

INTERVENCIONES ENFERMERAS EN ATENCIÓN PRIMARIA SOBRE PERSONAS CON DEMENCIA. REVISIÓN SISTEMÁTICA

AUTORES: Rodríguez-Herrera, M¹; Tapia-Valero, C²; Montero-Morales, C³

¹ Centro de Salud de Nava de la Asunción. Segovia. SACyL

² Centro de Salud de Carbonero el Mayor. Segovia. SACyL

³ Gerencia de Atención Primaria de Segovia. SACyL

RESUMEN

El objetivo del presente estudio es identificar la mejor evidencia disponible sobre intervenciones no farmacológicas en los pacientes que sufren demencia, en el ámbito de la Atención Primaria, y elaborar recomendaciones sobre intervenciones eficaces para el control y manejo del paciente y el retraso de su dependencia.

Se realizó una revisión de la literatura, mediante búsqueda sistemática en las más importantes Bases de Datos online, seleccionándose finalmente cuatro ensayos clínicos y seis revisiones sistemáticas, que cumplieron con los criterios mínimos de calidad. En ellos se analizaban tratamientos no farmacológicos utilizados en los pacientes con demencia.

La metodología de los ensayos clínicos encuentra dificultades de aplicación en los estudios de intervenciones psicosociales de la demencia. Sin embargo, muestran que las intervenciones no farmacológicas en los pacientes con demencia, aisladas o combinadas entre sí, pueden tener efectos beneficiosos para el paciente, en términos de enlentecimiento del deterioro y retraso en la institucionalización. La mayoría de las recomendaciones son de grado B, avaladas por estudios de nivel II.

Palabras clave: Demencia, Enfermería de Atención Primaria, Intervenciones no farmacológicas.

ABSTRACT

The main aim of this study is to identify the best available evidence about non-pharmacological interventions in patients with dementia in Primary Care. Another objective is showing the best recommendations on interventions for the control and management of the patient in order to maintenance their daily activities.

A comprehensive review of the major online databases was performed; finally, four clinical trials and six systematic reviews were selected, which were analyzed non-pharmacological treatments used in patients with dementia.

The methodology of clinical trials is difficult to apply in studies of psychosocial interventions for dementia, however, studies show that nonpharmacological interventions in patients with dementia can have beneficial effects for the patient, in terms of decrease cognitive and functional decline and delay his institutionalization. Most are Grade B recommendations, and they are supported by level II studies.

Keywords: Dementia, Primary Care Nursing, Nonpharmacological Interventions.

RECOMENDACIONES

De forma detallada nuestros resultados, elaborados como recomendaciones siguiendo la clasificación del Instituto Joanna Briggs¹, son:

- La Terapia de Orientación a la Realidad mejora significativamente los resultados en cognición y conducta (N-1; GR-A), y mejora significativamente la Depresión según la Escala Cornell (N-2; GR-B)
- La Terapia de Reminiscencia favorece la Cognición después de la intervención (N-2; GR-B) y durante el seguimiento a las 6 semanas (N-1; GR-A), mejora el comportamiento (N-2; GR-B) y el Bienestar durante el seguimiento (N-2; GR-B)
- La depresión autoinformada mejora significativamente, según el Beck Depression Inventory (N-2; GR-B) con la Terapia de Reminiscencia.
- La estimulación multisensorial mejora significativamente la atención del paciente sobre el entorno (N-2; GR-B)
- La Terapia de Validación favorece la mejoría de la conducta a las 6 semanas (N-2; GR-B)
- La conducta y la cognición mejoran con terapia de estimulación cognitiva impartida, tanto en sesiones grupales, como en sesiones individuales (N-2; GR-B)
- Las sesiones grupales de estimulación cognitiva incluida en las intervenciones multicomponente mejoran la orientación, la conducta, los síntomas afectivos, la ejecución de las Actividades de la Vida Diaria (AVD) y enlentecen el deterioro de las AVD en el paciente con demencia (N-2; GR-B)
- Las intervenciones multicomponente sobre paciente con demencia y cuidador mejoran la calidad de vida percibida por el paciente (N-2; GR-B)
- Los pacientes que reciben Terapia de la conducta mejoran la puntuación en las Escalas de Depresión (Escala Cornell de Depresión en Demencia, Beck Depression Inventory, Hamilton Depression Escala) (N-2; GR-B)
- Las Intervenciones conductuales en pacientes con alteración del comportamiento mejoran su conducta (N-2; GR-B)
- El entrenamiento en las AVD mejora su ejecución (N-2; GR-B)
- La puntuación de los pacientes que reciben terapia psicomotora es significativamente menor en la escala de agresión (Dutch Beoordelingschaal voor Oudere Patiënten -BOP_Subscale aggression-) (N-2; GR-B)

- El entrenamiento del cuidador profesional mejora la conducta del paciente con demencia (N-2; GR-B)

INTRODUCCIÓN

La Demencia, síndrome clínico adquirido de etiología múltiple y crónica frecuentemente irreversible, caracterizada por alteración de la memoria y de otras funciones intelectuales, se acompaña habitualmente de trastornos psicológicos y conductuales que originan desadaptación social y/o incapacidad laboral². La más frecuente es la enfermedad de Alzheimer (entre el 50% y el 70% de la prevalencia de las demencias), seguida de la demencia de tipo vascular. Otras causas de demencia neurodegenerativa menos frecuentes son la enfermedad de Pick, la de Parkinson y las secundarias a causas metabólicas y carenciales, infecciones del sistema nervioso central y lesiones intracraneales³. La enfermedad de Alzheimer debuta con pérdida de memoria y cursa con deterioro cognitivo, aparición de dependencia funcional, alteraciones del comportamiento (ansiedad, depresión, apatía y alucinaciones) y una necesidad progresiva de cuidados por parte del cuidador, determinando la institucionalización en la mayoría de los casos⁴. Como factores de riesgo independientes se encuentran: la edad avanzada, ser mujer y un nivel educativo bajo. Existen, sin embargo, otros factores como son los nutricionales y los socioeconómicos (Blesa y Santacruz, 1998)⁵.

La evolución progresiva de las demencias degenerativas, tiene efectos demoledores en tres campos sintomáticos esenciales: en la función cognitiva, en la conducta y en la capacidad para realizar actividades de la vida diaria (AVD). Algunos autores (Tárraga, 1998) utilizan el modelo de desarrollo de las capacidades mentales del niño de Jean Piaget para explicar de forma inversa la involución de las capacidades intelectuales de estos pacientes. En los enfermos de Alzheimer se va produciendo una desintegración de las funciones cognitivas superiores, primero de las operaciones formales de la inteligencia, seguida de las operaciones concretas hasta llegar a una desintegración del periodo preoperatorio y de la inteligencia sensoriomotora⁵.

La prevalencia de demencia en población de 65 años o más en la Unión Europea es de 6,4% (EURODEM II -Epidemiología de las demencias en Europa-), duplicándose ese porcentaje cada 10 años. En Castilla y León viven 577.260 ciudadanos mayores de 65 años (Tarjeta Sanitaria SACyL, abril 2010). Utilizando una prevalencia media de demencia del 7-8% se estima que en nuestra Comunidad Autónoma hay entre 40.000 y 46.000 personas con demencia. Además, la prevalencia de probable Enfermedad de Alzheimer se cifra alrededor del 18.7% entre los 75 y 84

años y del 47.2% en poblaciones de más de 85 años (Lobo et al, 2000; Hyet al, 2000)⁵.

Por todo lo expuesto, la demencia constituye un problema grave de salud pública, con un importante gasto de recursos públicos y privados en el afrontamiento de los problemas que crea en la familia y en la comunidad².

Los autores coinciden en la importancia de intervenir en los estadios incipientes y leves de esta enfermedad, en los tres campos sintomáticos anteriormente mencionados (Yesavage, 1990; Tárraga, 1998)⁵:

- Cognitivo: manteniendo y optimizando las capacidades preservadas del paciente.
- Conductual: evitando alteraciones emocionales y estados depresivos.
- Funcional: ayudando al mantenimiento de las actividades cotidianas, consiguiendo mayor autonomía, con el fin de tener la mínima supervisión posible y una mayor calidad de vida.

Actualmente no se conoce un medicamento que demuestre eficacia en revertir este trastorno. Sin embargo, algunos fármacos han mostrado su validez en las fases incipientes de la enfermedad, como los inhibidores de la acetilcolinesterasa (tacrina, donepezilo, rivastigmina, galantamina) y otros indicados en las fases moderadas y graves (memantina)².

Según algunas investigaciones el deterioro mental podría prevenirse mediante el desarrollo de mecanismos activos potenciados por la cultura y el ejercicio de la inteligencia, ya que los mecanismos cerebrales si se cuidan, permanecen activos incluso en el declinar de la vida⁵. Este tipo de intervenciones se viene aplicando desde hace décadas, aunque la mayoría están basadas en una técnica sistematizada o estructurada, y los cuidadores profesionales que las aplican no reconocen como intervenciones los cuidados ambientales que ellos proporcionan⁴.

Las intervenciones terapéuticas no farmacológicas que actúan sobre las capacidades cognitivas que presentan una alteración significativa están regidas por los conceptos de neuroplasticidad y de psicoestimulación⁵.

La neuroplasticidad es "la respuesta del cerebro para adaptarse a nuevas situaciones y así restablecer el equilibrio alterado"(Geshwind, 1985)³ correspondiéndose a una flexibilidad morfológica del sistema nervioso⁶. Se ha constatado según algunos estudios que las neuronas tienen la capacidad de regenerarse y establecer nuevas conexiones (Altman y Das, 1965; Kaplan et al, 1977, 1984; Crespo et al, 1985; Gould et al, 1999a, 2001; Ericsson et al, 1998; Reif et al,

2006; Manganas et al, 2007)⁶, y que las neuronas no lesionadas se adaptan a la lesión de forma funcional (Tárraga, 1994). En este sentido los tratamientos no farmacológicos actúan sobre los factores contextuales de los pacientes que sufren una demencia⁴.

