

**Estudio epidemiológico, observacional, prospectivo, multicéntrico  
y nacional para evaluar la utilidad clínica del procedimiento de  
comunicación del diagnóstico de demencia de la Sociedad  
Española de Psiquiatría. Estudio DEMCOM-SEP-13.**

**Promotor: Sociedad Española de Psiquiatría**

Informe Final

27 de Marzo de 2015

## INDICE

	Pàgina Nº
INTRODUCCIÓN .....	3
MATERIAL Y MÉTODOS .....	5
RESULTADOS .....	10
BIBLIOGRAFÍA.....	12
TABLAS Y FIGURAS.....	15
ANEXO I, MATERIAL SUPLEMENTARIO .....	22

## INTRODUCCIÓN

La demencia es una enfermedad neurodegenerativa incurable, caracterizada por el deterioro cognitivo, por la incapacidad para realizar actividades diarias y por los síntomas neuropsiquiátricos (Herrmann y cols, 2011; Hartz y cols, 2012). La demencia presenta diferentes causas y manifestaciones, siendo los tipos más frecuentes la enfermedad de Alzheimer y la demencia vascular (Treves y Korczyn, 2012).

De acuerdo con los datos publicados por la Fundación Alzheimer España ([www.alzfae.org](http://www.alzfae.org)), en nuestro país la prevalencia de demencias se sitúa en un 4,2% para la población entre 65 y 74 años, un 12,5% para la población de 75 a 84 años y un 27,7% para la población de más de 85 años, siendo de un 11,1% en las mujeres y de un 7,5% en los varones ([www.alzfae.org](http://www.alzfae.org)). Se espera que el número de personas afectadas aumente exponencialmente a medida que aumente su esperanza de vida (Popp and Arlt, 2011).

El aumento de la población afectada de síndrome demencial, y especialmente de la enfermedad de Alzheimer, hace que los médicos tengan que plantearse con una frecuencia creciente la comunicación del diagnóstico al paciente y a sus familiares. Para ayudar al médico, al paciente y a los familiares a encarar adecuadamente esta situación clínica, el Grupo de Demencias de la Sociedad Española de Psiquiatría (Demsep) ha elaborado una Guía Clínica de Comunicación del Diagnóstico de Demencia (GDEMCOM), adaptada a las peculiaridades y condicionantes socioculturales de nuestro país. De acuerdo con esta Guía se establecen 4 fases del proceso de comunicación: fase de planteamiento, fase de diagnóstico, fase de comunicación del diagnóstico y fase de acompañamiento.

El **objetivo principal** de este estudio es determinar cómo influye la comunicación del diagnóstico de demencia a través de la nueva guía GDEMCOM en el nivel de ansiedad y depresión de los pacientes con demencia. Como **objetivos secundarios** se incluyen: i) realizar un análisis descriptivo de las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes y de su grado de satisfacción con la comunicación del diagnóstico de su enfermedad; ii) así como de las características de los acompañantes de los pacientes, incluyendo el nivel de sobrecarga, salud psíquica y satisfacción con la atención recibida; iii) también se evaluará el grado de satisfacción del médico con el uso de la Guía.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

### **Diseño**

Se diseñó un estudio observacional, prospectivo, nacional y multicéntrico, en el contexto de la práctica clínica habitual. Participaron médicos especialistas en psiquiatría pertenecientes a 8 centros del territorio nacional.

Durante el estudio se siguió la nueva Guía DEMCOM, y en el seguimiento se definieron las siguientes fases (Anexo I, Material suplementario, Tabla S1): i) fase de planteamiento, con una visita de pre-selección, un mes previo a la visita basal; ii) fase de diagnóstico; iii) fase de comunicación, que incluye una visita basal en la que se comunicó el diagnóstico y una visita de consolidación del diagnóstico a las 2–4 semanas; iv) fase de acompañamiento, que incluyó una visita de seguimiento a los 2 meses y una visita final a los 3 meses de la visita basal.

