



## **CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD (CVRS) Y DETERIORO COGNITIVO. RESULTADOS PARCIALES DEL ESTUDIO “NEURODEMENPSIA”**

**Iban Onandía Hinchado**

Psicólogo, Universidad de Deusto  
Txikerra, 2 ;C.P.:48.340, Amorebieta-Etxano (España).  
Tlfn: 645813584  
psicología.amorebieta@gmail.com

*Fecha de recepción: 20 de Septiembre de 2013*

*Fecha de admisión: 12 de Noviembre de 2013*

### **ABSTRACT**

**Aim:** Analyze Health Related Quality of Life (HRQoL) in Primary Degenerative Dementias-PDD- (Alzheimer’s Disease–AD-, Lewy Body Dementia–LBD-, and Frontotemporal Dementia–FTD-), Mild Cognitive Impairment–MCI- and people without cognitive impairment. **Method:** 122 people incidentally explored: 21 subjects with LBD, 12 FTD, 32 AD, 35 MCI and 22 controls. SF-12(v.2), MMSE and GDS are used. We compare our punctuations with two main validations. **Results:** The mean of the PSC is 46,28 and of the MSC is 52,29. We obtain remarkable low punctuations in General Health (38,80). In 55-64 and 75 age ranges, both of those components have higher punctuation than Spanish validation, and in the 65- 74 age range we can see a better one in PSC but a lower one in MSC. We find differences between PDD and controls in MSC. There are differences between PPDs. There are no correlations among summaries and age and MMSE. Differences based on gender. **Conclusions:** Low global perception in dementias about HRQoL, more noticeable in General Health, PSC and MSC. The age has influence in PDD’s. Each one have a special profile, specially LBD. These variables are useful to analyze dementia’s clinical practices.

**Key words:** Dementia, HRQL, quality of life, patient rated outcomes, SF-12.

### **RESUMEN**

**Objetivo:** Analizar CVRS en DDP (Enfermedad de Alzheimer -EA-, Demencia por cuerpos de Lewy -DCL- y Demencia Frontotemporal -DFT-), deterioro cognitivo ligero (MCI) y personas sin deterioro cognitivo (SDC). **Método:** 122 participantes incidentales: 21 DCL, 12 DFT, 32 EA, 35 MCI y 22 SDC. DDP en estadios leves- moderados según la escala GDS. Usamos SF-12(v.2), MMSE y



GDS. Se comparan índices de CVRS con dos validaciones del SF-12(v.2). Resultados: El valor medio del CSF es 46,28 y del CSM 52,59. Bajas puntuaciones notables en la escala SG. Constatamos diferencias entre DDP y control en CSM. Diferencias inter-DDP. No hay correlaciones entre CS y edad y MMSE, aunque existen diferencias según el sexo. Conclusiones: Baja percepción global de CVRS en demencias, notable en SG, CSF y CSM. La edad influye cuando se trata de DDP. Cada DDP un perfil especial de CVRS. El sexo también provoca diferencias. CVRS como variable útil en clínica.

Estudios recientes demuestran gran utilidad de la CVRS en el ámbito de la intervención clínica con personas con demencia. Varios estudios recientes también confirman la validez de este tipo de medidas en estas patologías, sobre todo en personas con deterioro cognitivo incipiente. La edad se ve relacionada con la CVRS, igual que las demencias, lo que supone otra variable a controlar.

Con todo ello, el objetivo del presente estudio es el de medir esta variable en personas con demencias degenerativas primarias y llevar a cabo una comparativa con respecto a personas con deterioro cognitivo ligero y sin deterioro cognitivo seleccionados incidentalmente. Evidenciamos la utilidad y necesidad de medición, así como la especial idiosincrasia de la CVRS en demencias.

**Palabras clave:** Calidad de Vida Relacionada con la Salud, Demencia, Calidad de vida, medidas centradas en el paciente, SF-12

## INTRODUCCIÓN

Las demencias constituyen trastornos con una gran heterogeneidad, a saber de la diferente afectación en conducta, insight, juicio y síntomas tales como la psicosis, la ansiedad y la depresión (Banerjee et al., 2009).

