairment. *Neurodegenerative Diseases*, 8(3), 138-145. <https://doi.org/10.1159/000320575>.

- Tucker-Drob, E. M., Brandmaier, A. M., y Lindenberger, U. (2019). Coupled cognitive changes in adulthood: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 145(3), 273–301. <https://doi.org/10.1037/bul0000179>
- Tzuriel, D. (2013). Mediated learning experience and cognitive modifiability. *Journal of Cognitive Education and Psychology*, 12(1), 59-80. <https://doi.org/10.1891/1945-8959.12.1.59>.
- United Nations (2017) World Population Prospects: The 2017 Revision, Key Findings and Advance Tables.
- Vaingankar, J. A., Subramaniam, M., Picco, L., Eng, G. K., Shafie, S., Sambasivam, R., ... y Chong, S. A. (2013). Perceived unmet needs of informal caregivers of people with dementia in Singapore. *International Psychogeriatrics*, 25(10), 1605-19. <http://dx.doi.org/10.1017/S1041610213001051>
- van Agt, H. M., Essink-Bot, M. L., Krabbe, P. F., y Bonsel, G. J. (1994). Test-retest reliability of health state valuations collected with the EuroQol questionnaire. *Social science y medicine*, 39(11), 1537-1544. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)90005-1](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)90005-1)
- Verbeek, H., Zwakhalen, S.M., Van Rossum, E., Ambergen, T., Kempen, G.I. y Hamers, J.P. (2010). Small-scale, homelike facilities versus regular psychogeriatric nursing home wards: a cross-sectional study into residents' characteristics. *BMC Health Services Research*, 29, 10-30. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-30>
- Verhaeghen, P. (2000). The interplay of growth and decline. Theoretical and empirical aspects of plasticity of intellectual and memory performance in normal old age. In R.D. Hill. L. Backman y A. Stigsdotter (eds.). *Cognitive rehabilitation in old age*. (pp. 3-22). New York: Oxford University Press.

- Von Bastian, C. C., y Oberauer, K. (2013). Distinct transfer effects of training different facets of working memory capacity. *Journal of Memory and Language*, 69(1), 36-58. <https://doi.org/10.1016/j.jml.2013.02.002>
- Von Bastian, C.C., Langer, N., Jäncke, L., y Oberauer, K. (2013). Effects of WM training in young and old adults. *Memory y Cognition*, 41(4), 611–624. <https://doi.org/10.3758/s13421-012-0280-7>
- Waldemar, G., Waldorff, F. B., Buss, D.V., Eckermann, A., Keiding, N., Rishoj, S., Siersma, V., Sorensen, J., Sorensen, L. V., y Vogel, A. (2011). The Danish Alzheimer Intervention Study: Rationale, Study Design and Baseline Characteristics of the Cohort. *Methods in Neuroepidemiology*, 36(1), 52-61. <https://doi.org/10.1159/000322942>
- Wang, Y. Q., Jia, R. X., Liang, J. H., Li, J., Qian, S., Li, J. Y., y Xu, Y. (2020). Effects of non-pharmacological therapies for people with mild cognitive impairment. A Bayesian network meta-analysis. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 35(6), 591-600. <https://doi.org/10.1002/gps.5289>
- Wattmo, C., Londos, E., y Minthon, L. (2014). Solitary living in Alzheimer’s disease over 3 years: Association between cognitive and functional impairment and community-based services. *Clinical Interventions in Aging* 9, 1951–1962. <https://doi.org/10.2147/CIA.S71709>.
- Wave (2013). Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) Recuperado de <http://www.share-project.org/home0/wave-4.html>
- White, D. L., Newton-Curtis, I. y Lyons, K.S. (2008). Development and initial testing of a measure of person-directed care. *The Gerontological Society of America*, 48(1), 114-123. https://doi.org/10.1093/geront/48.Supplement_1.114