La psicoestimulación se entiende "como un conjunto de estímulos generados por la neuropsicología intervencionista con finalidad rehabilitadora" (Uzell y Gross, 1986). Así pues, se entiende por psicoestimulación, la intervención no farmacológica desde la perspectiva psicológica para la rehabilitación de las funciones cognitivas, relacionales y afectivas, producidas por los procesos demenciantes³.

Las terapias no farmacológicas son definidas como intervenciones no químicas, focalizadas, estructuradas y replicables, que tienen por objetivo aliviar la enfermedad y mejorar la calidad de vida de pacientes y cuidadores⁵. Parecen compartir mecanismos de acción relacionados con la neuroplasticidad y el aumento de la reserva cognitiva, la mejora vasculocerebral y la adaptación al estrés⁶.

Si no disponemos de un tratamiento curativo, es necesario un abordaje terapéutico multidimensional que incluya ambos tipos de intervenciones (farmacológica y no farmacológica) con el fin de procurar una mayor calidad de vida para estos pacientes y sus cuidadores⁴.

Las intervenciones psicosociales en las demencias se basan en el modelo de "exceso de discapacidad", donde las personas pueden mostrar un mayor grado de discapacidad que aquél que correspondería por los cambios neuropatológicos del cerebro. La teoría de Kitwood sobre los cuidados en demencia sugiere que un entorno social invalidante y deshumanizante interacciona con la fisiopatología cerebral para originar la conducta y la función observadas en las personas con demencia, incrementando la progresión de los cambios neuropatológicos y creando una espiral de declive y degeneración. Todas estas intervenciones dirigidas al cuidado de personas con demencia se proponen mantener y estimular las capacidades preservadas del individuo, intentando conseguir la mejor situación funcional posible en cada estadio de la enfermedad, retrasando el declive ocasionado por factores externos⁴.

Las intervenciones no farmacológicas psico-estimulativas más usuales aplicadas a la demencia son:

1. La terapia de orientación a la realidad (TOR) descrita por Folsom consiste en presentar información relacionada con la orientación (tiempo, espacio y persona)^{4,7}.

2. La Terapia de reminiscencia (TR) definida por Woods y col como “un recuerdo verbal o silencioso de sucesos de la vida de una persona, ya sea sola, o con otra persona o grupo de personas”⁴.
3. Los Programas de psicoestimulación son estrategias terapéuticas que combinan actividades grupales e individualizadas, diseñadas en función de los déficits que presente el paciente (Francés y cols, 2003)⁵.
4. Las terapias del comportamiento son procedimientos que refuerzan, mantienen o disminuyen la frecuencia de aparición de una conducta no deseada. Consisten en enseñar al paciente a emitir respuestas adaptativas ante los estímulos que les provocan respuestas inadaptadas, bien sea con un desaprendizaje, bien sea aprendiendo un comportamiento más adecuado⁵.
5. La terapia de validación, introducida por Naomi Feil se define como la "terapia para comunicarse con ancianos con diagnóstico de enfermedad de Alzheimer y demencia relacionada, aceptando la realidad y la verdad personal de la experiencia ajena (Feil, 1993)⁸.

En Atención Primaria, la enfermera interviene tanto desempeñando funciones de colaboración como prestando cuidados específicos, en función de la fase evolutiva del proceso de demencia del paciente, tanto en el Centro de Salud como en el domicilio. Desde esta perspectiva asistencial la enfermera se ocupa del cuidado de pacientes con demencia:

- Valorando las respuestas humanas que se producen ante las situaciones de salud que se le presentan al paciente mediante los Patrones Funcionales de Salud de Gordon y determinando la influencia que dicha situación de salud y las respuestas provocadas están ejerciendo sobre la autonomía para la satisfacción de sus necesidades.
- Identificando las situaciones encontradas haciendo uso de la Taxonomía NANDA para formular los diagnósticos enfermeros.
- Diseñando el Plan de Cuidados de enfermería con la definición de los resultados que el paciente puede alcanzar, según la clasificación NOC (Nursing Outcomes Classification).
- Implementando dicho plan de cuidados utilizando intervenciones enfermeras específicas de la clasificación NIC (Nursing Interventions Classification)⁹.

OBJETIVO

Identificar la mejor evidencia disponible sobre intervenciones de enfermería en los pacientes que sufren demencia, en el ámbito de la Atención Primaria y elaborar recomendaciones sobre intervenciones eficaces para el control, manejo del paciente y el retraso de la dependencia.

MÉTODO

Se realizó una revisión de la literatura por tres revisores independientes, siguiendo un protocolo explícito estandarizado y recurriendo al consenso en grupo para resolver las discrepancias. Se estableció una estrategia de búsqueda mediante una pregunta conforme a las pistas de Sackett¹⁰, siguiendo el formato: población, intervenciones, comparador y resultados. Esta pregunta se transformó en descriptores de ciencias de la salud (DeCS) y medical subject headings (MeSH) para población e intervenciones, mientras que el comparador y los resultados se delimitaron mediante los criterios de inclusión y exclusión.

Se realizó una búsqueda sistemática de los últimos 10 años en Bases de Datos online (BD): Joanna Briggs Institute (JBI CONnECT+), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS), Biblioteca Virtual de la Salud (BVS), colección de bases de datos sobre ensayos clínicos controlados en ciencias de salud (COCHRANE), Base de Datos de la Fundación Index sobre Cuidados de Salud en Iberoamérica (CUIDEN), National Library of Medicine (MEDLINE). Se completó con una búsqueda referencial.

Se seleccionaron estudios pertinentes en relación al tema, según su diseño: Estudios de Casos y Controles, Ensayos Clínicos Aleatorios (ECA), Revisiones Sistemáticas (RS), Metaanálisis, escritos en castellano, inglés o portugués, y disponibles al completo, que cumplan los criterios de calidad establecidos por Critical Appraisal Skill Programme en español (CASPe)¹¹, y AGREE¹².

Los criterios de inclusión de los artículos a considerar respondieron a descriptores, búsquedas referenciales, intervenciones enfermeras (NIC) (comparadas con tratamiento habitual o con no tratamiento) y resultados sobre el control/manejo del paciente y retraso de la dependencia. Se excluyeron los artículos en los que los resultados se miden sobre los cambios producidos en el cuidador. Los artículos que

respondieron a los criterios expuestos fueron revisados por los mismos revisores. La síntesis de la evidencia se realizó aplicando la clasificación por niveles de evidencia (N) y grado de recomendación (GR) de la estructura del JBI¹. Todo el proceso se ha organizado según la sistemática del protocolo “vayamos paso a paso”¹³.

Con el fin de ayudar a la lectura de este trabajo, se elaboró una tabla donde se contienen las siglas de las escalas, test y cuestionarios utilizados para medir los resultados en los diversos estudios, y que de ahora en adelante se podrá consultar cuando aparezcan (Tabla 1)

RESULTADOS

En los meses de Agosto a Noviembre de 2010 se realizó una búsqueda sistemática utilizando los criterios que aparecen en la Tabla 2. Combinando los descriptores encontramos 1269 títulos, como puede verse en la Tabla 3, de los cuales seleccionamos para lectura 32 artículos. Tras una primera revisión, desestimamos 22, pasando a lectura crítica 10 artículos, que fue superada por cuatro. El algoritmo de este proceso aparece en Figura 1. Posteriormente se realizó una búsqueda de revisiones sistemáticas y guías de práctica clínica, consiguiendo 17 revisiones sistemáticas y 6 guías de práctica clínica; de esta última búsqueda se utilizaron 6 revisiones sistemáticas. El trabajo se realizó finalmente con 4 ECA y 6 revisiones sistemáticas. Los resultados obtenidos se muestran en las tablas 4 y 5.

En los artículos seleccionados se analizaron las siguientes intervenciones:

- Terapia de Orientación a la Realidad
- Terapia de Reminiscencia
- Estimulación Multisensorial
- Terapia de Validación
- Estimulación Cognitiva
- Intervenciones Multicomponente entre las que se incluye la Estimulación Cognitiva Grupal
- Intervenciones Multicomponente en Personas con Demencia (PCD) y cuidador
- Terapia de la Conducta: Terapia de situaciones agradables y Terapia del Comportamiento resolviendo problemas.
- Intervenciones Conductuales
- Entrenamiento AVD

- Terapia Psicomotora
- Entrenamiento del cuidador profesional en el manejo global de la demencia

La **Terapia de Orientación a la Realidad (TOR)** se analiza en el estudio de Onder G y cols de 2005¹⁴ donde se miden los resultados tras la aplicación del tratamiento por parte de los cuidadores previamente entrenados. Tanto los pacientes del grupo intervención como los del grupo control estaban tratados con Donepezilo, encontrándose en ambos casos una ligera mejoría del grupo intervención sobre el grupo control en MMSE [Intervención: 0.2 (0.4); Control: -1.1 (0.4); $p=0.02$] y ADAS-Cog [Intervención: 0.4 (0.8); Control: -2.5 (0.8); $p=0.01$]

La revisión sistemática realizada por Verkaik R y cols en 2005¹⁵ incluye el estudio cuasi experimental de Spector et al de 2001, que analiza el resultado de aplicar TOR a pacientes institucionalizados en sesiones grupales impartida por personal de la residencia y miembros del equipo de investigación, encontrando que existen diferencias significativas en las puntuaciones del CSDD (Tabla 1) para la depresión. La misma revisión incluye otro estudio cuasi experimental de Hanley et al, 1981 donde tras aplicar TOR grupal a pacientes institucionalizados no encuentran cambios significativos en apatía, medida con GRS-Subescala de deterioro/apatía.

