

EQUIPO DE REHABILITACIÓN
COGNITIVA EN DEMENCIAS
INSTITUTE OF PSYCHIATRY
UNIVERSITY COLLEGE LONDON

MEMORIA DE LA ROTACIÓN EXTERNA
BECA ANPIR 2014 PARA LA PROMOCIÓN DE
ESTANCIAS EN CENTROS DE EXCELENCIA
EXTRANJEROS

JESÚS ANTONIO GARCÍA CASAL

Psicólogo Interno Residente – 4º año

Hospital Universitario de Burgos

 **Complejo Asistencial
Universitario de Burgos**

 **Sacyl**

Unidad Docente de destino:

Division of Psychiatry

University College London

67-73 Riding House Street,

London,

W1W 7EJ

Tutores de la rotación:

Prof. Martin Orrell

Dr. Emese Csipke

Periodo de rotación:

1 Septiembre a 31 de diciembre de 2014

ÍNDICE

1. Introducción.....	4
2. El centro de destino.....	6
3. El ejercicio profesional de la Psicología en el Sistema Nacional de Salud Británico.....	9
4. “Servicio de memoria” y “Clínicas de memoria”	10
5. El Programa de Estimulación cognitiva en Demencias.....	14
6. Actividades Realizadas.....	19
6.1. Actividad asistencial.....	19
6.2. Actividad investigadora.....	22
6.1. Aprendizaje y actividades formativas.....	25
7. Aplicación y difusión.....	27
8. Conclusión.....	29
9. Referencias bibliográficas.....	32
10. Bibliografía recomendada en español.....	34

1. Introducción

Algunos estudios plantean que retrasar un año la progresión de las demencias hacia estadios de mayor dependencia significaría una mejor calidad de vida de los pacientes (Olazarán et al., 2010) y una significativa reducción del gasto público y el coste económico y social asociado (Terrón y Casanova, 2004). Este aplazamiento podría ser facilitado por la combinación de las nuevas terapias farmacológicas con intervenciones rehabilitadoras específicas e intervenciones psicosociales (Aguirre et al, 2007).

Dentro de la diversidad de programas de tratamiento no farmacológico de las demencias podemos encontrar los programas de estimulación y actividad (terapia de orientación a la realidad, reminiscencia, musicoterapia, psicoestimulación integral, actividad física); la reestructuración ambiental; los programas para familiares; el entrenamiento en capacidades cognitivas específicas; las técnicas de modificación de conducta y programas interactivos por ordenador. Si bien no existe evidencia tipo I sobre la eficacia de estas técnicas, numerosos estudios han encontrado resultados que indican que retrasan el deterioro. Por otra parte, los efectos observados trascienden el área cognitiva, produciendo beneficios sobre el estado de ánimo, la integración y la apatía (Francés, Barandiarán, Marcellán y Moreno, 2003).

En el caso de la estimulación cognitiva, estudios recientes han demostrado que logra mejorar las funciones cognitivas y la calidad de vida de personas con demencia (Spector, Woods, & Orrell, 2008).

Por otra parte, si bien se han desarrollado numerosos programas de rehabilitación cognitiva, estimulación cognitiva y entrenamiento cognitivo por ordenador, su eficacia

en personas con demencia no ha sido estudiada. Sí existen estudios en personas con deterioro cognitivo leve (Franco-Martín, González Palau, Ruiz, Vargas, & Solis, 2011).

Se ha estudiado en profundidad la evolución y características del deterioro cognitivo de las funciones intelectuales superiores en las demencias, pero hasta hace poco tiempo no se había prestado tanta atención a otras áreas como el reconocimiento de las expresiones faciales de las emociones.

Recientemente se ha comenzado a investigar en el impacto de las demencias en áreas diferentes de la cognitiva. En relación al reconocimiento de las expresiones faciales, en los últimos años diversos estudios coinciden en discriminar el reconocimiento de la identidad facial del reconocimiento de las emociones y la expresión facial. Se han encontrado déficits en una, otra o ambas habilidades, dependiendo del tipo de demencia (Freedman, Binns, Black, Murphy & Stuss, 2013). En esta línea se ha prestado atención al reconocimiento de la expresión facial y de la identidad facial. Ambos procesos tendrían correlatos anatómicos diferentes a nivel del cerebro, siendo fenómenos relativamente independientes (Burnham y Hogervorst, 2004).

De todas formas, el estigma sigue acompañando al diagnóstico de demencia, siendo difícil encontrar profesionales que planteen la posibilidad de vivir con demencia conservando la dignidad como persona y una buena calidad de vida. A la falta de formación específica se suma la ausencia de recursos materiales y de servicios e infraestructuras. Hoy en día en España, en el sistema sanitario público, el diagnóstico de las demencias es el tratamiento, quedando el campo de las intervenciones en manos de asociaciones, centros cívicos y centros de día, que no cuentan con personal capacitado.

