

---

# EFFECTIVIDAD DE LA ESTIMULACIÓN COGNITIVA EN PACIENTES DEL HOSPITAL DE DIA DEL PARC SANITARI PERE VIRGILI

---

**Elisabeth Calvo Fernández**

Parc Sanitari Pere Virgili  
ecalvof@gmail.com

## Resumen

La demencia en España se da hasta en el 15% de los mayores de 65 años, y el 17,2% de los mayores de 70 años. Su abordaje no farmacológico incluye la estimulación cognitiva que aporta claros beneficios según la literatura.

**Objetivo:** Evaluar la eficacia de la estimulación cognitiva en pacientes ingresados en el hospital de día del Hospital de día (HD) del Parc Sanitari Pere Virgili (PSPV), evaluando su impacto sobre el paciente a nivel cognitivo, funcional, social y emocional.

**Metodología:** Se realizó un estudio longitudinal prospectivo de intervención. Se realizó un corte transversal antes de iniciar la terapia y un corte transversal al finalizarla. Se compararon ambos cortes concluyendo si

había diferencias significativas entre ellos. El estudio se realizó en el HD del PSPV. Los sujetos de estudio fueron los pacientes ingresados en el HD del PSPV, que cumplan los criterios de inclusión y exclusión del estudio. Se recogieron los datos de los pacientes que realizaron la Estimulación Cognitiva desde Enero/febrero hasta noviembre/diciembre del 2018. Los participantes en el estudio fueron 56. La intervención realizada fueron las terapias que se llevan a cabo en el HD, estimulación cognitiva oral, escrita o a través de ordenador y gimnasia colectiva: en el caso que lo precisaran, también realizaron fisioterapia o terapia ocupacional. Las diferentes variables se recogieron en el Cuaderno de recogida de datos, incluyeron: Edad, Género, MMSE, Barthel y Lawton. El análisis estadístico de los datos se realizó

mediante el programa estadístico SPSS® (Statistical Product and Service Solutions) versión 20.0. Se realizó un análisis descriptivo de todas las variables recogidas. El estudio cuenta con algunas limitaciones y aspectos éticos que se han tenido en cuenta en el desarrollo de este. El presupuesto que se precisó para dicha actividad fue limitado, ya que la intervención ya se estaba realizando previamente. Se llevó a cabo durante el año 2018.

**Palabras clave:** estimulación cognitiva, demencia, deterioro cognitivo, enfermería, hospital de día.

## Abstract

Dementia in Spain occurs up to 15% of those over 65 years of age, and the 17.2% of those over the age of 70. Its non-pharmacological approach includes the cognitive stimulation which provides clear benefits according to the literature.

### Objective:

To evaluate the efficacy of cognitive stimulation in patients admitted to the Parc Sanitari Pere Virgili (PSPV) day hospital (HD), evaluating its cognitive, functional, social and emotional impact on the patient.

### Methodology:

A prospective longitudinal study of intervention. A transversal cut was made before starting the therapy and a cut cross when finished. Both cuts were compared concluding if there was significant differences between them. The study was carried out in the HD of the PSPV. Its subjects were the patients admitted to the HD of the PSPV, who met the inclusion and exclusion criteria of the study. The data was collected from the patients who underwent Cognitive

Stimulation from January/February to November/December or 2018. There was a total of 56 participants in the study. Intervention carried out were the therapies are being fulfilled at the HD, including, oral, written or computerized cognitive stimulation and collective gymnastics: if it was required, they also could perform physiotherapy or occupational therapy. The different variables were collected in the Data Collection Notebook, they included: Age, Gender, MMSE, Barthel and Lawton. The statistical analysis of the data was carried out using the statistical program SPSS® (Statistical Product and Service Solutions) version 20.0. A descriptive analysis of all variables was performed. The study has some limitations and ethical aspects that have been taken into account in its development. The budget required for said activity was limited, since the intervention was already being carried out previously. It was executed out during the year 2018.

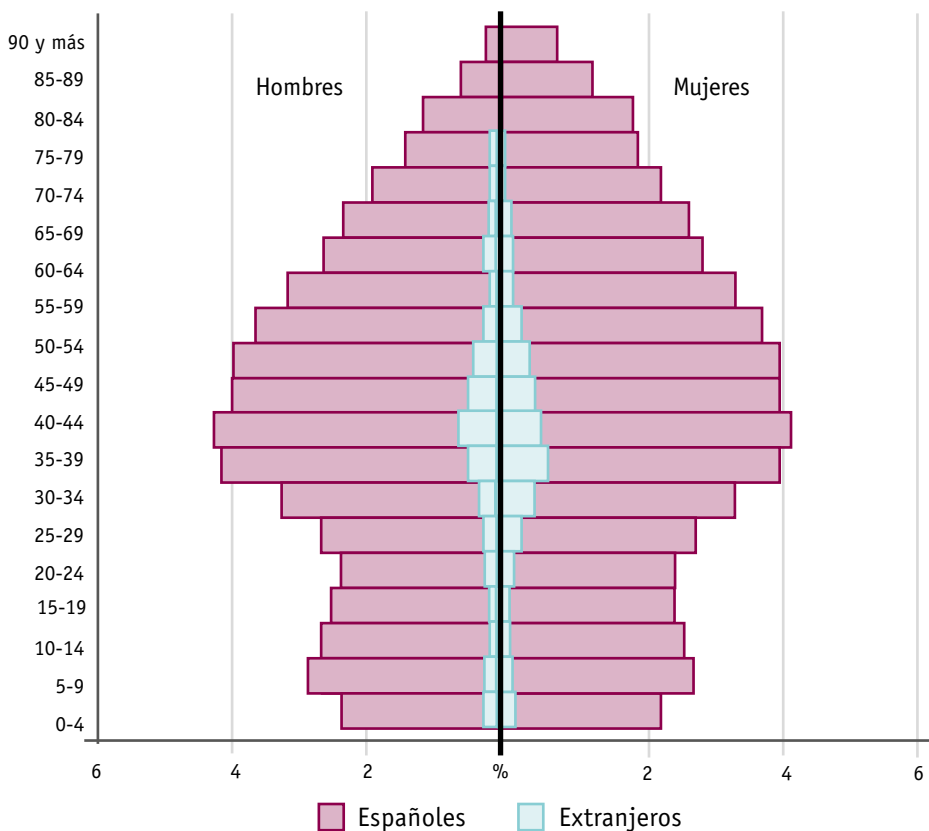
**Key words:** cognitive stimulation, dementia, cognitive impairment, nursing, day hospital.

## Introducción

La sociedad española es una de las más envejecidas, a causa del aumento en la esperanza de vida, el avance social, económico y sanitario de los últimos años.