- Williams, K., Herman, R., y Smith, E. K. (2014). Cognitive interventions for older adults: Does approach matter?. *Geriatric Nursing*, 35(3), 194-198. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2014.01.004>
- Willis, S.L., Tennstedt, S.L., Marsiske, M., Ball, K., Elias, J., Koepke, K.M. ... y Wright, E. (2006). Long-term effects of cognitive training on everyday functional outcomes in older adults. *Journal of the American Medical Association* 296(23), 2805–2814. <https://doi.org/10.1001/jama.296.23.2805>.
- Wimo, A., Elmståhl, S., Fratiglioni, L., Sjölund, B. M., Sköldunger, A., Fagerström, C., ... y Lagergren, M. (2017). Formal and informal care of community-living older people: A population-based study from the Swedish National study on Aging and Care. *The journal of nutrition, health & aging*, 21(1), 17-24. <https://doi.org/10.1007/s12603-016-0747-5>
- Woods, B., Aguirre, E., Spector, A. E., y Orrell, M. (2012). Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005562.pub2>
- Wrosch, C., Scheier, M. F., Miller, G. E., Schulz, R., y Carver, C. S. (2003). Adaptive self-regulation of unattainable goals: Goal disengagement, goal reengagement, and subjective well-being. *Personality and social psychology bulletin*, 29(12), 1494-1508. <https://doi.org/10.1177/0146167203256921>
- Wu, Y. T., Prina, A. M., y Brayne, C. (2015). The association between community environment and cognitive function: a systematic review. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 50(3), 351-362. <https://doi.org/10.1007/s00127-014-0945-6>.

- Yates, L. A., Leung, P., Orgeta, V., Spector, A., y Orrell, M. (2015). The development of individual cognitive stimulation therapy (iCST) for dementia. *Clinical interventions in aging*, *10*, 95.-104. <https://doi.org/10.2147/CIA.S73844>
- Yates, L., Csipke, E., Moniz-Cook, E., Leung, P., Walton, H., Charlesworth, G., ... y Orrell, M. (2019). The development of the Promoting Independence in Dementia (PRIDE) intervention to enhance independence in dementia. *Clinical interventions in aging*, *14*, 1615. <https://doi.org/10.2147/CIA.S214367>
- Zajac-Lampaska, L. y Trempala, J. (2016). Effects of working memory and attentional control training and their transfer onto fluid intelligence in early and late adulthood. *Health Psychology Report*, *4* (1), 41-53. <https://doi.org/10.5114/hpr.2016.56846>
- Zehnder, F., Martin, M., Altgassen, M., y Clare, L. (2009). Memory training effects in old age as markers of plasticity: A meta-analysis. *Restorative Neurology and Neuroscience*, *27*(5), 507-520. <https://doi.org/10.3233/RNN-2009-0491>.
- Zwingmann, I., Hoffmann, W., Michalowsky, B., Dreier-Wolfgramm, A., Hertel, J., Wucherer, D ... y Thyrian, J.R. (2018). Supporting family dementia caregivers: testing the efficacy of dementia care management on multifaceted caregivers' burden. *Aging and mental health* *22*(7), 889-896. <https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1399341>.

PUBLICACIONES RELACIONADAS CON LA TESIS.

- Navarro, E., Sanjuán, M., y Abarca, S. (2017). Funcionamiento cognitivo y calidad de vida en ancianos con y sin envejecimiento exitoso. *European Journal of Health Research:(EJHR)*, 3(1), 75-89. <https://doi.org/10.30552/ejhr.v3i1.57>
- Sanjuán, M., Calero, M.D., Abarca, S., y Navarro, E. (2018). Valoración de los efectos de un programa de formación de cuidadores sobre el mantenimiento cognitivo y funcional de ancianos [Evaluation of the effects a caregiver training programme has on the cognitive and functional maintenance of the elderly]. *Estudios de Psicología*, 39(2-3), 437–464. <https://doi.org/10.1080/02109395.2018.1486359>
- Sanjuán, M., Navarro, E., y Calero, M.D. (2020). Effectiveness of Cognitive Interventions in Older Adults: A Review. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 10(3), 876-898. <https://doi.org/10.3390/ejihpe10030063>.
- Navarro, E., Sanjuán, M., y Calero, M.D. (en prensa). Increasing autonomy through improved care: Effects of a professional caregiver training program on the functional status of older adults. *Ageing & Society*.

ANEXOS

ANEXO 1: HOJA DE DATOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS PARA PERSONAS MAYORES

Código:

HOJA DE RECOGIDA DE DATOS DE ANCIANOS

Datos evaluador:

Centro:

FECHA:

Datos del evaluado:

Nombre y apellidos:

Edad:

Sexo:

Estado civil:

Número de hijos:

Lugar de residencia anterior: (ciudad/pueblo)

Nivel educativo:

En qué ha trabajado:

Años desde la jubilación:

Con quién vive en la residencia: (solo/acompañado por _____)

¿Tiene alguna enfermedad? SI / NO ¿Cuál?

