



**Universitat de les
Illes Balears**

Facultad de Enfermería y Fisioterapia

Memoria del Trabajo de Fin de Grado

Efectividad de la aplicación de psicoterapias cognitivas en pacientes con Enfermedad de Alzheimer

Margalida Garí Barceló

Grado de Enfermería

Año académico 2015-2019

DNI del alumno: 43476809R

Trabajo tutelado por Noemí Sansó

Departamento de Enfermería

Se autoriza a la Universidad a concluir este Trabajo en el Repositorio Institucional para su consulta en acceso abierto y difusión en línea, con finalidades exclusivamente académicas y de investigación.	Autor		Tutor	
	Sí	No	Sí	No
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Palabras clave del trabajo:

Enfermedad de Alzheimer, psicoterapias cognitivas, cognición, síntomas neuropsiquiátricos, calidad de vida, bienestar, cuidador principal

RESUMEN

Introducción: La causa más común de demencia, el Alzheimer, es una enfermedad neurodegenerativa y progresiva, sin tratamiento curativo, que está caracterizada por una pérdida de la capacidad cognitiva, funcional, así como alteraciones conductuales anímicas y psiquiátricas que generan un estado de dependencia. Las terapias no farmacológicas como la estimulación, rehabilitación y entrenamiento cognitivos están surgiendo como una estrategia de tratamiento potencial para las personas con Alzheimer.

Objetivos: Evaluar la eficacia de la aplicación de las psicoterapias cognitivas en pacientes con Alzheimer en las primeras etapas de la enfermedad, valorando los efectos en las capacidades funcionales y cognitivas, síntomas neuropsiquiátricos, calidad de vida y bienestar del cuidador principal.

Metodología: Búsqueda bibliográfica a través de los metabuscadores *Biblioteca Virtual en Salud (BVS)* y *EBSCOhost*, base de datos específica *Pubmed* y revisiones *Cochrane*. Se obtuvieron 360 artículos, de los cuales, tras establecer una lectura rigurosa y aplicar los criterios de inclusión y exclusión, se seleccionaron 17. Posteriormente, se incluyeron 4 estudios más tras una búsqueda manual dirigida de aquellos artículos revisados más significativos.

Resultados: Se han obtenido los distintos efectos de las psicoterapias cognitivas como soporte al tratamiento habitual del Alzheimer, valorando que las intervenciones pueden mejorar los procesos cognitivos y funcionales de los pacientes, incidiendo en la capacidad de aprendizaje y memoria semántica y evocando recuerdos autobiográficos. Además, ayudan a reducir la intensidad de los comportamientos de agitación y ansiedad y a aumentar la percepción de calidad de vida, mejorando el estado de ánimo tanto de los propios pacientes como de los familiares cuidadores.

Conclusiones: Los resultados de esta revisión apuntan que las psicoterapias cognitivas son un tratamiento no farmacológico fácil de introducir en los cuidados habituales de los pacientes con Alzheimer, proporcionando efectos beneficiosos en su estado de salud.

ABSTRACT

Introduction: The most common cause of dementia, Alzheimer's, is a neurodegenerative and progressive disease, without curative treatment, which is characterized by a loss of cognitive and functional capacity, as well as psychic behavioural alterations that generate a state of dependence. Non-pharmacological therapies such as cognitive stimulation, rehabilitation and training are emerging as a potential treatment strategy for people with Alzheimer's.

Objectives: To evaluate the effectiveness of the application of cognit psychotherapies in Alzheimer patients in the early stages of the disease, assessing the effects on functional and cognitive abilities, neuropsychiatric symptoms, quality of life and well-being of the main caregiver.

Methodology: Bibliographic research through meta-searchers Virtual Health Library (VHL), and EBSCOhost, specific database like Pubmed and Cochrane reviews. 360 articles were obtained, of which, after establishing a rigorous reading and applying the inclusion and exclusion criteria, 17 were selected. Subsequently, 4 more studies were included after a directed manual search of the most significant articles reviewed.

Results: The different effects of cognitive psychotherapies have been obtained as a support to the usual treatment of Alzheimer's, evaluating that interventions can improve the cognitive and functional processes of patients, influencing the learning capacity and semantic memory and evoking autobiographical memories. In addition, they help reduce the intensity of agitation and anxiety behaviours and increase the perception of quality of life, improving the modo of both the patients themselves and the family caregivers.

Conclusions: The results of this review suggest that cognitive psychotherapies are a non-pharmacological treatment that is easy to introduce into the usual care of Alzheimer's patients, providing beneficial effects on their health status.

ÍNDICE

1. Introducción.....	Pág.3
2. Objetivos.....	Pág.7
3. Estrategia de búsqueda bibliográfica.....	Pág.7
4. Resultados.....	Pág.9
5. Discusión.....	Pág.11
6. Conclusiones.....	Pág.19
7. Bibliografía.....	Pág.22
8. Anexos.....	Pág.24

1. INTRODUCCIÓN

La demencia es una epidemia mundial que supone uno de los mayores problemas sociosanitarios en los países desarrollados por la gran repercusión que tiene sobre el individuo y su entorno sociofamiliar.

Es un síndrome que implica el deterioro de la memoria, el intelecto, el comportamiento e interfiere significativamente en la capacidad para realizar las actividades diarias.

La prevalencia global de demencia es de 47'5 millones de personas, y la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que podrían llegar a ser 135'46 millones en 2050.(1)

La causa de demencia más común, la enfermedad de Alzheimer (EA), representa aproximadamente el 60-70% de los casos. (1) Se trata de una enfermedad neurodegenerativa progresiva, de etiología multifocal, caracterizada por una pérdida de la capacidad cognitiva, funcional, así como alteraciones conductuales anímicas y psiquiátricas que generan un estado de dependencia. Entre las facultades cognitivas afectadas se encuentra la capacidad de fijar nueva información y recordar acontecimientos (amnesia); reconocer objetos del entorno (agnosia); comunicarse, expresarse y entender (afasia). Por lo que hace a la capacidad funcional, aparece un impedimento en la realización de las actividades de la vida diaria (apraxia). (2)

La evidencia de estudios epidemiológicos sugiere que la EA se ha convertido en la cuarta causa principal de muerte en personas mayores, solo superada por las enfermedades del corazón, cáncer y enfermedad cerebrovascular, convirtiéndose así en un grave motivo de morbimortalidad para esta población. (3)

En la actualidad no existe ningún tratamiento que pueda curar esta patología o revertir su evolución progresiva. El objetivo principal de la terapia farmacológica es controlar y disminuir la progresión de los síntomas psicológicos y de comportamiento en los pacientes con EA, así como mejorar su calidad de vida y la de sus familiares.