El metanálisis realizado por Spector et al en 2000⁷ concluye que la TOR en sesiones grupales mejora significativamente los resultados en cognición, Diferencia de Medias Estandarizada (SMD): -0.59 (-0.95, -0.22) $p=0.002$ y conducta [SMD: 0.64 (-1.19, -0.08) $p=0.02$]

La aplicación de **Terapia de Reminiscencia (TR)** se analiza en la revisión sistemática de Woods de 2008¹⁶, que incluye el ECA de Lai 2004 y el ECA de Thorgrimsen 2002, no obteniendo resultados. En el mismo trabajo se incluye el ECA de Morgan 2000, que realiza sesiones individuales de TR a pacientes en su domicilio, obteniendo que el uso de la misma favorece la cognición posterior al tratamiento [SMD: 1.04 (0.01, 2.08) $p=0.05$] y el bienestar durante el seguimiento utilizando la escala de depresión geriátrica [SMD: 3.69 (1.65, 5.73) $p=0.0004$]. Esta revisión realiza dos metanálisis, el primero con Baines 1987, Morgan 2000 y Lai 2004, donde concluye que la TR favorece la cognición durante el seguimiento [SMD: 0.50 (0.07, 0.92) $p=0.02$], y el segundo con Baines 1987 y Thorgrimsen 2002, resultando que la TR favorece el

comportamiento posterior al tratamiento, Diferencia de Medias Ponderada (PDM): 7.61 (2.42, 12.80) $p=0.004$.

La revisión sistemática de Verkaik 2005 incluye el estudio de Goldwasser et al. de 1987, donde se aplica la TR en sesiones grupales, estudiando su efecto sobre la depresión en los pacientes con demencia, resultando que la puntuación de la depresión autoproporcionada es significativamente más baja tras la intervención (medido con BDI).

La **Estimulación Multisensorial** se muestra efectiva en la interacción con el entorno en el estudio de Baker et al 2001, incluido en la revisión sistemática de Verkaik de 2005, mostrando efectos significativos en la mejora de la percepción consciente del entorno por parte del paciente, y no mejora la depresión en pacientes con demencia según Robichaud et al 1993, trabajo incluido en la misma revisión sistemática.

La **Terapia de Validación (TV)** se analiza en la revisión sistemática de Verkaik 2005, donde realiza un metanálisis con Finnema et al 1998, Finnema et al 2000 y Droes et al 1999, concluyendo que la TV no muestra efectividad en los cambios de comportamientos apáticos, agresivos o depresivos, y es efectiva en los cambios de comportamiento agresivos físicos y verbales, según el estudio de Toseland et al 1997, incluido en la misma revisión sistemática.

En la revisión sistemática de Neal M 2003⁸, se analiza el estudio de Peoples 1982, resultando que la puntuación en Conducta (BAT) es significativamente favorable al grupo intervención sobre el control (atención habitual) a las 6 semanas, Diferencia de Medias (DM): -5,97; IC 95%: (-9,43 a -2,51); $p= 0,0007$. En la misma revisión, los estudios de Robb 1986 y Toseland et al, 1997 determinan que aunque no son estadísticamente significativos, los resultados favorecen a la TV.

El trabajo de Spector et al. de 2003¹⁷ refleja que los programas de **Terapia de Estimulación Cognitiva** no han demostrado su efectividad, ya que los resultados que obtiene en función cognitiva, calidad de vida, comunicación, comportamiento, funcionamiento global, depresión y ansiedad no son significativos.

Lo mismo ocurre el estudio de Davis 2001 incluido en la revisión sistemática de Clare 2008¹⁸, que no encuentra resultados significativos para cognición, memoria y depresión.

Chapman en 2004¹⁹ concluye que la Intervención es efectiva para enlentecer el deterioro cognitivo en resultados de ADAS- Cog y MMSE.

La revisión sistemática de Olazarán et al de 2010²⁰ realiza un metanálisis con Zarit 1982, Günther 1991 y Cahn-Weiner 2003, y dice que las capacidades cognitivas mejoran con el entrenamiento cognitivo en sesiones grupales, medido con GDS [Tamaño del efecto: 0.594, IC 95% (0.052, 1.137)], llegando a la misma conclusión el metanálisis con Woods 1979, Baines 1987 Gerber 1991, Bach 1995 Spector 2001 y Spector 2003 [Tamaño del efecto: 0.442 IC 95% (0.197, 0.688)]. En la misma revisión sistemática se analizan los resultados de la estimulación cognitiva en sesiones individuales, en el metanálisis de Beck 1988 Quayhagen 1995, Quayhagen 2000 Tappen 2001, Davis 2001 Loewenstein 2004 Kawashima 2005, llegando al mismo resultado [Tamaño del efecto: 0.403 IC 95% (0.085, 0.721)].

El mismo autor hace un metanálisis con Baines 1987, Gerber 1991 y Robichaud 1994, donde resulta que las sesiones grupales de Estimulación Cognitiva mejoran la conducta a los pacientes institucionalizados (GDS) [Tamaño del efecto: 0.608 IC 95% (0.092, 1.124)]

Las **Intervenciones Multicomponente que incluyen la estimulación cognitiva grupal** se analizan en Olazarán, en el metanálisis realizado con Chapman 2004, Olazarán 2004, Tadaka 2004, Poon 2005 y Meguro 2008, concluyendo que las sesiones grupales de estimulación cognitiva incluida en las intervenciones multicomponente mejoran la orientación y enlentecen el deterioro de las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD), utilizando GDS [Tamaño del efecto: 0.307 IC 95% (0.036, 0.578)]; la misma revisión sistemática hace metanálisis con Chapman 2004, Olazarán 2004 y Tadaka 2004, resultando que esta intervención mejora la ejecución de las AVD [Tamaño del efecto: 0.369 IC 95% (0.062, 0.676)]

Con Chapman 2004 y Tadaka 2004 demuestra que mejoran la conducta [Tamaño del efecto: 0.604 IC 95% (0.181, 1.027)] y con Chapman 2004, Olazarán 2004 y Tadaka 2004 manifiesta que mejora los síntomas afectivos [Tamaño del efecto: 0.376 IC 95% (0.066, 0.686)]

Las **Intervenciones Multicomponente sobre paciente con demencia y cuidador** mejoran la calidad de vida percibida por el paciente [Tamaño del efecto: 0.561 IC 95% (0.087, 1.035)] según el metanálisis de Graff 2007 y Gittlin 2008 incluido en Olazarán.

La revisión de Verkaik incluye el estudio de Teri et al 1997 donde se analiza la **Terapia de la Conducta** (eventos placenteros y resolución de problemas), concluyendo que mejora los síntomas depresivos. El efecto de las intervenciones conductuales se estudia también en Olazarán a través de Teri 2000, Gormley 2001, Bourgeois 2002, Teri 2005 y Gonyea 2006, concluyendo que mejoran la conducta en pacientes con alteración del comportamiento [Tamaño del efecto: 0.565 IC 95% (0.209, 0.921)], en la GDS.

El **Entrenamiento en las AVD** mejora su ejecución, según Olazarán en el metanálisis de Tappen 1994, Coyne 1997 y McGilton 2003 [Tamaño del efecto: 0.412 IC 95% (0.003, 0.821)]

La **Terapia Psicomotora** aplicada en sesiones grupales no mejora la apatía y depresión en pacientes con Demencia, según el estudio de Hopman-Rock et al. 1999 que aparece en la revisión sistemática de Verkaik, y mejora las conductas agresivas según Drees 1991 de la misma revisión.

El **entrenamiento del cuidador profesional en el manejo global de la demencia** mejora la conducta del paciente [Tamaño del efecto: 0.223 IC 95% (0.017, 0.428)] analizado en la GDS en el metanálisis de McCallion 1999, Finnema 2005, Schrijnemaekers 2002 y Teri 2005 realizado por Olazarán.

Kemoun analiza en 2010²¹ un **Programa de Actividad Física**, y muestra la correlación significativa entre los cambios cognitivos y los observados en los parámetros de la marcha; el programa de Actividad Física enlentece el Deterioro Cognitivo y mejora la Calidad de la Marcha en pacientes con Demencia.

DISCUSIÓN

Las limitaciones que presenta nuestro estudio derivan de la restricción del idioma de búsqueda a inglés, español y portugués, la dificultad para acceder a todos los textos completos de aquellos artículos de interés; la escasez de estudios primarios realizados en nuestro contexto socio-cultural; la existencia de dificultades a la hora de aplicar la metodología de los ECA a los estudios sobre intervenciones psicosociales; y la heterogeneidad de las intervenciones estudiadas entre los distintos trabajos de investigación. Por otro lado, las escalas de medición son muy numerosas y cada

investigador usa la que considera más favorable para su estudio, dificultando la comparación de los resultados.

La escasez de estudios en nuestro entorno sociocultural podría plantearnos la duda de si la eficacia de las intervenciones sería exactamente igual en nuestro entorno. Sobre este punto, las autoras pensamos que las intervenciones serían aplicables, puesto que entre los artículos revisados, no hemos encontrado diferencias de resultados entre las distintas culturas donde se han realizado.

La metodología de los ECA encuentra dificultades de aplicación en los estudios de intervenciones psicosociales de la demencia. Esto se debe a múltiples factores: la naturaleza degenerativa y clínicamente heterogénea de la enfermedad que condiciona la aplicación y evaluación de las terapias; la difícil estandarización y comparación de resultados con protocolos de intervención grupal e individual al mismo tiempo; la dificultad de realizar estudios con un número suficiente de pacientes, multicéntricos, aleatorizados con un grupo control y ciego, que permitan obtener conclusiones de eficacia sobre la terapia empleada; y la complejidad de hallar parámetros de eficacia adecuados capaces de medir el efecto de la intervención en aspectos funcionales (cognitivos, conductuales y funcionales)⁴.