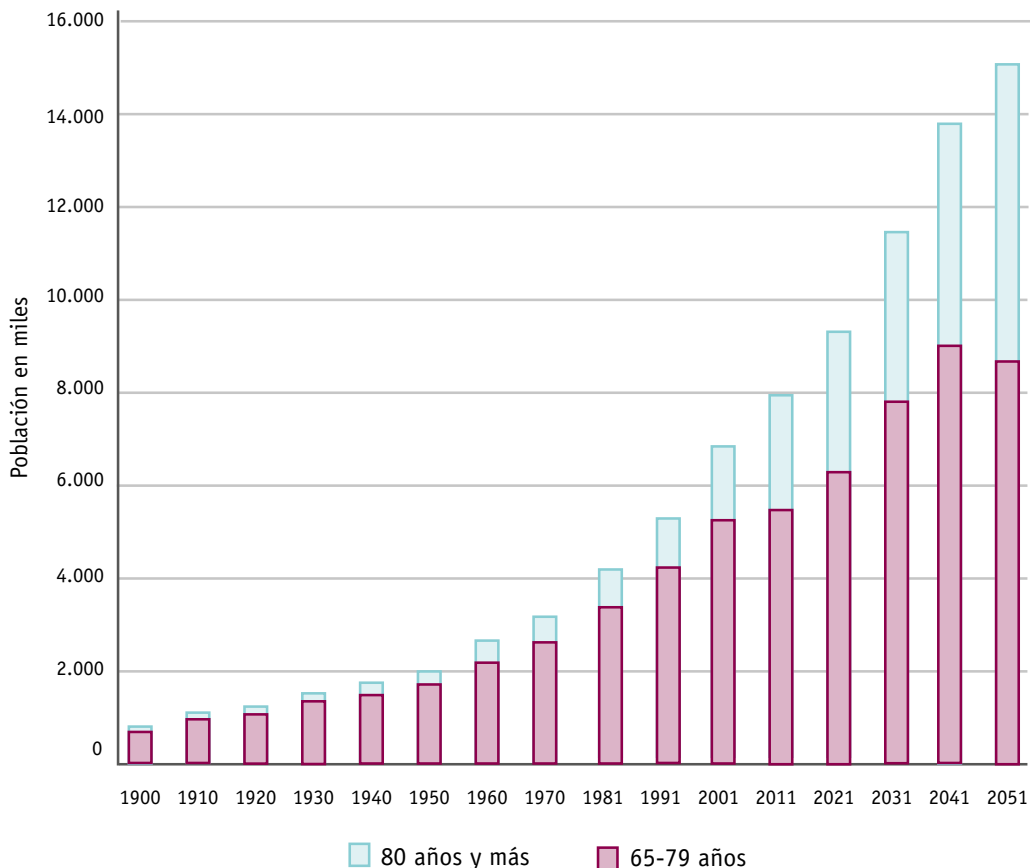
A principios de 2017 Hubo un aumento en la población de los siguientes grupos de edades de entre 40 y 74 años, de 10 a 19 años y los mayores de 80 años. En cambio ha descendido en los grupos de 20 a 39 años, menores de 10 años y de 75 a 79 años.<sup>1,2</sup>

Pirámide de población de España. A 1 de enero 2016



Según los datos del Padrón Continuo (INE) (46.624.382), con un aumento anual de mayores de 80 años. Hay más mujeres mayores de 80 años. Hay más mujeres mayores de 65 años o más, el 18,4% sobre el total de la población de aquel momento que hombres mayores, un 33% más.

Evolución de la población mayor, 1900-2051



\*De 1900 a 2011 los datos son reales; de 2021 a 2051 se trata de proyecciones.

Fuente: INE: INEBASE:

1900-2001: Cifras de población. Resúmenes provinciales de población según sexo y edad desde 1900 hasta 2021.

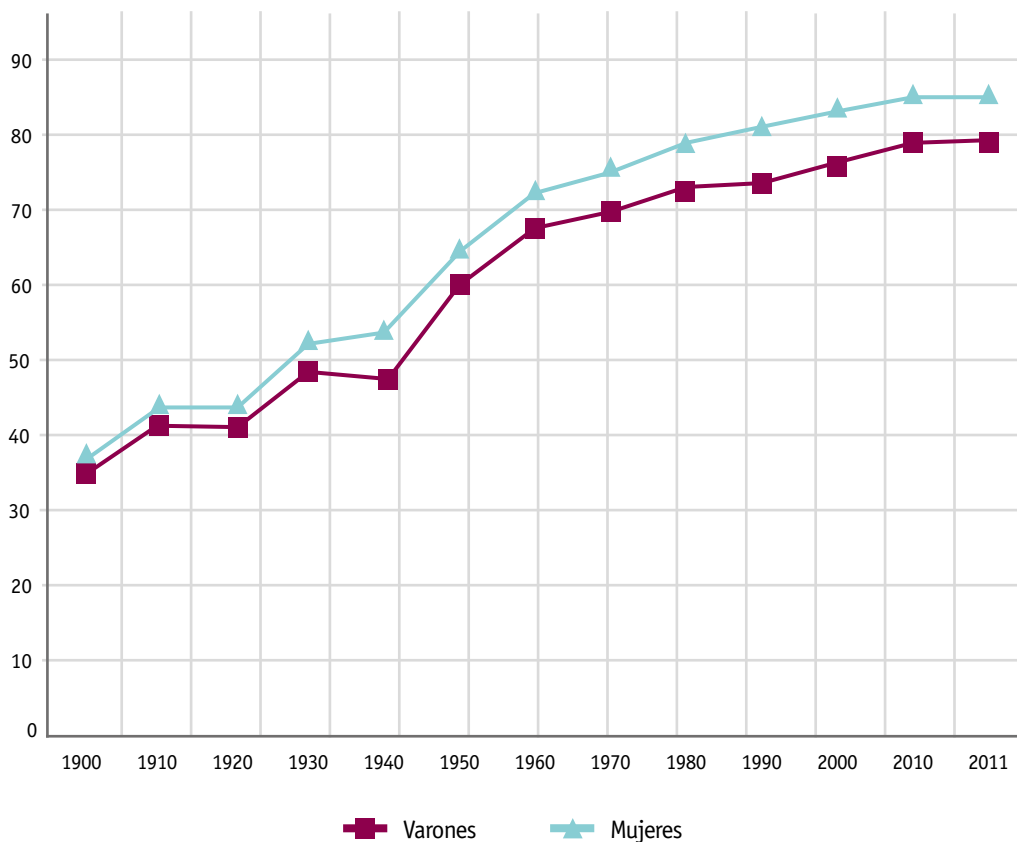
2011: Cifras de población. Resultados nacionales, Censos de Población y Viviendas 2011.