2. El centro de destino



La Universidad UCL, fundada en 1886, es referente en investigación en el Reino Unido, siendo una de las que recibió más fondos para investigación durante el año 2013. En diciembre de 2014, por primera vez en la historia, esta universidad consiguió romper la denominada “dictadura de OxBridge”, siendo considerada la segunda mejor del Reino Unido y desbancando a Cambridge al tercer puesto. Fue fundada en 1826 como alternativa secular a las universidades con tradición religiosa de Oxford y Cambridge. Fue la primera institución de enseñanza superior del Reino Unido en aceptar estudiantes de cualquier raza, ideas políticas o credo religioso y la primera en tener cátedra de psicología. Hoy en día, el programa de Doctorado en Psicología Clínica (el

equivalente a la Especialidad en Psicología Clínica en España) de esta Universidad es uno de los más prestigiosos del país.

Dentro del Departamento de Psiquiatría, el equipo del Profesor Martin Orrell desarrolla varias líneas de investigación, intervención y evaluación en demencias, siendo un referente en este campo a nivel internacional, con más de 80 artículos científicos publicados en los últimos cinco años. Algunos de sus programas a resaltar son:

Programa “Terapia de Estimulación Cognitiva Individual”. Este programa busca mejorar la calidad de vida de las personas con demencia mejorando las intervenciones tempranas y el cuidado en el hogar. Se desarrolla en los domicilios particulares, siendo provisto por los cuidadores. Ha sido protocolizado, contando con un manual (<http://www.ucl.ac.uk/icst/icstprogramme>).

Proyecto de investigación “Investigación psicosocial en demencia” (psychosocial research in dementia). Desarrollado por los Dres. Prof. Gill Livingston y Prof. Martin Orrell del Departamento de Psiquiatría de la UCL y el Dr. Aimee Spector del Departamento de Educación y Psicología de la Salud de la UCL (<http://iris.ucl.ac.uk/iris/browse/researchActivity/1549>).

Programa de tratamiento “Terapia de estimulación cognitiva” (Cognitive Stimulation Therapy). Es un programa breve de atención a personas con demencias leves y moderadas basado en la evidencia (<http://www.cstdementia.com/>).

Programa Shield (Support at Home: Interventions to Enhance Life in Dementia – Apoyo en el hogar: intervenciones para mejorar la calidad de vida en la demencia).

Se trata de un proyecto de investigación de cinco años financiado por el National Institute for Health Research (NIHR) y coordinado por el Prof. Martin Orrell. Tiene por objetivo reducir la discapacidad y mejorar los resultados de salud y la calidad de vida de las personas con demencia y sus cuidadores (<https://www.ucl.ac.uk/shield/>).

Programa PRIDE (Promoting Independence in People Living with Dementia – Promoviendo la independencia en personas viviendo con demencia). El programa comenzó a implementarse en el año 2014 y se desarrollará hasta el año 2020 (<http://www.ucl.ac.uk/psychiatry/pride>).

Entre los mayores logros de este equipo se encuentra el haber logrado que el Sistema Nacional de Salud (NHS) incluyera la terapia de estimulación cognitiva en su cartera de prestaciones obligatoria para personas viviendo con demencia en el año 2006.

3. El ejercicio profesional de la Psicología en el Sistema Nacional de Salud

Británico

Para trabajar como psicólogo en el Sistema Nacional de Salud (NHS), es necesario estar colegiado (<http://www.bps.org.uk/>) y registrado como “practitioner psychologist” (psicólogo en ejercicio) en el registro nacional de profesionales sanitarios (<http://www.hcpc-uk.org/>). El NHS admite cuatro especialidades: psicología clínica, psicología sanitaria, neuropsicología y psicología forense.

El sistema de formación en psicología clínica es similar al español, pero tiene algunas diferencias fundamentales. La formación depende de las universidades, no del Ministerio de Sanidad, por lo cual el candidato puede presentarse a varias universidades, ya que los procesos selectivos no son únicos. Esto determina que las universidades más prestigiosas tengan mucha más demanda. De todas formas el ratio de candidatos por plaza es similar al español, unos 25/1.

Si bien se realiza un examen de acceso, la prueba que define si el candidato es seleccionado o no es una entrevista personal, en la que se tiene en cuenta la experiencia de trabajo previa y una carta de postulación. Esto lleva a que muchos graduados en psicología pasen años trabajando honorariamente para completar los ítems del currículum necesarios para ser considerado un buen candidato.

La formación es de tres años, y se realiza un pequeño trabajo de investigación al finalizar la residencia. El título que se obtiene es el “Doctor en Psicología Clínica”, de hecho, la especialidad se considera un doctorado (Doctorate in Clinical Psychology). Los psicólogos clínicos son profesionales muy valorados, al igual que en España, y existen amplias posibilidades de inserción laboral, a diferencia de España.

4. “Servicio de memoria” y “Clínicas de memoria”

Las primeras clínicas de memoria se crearon en Estados Unidos a mediados de los años 70, con el objetivo de detectar personas con demencia (PCD) en los estadios más tempranos de la enfermedad. Si bien ofrecían evaluación, tratamiento y educación, su seña de identidad siempre fue la investigación, en especial la implementación de ensayos clínicos. Se les denominó “Clínicas de memoria” para evitar el estigma de la palabra “demencia”.