La Organización Mundial de la Salud define la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) como la percepción personal con respecto a su propia posición vital en relación a sus logros, expectativas, estándares y preocupaciones (Sartorius, 1990). Existen tres niveles de medición de la CVRS: Mediante instrumentos específicos para el trastorno que se quiere estudiar, hallando perfiles de salud genéricos o mediante estudios usados para el cálculo del coste- utilidad (Włodarczyk, Brodaty y Hawthorne, 2004). Hasta la fecha, la mayoría de estudios llevados a cabo sobre la materia han centrado sus esfuerzos en analizar a nivel conceptual la CVRS en demencias, así como en estudiar las propiedades psicométricas de los instrumentos desarrollados (Banerjee et al., 2009). Aunque éstos se encuentran en fase incipiente, ya han evidenciado la existente relación entre la CVRS y variables clínicas como la cognición, limitación en las Actividades de la Vida Diaria (AVD), trastornos conductuales, depresión o la carga en el cuidador (Banerjee et al., 2009). Por consiguiente, y debido a la amplitud de síntomas que generan las demencias, cada día existe más consenso en torno a la necesidad de medir variables y constructos tales como la CVRS, que deben ser medidas y tenidas en consideración en igual medida que aquellas relacionadas con la cognición y la conducta (Rabins y Black, 2007; Whitehouse, 2000). La dificultad implícita en medir esta variable estriba en la dependencia de ésta sobre la habilidad comunicativa para transmitir sus impresiones al evaluador, así como en la tendencia a ser complaciente del sujeto que se valora (Włodarczyk et al., 2004). Las mediciones de la CVRS ayudan no sólo a la hora de analizar el impacto de la enfermedad en los pacientes, sino también con el fin de objetivar los efectos de la intervención.

Existen actualmente dudas acerca de la validez de usar medidas genéricas de calidad de vida en demencias, ya que no están específicamente validadas para éstas (Ettema, Dröes, de Lange, Mellenbergh y Ribbe, 2005; Silberfeld, Ruedan, Krahn y Naglie, 2002). En los últimos 10 años el conocimiento en esta área ha crecido, de forma que los estudios muestran que se pueden obtener datos de CVRS usando tanto registros subjetivos como medidas proxy (Brod, Stewart, Sands y Walton, 1999; Logsdon, Gibbins, McCurry y Teri, 2002; Smith et al., 2005). Los instrumentos desarrollados hasta la fecha, son rápidos y sencillos de aplicar, habiendo sido usados en una amplia variedad de grupos de



casos de muy diferentes características (Banerjee et al., 2009). El National Institute for Health and Clinical Excellence demuestra (NICE, 2006) la mejora en la CVRS y su utilidad en la intervención en demencias. Otros autores (Small et al., 1997; Winblad et al., 2001) observaron anteriormente la importancia de redefinir el éxito del tratamiento para poder incorporar otros parámetros del estilo de vida del paciente, siendo añadidos a la medición de la función cognitiva, como las actividades de la vida diaria, la conducta, la sobrecarga del cuidador, la CVRS o el uso de recursos. Schwartz (2013) en su reciente tesis ya enfatizaba no sólo la necesidad de usar este tipo de medidas en el diseño de los servicios que podría requerir una persona con déficit cognitivo en el ingreso en una residencia, sino también su utilidad a la hora de establecer la prioridad en la intervención. Para esto han de cumplirse algunos criterios, como una puntuación del MMSE mayor de 10 puntos, aunque la puntuación de este test no correlacione con la auto-percepción de la CVRS ni con informes de cuidadores (Fuh y Wang, 2006; Logsdon et al., 2002; Vogel, Mortensen, Hasselbalch, Andersen y Waldemar, 2006). La edad también modifica en demencias esta variable (Banerjee et al., 2006).

La CVRS está influida por la aparición de trastornos conductuales, a saber de test de cuidadores profesionales como familiares, pero no según los de pacientes, lo que evidencia un impacto diferente en estos trastornos o una disminución de la capacidad de insight (Banerjee et al., 2006 y 2009; Hoe, Hancock, Livingston y Orrell, 2006; Logsdon et al., 2002). También ha demostrado ser sensible a trastornos depresivos (Logsdon et al., 2002; Smith et al., 2005) y depresión y ansiedad (Banerjee et al., 2006), de forma que mejorar la CVRS provoca mejorar la depresión y la capacidad de comunicación (Woods et al., 2006). Las puntuaciones del autoinforme de pacientes podían predicirse por la depresión y la ansiedad, culpables de un 34% de la varianza, mientras que la opinión que dan los cuidadores profesionales se asocia sólo con trastornos de conducta, provocando el 43% de la varianza (Banerjee et al., 2006; Hoe et al., 2006; Samus et al., 2005 y 2006; Thomas et al., 2006). Los efectos de estas variables no son puntuales, manteniéndose en el tiempo y disminuyendo la CVRS. En un longitudinal de reportes del proxy al cargo del paciente durante largo tiempo, las puntuaciones caían en dos años de seguimiento, con un efecto  $d$  de Cohen de 0,36 y la mitad de los sujetos analizados no sufrían variación o mejoraban, evidenciando que aun incrementándose la severidad de la demencia no hay nada que sea inevitable en la CVRS (Lyketso et al., 2003). El único predictor fue la menor puntuación en la línea base.