2012: Avance del Padrón municipal a 1 de enero de 2012. Datos provisionales. (el dato a 1 de enero de 2013 se publicará el 3 de abril de 2013)

2021-2052: Proyecciones de la población a largo plazo. Consulta en abril 2013

En 2014, según el INE, las mujeres españolas tenían una esperanza de vida al nacer de 85,6 años, y los hombres de 80,1 años, de las más altas de la unión europea.

Esperanza de vida al nacer por sexo, 1900-2011



Fuente: Años 1900-1998. INE. Anuario estadístico de España 2004. Demografía  
 Años 2000-2011. INE. Tablas de mortalidad de la población de España

Los baby-boom iniciarán su llegada a la jubilación sobre el año 2024.<sup>3</sup> Por lo tanto, estamos delante de una población envejecida, que a lo largo de los próximos 50 años cada vez lo será más. La esperanza de vida cada vez es mayor. Los ancianos del futuro serán mucho más diversos que los que tenemos en la actualidad, ya que procederán de etnias y culturas diferentes.

La edad, es el principal factor de riesgo para padecer demencia, la incidencia se duplica cada 5 años a partir de los 65.<sup>4</sup>

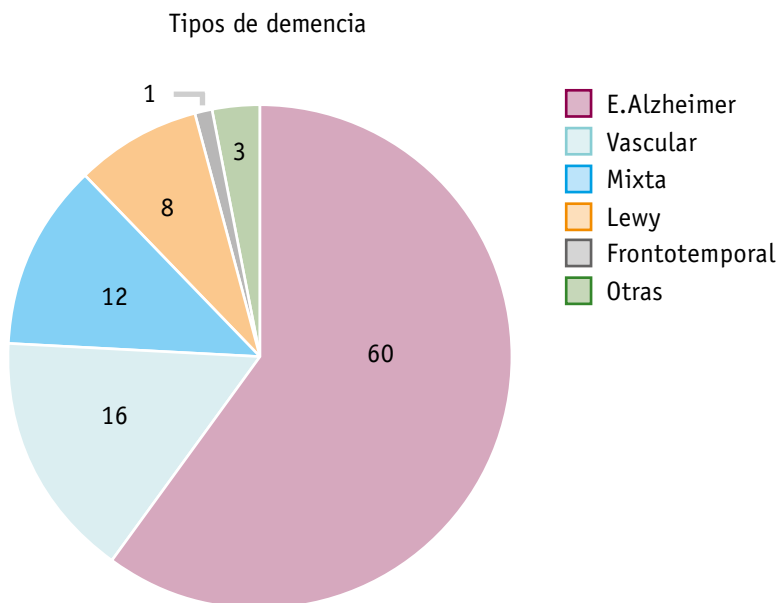
La demencia es un síndrome clínico pluri-patológico caracterizado por un déficit cognitivo que reduce de forma significativa la autonomía funcional de la persona, cursando normalmente con síntomas conductuales y psicológicos. La evolución suele ser crónica, pero no necesariamente irreversible ni progresivo. Existen varios tipos de Demencia. Las degenerativas, entre las que se incluiría el Alzheimer; vasculares, hemorrágicas o is-

quémicas; Combinadas, que combinan varios tipos de demencia, normalmente degenerativa y vascular; o secundarias, que son causa de otra patología o síntoma.<sup>(5, 6, 7)</sup>

En el Deterioro Cognitivo Leve (DCL) el individuo que presenta cierto grado de déficit cognitivo, cuya severidad resulta insuficiente para cumplir criterios de demencia, ya que no presentan un compromiso esencial para realizar las actividades de la vida diaria. Provocara una disminución o deterioro de las funciones mentales o intelectuales. Existen varios tipos de DCL, amnésicos con una única alteración cognitiva, amnésicos con múltiples alteraciones cognitivas no-amnésicos con una única alteración cognitiva y no-amnésicos con múltiples alteraciones cognitivas.<sup>(6)</sup>

La prevalencia de la demencia es del 5-10 % entre la población de más de 65 años.<sup>(8, 9,10)</sup>

El Alzheimer es la demencia más frecuente (60-70%), seguida de la demencia vascular (12.5-25%).<sup>(9)</sup>



En España, las cifras de prevalencia de demencia son del 5-14,9% en más de 65 años, y de 9-17,2% en más de 70 años, que son cifras similares a la de los países que nos rodean. <sup>(11, 12, 13)</sup>

Datos de población, mayores de 65 años y pacientes con demencia.

	Población total	Mayores de 65 años	Pacientes con Demencia
<b>2001</b>	41.116.842	6.796.936	407.816
<b>2004</b>	43.197.684	7.184.921	431.000
<b>2030*</b>	50.878.142	9.900.000	594.460
<b>2050*</b>	53.159.991	16.387.874	983.272

Fuente: Elaboración Propia

Existen varios factores de riesgo para desarrollar DCL y demencia, unos modificables y otros no. Los no modificables son, edad, sexo, antecedentes y familiares de primer grado que lo hayan padecido. Como modificables serían evitar los factores de riesgo vascular, evitar HTA, evitar Hipercolesterolemia, evitar diabetes mellitas, evitar depresión, evitar tabaquismo, mantener una dieta alta en grasa y pobre en omega-3, realizar actividad física e intelectual disminuida, evitar consumo de alcohol y de café, evitar un peso corporal elevado, evitar la hiperhomocisteinemia, evitar la anemia o niveles de TSH o de hormonas sexuales disminuidos, nivel de escolarización bajo, redes sociales pobres, estado civil soltero, nivel socioeconómico bajo, exposición a toxinas, exposición a campos electromagnéticos de baja frecuencia, evitar los traumatismos craneoencefálicos, evitar el uso de AINE, benzodiazepinas, vacunas y terapia hormonal sustitutiva (THS). <sup>(14, 15)</sup>

El donepecilo, la rivastigmina, la galantamina y la memantina son los fármacos de elección utilizados para tratar las demencias. Estos medicamentos se iniciarán en dosis bajas, y se irán aumentando según su tolerancia. Esta clase de medicamentos se suelen dar uno u otro según la evolución de la enfermedad. Se pueden combinar entre ellos a medida que esta va evolucionando. <sup>(16, 17)</sup>

Respecto al tratamiento no farmacológico, se puede recomendar, la estimulación cognitiva, ejercicio físico, entrenamiento de las Actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), dieta mediterránea, controlar el riesgo vascular, practicar las aficiones y mantener relaciones sociales.

La estimulación cognitiva se administra en sesiones grupales en las que, de forma temática, se ofrece y se comparte información relativa a las coordenadas temporoespaciales, situación personal, hechos recientes, etc, orientando al paciente dentro de la realidad.

Se realiza preferentemente por las mañanas, habitualmente en centros de día y hospitales de día. Se puede enriquecer con ejercicio físico u otras actividades. Se producen mejorías modestas pero significativas en la cognición, y mejorías importantes en la afectividad, la conducta y la calidad de vida.