### **Participantes**

Se incluyeron pacientes con cualquier tipo de demencia según los criterios DSM-IV-TR (López-Ibor y cols, 2002) y sus acompañantes. Para evitar sesgos de selección, se incluyeron los 5-10 primeros pacientes visitados en los 8 centros participantes en el periodo Septiembre de 2013 a Septiembre de 2014 de forma consecutiva, si se cumplían los siguientes criterios de inclusión: diagnóstico de cualquier tipo de demencia (criterios DSM-IV-TR), estadio en la escala de deterioro global (GDS) entre 3 y 4; y disponibilidad de un

acompañante-informador fiable. Todos los pacientes y sus acompañantes firmaron un consentimiento informado para participar en el estudio. Se excluyeron los pacientes/acompañantes que no fueran capaces de responder a las preguntas de los cuestionarios del estudio (por razones de nivel cultural, motivo idiomático u otras).

### **Determinación nivel de ansiedad y depresión**

La variable principal de estudio fue la diferencia de puntuación en el cuestionario HADS sobre ansiedad y depresión (Zigmond y Snaith, 1983; Herrero y cols, 2003; Quintana y cols, 2003) entre la visita basal (comunicación del diagnóstico) y la visita final (3 meses después de la comunicación del diagnóstico). Este cuestionario también se administró en la visita de consolidación, y en la de dos meses después de la comunicación del diagnóstico (Anexo I, Material suplementario, Tabla S1). Se utilizó el cuestionario PCRS (autoconsciencia) para ajustar la variable principal a cada paciente (Prigatano y cols, 1986; Prigatana y cols 1998; García-Molina y cols, 2010; García-Molina y cols, 2012).

### **Otras variables**

Se recogió información adicional en el paciente, el acompañante y el médico (Anexo I, Tabla Suplementaria S1). En el paciente se recogió en la visita inicial información sociodemográfica, antropométrica, clínica. Entre la información clínica se recogió: fecha inicio síntomas; pruebas de sospecha de demencia; gravedad de la demencia –Mini

examen cognitivo/MEC (Crum y cols, 1993); enfermedades concomitantes y comorbilidad somática -*Cumulative Illness Rating Scale-CIRS*- (Linn y cols, 1968; Miller y cols, 1992; García-deLucas y cols, 2007; Rosas-Carrasco y cols, 2011); antecedentes psiquiátricos; psicopatología, según escala NPI -Inventario Neuropsiquiátrico- (Castaño y cols, 2012) y terapéutica (tratamientos farmacológicos para la demencia; psicofármacos; tratamientos no farmacológicos). La gravedad de la demencia según el MEC se categorizó en función de la puntuación alcanzada: i)  $\geq 27$  puntos: Normal. La persona presenta una adecuada capacidad cognoscitiva; ii) 25-26 puntos: Sospecha deterioro; iii) 12-24 puntos: Deterioro cognitivo; iv) 9-12 puntos: Demencia moderada; v) 5-8 puntos: Demencia grave; iv)  $< 5$  puntos. Fase terminal, totalmente desorientado, no se reconoce él mismo, incoherente, postración. Además, en la visita final se evaluó la satisfacción con la atención médica recibida mediante el cuestionario PatSat con un rango posible de valores entre 20 y 100 (Hansen y cols, 2010).

En el acompañante se recogió información sociodemográfica, del nivel de sobrecarga -escala Zarit reducida- (Gort y cols, 2005; Regueiro y cols, 2007; Breinbauer y cols, 2009), del estado de salud psíquica -cuestionario GHQ-28- (Goldberg, 1972; Lobo y cols, 1986) y el cuestionario PCRS de autoconsciencia en la visita de comunicación del diagnóstico. El estado de salud psíquica según el GHQ-28 se categorizó en función de la puntuación alcanzada utilizando dos puntos de corte:  $> 5$  y  $> 6$  (Moreno y cols, 2010). Además, en la visita final se evaluó la satisfacción con la atención médica recibida mediante el cuestionario PatSat con un rango posible de valores entre 20 y 100 (Hansen y cols, 2010).