Con estos tratamientos farmacológicos que se manejan actualmente, como son los inhibidores de las acetilcolinesterasas, se obtienen mínimos beneficios, además de que estos agentes tienen el potencial de causar una variedad de efectos adversos graves, tales como trastornos metabólicos y la mortalidad relacionada con un accidente cerebrovascular. (4)

En consecuencia, ha aumentado el interés hacia la experimentación y el desarrollo de terapias no farmacológicas. Están surgiendo como una estrategia de tratamiento potencial para las personas con EA, enfocadas a reducir el empeoramiento del deterioro de las capacidades cognitivas y funcionales, y minimizando la carga de los cuidadores. Numerosos estudios demuestran que esta tipología de intervenciones puede proporcionar beneficios significativos, tanto en la cognición como en el estado de ánimo y calidad de vida de los pacientes con Alzheimer. (5)

Estas terapias cognitivas pueden abarcar una amplia gama de actividades que brindan estimulación general para el razonamiento, la concentración y la memoria, por lo general en una configuración social. Entre ellas se incluyen las técnicas de estimulación cognitiva, como la terapia de orientación a la realidad, la terapia de reminiscencia, la terapia de validación y los Programas de psicoestimulación integrada (PPI); la rehabilitación cognitiva, el entrenamiento cognitivo de las funciones específicas, la terapia de relajación y la psicoestimulación a través de las artes como la musicoterapia o la arteterapia, entre otras. También se emplean técnicas de adaptación al entorno físico y humano, que engloban las rutinas de la vida cotidiana y ayudas externas. (6)

En esta revisión nos centraremos en la estimulación cognitiva, el entrenamiento y la rehabilitación cognitiva, ya que son las intervenciones más generales y las más llevadas a cabo en la práctica.

La estimulación cognitiva implica la participación en un abanico de actividades de grupo y discusiones, que apuntan a una mejora general de la función cognitiva y social y que, puede ir desde la educación, la discusión y el debate, y la resolución de problemas de orientación a la realidad, reminiscencia y terapia de validación, sin centrarse en habilidades específicas. Esta intervención hace hincapié en la retroalimentación positiva y la motivación de los pacientes participantes con EA. (7,8)

La terapia de orientación a la realidad fue desarrollada en la década de 1950 como una respuesta a la confusión y desorientación en los pacientes de edad avanzada en las unidades hospitalarias en los EE. UU. Se trata de un método de tratamiento de las alteraciones de la orientación y la memoria a través de la estimulación para que los pacientes “reaprendan” datos sobre sí mismos y su entorno, es decir, su fin es el de reorientar temporoespacialmente, auto psíquica y socialmente al paciente, restableciendo

su identidad personal. La terapia se desarrolla con pequeños grupos de pacientes y generalmente se comienza con aspectos de orientación temporal (día, mes, año), espacial (lugar donde se encuentra) y personal (nombre y edad de los participantes) y sigue por el posterior análisis de eventos, generalmente del entorno próximo al paciente. (9)

La terapia de reminiscencia tiene su origen en los trabajos que Robert Butler, psiquiatra y geriatra americano, llevó a cabo en 1963. Constituye el recuerdo sistemático de hechos personales en toda su amplitud, ruidos, olores, imágenes y emociones, es decir, establece una forma de activar el pasado personal. El objetivo principal es estimular la propia identidad y la autoestima de la persona. La variante más formal puede desarrollarse por medio de talleres grupales, al estimular el intercambio entre sus miembros sobre eventos pasados. El personal que pone en práctica la intervención puede apoyarse de instrumentos como fotografías, videos, objetos y diarios personales, música, entre otros. (3)

Las técnicas de validación, desarrolladas por Naomi Feil en 1963, representan una reacción a la práctica exagerada. Se basa en una actitud de respeto y empatía con el paciente. Abarca técnicas como parafrasear o repetir lo esencial de lo que acaba de decir el paciente al emplear sus mismas palabras, imitar el tono de voz y cadencia del habla para así hacer que la persona mayor se sienta más segura y comfortable. (9)

El entrenamiento cognitivo incluye la práctica guiada de un conjunto de tareas estándar diseñadas para reflejar las funciones cognitivas específicas, como la atención, la memoria o la solución de problemas, que puede realizarse en una variedad de entornos y formatos. Su práctica regular tiene el potencial de mejorar o mantener el funcionamiento en un dominio dado. (7,10)

La rehabilitación cognitiva es un enfoque individualizado donde los objetivos personales relevantes son identificados y se trabaja con el paciente y su familia a diseñar estrategias para hacer frente a éstos. El énfasis está en mejorar el rendimiento en la vida cotidiana, en la reducción de la discapacidad funcional y en aumentar la actividad y la participación social, sin basarse en pruebas cognitivas. (10) Esta intervención permite la capacidad del individuo para procesar y utilizar la información que entra y provee al sujeto de una serie de estrategias que permitan mejorar o recuperar los déficits producidos por las alteraciones cognitivas. (7)

Numerosos estudios proponen una aplicación de tratamientos integrales biopsicosociales, es decir, una combinación de tratamiento farmacológico y no farmacológico para potenciar así su efecto sinérgico.(11,12)

Desde una visión enfocada al tratamiento sintomatológico de la enfermedad de Alzheimer, puede observarse que la investigación y evidencia en relación con la farmacoterapia es mucho más amplia que la de las terapias no farmacológicas.

Ante esta situación, se lleva a cabo una revisión bibliográfica con el fin de determinar la efectividad de las psicoterapias cognitivas en pacientes con EA leve-moderada, ya que se trata de una alternativa que no supone coste económico, además de ser una técnica no invasiva y puede disminuir la necesidad de realizar restricciones tanto físicas como químicas en nuestra población de estudio. (11)

2. OBJETIVOS

Objetivo general

Evaluar la eficacia de la aplicación de psicoterapias cognitivas en pacientes con Enfermedad de Alzheimer en las primeras etapas de la enfermedad.

Objetivos secundarios

Valorar si las psicoterapias cognitivas...

- *Específico 1.* Mejoran las capacidades funcionales y procesos cognitivos de los pacientes con Enfermedad de Alzheimer.
- *Específico 2.* Son una intervención eficaz para controlar los síntomas neuropsiquiátricos derivados de la enfermedad.
- *Específico 3.* Aumentan la calidad de vida de los pacientes con Alzheimer.
- *Específico 4.* Aumentan el bienestar del cuidador/es principal/es de los pacientes con Enfermedad de Alzheimer.

3. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Estrategia de búsqueda

Se formula la pregunta de investigación siguiendo la fórmula PICO:

¿Es efectiva la aplicación de psicoterapias cognitivas en pacientes con Enfermedad de Alzheimer?

- P: pacientes diagnosticados de Alzheimer
- I: aplicación de psicoterapias cognitivas
- C: comparación de la intervención con psicoterapias cognitivas no realizada.

- O: evaluar si mejora los procesos cognitivos, las alteraciones de conducta y la calidad de vida de los pacientes en estudio y el bienestar del cuidador principal.

Una vez concretada la pregunta de investigación, se realizó una búsqueda bibliográfica a través de metabuscadores como la *Biblioteca Virtual en Salud (BVS)* y *EBSCOhost*; bases de datos específicas *Pubmed* y las revisiones *Cochrane*.

Las palabras clave usadas fueron *Enfermedad de Alzheimer* y *psicoterapias cognitivas*, que a través del DeCS y MeSh, se establecieron los descriptores primarios para la combinación booleana siendo así: “Alzheimer’s Disease” y “cognitive psychotherapies”, unidos en el primer nivel con el booleano AND.

Crterios de inclusión

Se incluyeron aquellos artículos publicados en español e inglés en los últimos 10 años.

La población diana en torno a la cual se orienta la búsqueda bibliográfica incluye pacientes adultos, mayores de 65 años, diagnosticados de Alzheimer (leve, leve-moderado o moderado), hospitalizados en unidades de larga estancia o residencias o bien pacientes que residen en casa.

Además, para la inclusión de los estudios, éstos tenían que aplicar en sus pacientes terapias cognitivas, ya fuera combinado con agentes farmacológicos o no. Se han comprendido tanto los artículos sobre terapias de grupo como los que aplican terapias individualizadas.

Crterios de exclusión

- Estudios en los que sus muestras incluyeran pacientes con otro tipo de demencia y/o trastorno psiquiátrico o no indicaran que estuvieran diagnosticados de Alzheimer.
- Estudios que no midieran los resultados (*outcomes*) planteados en la pregunta de investigación.
- Estudios que no aportaran resultados originales.

Limitaciones específicas de búsqueda

En la búsqueda del metabuscador de la *Biblioteca Virtual en Salud* (BVS) también se seleccionaron los límites de artículos que trataran específicamente sobre la Enfermedad de Alzheimer y que fueran sobre psicoterapia y terapia cognitiva.

Por lo que hace a la búsqueda en el metabuscador de *EBSCOhost*, se indicó a la hora de introducir los descriptores, que fuera texto completo (TX).

En la base de datos específica de *Pubmed*, se acotó a los estudios que fuesen ensayos clínicos, estudios controlados aleatorizados, estudios observacionales y revisiones, además de indicar en la disponibilidad de texto que fuese “Full text”. Otra de las limitaciones seleccionadas fueron que las muestras escogidas de los artículos fuera población mayor de 65 años.

En la base de revisiones Cochrane, en la introducción de los descriptores se seleccionó la opción de texto completo (TX), además de especificar los criterios generales de idioma y fecha de publicación.

4. RESULTADOS

Resultados de la búsqueda bibliográfica

Tras el establecimiento del diseño de búsqueda y teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión establecidos previamente; se llevó a cabo la aplicación de la estrategia bibliográfica en los mencionados metabuscadores, base de datos específica y revisiones.

En el metabuscador de la *Biblioteca Virtual en Salud* (BVS), tras introducir los descriptores y los límites establecidos, se encontraron 65 artículos, de los cuales se seleccionaron 9 tras lectura del título y resumen. Con la posterior lectura rigurosa del artículo, se decidió incluir en el estudio 7 de estos artículos.

En la búsqueda de *EBSCOhost - PsycINFO, Cinahl*, se encontraron un total de 50 artículos tras las limitaciones establecidas, de los que no se seleccionó ninguno tras lectura de título y resumen, por repetición de estos en otras bases de datos y por falta de interés e incumplimiento de los criterios de inclusión.

Por lo que hace a la base de datos específica *Pubmed*, tras acotar la búsqueda, se localizaron 185 artículos. Tras la lectura de título y resumen se seleccionaron 12 estudios, de los cuales 8, se incluyeron en la revisión tras una lectura rigurosa.

En la base de revisiones Cochrane, se encontraron en los resultados de búsqueda, 14 revisiones sistemáticas, 46 ensayos y 5 protocolos. Se seleccionaron en un principio 4 estudios de los que finalmente, tras una lectura completa, se incluyeron 2 en la revisión.

A continuación, se procedió a realizar una búsqueda manual dirigida de aquellos artículos ya incluidos más significativos. Con esta, se seleccionaron 4 artículos más.

El flujo de los artículos seleccionados puede observarse de forma más detallada en el Anexo 1.

Posteriormente, se determinó el nivel de evidencia de los artículos recopilados mediante la escala *Scottish Intercollegiate Guidelines Network* (SIGN) y el grado de recomendación. Dicha escala está incluida en el Anexo 2.

Estudios incluidos

Fueron incluidos a la revisión bibliográfica 21 artículos, que cumplieran con los criterios de inclusión y cuya publicación estaba comprendida entre 2009 y 2019.

La literatura publicada sobre el tema de investigación es variada, siendo en su mayoría estudios controlados aleatorizados. Podemos decir, de forma generalizada, que tienen el objetivo de valorar el efecto de las distintas psicoterapias existentes en pacientes con Alzheimer, incidiendo en la mayoría de los estudios en la función cognitiva y la calidad de vida. Por otro lado, también se encuentra algún estudio observacional, que reúnen información cuantitativa o cualitativa sobre un solo tipo de intervención en una única población; estudios cuasiexperimentales, en los que se estima el impacto causal de distintas intervenciones; al igual que con varias revisiones sistemáticas y metaanálisis.

Para facilitar la lectura de los datos más relevantes que se han identificado en cada uno de los artículos incluidos en la revisión, se ha elaborado una tabla (Anexo 3) que resume

las principales características del contenido de éstos incluyendo nivel de evidencia y grado de recomendación.

5. DISCUSIÓN

La evidencia analizada en el presente trabajo muestra diferentes niveles de calidad metodológica. A pesar de que la mayoría de los estudios seleccionados generan un nivel de evidencia alta, hay un amplio abanico en el enfoque del tratamiento aplicado.