Este giro en la concepción de la demencia y la atención a las personas que la sufrían significó el fin de la actitud del “esperar y ver” que era el único tratamiento que recibían estos pacientes hasta ese momento, cobrando relevancia el diagnóstico precoz y el tratamiento activo, ya no solo farmacológico, sino sobre todo psicosocial. Actualmente este tipo de centros se encuentran activos en muchos países, y con el tiempo se han desvinculado de su primera asociación a la gestión de ensayos clínicos, que fueron fundamentales para su financiación inicial, para comenzar a jugar un rol fundamental en el diagnóstico y el tratamiento en las fases iniciales de las demencias. Ha sido recién en los últimos años que estudios aleatorizados han probado la eficacia de estos servicios interdisciplinarios en la mejora de la calidad de vida de los pacientes y sus cuidadores, y su rol en ayudar a las PCD y sus familiares a realizar los ajustes y planes necesarios que deberán afrontar en el curso de la enfermedad.

Si bien existen diversos tipos de clínicas de memoria, aún dentro de los mismos sistemas sanitarios, una definición básica sería la de *“una clínica multidisciplinar que se especializa en la valoración y el diagnóstico de los trastornos de memoria”* (Verhey,

Orrell, & Zarit, 2011), si bien esta definición no refleja la riqueza de servicios que estas clínicas pueden ofrecer, fija los límites de los que hacen las clínicas más básicas.

La distinción entre “clínicas de memoria” y “servicios de memoria” no es clara.

Originalmente, las clínicas de memoria han estado relacionadas con servicios hospitalarios y dirigidas por especialistas casi siempre relacionados con la investigación básica sobre biomarcadores para el diagnóstico precoz. Por ello, las clínicas de memoria han recibido críticas por tener problemas para integrarse con otros servicios, no abogar por la atención primaria, dedicarse exclusivamente a reclutar pacientes para ensayos clínicos de fármacos, y hacer demasiado énfasis en las intervenciones farmacológicas, ignorando las necesidades de las PCD y sus familiares. Por otra parte, los “servicios de memoria” se caracterizaron desde sus inicios por estar ubicados en entornos comunitarios, y no hospitalarios, ser coordinados por psicólogos o enfermeras y centrarse en las intervenciones psicosociales y el cuidado a largo plazo. La concienciación de los gobiernos sobre el gasto económico que implicaba la demora de la atención a las PCD, sumado a la lucha por el acceso a tratamientos y los derechos de estos pacientes, llevó a que se promovieran políticas sanitarias que atendieran a estas necesidades. En este contexto, se reconoció la necesidad de integrar el enfoque de las “clínicas de memoria” con el de los “servicios de memoria”, considerándolos complementarios. La necesidad de desarrollar servicios integrales fue recogida en el Reino Unido en la Estrategia Nacional del Departamento de Salud en el año 2009. Así se ha ido generando un equilibrio entre investigación, diagnóstico y asistencia, y las clínicas de memoria ocupan hoy en día un lugar fundamental en la atención de las PCD.

El crecimiento del modelo y su diversificación llevó a la necesidad de fijar estándares de calidad y servicios. Para ello, en el año 2011 se implementó en el Reino Unido un Programa de Acreditación de Servicios de Memoria que busca mejorar la calidad de los mismos y dar asesoramiento a sistemas de servicios de memoria en otros países (Doncaster, McGeorge, & Orrell, 2011). Este programa dio lugar a la publicación de unos estándares a seguir, que sirven para evaluar y acreditar a los servicios de memoria. El sistema de acreditación pertenece orgánicamente al Colegio Real de Psiquiatras. Todo este movimiento de mejora de la detección precoz, el diagnóstico, el asesoramiento, el tratamiento y el seguimiento de las PCD, es recogido en la “Estrategia Nacional de Demencia: Viviendo bien con demencia”, del Departamento de Salud del Reino Unido y recoge los planes estatales para mejorar la salud y los servicios sociales para las PCD y sus cuidadores (se puede consultar el texto completo en <https://www.gov.uk/government/publications/living-well-with-dementia-a-national-dementia-strategy>). En relación al personal de los servicios de memoria, por ejemplo, los estándares recogen que debe estar formado por un médico (no especifica especialidad) y un equipo multidisciplinar con por lo menos otras dos profesiones, una enfermera de salud mental, un psicólogo o un neuropsicólogo, un terapeuta ocupacional y personal administrativo. Luego define una serie de profesionales a los que el servicio de memoria debe poder derivar, pero que no forman parte de su plantilla: logopeda, dietista, fisioterapeuta, trabajador social, geriatra, neurólogo y psiquiatra especializado en personas mayores. Los estándares de calidad completos pueden ser consultados y descargados en el siguiente enlace: <http://www.rcpsych.ac.uk/pdf/MSNAP%20Standards%20Fourth%20Edition%202014r.pdf>.

Hoy en día, se da por hecho que los servicios de memoria deben brindar acceso a un amplio rango de intervenciones psicosociales tanto para la PCD como para sus cuidadores; esto incluye apoyo a largo plazo, acceso a un amplio espectro de profesionales de acuerdo a las necesidades del paciente, promoción de salud, incluyendo tratamientos alternativos, educación, formación y acceso a servicios residenciales. En el año 2014 se alcanzó la acreditación de más de 100 servicios de memoria en el Reino Unido. El Servicio puede obtener una de cuatro categorías que van de excelente a no acreditado y debe ser revisada y renovada cada año. La acreditación posibilita al servicio de memoria acceder a redes de intercambio y a mayores posibilidades de participación en proyectos de intervención e investigación multicéntricos.