La autonomía en las Actividades de la Vida Diaria, básicas o instrumentales, afectan a la CVRS, pudiendo influir más que el propio decline cognitivo, aunque en mayor medida en informes de cuidadores (Karlawish, Lu, Logsdon, Whitehouse y Aisen, 2004). Cuando se trabaja en la rápida intervención en este área pueden mejorarse mucho más las puntuaciones en personas con niveles basales bajos (Banerjee et al., 2007; Zimmerman et al., 2005). Implementando una terapia de estimulación cognitiva en formato grupal se veían mejoras respecto al grupo control (Spector et al., 2003) y manteniéndolas mejoraron del punto inicial al segundo punto, pero luego bajaban conforme las puntuaciones del MMSE descendían (Orrell et al., 2005). Las mujeres se benefician más de la intervención, aunque los hombres sin tratamiento rinden peor (Woods et al., 2006).

Cuando se comparan las puntuaciones de Calidad de Vida en patologías crónicas, la demencia obtiene las mejores puntuaciones. No resulta así si se tienen en cuenta variables sociodemográficas, siendo la que más descenso experimenta. Además, la CV es una variable que decae con avanzadas edades, al tiempo que las demencias se desarrollan también en edades tardías (Esteban y Peña et al., 2010).

El tipo de demencia también influye en las puntuaciones de CVRS, provocando diferencias con mayores deterioros en la demencia por Cuerpos de Lewy –DCL- (Banerjee et al., 2009).

El objetivo del presente estudio es comparar la CVRS de las personas con demencia respecto la población SDC, así como comparar los diferentes perfiles de CVRS entre las DDPs. Se espera encontrar diferentes perfiles de CVRS intergrupales e intra-DDP.



## MÉTODO

Este estudio consta de 122 participantes escogidos incidentalmente y subdivididos en 5 grupos: (a)32 personas diagnosticadas de Enfermedad de Alzheimer-*EA*-; (b)21 personas diagnosticadas de Demencia por Cuerpos de Lewy-*DCL*-, y (c)12 personas diagnosticadas de Demencia Fronto-Temporal-*DFT*- y (d)35 personas diagnosticadas de deterioro cognitivo ligero-*MCI*-. Además disponemos del grupo control: (e)22 personas sin deterioro cognitivo-*SDC*-. Las personas que acuden a la consulta del neurólogo y cumplen los criterios de inclusión son animados a participar voluntariamente en el estudio *NEURODEMENPSIA*, en el que se llevan a cabo mediciones transversales de variables psicológicas y neuropsicológicas. Los criterios de inclusión: (1) Padecer un deterioro cognitivo por demencia degenerativo- primaria (*EA*, *DCL*, *DFT*), o por un deterioro cognitivo ligero sin demencia(*MCI*), siendo éstos últimos pacientes aquellos que padecen un deterioro cognitivo leve o moderado objetivado. Los grupos de demencias tienen una puntuación moderada, según el *GDS* (puntuaciones 3 ó 4- Reisberg et al., 1982). Así mismo, también se establece un grupo de personas sin deterioro cognitivo (*SDC*) o “Grupo control”, que están dentro de un rendimiento normal según los test administrados (por encima de -2 desviaciones estándar de la media) y obtienen 1-2 puntos en la escala *GDS* (Reisberg et al., 1982). (2) Las personas con *EA* deben cumplir los criterios diagnósticos de *NINCDS-ADRDA* (Dubois et al., 2007); *DCL* criterios del *DLB International Workshop* (McKeith et al. 2005); *DFT* los criterios diagnósticos del *Work Group Frontotemporal Dementia and Pick’s Disease* (McKhann et al., 2001). Los sujetos con *MCI* deben estar dentro de los criterios de la *SEN* (Robles, Del Ser, Alom, Peña Casanova, y grupo asesor del *GNCD* de la *SEN*, 2002) y una puntuación de 3 en el *GDS*. (3) Todos deben haber sido diagnosticados por un neurólogo del centro de salud ambulatorio de la comarca del Gran Bilbao. (4) Consentimiento informado y autorización expresa escrita del sujeto y de su cuidador.