De acuerdo con la literatura analizada, las psicoterapias cognitivas se ajustan como opción terapéutica para su empleo en pacientes con Alzheimer en las primeras etapas de la enfermedad. En la mayoría de los estudios examinados recomiendan el uso de estas terapias en combinación con tratamiento farmacológico, ya que permite una reducción de la dosificación de fármacos y, en consecuencia, disminuir los efectos nocivos secundarios.

Con la finalidad de dar respuesta en su totalidad al fenómeno de investigación, se irán analizando los objetivos específicos planteados a través de la bibliografía consultada.

Cognición y capacidad funcional

Respecto a los procesos cognitivos, se encuentra diversa evidencia de que, en pacientes afectados de Alzheimer, la aplicación de programas de estimulación cognitiva, de reminiscencia y de rehabilitación cognitiva, tienen un efecto significativo positivo en la cognición, ofreciendo mejoras temporales. (3,4,10,13)

Según Dolores M et al. (11) mediante el entrenamiento cognitivo con la aplicación de un programa de psicoestimulación no se puede concluir que los pacientes con EA experimenten una mejoría global en sus funciones cognitivas. Sin embargo, los sujetos mejoran su potencial de aprendizaje tanto en recuerdo en la fluidez verbal como de la memoria.

Diversos estudios afirman que, las personas con Alzheimer, ya en la primera etapa de la enfermedad, presentan su función de memoria reducida en su globalidad, pero algunas otras funciones como la memoria semántica o la memoria de procedimientos están

todavía intactas. Además, con la aplicación de estos programas de estimulación, los pacientes tienden a mantener un nivel estable de funcionamiento cognitivo global durante al menos 6 meses. (3,14)

Otros estudios, con un nivel de evidencia menor por sus características metodológicas, muestran que la capacidad cognitiva de los sujetos evaluados tras la aplicación de un programa de estimulación disminuye de forma continua y significativa, aunque lo hace en menor medida que en el grupo control. Aun así, se considera que el resultado más notable que abarca no sólo una condición científica, sino también ética, es que aquellos pacientes no tratados, incluso con un nivel de funcionamiento más alto en la línea de base que los pacientes tratados, empeoran cuando no reciben un entrenamiento cognitivo.(2,11)

Por lo que hace a la capacidad funcional de estos pacientes, estudios demuestran que no existen diferencias significativas en la aplicación de psicoterapias ya que los sujetos se encuentran en estadios leves de la enfermedad y estas capacidades se mantienen más estables en esta etapa. No obstante, si se entrena de forma específica esta área, se produce una mejoría desde el primer seguimiento. (13)

Otros autores comentan que un aspecto muy positivo en la rehabilitación del Alzheimer es el enfoque actual sobre las actividades de la vida diaria, que tiene como objetivo aumentar el tiempo que los pacientes son capaces de permanecer relativamente independientes, cosa que puede limitar la carga de los cuidadores.(7) Aun así, el rendimiento en actividades complejas de la vida diaria se ve comprometida principalmente por el déficit en la capacidad ejecutiva que incluye la volición, la organización, el juicio, la planificación y secuenciación. Estas deficiencias también interfieren en la capacidad para adoptar nuevas habilidades de afrontamiento, para seleccionar las soluciones adecuadas, y aplicar estrategias en distintas circunstancias de la vida diaria. Por lo tanto, para alcanzar resultados clínicamente significativos en la aplicación de tratamientos de estimulación cognitiva en personas con Alzheimer, puede ser imprescindible el uso de intervenciones altamente individualizadas, para centrarse en un número limitado de necesidades personales pertinentes e injertar cuidadosamente habilidades de afrontamiento recién aprendidas en el entorno real. (15,16)

Serdà BC. et al. (2) considera que la pérdida de la autonomía y funcionalidad de estos pacientes no está causada únicamente por el Alzheimer, sino también por la bradicinesia y el sedentarismo. Además, la mejora física y funcional transfiere en la autonomía de las

ABVD y en los patrones motores básicos del enfermo. Esta mejora, disminuye el riesgo de la triada, caída-fractura-dependencia.

Sin embargo, como señala Woods B. et al. (10) cambios en la cognición y funcionalidad no son suficientes para justificar un amplio programa de intervención, a menos que vayan acompañados de otros cambios en el comportamiento y bienestar de los pacientes con EA.

Síntomas neuropsiquiátricos

La agitación, la psicosis, la depresión y la ansiedad son síntomas comunes en la EA y suponen un impacto negativo en la calidad de vida de estos pacientes y sus cuidadores. Estos síntomas son el principal desencadenante de la institucionalización.

La agitación tiende a ocurrir en etapas más avanzadas del deterioro cognitivo, mientras que los síntomas psicóticos se producen en hasta el 51% de los pacientes con EA. (17)

Quintana DJ. et al.(13) anuncia que es una herramienta psicoeducativa importante que los cuidadores aprendan a reconocer los patrones problemáticos, ya que, por ejemplo, la agitación puede ser causada por el aburrimiento, la soledad o el dolor. Abordar estas necesidades puede minimizar el comportamiento disruptivo de los sujetos con Alzheimer.

Es imprescindible el uso de un lenguaje sencillo y señales visuales para mejorar la comunicación y minimizar la frustración de los pacientes. Las terapias como la reminiscencia ayudan a la tarea de recuerdo, cosa que aumenta la fuerza de motivación de los sujetos y reduce la agitación. (17,18)

Estimaciones de la prevalencia de la depresión en EA varía entre el 26% al 50%. Los mejores indicadores de depresión en estos pacientes son la persistencia del estado de ánimo bajo y la disminución del afecto positivo. La depresión aumenta el riesgo de trastornos de sueño, agitación y suicidio, además de poder causar un exceso de discapacidad cognitiva, afectando aún más la función y el aumento de la carga del cuidador. Las psicoterapias grupales brindan una disminución del aislamiento social, la activación conductual y una reducción del comportamiento negativo. (19)

Algunos estudios reflejan que la disminución de síntomas depresivos tras la intervención cognitiva solo disminuye de forma significativa en el colectivo femenino. (5)

Las estimaciones de la prevalencia de la ansiedad en la EA varían del 2% para el trastorno de pánico, 5% para el trastorno de ansiedad generalizada, y 70% para síntomas de ansiedad no específicos. (17). Las intervenciones no farmacológicas para el tratamiento de este síntoma incluye la terapia conductual cognitiva (7), psicoterapias centradas en el arte como la musicoterapia y terapias grupales como de reminiscencia o de orientación a la realidad, que también ayudan en el aumento de la socialización. (12). Terapias de memoria tales como mantener un diario autobiográfico, actividades de resolución de problemas, debates, etc. también son efectivas en el tratamiento de la ansiedad. (8)