5. El Programa de Estimulación cognitiva en Demencias

Todas las personas que reciben el diagnóstico de demencia en Inglaterra tienen el derecho a recibir Estimulación Cognitiva. Este tratamiento, desarrollado por Aimee Specto, Martin Orrell y Elisa Aguerre entre otros, ha sido incluido en la cartera de prestaciones del NHS en el año 2006. Surgió como alternativa a la rehabilitación cognitiva clásica y la terapia de orientación a la realidad, que habían recibido críticas por ser demasiado rígidos y tener resultados modestos.

Se trata de un tratamiento en formato grupal que consta de 14 sesiones de tratamiento de frecuencia bisemanal. Al finalizar se puede complementar con 24 sesiones de mantenimiento de frecuencia semanal. La duración de las sesiones es de 60 minutos. Tiene 18 principios básicos:

1. Estimulación mental

El objetivo principal del tratamiento es mantener la mente de los participantes activa y comprometida con la realidad, en relación con otras personas.

2. Nuevas ideas, pensamientos y asociaciones

Se trata de utilizar los recuerdos y memorias del pasado para promover nuevas reflexiones y conexiones:

Al enseñar las fotos de dos actores famosos...

Si preguntamos ¿Quiénes son?, o, ¿qué sabéis de ellos?, apelamos al conocimiento almacenado (inteligencia cristalizada).

Si preguntamos ¿qué tienen en común estas personas?, ¿en qué se diferencian?, ¿cuál de ellas te gustaría ser?, ¿quién es más atractiva?... Estamos facilitando procesos de pensamiento nuevos (inteligencia fluida).

3. Utilizar la orientación de forma implícita y con sentido común

Nuevamente, se trata de promover procesos de pensamientos, no de poner a examen.

En lugar de preguntar la fecha directamente, dar pistas y reflexionar juntos:

¿En qué estación podemos tener esta temperatura?

¿Qué tipo de comida se come en esta época del año?

¿Alguien cumple años en estos días?

Utilizar elementos del día a día, como la presencia de adornos navideños, para definir la época del año.

Poner la fecha en un lugar visible para que los participantes aprendan a recurrir a ella cuando lo necesiten.

4. Opiniones en lugar de hechos

Se busca promover el trabajo de construcción narrativa, la expresión de las opiniones.

El hecho de opinar sobre hechos atemporales o no asociados a la memoria episódica es fundamental cuando estamos trabajando con personas con demencia:

En lugar de ¿a dónde ibas de vacaciones cuando eras un niño?...

¿Cuál sería tu lugar favorito para irte de vacaciones?

¿A dónde le recomendarías ir de vacaciones a una familia con niños?

En lugar de preguntar ¿quién es el presidente?...

¿Qué piensas de los políticos?

¿Quién ha sido el mejor presidente?

Pon una serie de fotos de presidentes y anima al grupo a conversar sobre ellos.

5. Utilizar la reminiscencia como una ayuda para el aquí y ahora
6. Utilizar pistas y disparadores para ayudar la recuperación de la información y la concentración
7. Continuidad y coherencia entre las sesiones
8. Aprendizaje implícito en lugar de explícito
9. Estimulación del lenguaje
10. Estimulación de las funciones ejecutivas
11. Atención centrada en la persona

La atención centrada en la persona surge en Inglaterra, inspirada en el modelo de atención centrada en el paciente de Rogers, como respuesta a la progresiva vulneración de los derechos de las PCD. Realizan una crítica a la concepción de filosófica de persona en torno a la conciencia del pensamiento y continuidad de la memoria (defendida por Locke y Parfitt), según la cual si se destruye el cerebro desaparece la persona. Plantean que según esta concepción, ante un proceso degenerativo como una demencia, la persona deja de existir. Como alternativa proponen la concepción de persona como agente activo de Hughes: el ser humano es

un ser social, y se es persona en tanto que existen relaciones sociales y cambios. Desde esta concepción, en la medida en que una PCD continuara relacionándose con sus otros significativos, seguiría siendo persona y sujeto de derechos (Brooker, 2006).

Brooker plantea cuatro principios básicos de la atención centrada en la persona que se sintetizan bajo el acrónimo V.I.P.S.:

Valorar y dignificar

Individualizar (tratar como sujetos)

Perspectiva de la persona (ponernos en su lugar)

Socializar (proveer y sostener un entorno de relaciones sociales estimulantes)

12. Respeto

13. Participación

14. Inclusión

15. Elección

16. Diversión

17. Trabajar con la reserva cognitiva

18. Construir y fortalecer las relaciones sociales

En el año 2014 el equipo de investigación presentó los resultados de tres años de trabajo en el desarrollo y la validación de la versión individual de la Terapia de estimulación cognitiva. Se trata de una versión dirigida a aquellas personas que no

pueden o no quieren ir al servicio de memoria, a las que se les da la opción de hacer el tratamiento en su casa. Para ello, se envía al familiar o cuidador elegido por el paciente todos los materiales del tratamiento por correo postal (manual, fichas, CD), se concierta una visita de un psicólogo clínico que formará al acompañante para realizar el tratamiento en una sesión de dos horas, y se acuerda un seguimiento telefónico semanal o quincenal, para abordar las dificultades que puedan surgir. El número total de sesiones es de 75, con una duración de 20-30 minutos y una frecuencia de 3 veces por semana.