Los criterios de exclusión seguidos para el presente estudio: (1) Padecer enfermedades que conlleven deterioro de funciones intelectuales como infecciones cerebrales, *ACV*, enfermedades degenerativas encefálicas, trastornos psiquiátricos o presentar enfermedades que afecten a la funcionalidad e impidan la realización del estudio (sordera, ceguera...), comprobadas mediante la historia clínica del paciente y chequeo de un neurólogo. (2) También se excluyen aquellas personas que no disponen de un acompañante-informador que pueda responder como cuidador habitual.

La *CVRS* es medida mediante el cuestionario *SF-12(v.2)*, elaborado por Ware (2002) y que incluye 8 factores o subescalas (*Función Física -FF-*, *Rol Físico -RF-*, *Dolor Corporal -DC-*, *Salud General -SG-*, *Vitalidad -VIT-*, *Función Social -FS-*, *Rol Emocional -RE-* y *Salud Mental -SM-*) y 2 componentes sumarios (físico -*CSF-* y mental -*CSM-*). La estimación de las dimensiones y componentes sumario se hizo con el método estándar que utiliza el algoritmo con las medias, desviaciones estándar y pesos factoriales de la población general americana (Ware, 2002), resultando directamente puntuaciones tipificadas comparables. Los coeficientes de validez (test-retest) fueron de 0.89 y 0.76 en los sumarios físico y mental, respectivamente.

## RESULTADOS

Todos los grupos han sido apareados en variables sociodemográficas: Sexo ( $\chi^2=4.005$ ;  $p=.405$ ), edad ( $\chi^2=1.961$ ;  $p=.161$ ), años de escolarización ( $\chi^2=4.947$ ;  $p=.084$ ) y antecedentes familiares con *DDP* (madre con demencia,  $\chi^2=3.112$ ;  $p=.539$ ; padre,  $\chi^2=6.009$ ;  $p=.198$ ; hermanos,  $\chi^2=0.911$ ;  $p=.923$ ; tío paterno,  $\chi^2=3.881$ ;  $p=.422$ ; tío materno,  $\chi^2=1.330$ ;  $p=.856$ ; abuelo paterno,  $\chi^2=2.549$ ;  $p=.636$ ; abuelo materno,  $\chi^2=3.487$ ;  $p=.480$ ; cónyuge,  $\chi^2=5.367$ ;  $p=.252$ ; primo materno,  $\chi^2=2.896$ ;  $p=.575$  ni paterno,  $\chi^2=4.970$ ;  $p=.290$ ).

En un análisis de la regresión en el que introducimos como modelo la edad ( $\beta=0.246$ ;  $p=.012$ ) y grado de deterioro cognitivo ( $\beta=0.187$ ;  $p=.054$ ) observamos que se explica el 36% de la varianza en el *CSM*; el 53% de la varianza si tomamos como referencia los grupos con algún grado de dete-



rioro cognitivo con el modelo de edad ( $\beta=0,288$ ;  $p=.010$ ) y deterioro cognitivo ( $\beta=0,210$ ;  $p=.057$ ).

Si llevamos a cabo un análisis de las diferencias existentes entre grupos con deterioro cognitivo respecto a sujetos sin deterioro cognitivo (SDC) en la CVRS, observamos diferencias estadísticamente significativas en Función Física ( $t= -2.141$ ;  $p=.037$ ), Rol Físico ( $t= -2.049$ ;  $p=.037$ ) y Salud General ( $t= -2.155$ ;  $p=.038$ ). Iguales diferencias se ven cuando suprimimos el grupo con MCI del análisis en Función Física ( $t= -2.090$ ;  $p=.040$ ) y la Salud General ( $t= -2.898$ ;  $p=.006$ ), pero no así en Rol Físico, más afectado en personas con MCI ( $t= -1,827$ ;  $p=.072$ ).

Posteriormente, obtenemos las puntuaciones de las diferentes demencias:

Tabla 1.- Puntuaciones índices medias baremados según pesos americanos (Ware, 2002) y las de la validación española (2) (Monteagudo, Hernano y Palomar, 2011).