En definitiva, se deduce que las psicoterapias cognitivas, tanto de enfoque individualizado como grupal, disminuye el grado de agitación de los pacientes, y por tanto, se indica que podría también disminuir la necesidad de aumentar las dosis de medicación tranquilizante, debido a que el efecto de estas intervenciones sería el aumentar el umbral de tolerancia ante estímulos ambientales estresantes, que desencadenarían trastornos conductuales (17,18)

Calidad de vida

En los aspectos relacionados con la calidad de vida, al valorarse los efectos positivos de las terapias cognitivas y estimulación sobre el funcionamiento cognitivo, agitación, depresión y ansiedad, realiza una mejoría de la calidad de vida. (17)

Azurra D. et al.(18) mediante un programa de terapia de reminiscencia utilizando un enfoque de historia de vida, afirma que las actividades de recuerdo mejoran la calidad de vida de los pacientes con Alzheimer. La sutileza en el proceso de comunicación entre el paciente y el profesional, incluyendo también el cuidador, asociándose a un aumento de la empatía, también son aspectos que favorecen la calidad de vida. La carga y los costes sociales y económicos de los efectos en salud del deterioro general de los sujetos con Alzheimer requieren acciones públicas de salud cognitiva, no solo para tratar al propio sujeto sino también para contribuir a reducir la carga del cuidador y los servicios de salud, promoviendo así el bienestar de este trinomio. El posible efecto sobre los determinantes de la salud mental de las personas mayores con Alzheimer debe ser considerado en todos

los ámbitos de política. Mediante el diseño de servicios de atención a estos sujetos, se tiene que reconocer la importancia de proporcionar acceso a las actividades sociales significativas y posibilidades de apoyo en grupos de pares para así fomentar su calidad de vida. Además, Woods B. et al. (10) expone que hay poca evidencia sobre el coste-efectividad de las terapias cognitivas aunque para la cognición y la calidad de vida, bajo supuestos razonables, propone que hay una alta probabilidad de que estas intervenciones sean más rentables que el tratamiento farmacológico para el Alzheimer.

Varios estudios asocian que las terapias de estimulación cognitiva tienen efectos beneficiosos sobre la calidad de vida de los pacientes con EA tras varios meses de seguimiento con solo sesiones de mantenimiento. (12,14,20)

Por una parte, las terapias de grupo de estimulación como terapias de reminiscencia o de entrenamiento cognitivo, en los que se llevan a cabo debates, aportaciones, etc. han demostrado que facilitan la interacción social entre los distintos participantes y promueven en consecuencia la fusión del lenguaje, reduciendo de ese modo el aislamiento social. (5,7). Por lo tanto, las relaciones sociales parecen ser un elemento clave para sostener la calidad de vida de las personas con Alzheimer, ya que refuerzan el sentido del valor personal, la agencia, la confianza social y la esperanza. (18)

Según aportaciones de otros estudios, para una mejoría en la calidad de vida de los pacientes con EA, es imprescindible la rehabilitación cognitiva individualizada, para centrarse en un número limitado de necesidades personales e injertar cuidadosamente las habilidades de afrontamiento recién aprendidas en el entorno real.(15,16). Además, varios estudios afirman el retraso de la institucionalización de los pacientes cuando se aplica este tipo de intervención individualizada, basada en la educación y el apoyo cognitivo, siendo pequeña la cantidad de recursos utilizados.(19,21,22)

Cuidador principal

Al tratar un paciente con EA, es de suma importancia incluir las necesidades de su cuidador principal, ya que a menudo, siente el peso de la demencia de forma más aguda, al ver que la persona que cuidan, poco a poco se va deteriorando en toda su esfera

biopsicosocial. (17). Además, los cuidadores son propensos a experimentar depresión, ansiedad y problemas relacionados con el aumento de los niveles de estrés (23).

Borisovskaya A. et al.(17) propone que la psicoeducación, el apoyo e intervenciones multimodales que estén adaptadas y dirigidas también a los cuidadores pueden ser eficaces. Por lo tanto, expone que un factor que puede aumentar el bienestar del cuidador es proporcionar una atención individualizada para los pacientes con EA y sus cuidadores, así como mejorar la comunicación entre los profesionales sanitarios y los propios cuidadores, proporcionando seguridad y confort. Del componente psicoeducativo, hace hincapié en dar consejos sobre la planificación de la atención, las instrucciones anticipadas, el autocuidado para los cuidadores, el manejo del paciente, la resolución de problemas y la formación de gestión del estrés, además de proporcionar información sobre el Alzheimer y su progresión.

Además, según afirma Liberati G. et al.(7) un aspecto muy positivo de la rehabilitación funcional y cognitiva en pacientes con Alzheimer, es el enfoque actual sobre las actividades de la vida diaria, que tiene como objetivo aumentar la capacidad del paciente en el tiempo de permanecer relativamente independiente, lo que limita la carga de los cuidadores.

Varios estudios manifiestan que los familiares de aquellos sujetos participantes en los grupos de intervención en las terapias cognitivas califican su calidad de vida y bienestar significativamente mejor en el dominio de las relaciones sociales que aquellos cuidadores de los participantes en grupos control/no tratamiento. (5,15,16)

Woods B. et al.(10) en su revisión sistemática, enuncia que en tres de los estudios analizados se enseña a los cuidadores familiares a llevar a cabo intervenciones de estimulación cognitiva en el hogar. Los resultados muestran que los tamaños del efecto para la ansiedad, la depresión y la carga del cuidador eran todos cerca de cero en los tres estudios.

Limitaciones del estudio

A pesar de que la mayoría de los estudios revisados son ensayos clínicos aleatorizados, algunos de ellos solamente son cegados simples. Otros, al ser estudios descriptivos y no ensayos clínicos, los pacientes no fueron asignados al azar a una condición y no hubo grupo control. Aun así, la mayor parte de limitaciones son de aspecto metodológico.

En muchos de los artículos, el pequeño tamaño de las muestras y la falta de equivalencia entre ambos grupos (control e intervención) contribuyen a debilitar el poder estadístico del propio estudio. Estas limitaciones son hasta cierto punto características de este tipo de intervenciones por la dificultad a la hora de conseguir pacientes con características homologables que puedan ser asignados a condiciones experimentales y controles.