En cuanto al entrenamiento de las actividades de la vida diaria, puede darse de forma individual o en grupo. Se trata de facilitar la ejecución de cada AVD aportando la mínima ayuda necesaria y evitando el error. Se producen mejorías importantes en la recuperación y el mantenimiento de las AVD básicas. El beneficio en las AVD instrumentales es cuestionable.

## Antecedentes y estado actual del tema

La actividad física y mental, las relaciones sociales, aficiones, dieta y estilos de vida mediterráneos, son factores que previenen mejoran o retrasan la aparición de deterioro cognitivo leve o demencia <sup>(18)</sup>. Las actividades anteriormente nombradas junto a la estimulación cognitiva, aplicadas a lo largo de un año, han demostrado beneficios respecto a la demencia y el DCL <sup>(19)</sup>

Pérez y García <sup>(20)</sup>, estudiaron una muestra de 20 pacientes, de 84,5 años de los que predominaban las mujeres, su principal diagnóstico eran las enfermedades neurológicas con dependencia ligera según Barthel y un deterioro cognitivo moderado, estaban ingresados en el Hospital Universitario San Rafael de Granada. Las variables que utilizaron fueron, edad, género, diagnóstico clínico principal, Índice de Barthel, Miniexamen Cognoscitivo de Lobo (MEC). Concluyeron que “Los ancianos se encontraban más orientados temporo-espacialmente, y en cuanto al lenguaje, la actividad a destacar fue la repetición verbal. Cabe reiterar la importancia de realizar periódicamente ac-

tividades de estimulación cognitiva para una mejor calidad de vida del anciano.”

Villalba y Espert <sup>(21)</sup>, mencionan que hay investigaciones recientes que ponen en evidencia la capacidad que tienen las neuronas para regenerarse y establecer nuevas conexiones. Es por ello que para restaurar habilidades cognitivas, ralentizar la progresión del deterioro y estabilizar su estado funcional es esencial la estimulación cognitiva. Dicha terapia, pautada de forma estandarizada, potencia los mecanismos de plasticidad cerebral, la neurogénesis, la reserva cerebral y la angiogénesis; estimula y mantiene las capacidades cognitivas existentes. La atención, la memoria, el lenguaje, las funciones ejecutivas, las praxias, las gnosias son, entre otros procesos neuropsicológicos, susceptibles de ser estimulados y potenciados mediante estas técnicas. Permite mejorar la calidad de vida de la persona gracias al mantenimiento de las capacidades mentales y potencia la autonomía el máximo tiempo posible, crece la autoestima de la persona, mejorando la interacción con su entorno, disminución de la ansiedad y la confusión entre otras reacciones psicológicas adversas.

## Metodología

Es un estudio longitudinal prospectivo de intervención. Se ha realizado un corte transversal antes de iniciar la terapia y un corte transversal al finalizar ésta. Se han comparado ambos cortes concluyendo que no ha habido diferencias significativas entre ellos. Se he hecho un solo grupo.

El estudio se ha realizado en el Hospital de día del El Parc Sanitari Pere Virgili (PSPV).

El PSPV es una empresa pública del CatSalut con autonomía de gestión, situada entre los barrios de Sant Gervasi y Vallcarca en la



ciudad de Barcelona. Presta servicios asistenciales, de investigación y docencia, basándose en un enfoque multidisciplinario, para alcanzar la recuperación del paciente con una intensidad rehabilitadora adecuada a las necesidades de cada paciente.

Dentro del PSPV, se encuentra el Hospital de Día (HD). Es un HD rehabilitador, que da apoyo a completar procesos de rehabilitación o en la estimulación integral y reorientación de pacientes con deterioro cognitivo leve o demencia leve-moderada, que conserven cier-

ta autonomía y tengan apoyo de cuidador en el domicilio. En función de las necesidades valoradas, existen diferentes esquemas de atención y se realiza un plan de tratamiento individualizado. La estancia orientativa es de 5-8 meses y cuenta con 33 plazas diarias.

El acceso al hospital de día se da a través de atención primaria, convalecencia del PSPV o de las consultas del Equipo de Evaluación Integral Ambulatoria (EAIA) del PSPV.

Los criterios de inclusión y exclusión al HD se describen en la siguiente tabla:

Criterios de inclusión para el acceso al HD	Criterios de exclusión para acceso al HD
<p>Referente al deterioro cognitivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• GDS entre 3 y 5.</li> <li>• Focal secundario a daño cerebral adquirido.</li> <li>• Con trastorno psiquiátrico añadido de complejidad moderada, que sea posible su tratamiento en el HD.</li> </ul> <p>Funcionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Condiciones funcionales de salud general que permitan el desplazamiento interno por la unidad.</li> <li>• Deterioro funcional con capacidad de mejora de su autonomía.</li> <li>• Autonomía para la alimentación, deambulación autónoma o asistida y autonomía para el uso de WC.</li> </ul> <p>Sociales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vivir en domicilio familiar, con cuidadores motivados para participar en el tratamiento.</li> <li>• Vivir solo, con soporte durante el día o 24 horas.</li> </ul> <p>Otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aceptación de las condiciones de ingreso (horario, objetivo, sesiones...)</li> </ul>	<p>Referente al deterioro cognitivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• GDS superior a 5.</li> <li>• Trastorno de conducta que no responde al tratamiento farmacológico.</li> </ul> <p>Funcionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Descompensación de otras patologías crónicas que requieren ingreso hospitalario.</li> <li>• Afasia global y sensorial grave que impidan seguir las actividades.</li> <li>• Dependiente para la alimentación, deambulación y uso de WC.</li> </ul> <p>Sociales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El paciente no quiere venir al recurso.</li> <li>• El paciente no tiene el soporte mínimo por parte de su familia y estos no tiene la intención de ofrecerle y/o buscarlo.</li> <li>• La familia no cumple o acepta el contrato terapéutico.</li> </ul> <p>Otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El paciente no se ha adaptado al recurso respetando el periodo de prueba.</li> </ul>

El circuito de acceso al HD es el siguiente: Una vez hecha la petición para HD PSPV, se procede a realizar una visita con la enfermera, neuropsicóloga, geriatra y trabajadora social, en la que se comprobaba que el paciente tiene criterios para ingresar en el hospital de día. La valoración de neuropsicología de screening incluye los test de: MMSE, Blessed, GDS de Reisberg, FAST, Yessavage y/o Cornell. Una vez aprobado el ingreso por el equipo multidisciplinar, el paciente ingresará durante 8 sesiones de prueba. Y si la adaptación es correcta continuará con 30 sesiones y posteriormente, si todo va bien, con 30 más. Pueden venir en horario de 4 horas u 8, en variación de 2 días a la semana o 3. En alguna excepción pueden venir 5 días/semana. En el caso de venir 8 horas se quedaran a comer, el pago de la comida no está incluido, pagaran según los ingresos que tengan (en general suelen pagar unos 3-4€). Existe la posibilidad de que los pacientes realicen el transporte en ambulancia, el horario de llegada de esta son las 9h y el de recogida las 16.30h.