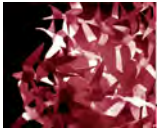
	Muestra (DE)	(2)todas edades	Media EA (DE)	Media DCL(DE)	Media DFT(DE)	Media MCI(DE)	Media SDC(DE)
<b>F. Física</b>	48,44 (11,46)	-	51,13 (12,73)	39,90 (16,36)	45,99 (14,08)	46,47 (14,11)	51,31 (8,43)
<b>Rol Físico</b>	47,43 (13,70)	-	50,83 (10,82)	42,29 (11,91)	46,04 (14,36)	48,63 (11,84)	51,78 (6,88)
<b>Dolor Corp.</b>	51,35 (11,84)	-	54,58 (7,87)	47,76 (13,82)	50,16 (12,91)	49,95 (13,58)	52,81 (10,77)
<b>Salud Gnrl</b>	38,80 (10,49)	-	38,95 (9,09)	34,18 (12,37)	34,27 (8,58)	40,87 (11,37)	42,49 (8,38)
<b>Vitalidad</b>	56,49 (13,32)	-	58,76 (11,81)	55,3 (14,56)	58,53 (12,77)	52,19 (15,31)	59,64 (10,13)
<b>F. Social</b>	51,60 (11,48)	-	53,73 (8,2)	50 (12,8)	51,52 (9,5)	50,03 (13,81)	52,44 (11,93)
<b>Rol Emoc.</b>	48,52 (12,86)	-	52,76 (7,63)	40,7 (19,02)	47,29 (13,99)	48,84 (13,02)	49,72 (7,96)
<b>Salud Ment.</b>	51,15 (12,11)	-	52,16 (11,32)	49,91 (11,77)	48 (12,75)	50,74 (14,02)	53,46 (10,24)
<b>CS Físico</b>	46,28 (12,22)	48,6 (10,6)	48,66 (12)	40,48 (13,34)	44,23 (13,14)	46,01 (12,06)	49,78 (9,78)
<b>CS Mental</b>	52,59 (10,47)	53,6 (10,7)	54,71 (9,33)	50,65 (11,41)	51,9 (11,26)	51,28 (11,56)	53,76 (9,07)

El valor medio del CSF en los grupos con demencias es de 46,28 puntos y el CSM de 52,59 puntos. Del mismo modo, existen notables bajas puntuaciones en la escala SG (38,80). Si ponemos nuestro foco de atención en los componentes sumarios, observamos que existen diferencias estadísticamente significativas entre las diferentes demencias en el físico ( $\chi^2=7.245$ ;  $p=.027$ ), pero no así en el mental ( $\chi^2=1.395$ ;  $p=.498$ ). La DCL obtiene las puntuaciones más bajas en ambos. Pormenorizando este análisis observamos diferencias significativas en Función Física ( $\chi^2=9.873$ ;  $p=.007$ ), Rol Físico ( $\chi^2=7.884$ ;  $p=.019$ ) y Rol Emocional ( $\chi^2=8.263$ ;  $p=.016$ ), siendo la DCL la de menor puntuación.

No observamos correlaciones estadísticamente significativas entre componentes sumarios y edad y MMSE. La edad sí ejerce influencia sobre puntuaciones MMSE ( $r= -.371$ ;  $p=.002$ ).

Diferencias entre las DDPs y sujetos control sólo en CSF ( $\chi^2=9.232$ ;  $p=.050$ ).

Existen diferencias según sexo en el índice de Salud Mental ( $t= -2.505$ ;  $p=.014$ ), teniendo las mujeres media más baja ( $66,23\pm 27,03$ ) que hombres ( $78,49\pm 21,88$ ) y, por ende, en CSM ( $t= -1.958$ ;  $p=.050$ ) donde mujeres ( $50,54\pm 10,85$ ), nuevamente, puntúan más bajo que hombres ( $54,72\pm 10,34$ ).



## CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN.

El CSF obtenido es inferior a ambas muestras comparativas, así como el CSM es superior a la americana (Ware, 2002) pero inferior a la española (Monteagudo et al., 2011). Esto denota una baja auto percepción de CVRS en demencias, sobre todo en la Salud General y en perfiles generales de deterioro físico. Esto muestra que las demencias no sólo suponen deterioro a nivel cognitivo, sino también a nivel físico, lo que puede estar reforzándose por la comorbilidad que éstas suelen tener añadida.