En el médico, se evaluó la satisfacción con el procedimiento de comunicación mediante un cuestionario diseñado ad-hoc para este estudio (DocSat) y administrado en la visita final. Este cuestionario incluía 10 preguntas que se codificaban de 1 a 5 (de menor a mayor satisfacción) con un rango posible de valores entre 5 y 50.

### **Tamaño de la muestra**

Debido a la falta de datos sobre la eficacia de la nueva guía DEMCOM, el estudio se ha planteado como un estudio piloto y exploratorio. El objetivo fue reclutar un máximo de 100 pacientes. Se estima que esta muestra sería suficiente para detectar cambios en la variable principal, es decir determinar diferencia de puntuación en el cuestionario HADS sobre ansiedad y depresión entre la visita basal (antes de la comunicación del diagnóstico) y la visita final (3 meses después de la comunicación del diagnóstico).

### **Métodos estadísticos**

Los análisis se han realizado con los datos disponibles, sin emplear técnicas de sustitución de valores ausentes, y describiendo el número de datos faltantes en cada análisis. Las variables continuas se presentan como media (desviación estándar) o mediana (rango intercuartil), según sigan o no una distribución normal. Las variables categóricas se presentan como proporciones.



Para el análisis principal se ha analizado la diferencia media en la puntuación del cuestionario HADS entre la visita final de seguimiento y la visita de comunicación del diagnóstico utilizando la T de Student para datos apareados. Se han utilizado también modelos lineales generalizados para analizar las diferencias entre visitas ajustando por el nivel de autoconciencia (cuestionario PCRS).

Se ha considerado como estadísticamente significativo diferencias entre grupos con un valor de  $p \leq 0,05$  en un contraste bilateral. Los análisis estadísticos se han realizado mediante el programa R (*R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Viena, Austria. Version 3.1.2*).

## RESULTADOS

En el estudio se incluyeron inicialmente 59 pacientes, aunque 4 fueron excluidos por no cumplir los criterios de inclusión o presentar algún criterio de exclusión. Los 55 pacientes incluidos fueron reclutados en ocho centros sanitarios (Anexo I, Material suplementario, Tabla S-2).

Las características sociodemográficas de los pacientes y sus cuidadores se presentan en la Tabla 1. La edad media de los pacientes fue 77,5 años, el 63,6% eran mujeres, el 30,9% tenían estudios secundarios o universitarios, y el 80% vivían acompañados. La edad media de los acompañantes fue 63,8 años, el 54,5% eran mujeres, el 52,7 tenían estudios secundarios o universitarios, y el 69,1% convivían con el paciente (el 51,9% era su cónyuge).

Las características clínicas de los pacientes incluidos se presentan en la Tabla 2. De mediana habían transcurrido 22 meses desde el primer síntoma al diagnóstico de la demencia. El 41,8% de los pacientes declararon presentar antecedentes de demencia en la familia. La puntuación media obtenida en el mini-examen cognitivo (MEC) fue 21,3 indicando una demencia leve a moderada de media en el global de la muestra. El 85,7% de los pacientes presentaban demencia leve a moderada según la puntuación del MEC (entre 10 y 24). La mayoría de los pacientes presentaban un deterioro cognitivo moderado según la escala GDS (81,8%). La mediana de la escala de presencia de alteraciones psicopatológicas (NPI) fue 8, la de la escala de comorbilidad CIRS-G fue 5 y la de autoconciencia (PCRS) 130.

En la tabla 3 se presentan los tratamientos en la visita inicial y en la visita final. Se observa un aumento en la proporción de pacientes que reciben tratamiento farmacológico para la demencia que pasa del 23,4 al 78,7% (p-valor<0,001), del tratamiento mediante psicoestimulación que pasa del 25,5 al 40,4 (p-valor=0,096), y del tratamiento con psicofármacos, especialmente a expensas de un aumento de los antidepresivos.

El nivel de sobrecarga, autoconciencia y la salud psíquica de los acompañantes se presenta en la tabla 4. No se observaron cambios en el nivel de salud psíquica de los acompañantes durante el periodo del estudio (Tabla 5).