Los sujetos de estudio han sido los pacientes ingresados en el hospital de día del PSPV, que cumplían los siguientes criterios:

**Criterios inclusión:** Paciente ingresado en el HD. MMSE – 24. Con diagnóstico de Deterioro cognitivo leve o demencia. Con un GDS <5

**Criterios exclusión:** MMSE + 24, Con un GDS >5.

Se han recogido los datos de los pacientes que han realizado la Estimulación Cognitiva (EC) desde Enero/febrero hasta noviembre/diciembre del 2018. Incluyendo a todos los pacientes que cumplen los criterios y que hayan acabado la estimulación cognitiva completa en ese periodo. Se han estudiado 56 pacientes.

Una vez el paciente acude a HD del PSPV, realiza una serie de actividades que describiré a continuación. Al iniciar el día, sobre las 9h, se realiza una orientación en tiempo y espacio de los pacientes a través de adivinanzas que los llevan a decir que día y santo es, en el caso de que haya algún paciente nuevo, será el momento en el que se presente a sus compañeros. A continuación se iniciará la terapia escrita, a través de fichas de estimulación cognitiva pautadas por la neuropsicóloga. Tras esta actividad disponen de un rato para leer el periódico o descansar. Seguidamente, realizan gimnasia colectiva, a las 12h, unos ejercicios básicos que preparo uno de los fisioterapeutas y que desarrollan las auxiliares de enfermería. Entremedio de todas estas actividades, los pacientes que necesitan fisioterapia o terapia ocupacional de forma individual o en pequeños grupos, la van haciendo aleatoriamente. Tras esta última actividad (13h), los pacientes que se quedan a comer comen, y los que no, marchan a sus domicilios por medios propios. Al finalizar la comida, tras descansar media hora aproximadamente (15h), los pacientes proceden a realizar actividades más sencillas, como puede ser jugar al bingo, domino, etc.

Sobre las 16.30h empieza a llegar el transporte sanitario colectivo, y los pacientes vuelven a sus domicilios. En el caso de la terapia a través del ordenador, siguiendo el programa Neuro Personal Training de la Guttman, los pacientes por regla general vienen, realizan su terapia y marchan.

Las diferentes variables se han recogido para el estudio son: Edad, Género, MMSE: *“Se trata de un test de cribado de demencias, útil también en el seguimiento evolutivo de las mismas. Puntúa como máximo un total de 30 puntos y los ítems están agrupados en 5 apartados que comprueban orientación, memoria inmediata, atención y cálculo, recuerdo diferi-*

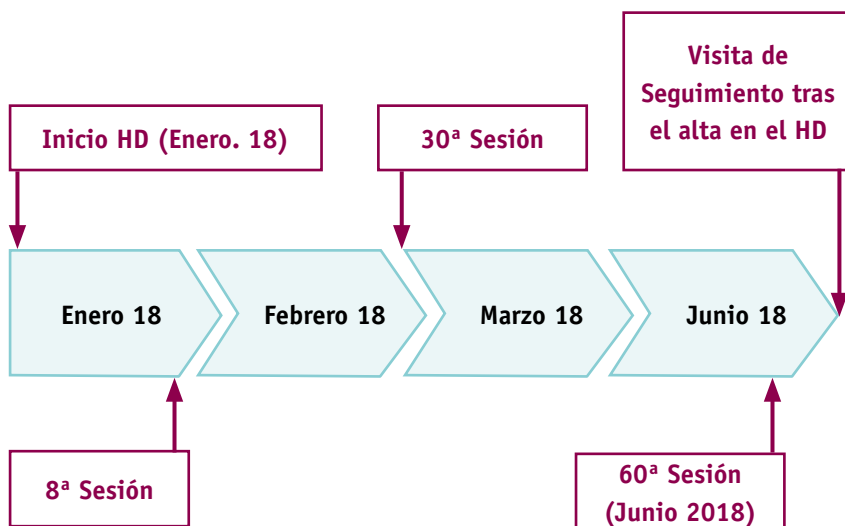
do, y lenguaje y construcción”.<sup>(22,23)</sup>, Barthel: “Es una medida genérica que valora el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de algunas actividades básicas de la vida diaria, mediante la cual se asignan diferentes puntuaciones y ponderaciones según la capacidad del sujeto examinado para llevar a cabo estas actividades.”<sup>(24)</sup> y Lawton: “Instrumento publicado en 1969 y construido específicamente para su uso con población anciana. Recoge información sobre ocho ítems: Usar el teléfono, Ir de compras, Preparar la comida, Realizar tareas del hogar, Lavar la ropa, Utilizar transportes, Controlar la medicación y Manejar el dinero. Hay dos posibilidades de puntuación: puntuación dicotómica: varía en-

tre 0 y 8 puntos, y puntuación lineal: varía entre 8 y 31 puntos; correspondiendo 8 puntos a la máxima dependencia; entre 8 y 20 precisa ayuda para la realización de las tareas, y más de 20 dependiente para las AIVD.”<sup>(22,23)</sup>.

Se han recogido los datos a través de la enfermera del HD/EAIA al inicio del ingreso y al final del ingreso.

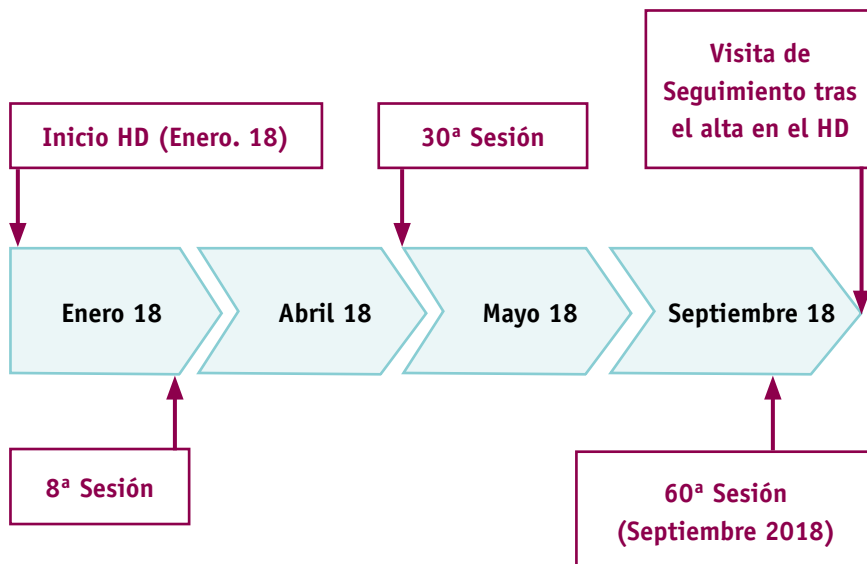
En el siguiente esquema, podemos ver, la trayectoria de programa en el caso que se inicie las sesiones en enero, y realice 3 sesiones semanales, será:

- Finaliza las 8 sesiones de prueba en enero, las 30 sesiones a final de febrero, y las 68 sesiones en junio.