6. Actividades Realizadas

Mis tareas durante la rotación se dividieron en tres áreas: clínica, aprendizaje e investigación. Durante 2 días a la semana, asistía a las clínicas de memoria, como he descrito en el punto 4, un día asistía a actividades de docencia de la universidad y el equipo (formación en el programa de estimulación cognitiva grupal e individual, jornadas, seminarios, clases de master, simposios, congresos) y dos días los dedicaba a colaborar en actividades de investigación del proyecto PRIDE y a validar el test de reconocimiento de afectos. El horario de trabajo era de 9 de la mañana a 6 de la tarde de lunes a viernes, pero estos horarios se ajustaban de acuerdo a las necesidades de formación y trabajo.

Tabla 1. Cronograma					
	Lunes Investigación	Martes Clínica de Memoria	Miércoles Formación	Jueves Clínica de Memoria	Viernes Investigación
9:00 - 12:30	Colaboración en Tareas de PRIDE	Grupos de estimulación cognitiva	Sesiones clínicas y seminarios	Grupos de estimulación cognitiva	Colaboración en Tareas de PRIDE
12:30 - 13:00	Comida	Comida	Comida	Comida	Comida
13:00 - 18:00	Revisión Bibliográfica y validación	Colaboración en tareas de la clínica	Cursos en UCL	Colaboración en tareas de la clínica	Revisión Bibliográfica y validación

6.1. Actividad asistencial.

Mi experiencia de trabajo transcurrió en dos servicios de memoria, ambos del distrito del noreste de Londres del Sistema de Salud Británico. Es frecuente que las Universidades estén adscritas a alguno de los distritos de salud, desarrollando sus proyectos de investigación en ellos. Así, el equipo de investigación en demencias dirigido por Martin Orrell, de UCL tiene una larga tradición de trabajo en este área de Londres.

Asistía a las clínicas dos días a la semana, participando de todas las tareas que allí se llevaban a cabo, desde recibir a los pacientes en la sala de espera, hasta la valoración neuropsicológica y los tratamientos grupales (programa de estimulación cognitiva, huerta, musicoterapia, etc.).

Pude participar en dos grupos de rehabilitación cognitiva con 6 participantes cada uno. Mi rol en el programa de estimulación cognitiva comenzó siendo como observador y observador participante en el primer grupo. Y tras esta formación práctica a la que se agregó la formación teórica en la Terapia de Estimulación Cognitiva y la Terapia de Estimulación cognitiva individual, pude participar como coordinador en el segundo grupo.

En el resto de las actividades de la clínica de memoria (recepción, valoración, otros programas de trabajo) participaba como observador, dado que para poder trabajar fuera del programa de estimulación cognitiva para el que estaba autorizado por la Universidad, hubiera tenido que acreditarme como profesional sanitario en el Reino Unido.

Uno de los servicios de memoria (The Broad Street Centre) era un “modelo”, ya que cubría la atención desde la prevención y la detección precoz hasta las intervenciones psicosociales, incluyendo proyectos comunitarios como la coordinación con las farmacias del distrito en un programa de control de la medicación por parte del farmacéutico de referencia. Este servicio era coordinado por un enfermero (jefe del servicio) y contaba con un psicólogo clínico, tres enfermeras de salud mental, tres terapeutas ocupacionales, una trabajadora social, dos médicos y cinco administrativos.



En el otro servicio (Thorne House), las actividades se limitaban a la evaluación, el diagnóstico, la coordinación con otros servicios sanitarios, la orientación y la información tras el diagnóstico. Se trataba de un servicio relativamente nuevo, coordinado por una terapeuta ocupacional, y todavía no habían podido poner en marcha programas de tratamiento e intervención psicosocial.

Una de las cosas que me llamó la atención del trabajo en los servicios de memoria fue la calidad del trabajo interdisciplinar y el respeto por todas las profesiones sanitarias. La dirección del centro podía estar a cargo de un enfermero, una terapeuta ocupacional, un psicólogo clínico, un médico o un trabajador social, y el resto de los profesionales trabajaban bajo su responsabilidad.



6.2. Actividad investigadora

Este fue el área a la que más tiempo dediqué durante la rotación, ya que si bien en el cronograma original tenía asignadas dos jornadas para actividades de investigación, tras el segundo mes agregué dos tardes por las exigencias de las tareas (sobre todo de la revisión bibliográfica y el meta-análisis).

En mi plan de rotación estaba prevista la aplicación del test de reconocimiento de afectos a población inglesa con demencia, lo que permitiría la realización de un estudio comparativo de reconocimiento de afectos en población con demencia en España y Reino Unido. Lamentablemente, una vez en Londres, se me informó que por el ordenamiento legal de la investigación en el Reino Unido, que requería que el protocolo de investigación fuera aprobado por un Comité de Ética, los plazos no iban a permitir que pudiera pasar el protocolo a personas con demencia durante mi estancia. Como alternativa, me sugirieron pasar el Test de Reconocimiento de Afectos a personas del Departamento, para pilotar la versión en inglés, y me pusieron en

contacto con un equipo de la Universidad de Bradford que trabajaba en reconocimiento de afectos en personas con demencia.