El grado de satisfacción con la comunicación del diagnóstico en los pacientes, el acompañante y la satisfacción del médico con el uso de las recomendaciones DEMCOM se presenta en la tabla 6.

No se observaron cambios significativos en el nivel de ansiedad y depresión en los pacientes tras la comunicación del diagnóstico de demencia mediante las recomendaciones DEMCOM durante el periodo del estudio, ni en el análisis sin ajustar ni en el análisis ajustado por el nivel de autoconciencia (Tabla 7).

## **BIBLIOGRAFIA**

Breinbauer K H, Vásquez V H, Mayanz S S, Guerra C, Millán K T. [Original and abbreviated Zarit caregiver burden scales. Validation in Chile]. *Rev Med Chil.* 2009;137:657-65.

Castaño Monsalve B, Bernabeu Guitart M, López R, Bulbena Vilasar A, Ignacio Quemada J. [Psychopathological evaluation of traumatic brain injury patients with the Neuropsychiatric Inventory]. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2012;5:160-6.

Crum R, Anthony JC, Bassett SS, Folstein MF. Population-Based Norms for the Mini-Mental State Examination by Age and Educational Level. *JAMA.* 1993;269:2386-2391.

García-de Lucas MD, Casas-Fernández de Tejerina JM, Cara-García M. [Acute cerebrovascular disease in the Northern Cordoba Health Area]. *Rev Neurol.* 2007;44:68-74.

García-Molina A, Bernabeu Guitart M, Roig-Rovira T. [Traumatic brain injury and daily life: The role of executive function]. *Psicothema.* 2010;22:430-5.

García-Molina A, Tormos JM, Bernabeu M, Junqué C, Roig-Rovira T. Do traditional executive measures tell us anything about daily-life functioning after traumatic brain injury in Spanish-speaking individuals? *Brain Inj.* 2012;26:864-74.

Goldberg DP. *The Detection of Psychiatric Illness by Questionnaire.* London. Oxford University Press. 1972.

Gort AM, March J, Gómez X, de Miguel M, Mazarico S, Ballesté J. Short Zarit scale in palliative care. *Med Clin (Barc)* 2005;124:651-3.

Hansen LK, Vincent S, Harris S, David E, Surafudheen S and Kingdon D. A patient satisfaction rating scale for psychiatric service users. *The Psychiatrist* 2010;34:485-488.

Hartz S, Getsios D, Tao S, Blume S, Maclaine G. Evaluating the cost effectiveness of donepezil in the treatment of Alzheimer's disease in Germany using discrete event simulation. *BMC Neurol.* 2012;12:2.

Herrero MJ, Blanch J, Peri JM, De Pablo J, Pintor L, Bulbena A. A validation study of the hospital anxiety and depression scale (HADS) in a Spanish population. *Gen Hosp Psychiatry.* 2003;25:277-83.

Herrmann N, Chau SA, Kircanski I, Lanctôt KL. Current and emerging drug treatment options for Alzheimer's disease: a systematic review. *Drugs.* 2011;71:2031-65.

Linn BS, Linn MW, Gurel L. Cumulative illness rating scale. *J Am Geriatr Soc.* 1968;16:622-6.

Lobo A, Pérez-Echeverría MJ, Artal J. Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychological Medicine* 1986;16:135-140.

López-Ibor JJ, Valdés Miyar M. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. 2002. Barcelona: Masson. ISBN 978-84-458-1087-3.

Martínez Velilla NI, Gaminde Inda I. [Comorbidity and multimorbidity indexes in the elderly patients]. *Med Clin (Barc).* 2011;136:441-6.

Miller MD, Paradis CF, Houck PR, Mazumdar S, Stack JA, Rifai AH, Mulsant B, Reynolds CF 3rd. Rating chronic medical illness burden in geropsychiatric practice and research: application of the Cumulative Illness Rating Scale. *Psychiatry Res.* 1992;41:237-48.

Moreno PP, Rojas OM, Tejada AJ. [Psychometric properties of the GHQ-28 in opiate dependent patients]. *Adicciones.* 2010;22:65-72.