Llaman la atención algunas puntuaciones que, a priori, cabría esperar en niveles bajos, como pudieran ser la Vitalidad (por el "golpe" emocional que este tipo de patologías pudieran causar en el propio paciente) y el Componente Sumario Mental (por la afectación mental de las demencias), pero que se objetivan incluso por encima de las validaciones de referencia e incluso a la par de nuestra muestra de personas sin deterioro cognitivo. Esto puede deberse a que la muestra que manejamos es una muestra con un deterioro cognitivo leve o moderado, y que disponen de suficiente capacidad para sobrecompensar, disimular o incluso no aceptar la patología que padecen en un grado incipiente y moderado. En consecuencia, los informes llevados a cabo por el propio paciente resultan de mucha importancia, pero es necesario combinar la información que éste da con la que pudiera aportar algún proxy, de cara a calibrar la ajustada valoración de la CVRS en el mismo paciente, no sin antes investigar también más en esta área.

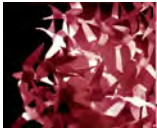
Además, existen perfiles especiales de CVRS en las demencias, sobre todo en la DCL donde se ven factores con una menor puntuación, probablemente debido a sus síntomas físicos limitantes (McKeith, 2007). También existen perfiles diferenciales por padecer deterioro cognitivo. La edad ejerce un efecto idiosincrásico en las demencias, debido a la avanzada edad, que modifica las puntuaciones de CVRS (Banerjee et al., 2006). De esta forma, el sexo también genera diferencias, sobre todo en la salud mental, acorde con Woods y colaboradores (2006).

Por otro lado, el deterioro cognitivo per se provoca una bajada sustancial en la CVRS, ya que las personas con MCI también acusan un descenso significativo de estas puntuaciones por debajo de la población normal en el componente físico (por influencia de la Función Física) y en la Salud General, lo que nos lleva a extrapolar la intervención sobre la CVRS a personas con un incipiente deterioro cognitivo. Esto contraviene a Karlawish y sus colaboradores (2004), ya que en nuestra muestra el grado de deterioro funcional es escaso y se comprueba un notable efecto del deterioro cognitivo.

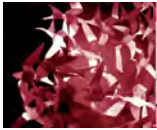
De igual manera, se reafirma la importancia de utilizar este tipo de variables para asesorar en la intervención del deterioro cognitivo acorde con Schwartz (2013), aunque se debe tener en cuenta no sólo el tipo de demencia que el sujeto padece sino el grado de deterioro cognitivo que ésta le genera, así como el sexo y la edad. De esta forma, las mujeres se verán más beneficiadas de tratamientos o intervenciones cuya referencia es la CVRS y que, en general, estén relacionados con la Salud Mental. Todo esto supone una completa reestructuración de la forma de hacer hasta hoy en día, donde los aspectos más importantes siempre son aquellos exclusivamente relacionados con el deterioro cognitivo, quizás por el hecho de ser constructos fácilmente medibles y para que los que ya existen en la actualidad numerosos instrumentos sólidamente validados.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Banerjee, S., Smith, S.C., Lamping, D.L., Harwood, R.H., Foley, B., Smith, P.,..., Knapp, M. (2006). Quality of life in dementia: More than just cognition. An analysis of associations with quality of life in dementia. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 77, 146-148. doi:10.1136/jnnp.2005.072983.
- Banerjee, S., Willis, R., Matthews, D., Contell, F., Chan, J., Murray, J. (2007). Improving the quality of care for mild to moderate dementia: An evaluation of the Croydon Memory Service Model. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, 782-788. doi:10.1002/gps.1741