Déficit sensorial o motor SI /NO indicar

Indica algún otro dato que consideres de interés:

PRUEBAS:

ANEXO 2: HOJA DE REGISTRO DE LAS ACTIVIDADES DEL CUIDADOR

HOJA DE REGISTRO DE LAS ACTIVIDADES DEL CUIDADOR

Nombre del Paciente: _____

Nombre del Cuidador (persona que rellena este cuestionario): _____

Día	Hora	Actividad	Situación	Qué suele hacer	Objetivo De estimulación	Cómo
23/No	10:00	Vestido	En su habitación	Colabora en ser vestido	Entrenar secuencia de vestido nombrando prendas	Se le pregunta uno a uno: que va primero, que va después

ANEXO 3: FASES DEL PROCEDIMIENTO

	2015	2016												2017												2018											
	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O		
Entreálamos																																					
María zayas																																					
UED Pulianas																																					
UED Ogjares																																					
Clínica psicología																																					
UED Atarfe																																					
Refina Mundi																																					
GERIATRIC XXI																																					
Centro cívico Genil 1																																					
Centro cívico Zaidín																																					
Centro cívico Genil 1																																					
Ayuntamiento Cúllar Vega																																					

CÓDIGO:

PROTOCOLO DE EVALUACIÓN DE CUIDADORES

DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos: _____

Teléfono de contacto:

Edad: _____

Sexo: _____

Nivel educativo: _____

Estado civil: _____

Número de hijos: _____

DATOS LABORALES:

Centro de trabajo: _____

Años de experiencia laboral: _____

Cuántos años lleva trabajando en el Centro: _____

Titulación por la que entró a trabajar en el Centro: _____

Trabaja usted a: tiempo completo / tiempo parcial

Número aproximado de residentes diarios a los que atiende _____

ANEXO 5: SSFQ

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN POST – INTERVENCIÓN SSFQ (Goyder et al., 2012)

Nombre y apellidos _____

Centro _____

Instrucciones: *Por favor, lea atentamente estas instrucciones y conteste a las preguntas de la siguiente tabla. Si tiene cualquier duda pregunte al psicólogo responsable de este trabajo en su Centro.*

PRIMERA PARTE

En una escala del 1 al 5 (donde en la primera parte 1 es totalmente en desacuerdo y 5 es totalmente de acuerdo; y en la segunda parte 1 totalmente falso y 5 totalmente verdadero) indique en qué medida está de acuerdo con las siguientes afirmaciones sobre el programa de formación recibido y la utilidad de la misma en su trabajo durante el tiempo que ha durado la investigación.

	1	2	3	4	5
<u>La utilidad de los diferentes módulos de entrenamiento:</u>	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en desacuerdo ni de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
- Módulo 1. Cuidados centrados en la persona, lenguaje y orientación a la realidad					
- Módulo 2. Entrenamiento cognitivo					
-Módulo 3. Control de problemas de conducta (en demencias)					
Mi satisfacción general con los módulos de formación ha sido...					
<u>La medida en la que el programa ha impactado en factores como:</u>	1	2	3	4	5
	Totalmente falso	Falso	Ni falso ni verdadero	Verdadero	Totalmente verdadero
El conocimiento					
Satisfacción con el trabajo					
Sensación de confianza en el trabajo					

Mi satisfacción general en relación con la aplicación del programa en mi trabajo diario ha sido...					
--	--	--	--	--	--

SEGUNDA PARTE

Por favor, a continuación, le pedimos que de manera breve responda a las siguientes preguntas relacionadas con su experiencia personal/profesional al participar en este estudio.

1. Describa o indique los aspectos del programa de formación que ha encontrado más útiles y que más le han servido en su trabajo diario:
2. Indique qué elementos del programa de formación podrían mejorarse
3. Indique qué problemas ha encontrado al aplicar el programa en su día a día como trabajador/a en su Centro.
4. Por favor, haga una valoración global de la experiencia que ha supuesto para usted recibir el programa de formación de cuidadores y su puesta en práctica.