Pude administrar el test de reconocimiento de afectos a cinco personas que corrigieron aspectos lingüísticos del test. El equipo de la Universidad de Bradford se mostró interesado en el test y dejó abierta la posibilidad de incluir una versión para administrar online en próximos proyectos de investigación.

Aconsejo a residentes que piensen en validar instrumentos durante su rotación en el extranjero que se aseguren de que obtienen la aprobación de la propuesta por parte del comité ético que corresponda antes de iniciar su rotación, dado que estos procedimientos son muy complejos y lentos en el Reino Unido. El equipo al que fui a rotar no se dio cuenta de esta dificultad, si bien estaba claramente estipulada en el programa de mi rotación que habían recibido.

Como alternativa a este trabajo, la Dra. Emese Csipke, mi supervisora en la UCL, me propuso realizar una revisión bibliográfica que pudiera dar lugar a la publicación de un artículo. Pensé en un tema que fuera relevante para el equipo de demencias de UCL y que tuviera conexión con mi propuesta original de investigación: dado que mi intención era validar un programa de tratamiento y evaluación del reconocimiento de afectos por ordenador y no existía ninguna revisión sobre evaluación y tratamiento por ordenador en personas con demencia, propuse realizar una revisión bibliográfica sobre ello. La Dra. Csipke me propuso recortar el campo temático al de tratamientos cognitivos por ordenador, dado que el tema que yo propuse era demasiado amplio y eso dificultaría la revisión, y dediqué 3 de los 4 meses a realizar esa revisión, que incluyó un meta-análisis y que espero que publiquemos en breve. El título de la

revisión es Intervenciones Cognitivas por Ordenador para Personas con Demencia: Revisión Bibliográfica Sistemática y Meta-análisis.

Quiero destacar la oportunidad que significa para nosotros (residentes españoles) participar en la elaboración de un artículo académico con integrantes de un equipo de investigadores de reconocido prestigio de una universidad extranjera. En este sentido, alentaría a todos aquellos residentes que realicen una rotación en el extranjero a incluir una propuesta de este tipo en su plan de rotación. La realización de una revisión bibliográfica sobre un tema que sea relevante para ambas partes (el residente y el equipo que le recibe) es una buena propuesta, ya que elude las complejidades que serían propias de un estudio experimental (aprobación ética, recogida de muestra, etc.); y en general los equipos receptores están deseosos de que se realicen estas revisiones porque son fuentes de conocimientos útiles para sus proyectos y altamente valoradas en el mundo académico actual. Para el residente significa la oportunidad de publicar en inglés, con investigadores reconocidos y en revistas que en general están fuera de nuestro alcance.

Además de realizar la revisión bibliográfica junto con otras dos integrantes del equipo, colaboré en el Programa PRIDE, un proyecto de investigación que estaba en sus primeras fases de ejecución y en cuyo equipo me integré. Mi trabajo consistió en acompañar a los investigadores a clínicas de memoria a presentar el proyecto y participar en las jornadas de trabajo del equipo, lo que significó una oportunidad privilegiada de ver cómo se gestionan estos grandes proyectos de investigación. PRIDE es un proyecto de investigación e intervención de cinco años con un presupuesto de cinco millones de libras. Sus objetivos son: 1) identificar los factores de riesgo sociales

y de estilo de vida en el contexto de los actuales cambios sociales; 2) investigar las actitudes sociales hacia los cambios en los estilos de vida, hacia el deterioro cognitivo, hacia la demencia y hacia buscar ayuda para problemas de memoria; 3) desarrollar una intervención psicosocial que mejore la independencia y la calidad de vida de personas viviendo con demencia y sus cuidadores; 4) implementar un estudio aleatorizado con grupo control de la intervención psicosocial para evaluar la eficacia clínica y la eficiencia de la misma; 5) desarrollar capacidad de investigación en el campo de las demencias potenciando la carrera de jóvenes investigadores.

6.3. Aprendizaje y actividades formativas

Además de participar en los cursos del Departamento de Psiquiatría los días miércoles (clases para estudiantes de master dadas por integrantes del equipo de investigadores) y de clases y seminarios en University College London (en general dirigidas a estudiantes de doctorado), tuve la oportunidad de realizar las siguientes actividades formativas:

Masterclass “Recent Advances in Dementia Care – Improving Nursing Home Practice”.
University of West Scotland, Hamilton. 23 de Octubre.

Congreso Internacional de Alzheimer Europe “Dignity and autonomy in dementia”.
Glasgow, 20 al 22 de octubre.

INTEDEM Academy Masterclass “Raising the standard: Better evaluations of psychosocial interventions in dementia care through improved methodology”. Glasgow, 21 de Octubre.

Curso “Cognitive Stimulation Therapy”. Dementia Pathfinder, Londres. Profesora: Aimee Spector.

Formación en “Individual Cognitive Stimulation Therapy”. University College London.

Profesora: Phuong Leung.

Quinto foro nacional de clínicas de memoria. Royal College of Psychiatrists. Londres. 29 de Septiembre.

NIHR WHELD Formación de investigadores en recogida de datos. University College London. 6 de octubre.