La ausencia de protocolos de tratamiento detallados hace que existan diferencias en énfasis a la hora de aplicar la intervención cognitiva. Además, existe un grado variable de precisión en las intervenciones llevadas a cabo; nos encontramos ante artículos muy dispares entre sí, debido al amplio enfoque que suponen las psicoterapias cognitivas. Todas siguen la misma línea y objetivo, pero usan distintas técnicas específicas para abastecerlo.

En la mayoría de los casos, tanto la duración de la intervención como la duración del seguimiento es relativamente corto. Por lo tanto, el efecto de las psicoterapias cognitivas a la larga sigue siendo desconocido en este momento, aunque siendo la naturaleza de la EA un proceso neurodegenerativo progresivo en sí, este tipo de terapias, al igual que el tratamiento farmacológico, son únicamente paliativas hasta ciertas etapas de la enfermedad.

Líneas futuras

Los estudios futuros deberían investigar la eficacia de las psicoterapias cognitivas durante periodos más largos de tiempo para que las estrategias adquiridas pudieran alcanzar un grado de automatización significativo. Además, los periodos de seguimiento deberían de incluir sesiones de refuerzo de forma regular y estudiar si se mantienen los efectos a la larga.

Un reto a largo plazo podría ser centrarse también en otras etapas de la enfermedad, en un nivel más avanzado y abastecer las necesidades en comunicación, ya que, en las últimas fases del Alzheimer, ésta puede ser extremadamente difícil.

Otra línea futura, sería incluir indicadores de la respuesta funcional del cerebro utilizando técnicas como la imagen por resonancia magnética, que, aunque está empezando a ser usada, su empleo debería extenderse ya que los resultados que aporta son significativos y de interés.

Para conseguir una evidencia plena en la aplicación de las psicoterapias cognitivas, es imprescindible llevar a cabo ensayos clínicos con instrumentos de alta sensibilidad y establecer además la unificación de intervenciones con una posterior realización de revisiones con metaanálisis.

De acuerdo con varios autores, es preferible para la rehabilitación cognitiva centrarse en la mejora de la función cognitiva global en lugar de la formación de dominios distintos, ya que, en la vida cotidiana, la memoria, el lenguaje, las funciones ejecutivas y el razonamiento están estrechamente relacionados. Centrándose en el funcionamiento global también permitiría extender los efectos de la formación a la vida cotidiana. Es importante señalar, sin embargo, que se requiere más investigación en esta dirección antes de sacar una conclusión definida, puesto que todavía hay una falta de estudios que evalúen la posibilidad de la transferencia de una capacidad específica de un contexto a otro en los pacientes con EA.

Finalmente, incidir en que, en contraste con el tratamiento farmacológico para la EA, las intervenciones como las psicoterapias cognitivas suelen ser de bajo coste, relacionado con el esfuerzo humano. Esto significa que estas intervenciones podrían estar disponibles a bajo precio en los países en desarrollo. Sin embargo, esto también significa que para los intereses comerciales es probable que exista una falta relativa de rendimiento de la inversión en la investigación en comparación con, por ejemplo, un medicamento recién licenciado. Los gobiernos, las organizaciones benéficas de investigación y las organizaciones filantrópicas deberían realizar importantes inversiones en el desarrollo y difusión de las terapias no farmacológicas para apoyar la investigación y mejorar la evidencia de su efectividad. Los beneficios para los pacientes con Alzheimer, sus cuidadores y la sociedad podrían ser considerables.

Neuroimagen

Varios estudios analizados han puesto en práctica el uso de la resonancia magnética funcional para medir cambios en los mecanismos neuronales relacionados con las distintas intervenciones cognitivas aplicadas.

Baglio F. et al. (5) concluye en su estudio que en aquellos sujetos que reciben terapia de estimulación cognitiva se produce un aumento en activaciones de la corteza temporal superior bilateral, el tálamo y el córtex insular anterior; especificando que estas áreas juegan un papel importante en la generación de la palabra, además de que el tálamo actúa como un monitor central para actividades corticales específicas del idioma y en la ejecución del lenguaje. Por otra parte, la corteza insular está relacionada con el habla y la experiencia emocional.

Los estudios afirman que el uso de imágenes funcionales para supervisar las intervenciones cognitivas puede tener un beneficio general para detectar cambios subclínicos y proporcionar señales para mejorar aún más las estrategias de rehabilitación y estimulación cognitiva. Además, los cambios vistos mediante la resonancia magnética funcional apoyan la idea de que incluso el cerebro con EA tiene recursos para fomentar la plasticidad neuronal y puede reaccionar a los estímulos ambientales positivos.(5,16,23)

6. CONCLUSIONES

El Alzheimer es una enfermedad neurodegenerativa progresiva que no puede ser revertida y que inexorablemente conduce a la discapacidad, cambios de comportamiento, deterioro de la salud en general y a la muerte. Ninguno de los tratamientos disponibles en la actualidad puede alterar este pronóstico. Sin embargo, en el camino, muchas intervenciones ofrecen esperanzas de mejoras temporales en funcionamiento, cognición y calidad de vida, reducción de síntomas neuropsiquiátricos, y, en consecuencia, disminución de la angustia tanto para los pacientes con EA como para sus cuidadores familiares. A pesar de la necesidad de más investigación en el campo y estudios de mayor calidad con muestras mayores, los resultados sugieren que la aplicación de las psicoterapias cognitivas es beneficiosa en las primeras etapas de la EA.

Como resultados obtenidos en relación con la cognición y la capacidad funcional, faltan claramente estudios que evidencien la efectividad de las psicoterapias en este ámbito, ya que las conclusiones y opiniones de los distintos artículos analizados son dispares.

Analizando los resultados sobre los síntomas neuropsiquiátricos, se puede afirmar que el uso de psicoterapias cognitivas es un buen método para reducir esta tipología de síntomas en pacientes con Alzheimer, y, por lo tanto, también podría disminuir la necesidad de aumentar la dosis de medicación tranquilizante y con ello, reducir el riesgo de posibles efectos adversos.

Respecto a la percepción de calidad de vida de los pacientes con EA, se puede garantizar que las intervenciones cognitivas estudiadas tienen un efecto positivo sobre ella. Tanto las terapias grupales que demuestran una facilitación de la interacción social, reduciendo el aislamiento de los sujetos estudiados como la rehabilitación cognitiva individualizada que se centra en las necesidades personales del paciente, producen efectos beneficiosos mejorando la calidad de vida de los pacientes con Alzheimer.