Por último, estas intervenciones psicosociales no son homogéneas en los diferentes estudios, ya que han de ser diseñadas para cada paciente, y por tanto se ven modificadas por sus condiciones personales y del entorno; por otra parte, estas actividades también varían según la disponibilidad, motivación, habilidad... del terapeuta, condiciones éstas difícilmente igualables. La práctica totalidad de los autores manifiesta la necesidad de ampliar los estudios, o modificar su metodología, con el fin de que sean capaces de aportar datos evaluables similares a los ensayos clínicos de tratamientos farmacológicos²². Para ello, sería conveniente que los autores utilizaran las mismas herramientas de medición de resultados, lo que facilitaría la realización de metaanálisis.

A pesar de estas dificultades, y de que muchos estudios no son concluyentes, queda suficientemente demostrado que las intervenciones no farmacológicas en los pacientes con demencia, aisladas o combinadas entre sí, pueden tener efectos beneficiosos para el paciente, en términos de enlentecimiento del deterioro y retraso en la institucionalización, objetivos últimos perseguidos con el tratamiento, una vez que es unánime la idea de que de momento no es posible la curación de este tipo de pacientes. La mayoría de las recomendaciones son de grado B avaladas por estudios

de Nivel II (Tabla de Evidencia). Estos resultados coinciden con los aportados por las GPC consultadas^{23,24}.

En nuestro entorno, el tratamiento no farmacológico (talleres de reminiscencia, terapias de grupo...) es de difícil aplicación, sobre todo cuando nos referimos al medio rural, donde el desarrollo de programas e instituciones sociosanitarias es prácticamente inexistente. Las intervenciones posibles con estos pacientes deben ser realizadas por los cuidadores, aunque poseen más disposición y buena voluntad que conocimientos, asesorados en la mayoría de los casos por profesionales de Atención Primaria. Por tanto, sería conveniente aumentar la formación de los profesionales de atención directa, entre los que incluimos a las enfermeras, no ya para realizar complicadas terapias no farmacológicas, sino para que se constituyan en formadores de cuidadores enseñándoles a manejar a este tipo de pacientes con la consiguiente reducción de la carga del cuidador. Por otro lado, la utilización de un lenguaje común en la elaboración de los planes de cuidados entre los distintos profesionales de enfermería –diagnósticos NANDA, Resultados NOC e Intervenciones NIC– facilitaría no sólo la investigación en nuestro medio de intervenciones enfermeras eficaces, sino también la continuidad de los cuidados en los distintos niveles (Atención Primaria y Atención Especializada), así como la comunicación entre distintos profesionales del mismo nivel.

Parece que tanto los pacientes como sus cuidadores pueden encontrar interesantes ayudas y aportaciones entre las asociaciones de familiares y pacientes, y es muy deseable que se les facilite información sobre estas instituciones, aunque sean desiguales según las distintas zonas del país, ya que ha faltado una política clara, específica y homogénea que diera solución a los desequilibrios y desarrollos desiguales en los esquemas asistenciales sociosanitarios de las distintas Comunidades autónomas²⁵. En el medio en que nos desenvolvemos, la trabajadora social puede ser el profesional que enlace a unos y otros, sin embargo a nivel práctico, sería deseable que tanto el médico como la enfermera de Atención Primaria, profesionales que directamente trabajan con las familias, fueran concededores de todos los recursos posibles existentes, con el fin de hacérselos visibles a pacientes y familiares.

BIBLIOGRAFIA:

1. The Joanna Briggs Institute. Systematic Reviews-the review process. Level of evidence. Accessed on-line 2006. Disponible en:
<http://www.joannabriggs.edu.au/pub/approach.php>
2. Arrieta Antón, E y col. Proceso asistencial al paciente con Demencia en Atención Primaria. GAP de Segovia. Mayo, 2011.
3. Tárraga, L y col. Volver a empezar. Ejercicios prácticos de estimulación cognitiva para enfermos de Alzheimer. Fundació ACE. Institut Català de Neurociències Aplicades. Barcelona, 1999.
4. Francés, M. Barandiarán, T. Marcellán, L. Moreno. Estimulación psicocognoscitiva en las demencias.
5. Doménech Pou, S. Tesis Doctoral: “Aplicación de un programa de estimulación de memoria a enfermos de Alzheimer en fase leve”. Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación. Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona. Noviembre, 2004.
6. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Demencias en Geriatria.
7. Spector A, Davies S, Woods B y Orrell M. Reality Orientation for Dementia: A Systematic Review of the Evidence of Effectiveness from Randomized Controlled Trials. The Gerontologist Vol. 40, No. 2, 206–212, 2000.
8. Neal M, Briggs M. Terapia de validación para la demencia (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)
9. “Cuidados Enfermeros en la Atención a las Demencias” Documento Técnico SEEGG, Nº 2, mayo 2003.
10. Sackett DL, Richarson VVs, Rosemberg W, Haynes RB .Medicina basada en la evidencia: Como practicar y enseñar MBE, York: Curchill Livingston 1997.

11. Programa de habilidades en lectura crítica Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. CASPe 2005; Disponible en:
<http://www.redcaspe.org/herramientas/lectura/10revision.pdf>.
12. Instrumento AGREE II instrumento para la evaluación de guías de práctica clínica.
http://www.guiasalud.es/contenidos/documentos/Guias_Practica_Clinica/Spanish-AGREE-II.pdf
13. “VAYAMOS PASO A PASO” Protocolo de ayuda para buscar evidencias en 10 pasos DC Cuidados Sociosanitarios 2008
14. Onder G, Zanetti O, Giacobini E, Frisoni G., Bartorelli L., Carbone G., et al. Reality orientation therapy combined with cholinesterase inhibitors in Alzheimer’s disease: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry* 2005 187: 450-455
15. Verkaik R, van Weert J, Francke A. The effects of psychosocial methods on depressed, aggressive and apathetic behaviors of people with dementia: a systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry* 2005; 20: 301–314
16. Woods B, Spector A, Jones C, Orrell M, Davies S. Terapia de recuerdo para la demencia (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en:
<http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)
17. Spector A, Thorgrimsen L, Woods B, Royan L, Davies S, Butterworth M, Orrell M. Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy programme for people with dementia. *British Journal Of Psychiatry* (2003) 183, 248-254
18. Clare L, Woods RT, Moniz Cook ED, Orrell M, Spector A. Rehabilitación cognitiva y entrenamiento cognitivo para la enfermedad de Alzheimer y la demencia vascular de estadio temprano (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd.

Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)

19. Chapman S, Weiner M, Rackely A, Hynan L, Zientz J. Effects of cognitive-communication for Alzheimer's disease patients treated with donepezil. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*; Oct 2004; 47, 5; ProQuest Medical Library pg. 1149
20. Olazarán J, Reisberg B, Clare L, Cruz I, Peña-Casanova J, del Ser T, et al. Eficacia de las terapias no farmacológicas en la enfermedad de Alzheimer: una revisión sistemática. *Dement Geriatr Cogn Disord* 321485. 2010
21. Kemoun G, Thibaud M, Roumagne N, Carette P, Albinet C, Toussaint L et al. Effects of a Physical Training Programme on Cognitive Function and Walking Efficiency in Elderly Persons with Dementia. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*. Rapport technique: 010/03/C.ALB. 2010
22. Amer Ferrer G y Torrealba Fernández E. Tratamiento No Farmacológico. En: Molinuevo JL, Peña Casanova J, editores. *Guía Oficial para la Práctica Clínica en demencias: conceptos, criterios y recomendaciones 2009*. Sociedad española de Neurología. Barcelona. 2009.
23. A NICE–SCIE Guideline on supporting people with dementia and their carers in health and social care. National Collaborating Centre for Mental Health. The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists, 2007
24. Management of patients with dementia. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). February, 2006.
25. Cousido Martínez-Conde y cols. Proceso asistencial integrado de demencia. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Sevilla 2002.

TABLA 1. SIGLAS ESCALAS MEDICIÓN DE RESULTADOS

SIGLAS	Definición
ADAS-Cog	Alzheimer's Disease Assessment Scale-Cognitive Escala para valoración de la Enfermedad de Alzheimer
ASEP	Dutch Assessment Scale for Elderly Patients Escala holandesa de valoración para personas de edad avanzada
BAT	Behaviour Assessment Tool Instrumento para valoración de la conducta
BDI	Beck Depression Inventory Inventario de Depresión de Beck
BIP	Dutch Behavioral Observation Scale for Intramural Psychogeriatrics Escala holandesa de observación del comportamiento en psicogerítricos
BOP	Dutch Beoordelingsschaal voor Oudere Patiënten (Assessment Scale for Elderly Patients) Escala de valoración para pacientes ancianos
CAPE-BRS	Clifton Assessment Procedures for the Elderly-Behaviour Rating Scale Procedimientos de Clifton para Evaluación de personas de edad avanzada-Escala de Valoración de la Conducta
CAS	Clifton Assessment Schedule Programa de valoración (cognición)
CDR	Clinical Dementia Rating Scale de Hughes Clasificación Clínica de la Demencia
CIBIC	Clinical's Interview-Based Impression of Change Plus Caregiver Input Impresión de cambio clínico global
CMAI	Cohen-Mansfield Agitation Inventory Valoración de Agitación de Cohen-Mansfield
CRICHTON	Escala de Comportamiento de Crichton
CSDD	Cornell Scale for Depression in dementia Escala Cornell de depresión para la demencia
CST	Cognitive Screening Test Valoración de deterioro cognitivo
ERFC	Rapid Evaluation of Cognitive Functions test Test de evaluación rápida de las funciones cognitivas
GDS (Reisberg) en Olazarán	Global Deterioration Scale Escala de deterioro global
GDS (Yesavage) en Morgan y Clare	Geriatric Depression Scale Escala de depresión geriátrica
GIP	Dutch Behavior Observation Scale for Psychogeriatric Inpatients Escala holandesa de Valoración del Comportamiento de Pacientes Psicogerítricos hospitalizados
GIPB	Geriatric Indices of Positive Behaviour Índices geriátricos de comportamiento positivo
GRS	Geriatric Rating Scale Escala de valoración geriátrica
HDRS	Hamilton Depression Rating Scale