Popp J, Arlt S. Pharmacological treatment of dementia and mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease. *Curr Opin Psychiatry.* 2011;24:556-61.

Prigatano, G. P. and Others (1986). *Neuropsychological Rehabilitation After Brain Injury.* Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Prigatano GP, Bruna O, Mataro M, Muñoz JM, Fernandez S, Junque C. Initial disturbances of consciousness and resultant impaired awareness in Spanish patients with traumatic brain injury. *J Head Trauma Rehabil.* 1998;13:29-38.

Quintana JM, Padierna A, Esteban C, Arostegui I, Bilbao A, Ruiz I. Evaluation of the psychometric characteristics of the Spanish version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand.* 2003;107:216-21.

Regueiro AA, Pérez-VAsquez A, Gomara S, Ferreriro M. Escala de Zarit reducida para la sobrecarga del cuidador en atención primaria. *Aten Primaria* 2007;39:185-8.

Rosas-Carrasco O, González-Flores E, Brito-Carrera AM, Vázquez-Valdez OE, Peschard-Sáenz E, Gutiérrez-Robledo LM, García-Mayo EJ. [Assessment of comorbidity in elderly]. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2011;49:153-62.

Treves TA, Korczyn AD. Modeling the dementia epidemic. *CNS Neurosci Ther.* 2012;18:175-81.

Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand.* 1983;67:361-70.

## TABLAS

**Tabla 1.** Características sociodemográficas de los pacientes y los cuidadores incluidos en el estudio GDEMCOM-SEP.

	Pacientes	N con datos válidos
<b>Edad, años</b>	77,5 (8,5)	55
<b>Sexo (hombre), n (%)</b>	20 (36,4)	55
<b>Nivel educativo, n (%)</b>		55
Sin estudios	14 (25,5)	
Primarios	24 (43,6)	
Secundarios	11 (20,0)	
Universitarios	6 (10,9)	
<b>Situación de convivencia, n (%)</b>		55
Sólo/a	10 (18,2)	
Acompañado/a	44 (80,0)	
Institucionalizado/a	1 (1,8)	
	<b>Acompañantes</b>	<b>N con datos válidos</b>
<b>Edad</b>	63,8 (13,2)	51
<b>Sexo (hombre), n (%)</b>	25 (45,5)	55
<b>Nivel educativo, n (%)</b>		55
Sin estudios	4 (7,3)	
Primarios	22 (40,0)	
Secundarios	19 (34,5)	
Universitarios	10 (18,2)	
<b>Convivencia con el paciente (Sí), n (%)</b>	38 (69,1)	55
<b>Relación con el paciente, n (%)</b>		52
Cónyuge	27 (51,9)	
Hijo/a	19 (36,5)	
Otro	6 (11,5)	

**Tabla 2.** Características clínicas de los pacientes incluidos en el estudio DEMCOM-SEP.

	Pacientes	N con datos válidos
<b>Meses desde inicio síntomas a comunicación del diagnóstico</b>	22 (14; 47,0)	55
<b>Antecedentes familiares de demencia, n (%)</b>	23 (41,8)	55
<b>Gravedad de la demencia (mini-examen cognitivo –MEC–)</b>	21,3 (3,9)	42
<b>Gravedad demencia según MEC en categorías I</b>		42
≥ 27 (Normal)	3 (7,1)	
25-26 (Sospecha deterioro)	3 (7,1)	
10-24 (Demencia leve a moderada)	36 (87,5)	
6-9 (Demencia moderada a grave)	0 (0)	
≤ 5 (Demencia grave)	0 (0)	
<b>Estadio según escala GDS en categorías</b>		55
GDS-3 (Deterioro cognitivo leve), n (%)	9 (16,4)	
GDS-4 (Deterioro cognitivo moderado), n (%)	45 (81,1)	
GDS-5 (Deterioro cognitivo moderadamente grave), n (%)	1 (1,8)	
<b>Psicopatología (Escala NPI)</b>	8 (3; 15)	33
<b>Escala de Comorbilidad (Escala CIRS-G)</b>	5 (2; 8)	55
<b>Escala de autoconciencia (PCRS)</b>	124,6 (15,9)	53

Escala GDS: Escala de Deterioro Global; Escala NPI: Inventario Neuropsiquiátrico; Escala CIRS-G: *Cumulative Illness Rating Scale*.