En el caso que se inicie las sesiones en enero, y realice 2 sesiones semanales, la trayectoria será:

- Finaliza las 8 sesiones de prueba en enero, las 30 sesiones a final de abril, y las 68 sesiones en septiembre.



Para la extracción de los datos se ha utilizado el programa SAP, donde se insertan los datos al ingreso y al alta. Se han comparado el resultado de las variables al inicio de la hospitalización y al final de esta. El análisis estadístico de los datos se ha realizado mediante el programa estadístico SPSS® (Statistical Product and Service Solutions) versión 20.0. Se ha realizado un análisis descriptivo de todas las variables recogidas. Para las variables cuantitativas se ha calculado su media, la desviación típica, la mediana y el rango intercuartílico. Para las variables cualitativas se utilizan tablas de frecuencias y porcentajes. Para cada variable estudiada se calcula su intervalo de confianza del 95%,

además de gráficos apropiados en cada caso. Para establecer relaciones entre las diferentes variables se ha contactado con un soporte de estadístico.

Las limitaciones que hemos encontrado han sido principalmente relacionadas con el tamaño de la muestra, tales como: El abandono de los pacientes en el estudio, a causa de alta del hospital de día, por no pasar el periodo de prueba de las 8 sesiones, bien por inadecuada adaptación al recurso o decisión del paciente / familia, por hospitalización o alta voluntaria. La difícil extracción de los datos del sistema SAP, ya que cada paciente que reingresa, lo calcula como nuevo paciente, aún que en la realidad no sea así. Por

otro lado, el estudio de la correlación entre la intervención y el resultado de la misma, es decir, el poder atribuirle a la EC la evolución del paciente, puede no ser del todo cierta, ya que únicamente se recogen los datos al inicio y al final. Se asume esto es posible sesgo, dado que la recogida de datos se realizará por el propio personal del HD, es decir los investigadores no disponen de mayor tiempo para dedicar a investigar.

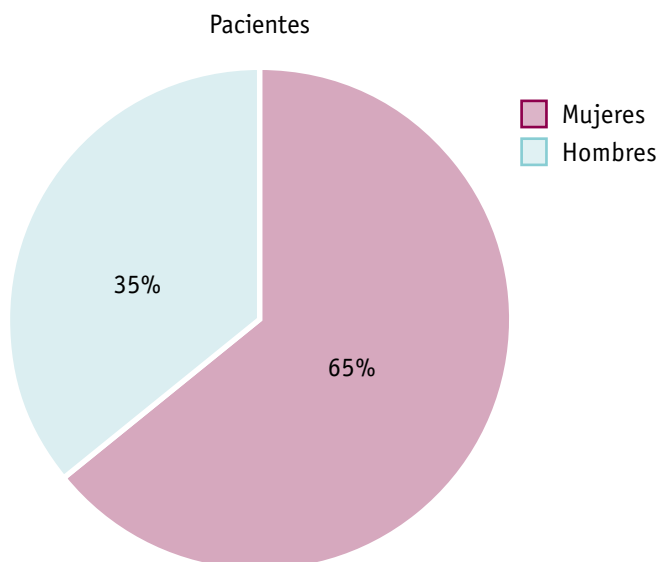
Previo a la realización del estudio se pidió autorización al PSPV para la realización de dicho estudio. Se ha asegurado la confidencialidad de los datos, y sólo la Investigadora principal junto a dos miembros del equipo han tenido acceso y control a todos los datos recogidos. En todo momento se ha mantenido la confidencialidad de los datos, según lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos.

El presupuesto que se ha precisado para dicha actividad ha sido limitado, ya que la intervención ya se estaba realizando. Respecto a los recursos materiales, se precisó un espa-

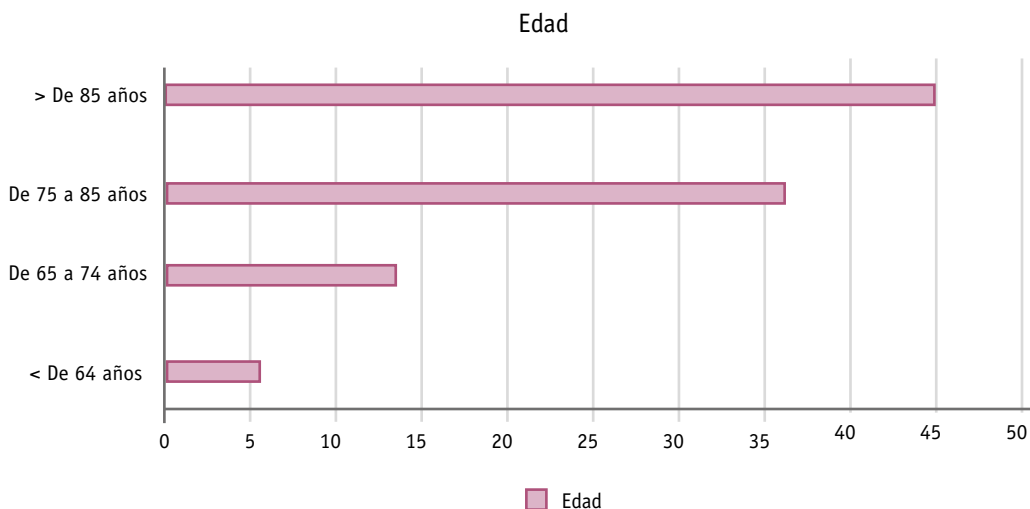
cio amplio para llevar a cabo las actividades, que en este caso ya existía, es el hospital de día propiamente dicho, material para realizar la estimulación cognitiva y rehabilitación funcional, un despacho con ordenador y acceso a las historias clínicas de los pacientes, es la consulta de enfermería y soporte estadístico para el análisis de datos. En cuanto a los recursos humanos, se ha contado con los recursos personales para realizarlo, personal que trabajan en el HD y consultas externas: Dos enfermeras, neuropsicóloga, geriatra, dos auxiliares de enfermería, fisioterapia y terapia ocupacional, que han realizado las terapias y han pasado las escalas. La enfermera del HD/EAIA ha sido el investigador principal para llevar a cabo la investigación.