	Escala de Hamilton para la depresión
HOLDEN	Escala de Comunicación
INTERACT-Short	Diferencias en la cantidad de interacción entre 10 minutos antes y 10 minutos después de la sesión
KDRS	Kingston Dementia Rating Scale Escala Kingston de la demencia
LSI	Life Satisfaction Index Indice Satisfacción Personal
MDS-ADL	Minimum Data Set Activities of Daily Living Conjunto mínimo de datos de actividades de la vida diaria. Escala de calificación del cuidado personal
MMSE	Mini Mental State Examination Mini examen cognoscitivo
MOSES	Multidimensional Observation Scale for Elderly Subjects Escala de observación multidimensional para pacientes ancianos
MSBS	Minimal Social Behavior Scale Escala minima de comportamiento social
MSQ	Mental Status Questionnaire Cuestionario de estado mental
NINCDS-ADRDA	National Institute of Neurologyc, Cominicative disorders and Stroke-Alzheimer´s Disease and Related Disorders Association
NPI	Neuropsychiatric Inventory Inventario neuropsiquiátrico de Cummings
PGCMS	Philadelphia Geriatric Center Morale Scale
QOL-AD	Quality Of life-Alzheimer Disease Calidad de vida en la enfermedad de Alzheimer
RAID	Rating Anxiety in Dementia Evaluación de la Ansiedad en la Demencia
RCP	Royal College of Physicians
RMBPC	Revised Memory and Behavior Problems Checklist Listado de verificación revisado de problemas de memoria y comportamiento
SES	Social Engagement Scale Escala de compromise social
TFLS	Texas Functional Living Scale Escala Texas de capacidad funcional
WAIS	Wechsler Adult Intelligence Scale Escala Wechsler de inteligencia para adultos
WIB	Well-being/ill-being scale Escala de bienestar

TABLA-2. BÚSQUEDA EN BASES DE DATOS

	DeCS	MeSH
Paciente	DEMENCIA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER	DEMENCIA ALZHEIMER DISEASE
Intervención	4760 Entrenamiento de la memoria 4720 Estimulación cognoscitiva 6480 Gestión del entorno 6486 Gestión del entorno: seguridad 6460 Gestión de la demencia 4820 Orientación de la realidad 4700 Reestructuración cognitiva 4390 Terapia ambiental 4860 Terapia de reminiscencia 4350 Gestión de la conducta 5390 Mejorar la autoconciencia 6670 Terapia de validación	Memory Training, Cognitive Stimulation Environmental Management Environmental Management: Safety Dementia Management Reality Orientation Cognitive Restructuring Milieu Therapy Reminiscence Therapy Behavior Management Self-Awareness Enhancement Validation Therapy
Comparador		
Objetivo (variable)		
Tipo de estudio	Casos y controles Ensayos clínicos Revisiones Metaanálisis	Case-control Clinical Trial Review Meta-analysis

TABLA-3. RESULTADOS DE LA BÚSQUEDA

	BASES DE DATOS	RESULTADOS
TÍTULOS ENCONTRADOS	JBÍ	9
	CINAHL	176
	LILACS	112
	BVS	91
	COCHRANE	102
	CUIDEN	9
	MEDLINE	770
	TOTAL	1269
PRESELECCIÓN POR TÍTULO	JBÍ	6
	CINAHL	78
	LILACS	12
	BVS	21
	COCHRANE	22
	CUIDEN	2
	MEDLINE	224
	TOTAL	365
SELECCIÓN DEFINITVA	TOTAL	4

FIGURA 1

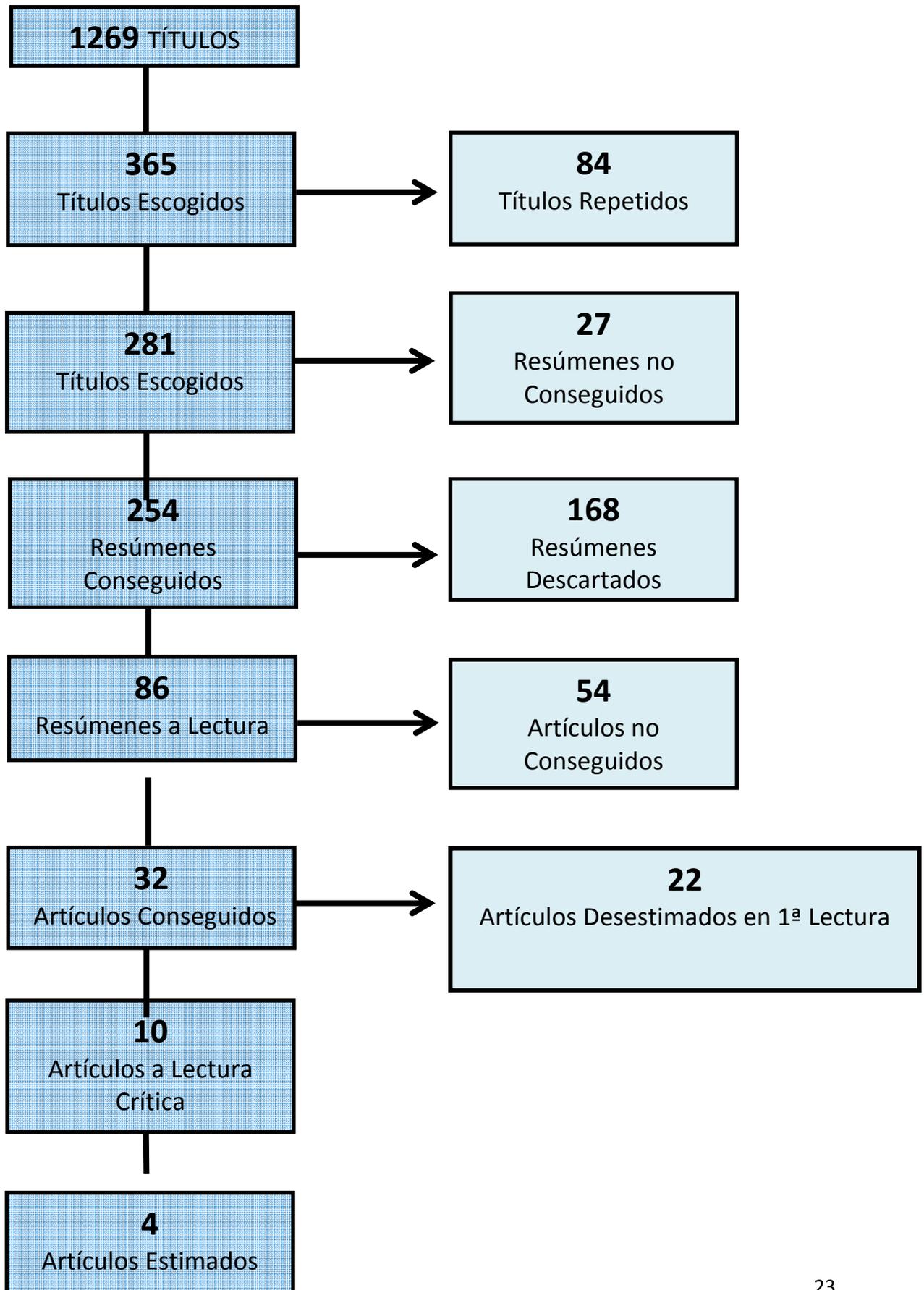


TABLA 4. SÍNTESIS DE RESULTADOS

AUTOR/TÍTULO/AÑO	CLAVES CALIDAD	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN	MEDIDAS RESULTADO	RESULTADO	COMENTARIO
<p>CHAPMAN</p> <p>Effects of Cognitive-Stimulation for Alzheimer's Disease Patients Treatments with Donepezil</p> <p>2004, USA</p>	<p>TIPO: ECA</p> <p>CIEGO: NO</p> <p>SEGUIMIENTO: Población Inicial: 54 Completan estudio: 41 (Grupo Intervención:20; Grupo Control: 21)</p>	<p>PACIENTES en tratamiento con Donepezilo y MMSE ≥ 12.</p> <p>Nivel asistencial: Vivían en domicilio al inicio del tratamiento</p> <p>28 PACIENTES EN GRUPO CONTROL; 26 PACIENTES EN GRUPO INTERVENCIÓN</p>	<p>INTERVENCIÓN : Educación sobre Enfermedad de Alzheimer, Técnicas de comunicación, Instrucciones de cómo crear una Historia de Vida.</p> <p>Las terapias son realizadas por los cuidadores previamente entrenados en grupos de 6/7 personas; los resultados se miden sobre los pacientes.</p>	<p>Función Cognitiva General: - ADAS- Cog - MMSE - Importancia y elaboración del discurso. Cambio en habilidades funcionales: - TFLS Síntomas Emocionales -NPI -Apatía -Irritabilidad.</p> <p>Calidad de Vida : - QOL-AD - QOL-COMBINADA Funcionamiento Global: - CIBIC</p> <p>MEDICIONES: - Medida Basal - A los 4 meses - A los 8 meses - A los 12 meses</p>	<p>A los 4 meses: • ADAS-cog \rightarrow Intervención: 21.52 Control:20.20 $p < 0.0001$ • MMSE $\rightarrow p=0.06$ Intervención: 21.04 Control: 21.87</p> <p>A los 8 meses: • ADAS-cog $\rightarrow p < 0.0001$ Intervención: 23.52 Control: 22.96 • MMSE $\rightarrow p=0.06$ Intervención: 19.6 Control: 20.06</p> <p>A los 12 meses: • ADAS-cog $\rightarrow p < 0.0001$ Intervención: 24.62 Control: 26.53 • MMSE $\rightarrow p=0.0406$ Intervención: 19.44 Control: 19.01</p> <p>La intervención retrasa el deterioro cognitivo en comparación con el control, pero ambas muestran empeoramiento en el ADAS-cog y en el MMSE al cabo de un año. Habilidades funcionales y Síntomas emocionales (NPI): no hay resultados significativos. Calidad de vida (QOL): no diferencias significativas.</p>	<p>La Intervención es efectiva para enlentecer el deterioro cognitivo en los pacientes con demencia.</p>
<p>KEMOUN</p> <p>Effects of a Physical Training Programme on Cognitive Function and Walking Efficiency in Elderly Persons with Dementia</p>	<p>TIPO: ECA</p> <p>CIEGO: NO</p> <p>SEGUIMIENTO: Población Inicial: 38 Completan estudio:31</p>	<p>PACIENTES: 38 pacientes institucionalizados > 75 años, capaces de andar 10 m. sin ayuda y MMSE<23</p> <p>INTERVENCIONES: en grupos de 6/7</p>	<p>INTERVENCIÓN : Programa de actividad física de 1 hora, tres veces a la semana en grupos de 6/7 personas.</p>	<p>Función Cognitiva: - ERFC Parámetros de la marcha: - velocidad de la marcha (m/sg) - amplitud de la zancada (m) - tiempo de apoyo sobre la extremidad (sg).</p>	<p>FUNCIÓN COGNITIVA: • ERFC (Media+/- Desviación Típica) $\rightarrow p < 0.01$ Intervención: 30.38 Control: 23.23</p> <p>PARÁMETROS EJERCICIO: • velocidad de la marcha $\rightarrow p < 0.01$ Intervención: 1.02 Control: 0.75</p>	<p>Se muestra la correlación significativa entre los cambios cognitivos y los observados en los parámetros de la marcha. El programa de Actividad Física enlentece el Deterioro Cognitivo y mejora la Calidad de la Marcha en pacientes</p>