**Tabla 3.** Tratamientos administrados a los pacientes incluidos en el estudio DEMCOM-SEP en la visita de comunicación del diagnóstico y en la visita final.

	Visita de comunicación	Visita final	p-valor
<b>Tratamiento farmacológico de demencia, n (%) *</b>	<i>n</i> =55	<i>n</i> =47	
IACES	12 (21,8)	37 (78,7)	
Memantina	1 (1,82)	0	
<b>Tratamiento farmacológico de la demencia, n (%) †</b>	<i>n</i> =47	<i>n</i> =47	
IACES	11 (23,4)	37 (78,7)	<0,001
<b>Tratamiento de estimulación cognitiva, n (%) *</b>	<i>n</i> =55	<i>n</i> =47	
	13 (23,6)	19 (40,4)	
<b>Tratamiento de estimulación cognitiva, n (%) †</b>	<i>n</i> =47	<i>n</i> =47	0,096
	12 (25,5)	19 (40,4)	
<b>Psicofármacos, n (%) *</b>			
No toma	27 (49,1)	17 (36,2)	
Sólo antidepresivos	7 (12,7)	12 (25,5)	
Sólo ansiolíticos	3 (5,5)	4 (8,5)	
Sólo hipnóticos	2 (3,6)	2 (4,3)	
Sólo antipsicóticos	1 (1,8)	2 (4,3)	
Sólo otros	2 (3,6)	4 (8,5)	
Antidepresivos + Ansiolíticos	5 (9,1)	1 (2,1)	
Antidepresivos + Hipnóticos	2 (3,6)	1 (2,1)	
Antidepresivos + Reguladores ánimo	1 (1,8)	1 (2,1)	
Antidepresivos + Antipsicóticos	1 (1,8)	2 (4,3)	
Ansiolítico + Antipsicóticos	1 (1,8)	1 (2,1)	
Ansiolíticos + Otro	1 (1,8)	0	
Antidepresivos + Hipnóticos + Antipsicóticos	2 (3,6)	0	

\*Incluyendo todos los pacientes de los que se dispone de información; † Incluyendo sólo los pacientes de los que se dispone de información en las dos visitas.

**Tabla 4.** Estado de salud psíquica, nivel de sobrecarga y de autoconciencia de los acompañantes de los pacientes diagnosticados de demencia en diferentes visitas del estudio.

	<b>Comunicación N=54</b>	<b>Consolidación (+1 mes) N=51</b>	<b>Seguimiento (+2 meses) N=49</b>
<b>Estado de salud psíquica (GHQ-28)</b>	7 (2;14,8)	6 (1;17)	8 (2;18)
<b>GHQ-28 &gt;5</b>	29 (53,7)	26 (51,0)	29 (59,2)
<b>GHQ-28 &gt;6</b>	27 (50,0)	24 (47,1)	28 (57,1)
<b>Nivel de sobrecarga (Zarit)</b>	25,0 (9,9)	--	--
<b>Escala de autoconciencia (PCRS)</b>	103,1 (24,4)	--	--

**Tabla 5.** Cambios en el estado de salud psíquica del acompañante en las diferentes visitas del estudio

	<b>Comunicación- Consolidación N=51</b>	<b>Consolidación- Seguimiento N=49</b>	<b>Comunicación- Seguimiento N=49</b>
<b>GHQ-28 Inicial</b>	10,1 (11,2)	10,6 (11,8)	10, 2 (11,3)
<b>GHQ-28 Final</b>	10,3 (11,6)	10,2 (10,2)	10,2 (10,2)
<b>Diferencia GHQ-28</b>	0,294	-0,388	-0,020
<b>IC 95% de la diferencia</b>	-0,094; 1,533	-2,397; 1,622	-1,997; 1,956
<b>Valor de p</b>	0,636	0,700	0,984

**Tabla 6.** Grado de satisfacción con la comunicación del diagnóstico en los pacientes, el acompañante y la satisfacción del médico con el uso de las recomendaciones DEMCOM

	Paciente	Acompañante	Médico
<b>PatSat (20-100) / DocSat (5-50)</b>	87,1 (5,9)	87,5 (7,9)	35,8 (6,8)

**Tabla 7.** Cambios en el nivel de ansiedad y depresión de los pacientes diagnosticados de demencia en las diferentes visitas del estudio crudo y ajustado por el nivel de autoconciencia.