## Resultados

Se han examinado a 56 pacientes el 64,53% son mujeres, mientras que el 35,46% son hombres.

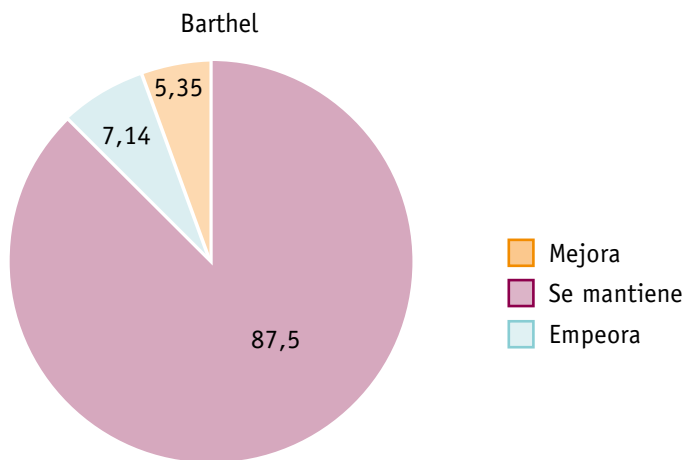


Respecto a la edad. El 45.01% son mayores de 85 años, el 36% tiene entre 75 y 84 años, el 13,55 % tiene entre 65 y 74 años y tan solo el 5.42% tiene menos de 64 años.



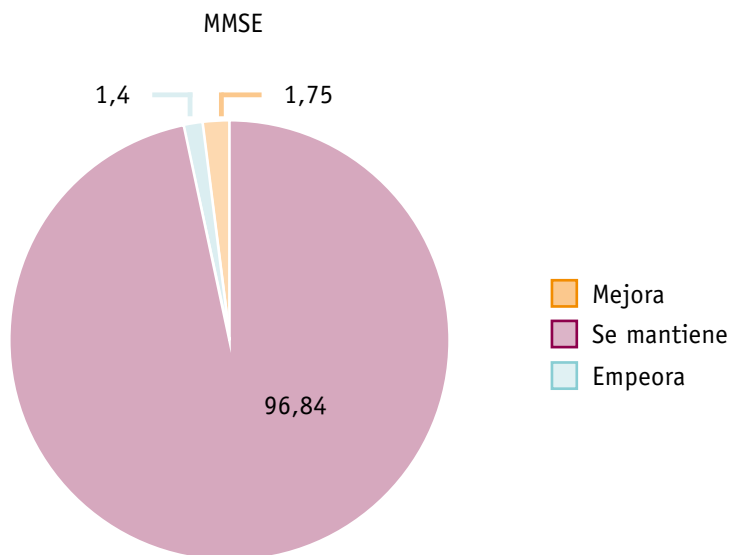
En cuanto a la escala Barthel, la media de la valoración realizada al inicio del ingreso es de 88.39, mientras que la de la última es de 87.68. Existe una desviación típica de 15 tanto en la primera como en la última valoración y una mediana de 95.00. El rango intercuartílico es de 65. Los valores van desde 35 hasta 100. Lo que significa que los pacientes mantienen la realización de las actividades básicas de la vida diaria e incluso en algún caso mejora. El 87.5% de los pacientes estudiados mantienen, el 5.35% mejoran y el 7.14% empeora. Por lo tanto, la rehabilitación funcional practicada en el Hospital de día del PSPV es efectiva, ya que mantiene a los pacientes.

La escala Lawton, tiene una media de 3.79 en la valoración del ingreso y 3.82 en la valoración del alta. La desviación típica es de 2.11 en el ingreso y 2.09 en el alta. Los valores de las escalas van del 0 al 8. El rango intercuartílico es de 8. Podemos observar con estos datos, que la gran mayoría de pacientes ingresados en el HD, tienen una mayor dependencia para las AIVD, y esto se puede relacionar directamente con el déficit cognitivo que padecen. Tras el ingreso en el HD del PSPV, el 86.35% de los pacientes mantienen la misma valoración que en el ingreso, un 5.65% mejoran respecto a la primera valoración y tan solo un 7.98% empeoran.



A nivel cognitivo, la escala MMSE, un 96.84% de los pacientes evaluados se mantienen con el mismo valor. Un 1.75% mejora su valor y tan solo un 1.4% empeora. La media de la primera escala es de 20.68, mientras que la de la 2ª escala es de 20.70. La mediana

y la moda son de 21 en las dos valoraciones. El rango intercuartilo es de 19. Podríamos decir que, la estimulación cognitiva es efectiva, ya que mantiene el estado cognitivo del paciente en la mayoría de los casos.



A nivel emocional se ha podido valorar de manera subjetiva, ya que no contábamos con escalas para ello. Por regla general, los pacientes están satisfechos con su estancia en el hospital de día, se sienten orgullosos de las actividades que han realizado y tienen muchas ganas de volver cuando se les acaba el ingreso.

Respecto al tema social, se ve mejorado, ya que están durante todo el día acompañados con personas que están en su misma situación, y esto les hace sentir muy comprendidos.

En comparación con otros estudios mencionados en este trabajo, vemos que los resultados son muy similares. Por lo que podríamos concluir como en estos estudios que es efectiva la estimulación cognitiva impartida en el HD del PSPV.

Nos ha quedado pendiente saber si 68 sesiones son necesarias para que la estimulación cognitiva sea eficaz, en próximos estudios se podría valorar haciendo un corte a la mitad del estudio.

También sería interesante realizar una nueva valoración en la visita de seguimiento tras la terapia en el HD, para ver la evolución que ha tenido el paciente tras la terapia.

## Discusión

Tras la exposición de los datos, podemos concluir que, la mayoría de las pacientes atendidas son señoras. La media de edad de los pacientes ronda los 85 años y es un porcentaje muy pequeño el que tiene una edad inferior a 64 años.

Un gran número de pacientes mantienen la independencia para realizar las ABVD, aún que hay un pequeño porcentaje que mejora y otro que empeora. Por lo que podemos concluir que la rehabilitación física es efectiva,

ya que el paciente mantiene, por lo general, la independencia para la realización de las ABVD.

En cuanto a la valoración de las AIVD, podemos observar que al inicio del ingreso el paciente tiene dependencia para las AIVD, esto se debe al deterioro cognitivo que padecen en la mayoría de los casos. Los datos extraídos sugieren que los pacientes se mantienen el mismo nivel, pese que hay algunos que empeoran y otros que tienen una cierta mejoría.

Respecto a la escala cognitiva aplicada, un porcentaje muy alto de pacientes mantiene el mismo valor al inicio que al final de la terapia. Es prácticamente insignificante el porcentaje de pacientes que empeoran tras realizar la terapia. El algún caso mejoran la puntuación, por lo que podríamos decir que la estimulación cognitiva es efectiva, ya que mantiene el estado cognitivo del paciente en la mayoría de los casos.