<p>2010, FRANCE</p>	<p>G. Intervención: 16 G. Control: 15</p>			<p>MEDICIONES: - Medida basal - A las 15 semanas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • amplitud de la zancada → $p < 0.01$ Intervención: 1.02 Control: 0.86 • tiempo de apoyo sobre la extremidad (con diferencia significativa previa) → $p < 0.01$ Intervención: 0.11 Control: 0.14 <p>CORRELACIÓN ENTRE EJERCICIO Y COGNICIÓN [Coeficiente de Correlación (p)]:</p> <ul style="list-style-type: none"> • velocidad de la marcha ($p = 0.76, p < 0.01$) • amplitud de la zancada ($p = 0.61, p < 0.01$) • el tiempo de apoyo sobre la extremidad ($p = -0.74, p < 0.01$) 	<p>con Demencia.</p>
<p>Onder G, Zanetti O, Giacobini E, Frisoni GB, Bartorelli L, Carbone G, Lambertucci P, Silveri MC, Bernabei R.</p> <p>Reality orientation therapy combined with cholinesterase inhibitors in Alzheimer's disease: randomized controlled trial.</p> <p>2005, ITALIA</p>	<p>TIPO: ECA CIEGO: No</p> <p>SEGUIMIENTO: Población Inicial: 156 Completan estudio: 137</p> <p>G. Intervención: 70 finalizan de 79 G. Control: 67 finalizan de 77</p>	<p>PACIENTES: 156 en tto con Donepezilo, en domicilio y con un MMSE: >14 y <27</p>	<p>INTERVENCIÓN : Programa de orientación a la realidad. Son Terapias que realizan los cuidadores previamente entrenados y se miden sobre los pacientes con demencia.</p>	<p>Función Cognitiva: - ADAS- Cog - MMSE</p> <p>Escala valoración del Comportamiento: - NPI</p> <p>Actividades de la vida diaria: - Barthel-index - Lawtton</p>	<p>MMSE → Estimado por la media del cambio y su error estándar [Interv: 0.2 (0.4); Control: -1.1 (0.4); $p = 0.02$]</p> <p>ADAS-Cog → Estimado por la media del cambio y su error estándar [Interv: 0.4 (0.8); Control: 72.5 (0.8); $p = 0.01$]</p>	<p>La Orientación a la Realidad mejora los efectos del donepezilo sobre la cognición.</p>
<p>Spector a, Thorgrimsen I, Woods b, Royan I, Davies s, Butterworth m and Orrell M.</p> <p>Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy programme for people with dementia</p> <p>UK, 2003</p>	<p>TIPO: ECA CIEGO: Un estudio simple ciego multicéntrico. SEGUIMIENTO: Población Inicial: 201 Completan estudio: 167</p> <p>G. Intervención: 97</p>	<p>PACIENTES: 201 participantes institucionalizados/ usuarios de Centros de Día, con un MMSE entre 10-24 y con puntuación 1 o 0 en las preguntas 12 y 13 de CAPE.</p>	<p>INTERVENCIÓN: Programa de Terapia de Estimulación Cognitiva en 2 sesiones semanales durante 7 semanas.</p>	<p>Función Cognitiva: - ADAS- Cog - MMSE</p> <p>Calidad de vida: - QoL-AD</p> <p>Comunicación: - The Holden Communication</p> <p>Escala de Valoración del</p>	<p>Los resultados no son significativos</p>	<p>Los programas de Terapia de Estimulación cognitiva no han demostrado su efectividad.</p>

	de 115 G. Control: 70 de 86			comportamiento: - CAPE-BRS Funcionamiento Global: - CDR Depresion: - Cornell Scale Ansiedad en demencia: - RAID MEDICIONES: Medida basal Después de 7 semanas de tratamiento.		
--	--------------------------------	--	--	--	--	--

AUTOR/TÍTULO/AÑO	ESTUDIOS PRIMARIOS	CLAVES CALIDAD	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN	MEDIDAS RESULTADO	RESULTADO	COMENTARIO
Verkaik R, van Weert J and Francke AL The effects of psychosocial methods on depressed, aggressive and apathetic behaviors of people with dementia: a systematic review Holanda, 2005	Finnema et al, 1998; Finnema et al, 2000; Droes et al, 1999	ECA ALTA	146 pacientes institucionalizados mayores de 77 años con demencia (GDS) (Leve n=7, Moderado/Severo n=69, Severo/muy severo n=70) Grupo Intervención: 67., Grupo Control: 79	Terapia de Validación de 24h durante 7 meses en residencias.	Apatía: -BIP-Subescala en Apatía -ASEP-Subescala de Inactividad Depresión: -Cornell – Escala de Depresión en Demencia. Agresión: -CMAI-Subescalas de comportamiento agresivo verbal y físico -ASEP-Subescala de agresión	En Apatía, Depresión y Comportamiento Agresivo no se muestran cambios significativos	La Terapia de validación no muestra efectividad en los cambios de comportamientos apáticos, agresivos o depresivos.
	Toseland et al, 1997	ECA ALTA	88 pacientes mayores de 81 años, con un nivel al menos moderado de demencia (MDS)	Terapia de Validación en sesiones grupales de 30 minutos, 4 veces en semana, durante 1 año Impartidas por licenciados y con experiencia con personas institucionalizadas.	Apatía: - MOSES-Subescala de deterioro de la conducta Depresión: -MOSES-Subescala de depresión Agresión: -CMAI-Subescalas comportamiento verbal agresivo (VAB) y comportamiento físico agresivo (PAB).	En Depresión y Apatía no se encuentran diferencias significativas. De acuerdo con la Valoración del personal de la Residencia hubo cambios significativos en la Conducta Física Agresiva y en menor medida en el comportamiento agresivo verbal	La Terapia de Validación es efectiva en los cambios de comportamiento agresivo físico y verbal.
	Spector et al, 2001	Estudio Cuasiexperimental	35 pacientes con demencia (DSM-IV) mayores de 79 años y con habilidades de comunicación y comprensión (con puntuación 1 o 0 en preguntas 12 y 13 de (CAPE)	Orientación a la Realidad en 15 sesiones grupales (2 semanales) de 45 minutos impartidas por miembros del equipo de investigación y personal de la residencia)	Depresión: -CSDD	Se encuentran diferencias significativas en las puntuaciones del CSDD para la depresión.	La Terapia de Orientación a la Realidad mejora la Depresión en los pacientes con Demencia.
	Hanley et al, 1981	Estudio Cuasiexperimental	57 residentes, 41 en unidades psicogeríatras de larga estancia y 16 en residencias, con demencia (Test de Koskela) (Unidades psicogeríatras: Leve=7%, Moderada=27% y Grave=25%; Residencias: Leve=20%, Moderada=55% y Grave=25%)	Orientación a la Realidad en sesiones grupales de 30 minutos, 4 veces a la semana, durante 12 semanas.	Apatía: -GRS-Subescala de deterioro/apatía	No se encuentran cambios significativos en apatía.	La Terapia de Orientación a la Realidad no mejora la Apatía en pacientes con Demencia.