Conferencia de presentación de resultados de la Terapia de Estimulación Cognitiva Individual. Professor Martin Orrell, Phuong Leung, Lauren Yates. University College London. 8 de diciembre.

Encuentro de trabajo de PRIDE. University College London. 16 y 17 de diciembre.

7. Aplicación y difusión

No se concibe la experiencia de la rotación externa sin aplicar los conocimientos adquiridos en la práctica clínica en el HUBU (Hospital Universitario de Burgos). En este sentido, desde el Servicio de Psiquiatría se han comprometido a facilitar las condiciones para poder aplicar los conocimientos aprendidos. Entre estas actividades se destaca la posibilidad de poder hacerlo dentro del programa de rehabilitación cognitiva desarrollado en los módulos de atención continuada y coordinado por los propios residentes con la supervisión del tutor coordinador Carlos García Moja. En este sentido, los manuales originales de los dos programas de estimulación cognitiva han quedado a disposición del Servicio y los estamos traduciendo para incorporar a nuestro trabajo con personas con demencia.

Dentro de las actividades de difusión de aprendizajes, di sesiones clínicas sobre Rehabilitación cognitiva y Estimulación cognitiva, compartiendo los aprendizajes durante la rotación en UCL, en el Servicio de Rehabilitación (21 de enero de 2015), el Servicio de Neurología (17 de abril) y el Servicio de Psiquiatría (21 de abril). También fui invitado a participar en un curso sobre bioética dentro de la Formación Continuada del Complejo Asistencial Universitario de Burgos, para hablar sobre la Atención Centrada en la Persona en el sistema de salud británico (18 de marzo). Se me invitó a dar un Taller sobre “Tratamiento de las funciones cognitivas en personas con demencia” en el XXXII Congreso nacional de enfermería de salud mental y 2ª conferencia internacional de enfermería de salud mental (28 de mayo). Asistiré a una reunión de trabajo de médicos y bioética para compartir el modelo de atención a personas con demencia y las Clínicas de Memoria en Londres (4 de junio).

Finalmente, espero que las actividades de investigación realizadas (revisión bibliográfica y adaptación del programa de reconocimiento de afectos para población inglesa) resulten en la publicación de tres artículos en los que me encuentro trabajando.

8. Conclusión

Si tuviera que elegir un solo aprendizaje de esta rotación, sería el de recuperar la dignidad de las personas con demencia. Descubrir que hay infinitas posibilidades de trabajo en este campo, y que un diagnóstico de demencia, lejos de ser vivido como un epitafio, debe abrirnos al desafío de buscar formas de acompañar a la persona con el diagnóstico y su entorno en la aventura de seguir disfrutando de la vida con dignidad, en todas las etapas del proceso.

Los comités de ética que aprueban los proyectos de investigación de La Autoridad de Investigación Sanitaria (Health Research Authority) están integrados por una persona con demencia y un cuidador. Esos proyectos de investigación de millones de libras son evaluados, en primer lugar y en igualdad de condiciones, por una persona con demencia, que decide si el proyecto tiene en cuenta sus necesidades y respeta sus derechos. Esto lleva a que en el proceso de armado de los proyectos existan comités asesores de personas con demencia, lo que redundará en proyectos más cercanos a la población a la que están dirigidos.

Antes de mi rotación nunca se me había ocurrido que una persona con demencia pudiera empoderarse como tal, organizándose con otras personas que compartieran esta condición y luchando por mejorar sus condiciones de vida. He estado en congresos y conferencias sentado al lado de personas con demencia, escuchando sus ponencias, escuchando sus opiniones sobre los temas que les conciernen, y me he dado cuenta de lo importante que es para ellas tener la oportunidad de estar allí, y del largo camino que nos queda por recorrer en este sentido en España.

Si tuviera que dar un solo consejo académico a otro residente que esté pensando en realizar una rotación en el extranjero, sería que incluya en su plan de rotación externa la realización de un artículo académico junto con el equipo de destino, siendo una revisión bibliográfica la opción a mi criterio más práctica y viable. En mi caso no lo había incluido, y esta posibilidad surgió como plan B ante las dificultades para concretar mi plan original. Ahora, que estamos en el proceso de publicación del mismo, me doy cuenta de la oportunidad que esto ha significado en términos de publicar en inglés con un equipo de investigadores de primera línea.

La posibilidad de realizar una rotación en un centro en el extranjero es enormemente enriquecedora, no solo en el plano académico, sino también en el plano personal.

Quedan fuera de esta memoria, porque no es aquí el contexto para compartirlo, los compañeros de trabajo, los amigos que he hecho, los parques y pubs de Londres, sus museos, su diversidad cultural, su música maravillosa, el té... Fueron cuatro meses de una intensidad vertiginosa, un regalo que pude disfrutar y aprovechar. Por lo que mi consejo no académico a los residentes que realicen una rotación en el extranjero es que no descuiden el aspecto humano de la misma, que se den tiempo para disfrutar de la ciudad, de las personas, para construir vínculos que sobrevivirán a la rotación, para vivir la cultura del lugar al que vayan y dejarse impregnar por él.