- Banerjee, S., Samsi, Kritika, Petrie, C.D., Alvir, J., Treglia, M., Schwam, E.M., del Valle, M.(2009). What do we know about quality of life in dementia? A review of the emerging evidence on the predictive and explanatory value of disease specific measures of health related quality of life in people with dementia. *International Journal of geriatric psychiatry*, 24, 15-24. doi:10.1002/gps.2090
- Brod, M., Stewart, A., Sands, L., Walton, P.(1999). Conceptualization and measurement of quality of life in dementia: The Dementia Quality of Life instrument (DQoL). *The Gerontologist*, 39, 25-35. doi:10.1093/geront/39.1.25
- Dubois, B., Feldman, H.H., Jacova, C., DeKosky, S.T., Barberger-Gateau, P., Cummings, J.,...Scheltens, P.(2007). Research criteria for the diagnosis of Alzheimer's disease: revising the NINCDS-ADRDA criteria. *The Lancet Neurology*, 6, 734-746. doi:10.1016/S1474-4422(07)70178-3
- Esteban y Peña, M.M., Hernandez, V., Fernández, X., Gil de Miguel, A., Rodríguez, M., López de Andrés, A., Jiménez- García, R.(2010). Self- perception of health status, mental health and quality of life among adults with diabetes residing in a metropolitan area. *Diabetes & Metabolism*, 36, 305-311. doi:10.1016/j.diabet.2010.02.003
- Ettema, T.P., Dröes, R.M., de Lange, J., Mellenbergh, G.J., Ribbe, M.W.(2005). A review of quality of life instruments used in dementia. *Quality of life Research*, 14, 675-686. doi:10.1007/s11136-004-1258-0
- Fuh, J., Wang, S.(2006). Assessing quality of life in Taiwanese patients with Alzheimer's Disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21, 103-107. doi:10.1002/gps.1425
- Hoe, J., Hancock, G., Livingston, G., Orrell, M.(2005). Quality of life of people with dementia in residential care homes. *The British Journal of Psychiatry*, 188, 460-464. doi:10.1192/bjp.bp.104.007658.
- Karlawish, J., Lu, M., Logsdon, R., Whitehouse, P., Aisen, P.(2004). How much do 12 month changes in cognition and function influence changes in mild to moderate AD patients and caregivers ratings of patient quality of life? *Neurobiology of Aging*, 25(Suppl. 2), 324.
- Logsdon, R.G., Gibbins, L.E., McCurry, S.M., Teri, L.(2002). Assessing quality of life in older adults with cognitive impairments. *Psychosomatic Medicine*, 64, 510-519.
- Lyketsos, C.G., González- Salvador, T., Chin, J.J., Baker, A., Black, B., Rabins, P.(2003). A follow- up study of change in quality of life among persons with dementia residing a long- term care facility. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 275-281.
- McKeith, I.G., Dickson, D.W., Lowe, J., Emre, M., O'Brien, J.T., Feldman, H.,...Consortium on DLB.(2005). Diagnosis and management of dementia with Lewy Bodies: third report of the DLB Consortium. *Neurology*, 65, 1863-1872. doi:10.1212/01.wnl.0000187889.17253.b1
- McKeith, I.G.(2007). Dementia with Lewy Bodies. *Handbook of Clinical Neurology*, 84, 531-548. doi:10.1016/S0072-9752(07)84060-7.
- McKhann, G.M., Albert, M.S., Grossman, M., Miller, B., Dickson, D., Trojanowski, J.Q., Work Group on Frontotemporal Dementia and Pick's Disease.(2001) Clinical and pathological diagnosis of frontotemporal dementia: report of the Work Group on Frontotemporal Dementia and Pick's Disease. *Archives of Neurology*, 58, 1803-1809. doi:10-1001/pubs.Arch Neurol.-ISSN-0003-9942-58-11-nsa10000
- Monteagudo, O., Hernando, L., Palomar, J.A.(2011). Normas poblacionales referencia de la versión española del SF-12v.2 para región de Murcia. *Gaceta Sanitaria*, 25, 50-61.
- NICE(2006). Donepezil, Galantime, Rivastigmine (Review) and Memantine for the treatment of Alzheimer's Disease. TAG, 111. NICE: London.
- Orrell, M., Spector, A., Thorgrimsen, S., Woods, B.(2005). A pilot study examining the effectiveness of maintenance Cognitive Stimulation Therapy (MCST) for people with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20, 446-451. doi:10.1002/gps.1304