Baker et al, 2001	ECA ALTA	50 pacientes con demencia (MMSE) mayores de 60 años [G. Intervención M=11.0 (SD 6.5) y G Control M=6.1 (SD 5.1)]	Terapia Multisensorial en sesiones de 30 minutos, 2 veces a la semana, durante 4 semanas impartidas por miembros del hospital de día y terapeutas ocupacionales o psicólogos.	Apatía: -INTERACT_Short	La Terapia Multisensorial muestra efectos significativos en la mejora de la percepción consciente del entorno por parte del paciente.	La Terapia Multisensorial se muestra efectiva en la interacción con el entorno.
Robichaud et al, 1993	ECA ALTA	40 pacientes mayores de 66 años con demencia (DSM-III) institucionalizados y físicamente hábiles para atender a las sesiones (G. Intervención: 22, G. control: 18)	Terapia Multisensorial grupal entre 30-45 minutos, 3 veces a la semana, durante 10 semanas impartido por doctorandos gerontológicos y geriátricos.	Depresión: -RMBPC-Subescala de depresión	La Terapia Multisensorial no muestra cambios significativos en la depresión de pacientes con Demencia.	La Terapia Multisensorial no mejora la depresión en pacientes con demencia.
Goldwasser et al, 1987	ECA BAJA	27 pacientes mayores de 70 años con diagnóstico de Demencia (MMSE, M=10.4)	Sesiones de Terapia de Reminiscencia en grupo de 30 minutos, 2 veces a la semana durante 5 semanas impartido por estudiantes de Grado de Psicología Clínica y Trabajo social	Depresión: -BDI	La puntuación autoproporcionada de la depresión es significativamente más baja tras la intervención.	La Terapia de Reminiscencia mejora la depresión en pacientes con Demencia.
Hopman-Rock et al., 1999	ECA ALTA	92 pacientes mayores de 78 años institucionalizados con Demencia (CST, M=11.5)	Sesiones grupales de Terapia Psicomotora, 2 veces a la semana durante 6 meses impartidas por un terapeuta.	Apatía: -BIP-Subescala de apatía Depresión: -BIP-Subescala de depresión	La Terapia Psicomotora no muestra cambios significativos en apatía y depresión.	La Terapia Psicomotora no mejora la apatía y depresión en pacientes con Demencia
Droes, 1991	ECA ALTA	43 pacientes mayores de 78 años con diagnóstico de probable Demencia tipo Alzheimer (DSM-III-R) con una puntuación media de MMSE M=12.7; SD 4.16	Sesiones grupales de Terapia Psicomotora de 45 minutos, 3 veces a la semana durante 11 meses impartido por un graduando y un doctorando de Psicomotricidad.	Apatía: -GIP-Subescala de apatía Depresión: -Dutch Depression List Agresión: -BOP-Subescala de agresión	La puntuación en Agresión es significativamente menor en el subgrupo de pacientes con más desórdenes funcionales del grupo intervención que el mismo tipo de pacientes del grupo control. No hay cambios significativos en apatía y Depresión.	La Terapia Psicomotora mejora las conductas agresivas.
Teri et al, 1997	ECA ALTA	72 pacientes mayores de 67 años con probable Enfermedad de Alzheimer (NINCDS-ADRDA) no institucionalizados con una puntuación media de MMSE M=16.5; SD 7.4	Terapia de la Conducta (Eventos placenteros y Resolución de problemas, para cada uno de los 2 grupos intervención) en sesiones de 60 minutos, una vez a la semana durante 9 semanas impartido por geriatras.	Depresión: - HDRS - CSDD - BDI	Las puntuaciones en las escalas de Depresión fueron significativamente menores en ambos grupos experimentales tras las 9 semanas de intervención y los 6 meses de seguimiento.	La Terapia de la Conducta (eventos placenteros y resolución de problemas) mejora los síntomas depresivos.

<p>Neal M, Briggs M.</p> <p>Validation Therapy for Dementia.</p> <p>UK, 2003, traducción al castellano 2008</p>	Peoples, 1982	ECA BAJA	29 pacientes institucionalizados catalogados según estadios 2 (confusión temporal) y 3 (movimientos repetitivos) del modelo de evaluación de Feil (1982) (clasificación de individuos con deterioro cognitivo en cuatro estadios) mayores de 80 años. (10 en TV, 11 en terapia habitual, 8 en OR)	Sesiones grupales de Terapia de Validación de 29-30 minutos diarias, 6 días a la semana durante 6 semanas.	CONDUCTA: -BAT	La puntuación en Conducta (BAT) es significativamente favorable al grupo intervención sobre el control (atención habitual) a las 6 semanas [DM: - 5,97; IC 95%: (-9,43 a -2,51); P= 0,0007	La Terapia de validación mejora la conducta en comparación con la terapia habitual
	Robb 1986	ECA BAJA	27 pacientes con moderada/severa desorientación (25 con diagnóstico indicativo de demencia) mayores de 60 años completaron el estudio (12 control y 9 intervención)	Terapia de Validación dos veces semanales durante 9 meses.	COGNICIÓN: Estatus Mental (MSQ) Escala Morale (PGCMS) CONDUCTA: Social behaviour (MSBS)	Los resultados favorecen a la Terapia de Validación aunque no son estadísticamente significativos.	
	Toseland et al, 1997	ECA ALTA	88 pacientes con un nivel al menos moderado de demencia (MDS) mayores de 81 años.	Terapia de Validación en sesiones grupales de 30 minutos, 4 veces en semana, durante 1 año Impartidas por licenciados y con experiencia con personas institucionalizadas.	COGNICIÓN: - MOSES (Desorientación a los 12 meses) CONDUCTA: - CMAI - GIPB (disminución de la agitación y agresión, mejora de la sociabilidad)	Los resultados favorecen la Terapia de Validación aunque no son estadísticamente significativos.	
<p>SPECTOR et al.</p> <p>Reality Orientation for Dementia: A Systematic Review of the Evidence of Effectiveness from Randomized Controlled Trials</p> <p>UK, 2000</p>	Baines et al. (1987) Breuil et al. (1994) Ferrario et al. (1991) Gerber et al. (1991) Wallis et al. (1983) Woods (1979)	METAANÁLISIS	125 participantes (67 Grupo Intervención y 58 Grupo control) mayores de 55 años.	Terapia de Orientación a la Realidad en sesiones grupales de al menos 4 personas durante 30-60 min. durante, al menos, 3 semanas.	COGNICIÓN: - MMS - Weschler Memory Scale - CAPE - CAS - KDRS - RCP CONDUCTA: - CAPE - MOSES - CRICHTON	COGNICIÓN: SMD: -0.59[-0.95, -0.22]p=0.002 CONDUCTA: SMD:-0.64[-1.19, -0.08]p=0.02	La Terapia de Orientación a la Realidad mejora significativamente los resultados en cognición y conducta.

WOODS et al. Terapia de recuerdo para la demencia UK, 2008	Baines, 1987	ECA BAJA	15 participantes con moderada a severa discapacidad de la función cognitiva. Media de edad de los residentes =81.5 Living in care home	Terapia de Orientación a la Realidad en sesiones de 30 min. 5 días a la semana durante 4 semanas. Terapia de Reminiscencia en sesiones de 30 min. 5 días a la semana durante 4 semanas.	COGNICIÓN: - CAPE CONDUCTA: - CAPE COMUNICACIÓN: - Holden BIENESTAR: - LSI		
	Lai, 2004	ECA BAJA	101 participantes institucionalizados con Demencia (DSM-IV) con una media de edad de 85.7 años.	Terapia de Reminiscencia Individualizada en sesiones de 30 min. semanales durante 6 semanas.	COGNICIÓN: - MMSE CONDUCTA: - MDS-ADL COMUNICACIÓN: - SES BIENESTAR: - WIB		
	Morgan 2000;	ECA BAJA	17 participantes en domicilio diagnosticados de demencia leve o moderada	12 sesiones semanales individuales de Terapia de Reminiscencia	COGNICIÓN: -Entrevista de Memoria Autobiográfica. BIENESTAR: -GDS	COGNICIÓN: Posterior al tratamiento SMD:1.04[0.01, 2.08]p=0.05 BIENESTAR durante el seguimiento: Escala de depresión geriátrica: SMD:3.69[1.65, 5.73]p=0.0004	El uso de la Terapia de Reminiscencia favorece la cognición posterior al tratamiento y el bienestar durante el seguimiento.
	Thorgrimsen 2002	ECA ALTA	11 pacientes diagnosticados de demencia que viven en domicilio, con media de edad de 76 años.	Terapia de reminiscencia en sesiones grupales con pacientes y cuidadores. 18 sesiones, de las cuales 11 se destinaron solamente a los cuidadores.	COGNICIÓN: - MMS COMPORTAMIENTO -CAPE-BRS COMUNICACIÓN: -Holden BIENESTAR: -QOL-AD		
	METANÁLISIS	Baines, 1987 Morgan, 2000 Lai, 2004	93 participantes	Terapia de Reminiscencia	COGNICIÓN: -CAPE -MMSE -Entrevista de memoria autobiográfica	Cognición durante el seguimiento: SMD: 0.50 [0.07, 0.92]p=0.02	La Terapia de Reminiscencia favorece la cognición durante el seguimiento
		Baines 1987 Thorgrimsen 2002	20 participantes	Terapia de Reminiscencia	CONDUCTA (posterior al tratamiento): -CAPE	CONDUCTA: PDM: 7.61[2.42, 12.80]p=0.004	La Terapia de Reminiscencia favorece el comportamiento posterior al tratamiento

CLARE et al. Rehabilitación cognitiva y entrenamiento cognitivo para la enfermedad de Alzheimer y la demencia vascular de estadio temprano UK, 2008	Davis 2001	ECA BAJA	37 participantes con probable Enfermedad de Alzheimer mayores de 68 años.	Entrenamiento Cognitivo en sesiones individuales de 1h semanal en consultorio durante 5 semanas y ejercicios de atención domiciliario de 30 min. 6 días a la semana durante 5 semanas.	COGNICIÓN: -MMSE MEMORIA: -WAIS DEPRESIÓN: -GDS	La rehabilitación cognitiva y el entrenamiento cognitivo no dan resultados significativos para estas medidas de resultado.	
	Heiss, 1994	ECA BAJA	35 pacientes diagnosticados de probable Enfermedad de Alzheimer según los criterios de NINCDS-ADRDA, mayores de 56 años.	Entrenamiento cognitivo que incluye de la memoria, perceptuales y motoras en 2 sesiones semanales durante 24 semanas.	COGNICIÓN: -MMSE		
	Koltai, 2001	ECA BAJA	22 participantes con demencia leve/moderada (MMSE) mayores de 66 años.	Programa de Entrenamiento Cognitivo a través de entrenamiento de la memoria y programa de afrontamiento, en sesiones individuales (6 semanas) y grupales (en 5 semanas, 5 sesiones semanales de 1 hora de duración en grupos de 4)	COGNICIÓN: -MMSE		
	Quayhagen, 1995	ECA BAJA	78 parejas de cuidador-paciente con Enfermedad de Alzheimer leve/moderada (Escala MATTIS de Valoración de la Demencia) no institucionalizados.	Entrenamiento Cognitivo en ambiente domiciliario 6 días a la semana una hora diaria durante 12 semanas.	COGNICIÓN: - Escala MATTIS de Valoración de la Demencia		
	Quayhagen, 2000	ECA BAJA	36 parejas de cuidadores y pacientes con demencia leve/moderada, mayores de 67 años.	Entrenamiento Cognitivo de 1 hora diaria, 5 días a la semana, durante 8 semanas.	COGNICIÓN: - Test de memoria inmediata y lejana. - Fluidez verbal - Resolución de problemas		
	de Vreese, 1998	ECA BAJA	24 pacientes con Enfermedad de Alzheimer según los criterios de NINCDS-ADRDA, DSM-IV, mayores de 61 años.	Entrenamiento Cognitivo en sesiones individuales de 45 min. 2 veces en semana durante 3 meses.	COGNICIÓN: - ADAS- Cog - MMSE		
OLAZARAN et al. Eficacia de las Terapias no Farmacológicas en la	Zarit, 1982 Günther 1991 Cahn-Weiner 2003	ECA BAJA	67 Pacientes no institucionalizados con GDS de 3-4	Entrenamiento cognitivo, sesiones grupales de 45-90 min, entre 2-7 sesiones/sem, durante 11-25 días	COGNICIÓN: - GDS	Tamaño del efecto: 0.594, IC 95% (0.052, 1.137)	Las capacidades Cognitivas mejoran con el entrenamiento cognitivo en sesiones grupales.