En relación con el bienestar del cuidador principal, es de suma importancia hacer partícipe al familiar en las distintas intervenciones cognitivas en la medida de lo posible, ya que hay que concebir el paciente y el cuidador como binomio. Además, se hace hincapié en el componente psicoeducativo del familiar mediante consejos sobre la planificación de la atención, instrucciones en autocuidado para los propios cuidadores, manejo del paciente y gestión del estrés para procurar su bienestar.

Como respuesta a la pregunta de investigación de esta revisión bibliográfica, las psicoterapias cognitivas pueden proporcionar efectos beneficiosos a los pacientes con EA, siendo sinérgicas con el tratamiento habitual, incluso ayudando a disminuir las dosis de medicación, por lo que serían una terapia eficaz. Aun así, sigue faltando evidencia que muestre unos resultados claros y con mayor significación estadística de que las psicoterapias cognitivas benefician a este tipo de pacientes no solo en el momento de la intervención o durante un corto periodo de tiempo, sino también a largo plazo.

Reflexividad de la autora

Dedicado a todos aquellos que perdieron la memoria por el camino, en especial mi abuela, quién me ha inspirado en realizar el Trabajo de Fin de Grado sobre esta temática, el Alzheimer y las posibles intervenciones cognitivas que pueden beneficiar el estado biopsicosocial de estas personas.

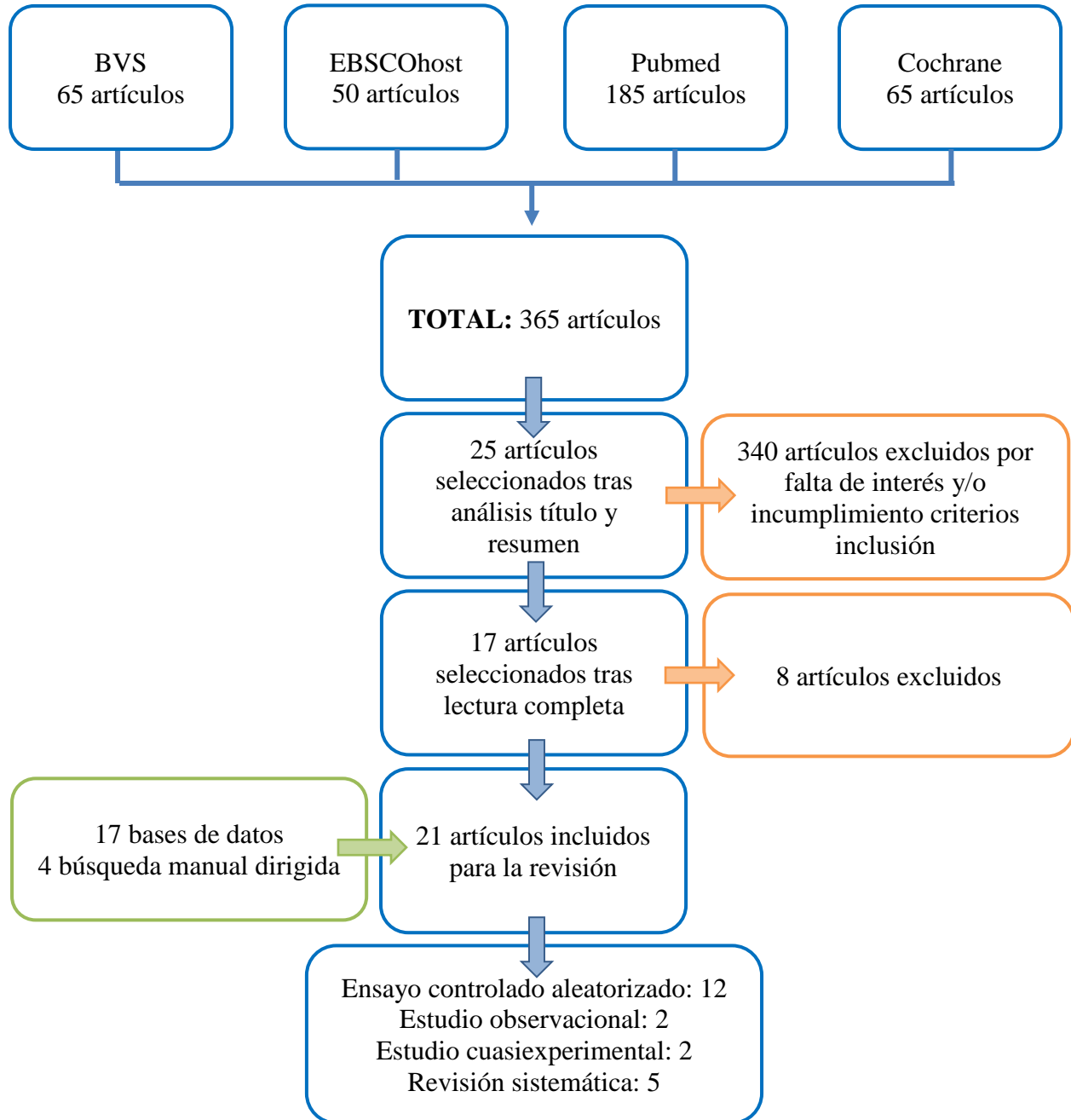
7. BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. Towards a dementia plan: a WHO guide [Internet]. World Health Organization. 2018. 71 p. Recuperado a partir de: <http://www.who.int/iris/handle/10665/272642>
2. Serdà I Ferrer BC, Ortiz Collado A, Àvila-Castells P. Reeduación psicomotriz en personas con enfermedad de Alzheimer. *Rev Med Chil*. 2013;141(6):735-42.
3. Li M, Lyu JH, Zhang Y, Gao ML, Li WJ, Ma X. The clinical efficacy of reminiscence therapy in patients with mild-to-moderate Alzheimer disease: Study protocol for a randomized parallel-design controlled trial. *Med (United States)*. 2017;96(51).
4. Graessel E, Stemmer R, Eichenseer B, Pickel S, Donath C, Kornhuber J, et al. Non-pharmacological, multicomponent group therapy in patients with degenerative dementia: a 12 Mon Randomized, Control Trial. *BMC Medicine*. 2011;(9):129.
5. Baglio F, Griffanti L, Saibene FL, Ricci C, Alberoni M, Critelli R, et al. Multistimulation group therapy in Alzheimer's disease promotes changes in brain functioning. *Neurorehabil Neural Repair*. 2015;29(1):13-24.
6. Ibarria M, Alegret M, Valero S, Morera A, Guitart M, Cañabate P, et al. Beneficial effects of an integrated psychostimulation program in patients with Alzheimer's disease. *J Alzheimer's Dis*. 2016;50(2):559-66.
7. Liberati G, Raffone A, Belardinelli MO. Cognitive reserve and its implications for rehabilitation and Alzheimer's disease. *Cogn Process*. 2012;13(1):1-12.
8. MR V, J S, L F, OP A. Cognitive activity for the treatment of older adults with mild Alzheimer's disease (AD) - PACE AD: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials* 2011;12:47.
9. Clare L, Woods RT. Cognitive training and cognitive rehabilitation for people with early-stage Alzheimer's disease: A review. *Neuropsychol Rehabil*. 2004;14(4):385-401.
10. Woods B, Aguirre E, Ae S, Orrell M. Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Review*. 2012;(2).
11. Dolores M, Cassinello Z, Tárraga L. Plasticidad cognitiva en personas con la enfermedad de Alzheimer que reciben programas de estimulación cognitiva. *Psicothema*. 2008;20:432-7.
12. Orrell M, Aguirre E, Spector A, Hoare Z, Woods RT, Streater A, et al. Maintenance cognitive stimulation therapy for dementia: Single-blind, multicentre, pragmatic randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2014;204(6):454-61.
13. Quintana Hernández DJ, Miró Barrachina MT, Ibáñez Fernández I, del Pino AS, García Rodríguez J r., Hernández JR. Efectos de un programa de intervención neuropsicológica basado en mindfulness sobre la enfermedad de Alzheimer: Ensayo clínico aleatorizado a doble ciego. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2014;49(4):165-72.
14. Yamanaka K, Kawano Y, Noguchi D, Nakaaki S, Watanabe N, Amano T, et al. Effects of cognitive stimulation therapy Japanese version (CST-J) for people with dementia: a single-blind, controlled clinical trial. *Aging & Mental Health* 2013;7863.
15. A K, A T-O, B C, S E, L F, HJ G, et al. CORDIAL: cognitive rehabilitation and cognitive-behavioral treatment for early dementia in Alzheimer disease: a multicenter, randomized, controlled trial. *Alzheimer Dis Assoc Disord*.