	Comunicación- Seguimiento 3 m (n=46)	Comunicación- Seguimiento 2 m (n=49)	Comunicación- Consolidación (n=51)	Consolidación- Seguimiento 3 m (n=46)	Consolidación- Seguimiento 2 m (n=49)	Seguimiento 2 m- Seguimiento 3 m (n=45)
<b>Análisis sin ajustar</b>						
HADS Inicial	8,2 (6,7)	7,7 (6,7)	7,7 (6,7)	7,3 (6,2)	7,1 (6,1)	7,5 (5,9)
HADS Final	6,8 (5,7)	7,3 (5,8)	7,2 (6,0)	6,8 (5,7)	7,3 (5,8)	6,7 (5,7)
Diferencia HADS	-1,370	-0,388	-0,529	-0,478	0,163	-0,800
IC 95% de la diferencia	-2,948; 0,208	-1,921; 1,145	-1,720; 0,662	-1,483; 0,527	-0,725; 1,051	-1,912; 0,312
Valor de p	0,087	0,613	0,376	0,343	0,713	0,154
<b>Análisis ajustado por nivel de autoconciencia</b>						
Diferencia HADS	-1,386	-0,426	-0,612	-0,386	0,213	-0,767
IC 95% de la diferencia	(-2,992; 0,220)	(-1,981; 1,130)	(-1,816; 0,592)	(-1,400; 0,628)	(-0,685; 1,111)	(-1,895; 0,360)
Valor de p	0,098	0,594	0,324	0,459	0,645	0,189

## ANEXO 1. Material suplementario

**Tabla S1.** Diseño de las visitas y actividades métricas realizadas durante el estudio,

	Pre-inclusión	Estudio			
	Visitas de Planteamiento y Diagnóstico	Comunicación (*)	Consolidación	Seguimiento 2 meses	Seguimiento 3 meses
<b>Paciente</b>	-Sociodemográfico -Deterioro cognitivo (GDS) -Examen cognitivo (MEC) -Inventario neuropsiquiátrico (NPI)	-Depresión-Ansiedad (HADS) -Autoconciencia (PCRS) -Comorbilidad (CIRS-G)	-Depresión-Ansiedad (HADS)	-Depresión-Ansiedad (HADS)	-Depresión-Ansiedad (HADS)  -Satisfacción (PatSat)
<b>Acompañante</b>	-Sociodemográfico	-Salud psíquica (GHQ-28) -Sobrecarga (Zarit) -Autoconciencia (PCRS)	-Salud psíquica (GHQ-28)	-Salud psíquica (GHQ-28)	-Satisfacción (PatSat)
<b>Médico</b>					-Satisfacción (DocSat)

(\*) Los cuestionarios y escalas se administran en la visita de comunicación previamente a la comunicación del diagnóstico,

**Tabla S2.** Pacientes reclutados por centro.

Centro	Pacientes incluidos
01: Clínica Padre Menni	0
02: Centro de Salud Mental Langreo	3
03: Hospital General de San Jorge	2
04: Centro de Salud Mental de Carabanchel	1
05: CHUS Hospital Psiquiátrico de Conxo	0
06: Sagrat Cor Serveis Salut Mental	5
07: Hospital Benito Menni	11
08: Hospital Mare de Déu de la Mercé	13
09: Centro Ibérico de Investigación en Psicociencias	0
10: Hospital Doctor Rodríguez Lafora	1
11: Centro Madrid Salud Usera – C. Prev. Det. Cognitivo (Ayuntamiento de Madrid)	19