Quiero agradecer a ANPIR por haberme apoyado económicamente para realizar esta experiencia, a mis tutores Carlos García Moja y Mercedes Chico del Río por haberme apoyado y animado a realizar la experiencia, a Carlos en especial por todos los trámites que tuvo que completar y en los que me tuvo que asesorar. Al profesor Manuel Franco por facilitarme los contactos con el equipo de destino, y por su continuo apoyo antes,

durante y al finalizar la rotación. Al equipo de University College London: Profesor Martin Orrell, Dra. Emese Csipke, Andrea, Orii, Kim, Phuong, Micaela, Álvaro, Alexander... por su apoyo y por haberme recibido como si fuera parte de su grupo, haciéndome sentir como en casa.

9. Referencias bibliográficas

- Aguirre, E., Spector, A. E., Streater, A., Hoe, J., Woods, B., & Orrell, M. (2014). Making a Difference 2: an evidence based group program to offer maintenance Cognitive Stimulation Therapy (CST) to people with dementia. Hawker: London.
- Aguirre, E., Hoare, Z., Streater, A., Spector, A., Woods, B., Hoe, J., & Orrell, M. (2013). Cognitive stimulation therapy (CST) for people with dementia—who benefits most? *Int J Geriatr Psychiatry*, 28(3), 284-290.
- Brooker, D. (2006). *Person-centred dementia care: making services better*: Jessica Kingsley Publishers.
- Burnham, H. & Hogervorst, E. (2004). Recognition of facial expressions of emotion by patients with dementia of the Alzheimer type. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 18, 75-79.
- Doncaster, E., McGeorge, M., & Orrell, M. (2011). Developing and implementing quality standards for memory services: The Memory Services National Accreditation Programme (MSNAP). *Aging Ment Health*, 15(1), 23-33.
- Franco-Martín, M., González Palau, F., Ruiz, Y., Vargas, E., & Solis, A. (2011). Usability of a cognitive (Gradior) and physical training program based in new software technologies in patients with mild dementia, mild cognitive impairment and healthy elderly people: Long Lasting Memories preliminary findings. *Neuroscience Letters*, 500, e6.
- Freedman, M., Binns, M. A., Black, S. E., Murphy, C., & Stuss, D. T. (2013). Theory of mind and recognition of facial emotion in dementia: Challenge to current concepts. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 27(1), 56-61.

- Jacoby, R., Oppenheimer, C., Denning, T., & Thomas, A. (2008). Oxford Textbook of old age psychiatry. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 50(12), 807-808.
- Olazarán, J., Reisberg, B., Clare, L., Cruz, I., Peña-Casanova, J., del Ser, T., ... & Muñiz, R. (2010). Nonpharmacological therapies in Alzheimer's disease: a systematic review of efficacy. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 30(2), 161-178.
- Spector, A., Woods, B., & Orrell, M. (2008). Cognitive stimulation for the treatment of Alzheimer's disease. *Expert Reviews Neurotherapeutics* 8 (5), 751-757.
- Verhey, F. R., Orrell, M., & Zarit, S. (2011). Memory services and memory clinics. *Aging Ment Health*, 15(1), 2-4.
- Wölwer, W., Frommann, N., Halfmann, S., Piaszek, A., Streit, M., & Gaebel, W. (2005). Remediation of impairments in facial affect recognition in schizophrenia: Efficacy and specificity of a new training program. *Schizophrenia Research*, 80(2), 295-303.

10. Bibliografía recomendada en español

Bartolomé, M. V. P., Ajamil, C. E., & Fernández, V. L. (1998). Neuropsicología: libro de trabajo: Amarú.

Francés, I., Barandiarán, M., Marcellán, T., & Moreno, L. (2003). Estimulación psicocognoscitiva en las demencias. *Anales Del Sistema Sanitario De Navarra*, 26(3), 383-403.

Ginarte-Arias, Y. (2002). Rehabilitación cognitiva. Aspectos teóricos y metodológicos. *Revista de Neurología*, 34(9), 870-876.

Mateer, C. (2003). Introducción a la rehabilitación cognitiva. *Avances en psicología clínica latinoamericana*, 21(10).

Mora-Simón, S., García-García, R., Perea-Bartolomé, M. V., Ladera-Fernández, V., Unzueta-Arce, J., Patino-Alonso, M. C., & Rodríguez-Sánchez, E. (2012). Deterioro cognitivo leve: detección temprana y nuevas perspectivas. *Rev Neurol*, 54, 303-310.

Muñoz Marrón, E., Blázquez Alisente, J. L., Galpasoro Izaguirre, N., González Rodríguez, B., & Tirapu Ustárroz, J. (2011). Estimulación cognitiva y rehabilitación neuropsicológica: Editorial UOC.

Palau, F. G., Franco, M., Jiménez, F., Bernate, M., Parra, E., Toribio, J. M., . . . Cid, T. (2012). Programas psicosociales de intervención cognitiva en población con signos de deterioro cognitivo leve (DCL): Revisión de efectos y eficacia. *Cognitive based interventions for elderly people with mild cognitive impairment: Review of effects and efficacy. Cuadernos de Neuropsicología/Panamerican Journal of Neuropsychology*, 6(1).

Terrón, C. y Casanova, J. P. (2004). Problemática social del paciente con demencia y el neurólogo. En F.B. Pareja (ed.), *Aspectos familiares y sociales del paciente con demencia* (pp.83-90). Madrid: Ediciones Díaz de Santos.