- Rabins, P.V., Black, B.(2007). Measuring quality of life in dementia: Purposes, goals, challenges and progress. *International Psychogeriatrics*, 19, 401-407. doi:10.1017/S1041610207004863
- Reisberg, B., Ferris, S.H., de Leon, M.J., Crook, T.(1982). Global Deterioration Scale (GDS), *American Journal of Psychiatry*, 139:1136-1139
- Robles, A., Del Ser, T., Alom, J., Peña Casanova, J., grupo asesor del GNCD de la SEN.(2002). Propuesta de criterios para el diagnóstico clínico del deterioro cognitivo ligero. La demencia y la enfermedad de Alzheimer. *Neurología*, 17, 17-32.
- Samus, Q.M., Rosenblatt, A., Steele, C., Baker, A., Harper, M., Brandt, J.,..., Lyketsos, C.G.(2005). The association of neuropsychiatric symptoms and environment with quality of life in assisted living residents with dementia. *The Gerontologist*, 45(Special issue 1), 19-26.
- Samus, Q.M., Rosenblatt, A., Onyike, C., Steele, C., Baker, A., Harper, M., Brandt, J.,..., Lyketsos, C.G.(2006). Correlates of caregiver- related quality of life in assisted living: the Maryland Assisted Living Study. *The journals of Gerontology: Psychologic science*, 61, 311-314.
- Sartorius, N.(1990). A WHO method for the assessment of health- related quality of life (WHOQoL). En S. Walker, R. Rosser (Eds.). *Quality of Life Assessment: Key issues in the 1990s*. (p.201-207). Kluwer Academic Publishers: Dordrecht.
- Schwartz, L.B.(2013). The importance of health- related quality of life in persons with cognitive impairment. The John's Hopkins University, Baltimore, US.
- Silberfeld, M., Rueda, S., Krahn, M., Naglie, G.(2002). Content validity for dementia of three generic preference based health related quality of life instruments. *Quality of Life Research*, 11, 71-79. doi:10.1023/A:1014406429385
- Smith, S.C., Lamping, D.L., Banerjee, S., Harwood, R., Foley, B., Smith, P.,..., Knapp, M.(2005). Measurement of health-related quality of life for people with dementia: Development of a new measure of a new instrument (DEMQOL) and an evaluation of current methodology. *Health Technology Assessment*, 9, 10. doi:10.3310/hta9100.
- Small, G.W., Rabins, P.V., Barry, P.P., Buckholtz, N.S., Dekosky, S.T., Ferris, S.H.,..., Tune, L.E.(1997). Diagnosis and treatment of Alzheimer disease and related disorders: Consensus statement of the American Association for Geriatric Psychiatry, the Alzheimer's Association, and the American Geriatrics Society. *The Journal of the American Medical Association*, 278, 1363-1371. doi:10.1001/jama.1997.03550160083043.
- Spector, A., Thorgrimsen, S., Woods, B., Royan, L., Davies, S., Butterworth, M., Orrell, M.(2003). Efficacy of an evidence- based cognitive stimulation therapy programme for people with dementia: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 183, 248-254. doi:10.1192/03-23.
- Thomas, P., Lalloue, F., Preux, P.M., Hazif- Thomas, C., Pariel, S., Inscale, R.,..., Clement, J.P.(2006). Dementia patients' caregivers quality of life: The PIXEL study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21, 50-56. doi:10.1002/gps.1422
- Vogel, A., Mortensen, E.L., Hasselbalch, S.G., Andersen, B.B., Waldemar, G.(2006). Patient versus informant reported quality of life in the earliest phases of Alzheimer's Disease. *International Journal of Geriatric of Psychiatry*, 21, 1132-1138. doi:10.1002/gps.1619.
- Ware, J.E., Kosinski, M., Turner-Bowker, D.M., Gandek, B.(2002). How to Score Version 2 of the SF-12v2® Health Survey (With a Supplement Documenting SF-12® Health Survey). Lincoln, RI: QualityMetric Incorporated.
- Whitehouse, P.J.. (2000). Harmonisation of dementia drug guidelines (United States and Europe): A report of the International Working Group for the Harmonization of Dementia Drug Guidelines. *Alzheimer Disease and Association Disorders*, 14(Supl 1): 119-122.
- Winblad, B., Brodaty, H., Gauthier, S., Morris, J.C., Orgogozo, J.M., Rockwood, K., ..., Wilkinson, D. (2001). Pharmacotherapy of Alzheimer's disease: Is there a need to redefine treatment success? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16, 653-666. doi:10.1002/gps.496





- Włodarczyk, J.H., Brodaty, H., Hawthorne, G. (2004). The relationships between quality of life, Mini-Mental State Examination, and the Instrumental Activities of Daily Living in patients with Alzheimer's Disease. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 39, 25-33. doi:10.1016/j.archger.2003.12.004
- Woods, B., Thorgrimsen, S., Spector, A., Royan, L., Orrell, M.(2006). Improved quality of life and cognitive stimulation therapy in dementia. *Aging Mental Health*, 10, 219-226. doi:10.1080/13607860500431652
- Zimmerman, S., Sloane, P.D., Williams, C.S., Reed, P.S., Preisser, J.S., Eckert, J.K.,..., Dobbs, D. (2005). Dementia care and quality of life in assisted living and nursing homes. *Gerontologist*, 45(Special Issue 1), 133-146. doi:10.1093/geront/45.suppl\_1.133