Con los datos anteriormente descritos, podemos decir que la rehabilitación física y cognitiva que se realiza en el hospital de día es efectiva, ya que mantiene a los pacientes en su nivel físico y cognitivo. Son muy pocos los casos que empeoran, e incluso en algunos casos mejoran.

Por todo lo anteriormente descrito, es muy importante que el paciente que ingrese cumpla los criterios de ingreso, ya que a través de este estudio, que se demuestra que el ingreso en el centro tiene un sentido, y que los criterios son para que los pacientes puedan aprovechar el recurso al máximo.

A nivel emocional y social solo se ha podido valorar de forma subjetiva, pero en general se concluye que la esfera emocional y social del paciente se ve mejorada por el ingreso en el hospital de día.

Una vez finalizado el estudio, sería de gran interés poder difundirlo por los diferentes



centros de atención primaria y la convalecencia del Parc Sanitari Pere Virgili, para poder inculcar a los profesionales la labor del hospital de día y los beneficios que suponen para el paciente.

Sería interesante, ampliar el estudio en un futuro, valorando los resultados a la mitad de este, para comprobar si son necesarias las sesiones que se realizan. De esta manera, se podrían atender a más pacientes.

También sería de gran interés relacionarlos con varios estudios sobre la fragilidad que se están desarrollando en este momento en el PSPV.

## Bibliografía

1. ine.es [Internet]. Madrid: Instituto nacional de estadística; 2017 [actualizado 29 junio 2017; citado 9 diciembre 2017]. Disponible en: [http://www.ine.es/prensa/cp\\_2017\\_p.pdf](http://www.ine.es/prensa/cp_2017_p.pdf)
2. Countrymeters.info [Internet]. Countrymeters; 2017 [actualizado 9 diciembre 2017; citado 9 diciembre 2017]. Disponible en <http://countrymeters.info/es/Spain>
3. Antonio Abellán García, Rogelio Pujol Rodríguez. El estado de la población mayor en España, 2016. *Blog Envejecimiento [en-red]*, 28 de enero, 2016. ISSN 2387-1512. Disponible en: <http://bit.ly/1Sd0d04>
4. Rocca WA, Hofman A, Brayne C, Breteler MM, Clarke M, Copeland JR, et al. Frequency and distribution of Alzheimer's disease in Europe: a collaborative study of 1980-1990 prevalence findings. The EURODEM-Prevalence Research Group. *Ann Neurol.* 1991; 30(3): 381-90.
5. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Plan en calidad para el sistema nacional de salud del ministerio de sanidad, política social e igualdad, Agencia d'informació, avaluació i Qualitat en salut de catalunya, 2010.
6. Viñuela Fernández F, Olazarán Rodríguez J. Criterios para el diagnóstico del síndrome de demencia. En: Molinuevo JL, Peña-Casanova J, editores. Guía oficial para la práctica clínica en demencias: conceptos, criterios y recomendaciones. Barcelona: Prous Science, SAU. Thomson Reuters. Guías oficiales de la Sociedad Española de Neurología N.º 8; 2009. 1-8.
7. Gauthier S. Clinical diagnosis and management of Alzheimer's disease. Seconde edition revised. Martind Dunitz 2001.
8. Lobo A, Launer LJ, Fratiglioni L, Andersen K, Di CA, Breteler MM, et al. Prevalence of dementia and major subtypes in Europe: A collaborative study of population-based cohorts. Neurologic Diseases in the Elderly Research Group. *Neurology.* 2000; 54(11 Suppl 5): S4-S9.
9. Qiu C, De RD, Fratiglioni L. The epidemiology of the dementias: an update. *Curr Opin Psychiatry.* 2007; 20(4): 380-5.

10. Berr C, Wancata J, Ritchie K. Prevalence of dementia in the elderly in Europe. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2005; 15(4): 463-71.
11. Molinuevo JL, Peña-Casanova J, Grupo de estudio de neurología de la conducta y demencias. Guía oficial para la práctica clínica en demencias: conceptos, criterios y recomendaciones. Barcelona: Sociedad Española de Neurología (SEN); 2009. Guía N.º 8.
12. Casado I, Calatayud T. Epidemiología y factores de riesgo. En: Molinuevo JL, Peña-Casanova J, editores. Guía oficial para la práctica clínica en demencias: conceptos, criterios y recomendaciones 2009. Barcelona: Prous Science, SAU. Thomson Reuters. Guías oficiales de la Sociedad Española de Neurología N.º 8; 2009. p. 23-50.
13. De Pedro-Cuesta J, Virués-Ortega J, Vega S, Seijo-Martínez M, Saz P, Rodríguez F, et al. Prevalence of dementia and major dementia subtypes in Spanish populations: a reanalysis of dementia prevalence surveys, 1990-2008. *BMC Neurol*. 2009; 9: 55.
14. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Plan en calidad para el sistema nacional de salud del ministerio de sanidad, política social e igualdad, Agencia d'informació, avaluació i Qualitat en salut de catalunya, 2010.
15. Fernández M, Blesa R, Zarranz JJ. Demencia. En: Zarranz JJ, editor. *Neurología*. 4.ª ed. Madrid: Elsevier Science; 2008.
16. Olivera-Pueyo, J, Pelegrín-Valero, C. Prevención y tratamiento del deterioro cognitivo leve. *C Psicogeriatría* 5(2): 45-55, 2015
17. Olazarán-Rodríguez J, Agüera-Ortiz LF, Muñiz-Schwochert R. Síntomas psicológicos y conductuales de la demencia: prevención, diagnóstico y tratamiento. *Rev Neurol* 2012;55 (10):598-608
18. J. Olivera-Pueyo, et al *Psicogeriatría* 2015; 5 (2): 45-55
19. Olazarán J, Muñiz R, Reisberg B, Peña-Casanova J, Del Ser T, Cruz-Jentoft AJ, et al. Benefits of cognitive-motor intervention in MCI and mild to moderate Alzheimer disease. *Neurology* 2004; 63: 2348-53.
20. Pérez Fonollá, M<sup>a</sup>D.; García Castillo, N.: Estimulación cognitiva en el anciano dependiente hospitalizado. *Gerokomos* 2006; 17 (3): 125-131
21. Sara Villalba Agustín y Raúl Espert Torrajada *Terapeia* 6 [Julio 2014], 7393, ISSN: 1889-6111
22. (Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. *Md Med J* 1965; 14: 61-65.)
23. Perlado F. Valoración geriátrica. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2001; 36 (Supl. 5): 25-31.

24. Del Ser Quijano T, Peña-Casanova J. Evaluación neuropsicológica y funcional de la demencia. Barcelona: JR Prous editores; 1994.