Enfermedad de Alzheimer: una revisión sistemática. 2010	Woods 1979; Baines 1987 Gerber 1991; Bach 1995 Spector 2001 Spector 2003	ECA BAJA	270 pacientes con GDS entre 4-6.	Estimulación cognitiva en sesiones grupales de 30-60 min, entre 2 y 5 sesiones /semana, entre 4 y 24 semanas de duración.	COGNICIÓN: - GDS	Tamaño del efecto: 0.442 IC 95% (0.197, 0.688)	La Estimulación Cognitiva en sesiones grupales mejora la Cognición.
	Beck 1988 Quayhagen 1995 Quayhagen 2000 Tappen 2001, Davis 2001 Loewenstein 2004 Kawashima 2005	ECA BAJA	255 pacientes con GDS entre 3-5.	Entrenamiento cognitivo en sesiones Individuales de 20-60 min, entre 2-6sesiones/sem, durante 6-26 sem.	COGNICIÓN: - GDS	Tamaño del efecto: 0.403 IC 95% (0.085, 0.721)	El entrenamiento cognitivo en sesiones individuales mejora la Cognición
	Chapman 2004 Olazaran 2004 Tadaka 2004 Poon 2005 Meguro 2008	ECA BAJA	213 pacientes con GDS entre 3-5.	Intervención multicomponente incluida la Estimulación cognitiva en sesiones grupales de 90-210 min, entre 1-2sesiones/sem, durante 6-52 sem	COGNICIÓN: - GDS	Tamaño del efecto: 0.307 IC 95% (0.036, 0.578)	Las sesiones grupales de estimulación cognitiva incluida en las intervenciones multicomponente mejoran la orientación y enlentecen el deterioro de las AIVD.
	Tappen 1994 Coynne 1997 McGilton 2003	ECA BAJA	95 pacientes con GDS entre 3-6, institucionalizados.	Entrenamiento AVDs: en sesiones individuales de 30 min, 3 veces/sem o grupales de 2.5 h, 5 veces/sem, entre 3 días y 20 semanas de duración.	AVD: - GDS	Tamaño del efecto: 0.412 IC 95% (0.003, 0.821)	El entrenamiento en las AVD mejora su ejecución.
	Chapman 2004 Olazaran 2004 Tadaka 2004	ECA BAJA	167 pacientes con GDS entre 3-5, no institucionalizados.	Intervención multicomponente incluida la Estimulación Cognitiva en sesiones grupales de 90-210 min, entre 1-2 veces/sem, durante 10-52 semas.	AVD: - GDS	Tamaño del efecto: 0.369 IC 95% (0.062, 0.676)	Las sesiones grupales de estimulación cognitiva incluida en las intervenciones multicomponente mejoran la ejecución de las AVD.
	Baines 1987 Gerber 1991 Robichaud 1994	ECA BAJA	62 pacientes con GDS entre 5-6, institucionalizados con alteraciones de la conducta.	Estimulación cognitiva en sesiones grupales de 30-60 min, entre 3-5 sesiones/sem durante 4-11 semanas.	CONDUCTA: - GDS	Tamaño del efecto: 0.608 IC 95% (0.092, 1.124)	Las sesiones grupales de Estimulación Cognitiva mejoran la conducta.

Chapman 2004 Tadaka 2004	ECA BAJA	90 pacientes con GDS de 3–5, no institucionalizados.	Intervención multicomponente incluida la Estimulación Cognitiva en sesiones grupales de 90 min, 1–2 veces/semana, durante 10–52 semanas.	CONDUCTA: - GDS	Tamaño del efecto: 0.604 IC 95% (0.181, 1.027)	Las Intervenciones multicomponente que incluyen la Estimulación Cognitiva grupal mejoran la conducta.
Teri 2000 Gormley 2001 Bourgeois 2002 Teri 2005 Gonyea 2006	ECA BAJA	167 pacientes con GDS entre 4–6 y alteración de la conducta, no institucionalizados.	Intervenciones conductuales de 60–90 min, entre 1 semana y 1 mes, durante 1 a 26 semanas.	CONDUCTA: - GDS	Tamaño del efecto: 0.565 IC 95% (0.209, 0.921)	Las intervenciones conductuales en pacientes con alteración del comportamiento mejoran la conducta.
McCallion 1999 Finnema 2005 Schrijnemaekers 2002 Teri 2005	ECA BAJA	370 pacientes con GDS 4–7, con alteración afectiva o conductual, institucionalizados.	Entrenamiento del cuidador profesional en el manejo global de la demencia en sesiones grupales e individuales entre 30 min y medio día, 3 veces/m, durante 8 sem y 3 meses.	CONDUCTA: - GDS	Tamaño del efecto: 0.223 IC 95% (0.017, 0.428)	El entrenamiento del cuidador mejora la conducta del paciente con demencia.
Chapman 2004 Olazaran 2004 Tadaka 2004	ECA BAJA	164 pacientes con GDS 3–5, no institucionalizados	Intervenciones multicomponente incluida la estimulación cognitiva grupal en sesiones de 90–210 min, entre 1–2 veces/sem, durante 10–52 sem.	ESTADO DE ÁNIMO: ECA BAJA	Tamaño del efecto: 0.376 IC 95% (0.066, 0.686)	Las intervenciones multicomponente que incluyen la estimulación cognitiva grupal mejoran los síntomas afectivos.
Graff 2007 Gittlin 2008	ECA BAJA	170 pacientes con GDS 4–5, no institucionalizados	Intervenciones multicomponente en paciente y cuidador, en Sesiones individuales con el cuidador de 60–90 min, 1–2 veces/sem durante 6 sem a 4 meses	CALIDAD DE VIDA: ECA BAJA	Tamaño del efecto: 0.561 IC 95% (0.087, 1.035)	Las intervenciones multicomponente sobre paciente con demencia y cuidador mejoran la calidad de vida percibida por el paciente.

INTERVENCIÓN	EVIDENCIAS DISPONIBLES
Terapia de Orientación a la Realidad	La Terapia de Orientación a la Realidad mejora significativamente los resultados en cognición y conducta (N-1; GR-A), y mejora significativamente la Depresión según la Escala Cornell (N-2; GR-B)
Terapia de Reminiscencia	La Terapia de Reminiscencia favorece la Cognición después de la intervención (N-2; GR-B) y durante el seguimiento a las 6 semanas (N-1; GR-A), mejora el comportamiento (N-2; GR-B) y el Bienestar durante el seguimiento (N-2; GR-B). La depresión autoinformada mejora significativamente, según el Beck Depression Inventory (N-2; GR-B)
Estimulación Multisensorial	La estimulación multisensorial mejora significativamente la atención del paciente sobre el entorno (N-2; GR-B)
Terapia de Validación	La Terapia de Validación favorece la mejoría de la conducta a las 6 semanas (N-2; GR-B)
Estimulación cognitiva	La conducta y la cognición mejoran con terapia de estimulación cognitiva tanto en sesiones grupales como en sesiones individuales (N-2; GR-B)
Intervenciones multicomponente que incluyen la estimulación cognitiva grupal	Las sesiones grupales de estimulación cognitiva incluida en las intervenciones multicomponente mejoran la orientación, la conducta, los síntomas afectivos, la ejecución de las AVD y enlentecen el deterioro de las AVD en el paciente con demencia (N-2; GR-B)
Intervenciones multicomponente en PCD y cuidador	Las intervenciones multicomponente sobre paciente con demencia y cuidador mejoran la calidad de vida percibida por el paciente (N-2; GR-B)
Terapia de la conducta: Terapia de situaciones	Los pacientes que reciben Terapia de la conducta mejoran la puntuación en las Escalas de Depresión (Escala Cornell de Depresión en Demencia, Beck Depression Inventory, Hamilton Depression Escala) (N-2; GR-B)

agradables y Terapia de comportamiento resolviendo problemas.	
Intervenciones conductuales	Las Intervenciones conductuales en pacientes con alteración del comportamiento mejoran su conducta (N-2; GR-B)
Entrenamiento AVDs	El entrenamiento en las AVD mejora su ejecución (N-2; GR-B)
Terapia Psicomotora	La puntuación de los pacientes que reciben terapia psicomotora es significativamente menor en la escala de agresión (Dutch Beoordelingsschaal voor Oudere Patiënten -BOP_Subscale aggression-) (N-2; GR-B)
Entrenamiento del cuidador profesional en el manejo global de la demencia	El entrenamiento del cuidador profesional mejora la conducta del paciente con demencia (N-2; GR-B)

TABLA 5. TABLA CONCLUSIONES CON EVIDENCIA