- 2012;26(3):246-53.
16. Clare L, Linden DEJ, Woods RT, Whitaker R, Evans SJ, Parkinson CH, et al. Goal-oriented cognitive rehabilitation for people with early-stage alzheimer disease: A single-blind randomized controlled trial of clinical efficacy. *Am J Geriatr Psychiatry*; 2010;18(10):928-39.
 17. Borisovskaya A, Pascualy M, Borson S. Cognitive and Neuropsychiatric Impairments in Alzheimer's Disease: Current Treatment Strategies. *Curr Psychiatry Rep*. 2014;16(9).
 18. Azcurra DJLS. A reminiscence program intervention to improve the quality of life of long-term care residents with Alzheimer's disease. A randomized controlled trial. *Rev Bras Psiquiatr*. 2012;34(4):422-33.
 19. Olazarán J, Reisberg B, Clare L, Cruz I, Peña-Casanova J, Del Ser T, et al. Nonpharmacological therapies in alzheimer's disease: A systematic review of efficacy. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2010;30(2):161-78.
 20. Aguirre E, Hoare Z, Streater A, Spector A, Woods B, Hoe J, et al. Cognitive stimulation therapy (CST) for people with dementia - who bene fi ts most?. *Geriatric Psychiatry*. 2012;67-73.
 21. Amieva H, Robert PH, Grandoulier AS, Meillon C, De Rotrou J, Andrieu S, et al. Group and individual cognitive therapies in Alzheimer's disease: The ETNA3 randomized trial. *Int Psychogeriatrics*. 2016;28(5):707-17.
 22. Cooper C, Mukadam N, Katona C, Lyketsos CG, Ames D, Rabins P, et al. Systematic review of the effectiveness of non-pharmacological interventions to improve quality of life of people with dementia. *Int Psychogeriatrics*. 2012;24(6):856-70.
 23. Van Paasschen J, Clare L, Yuen KSL, Woods RT, Evans SJ, Parkinson CH, et al. Cognitive rehabilitation changes memory-related brain activity in people with Alzheimer disease. *Neurorehabil Neural Repair*. 2013;27(5):448-59.

8. ANEXOS

Anexo 1. Diagrama de flujo



Anexo 2. Tablas niveles de evidencia y grados de recomendación SIGN.

NE	Interpretación
1++	Metaanálisis de alta calidad, RS de EC o EC de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo.
1+	Metaanálisis bien realizados, RS de EC o EC bien realizados con poco riesgo de sesgos.
1-	Metaanálisis, RS de EC o EC con alto riesgo de sesgos.
2++	RS de alta calidad de estudios de cohortes o de casos y controles. Estudios de cohortes o de casos y controles con bajo riesgo de sesgo y con alta probabilidad de establecer una relación causal.
2+	Estudios de cohortes o de casos y controles bien realizados con bajo riesgo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal.
2-	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo y riesgo significativo de que la relación no sea causal.
3	Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos.
4	Opinión de expertos

Grado de recomendación	Interpretación
A	Al menos un metaanálisis, RS o EC clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la guía; o un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos.
B	Volumen de evidencia científica compuesta por dos estudios clasificados como 2++, directamente aplicable a la población blanco de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 1++ o 1+.
C	Volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2+ directamente aplicables a la población blanco de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2++.
D	Evidencia científica de nivel 3 o 4; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2+.

Anexo 3. Tabla resumen de los artículos revisados ordenados por nivel de evidencia.

Autor y año	Diseño del estudio	Muestra	Metodología	Resultados y conclusiones	NE	GR
Linda Clare (2010)	Ensayo controlado aleatorizado, simple ciego	69 participantes con EA: Grupo RC, N=23 Grupo relajación, N=24 Grupo control, N=22	Proporcionar evidencia sobre la eficacia clínica de la rehabilitación cognitiva en la EA en estadio temprano. 8 sesiones semanales individuales de RC que consisten en intervenciones dirigidas a atender los objetivos pertinentes de forma individual con el apoyo de los componentes que abordan las ayudas y estrategias prácticas para aprender nueva información, en el mantenimiento de la atención y la concentración, y las técnicas para el manejo del estrés.	La RC produce una mejoría significativa en los índices de rendimiento objetivo y satisfacción. Diferencias significativas en la CdV para el grupo intervención post RC ($p=0'001$). Por lo que hace a los cuidadores de los participantes de la RC calificaron su CdV como significativamente mejor en el dominio de las relaciones sociales frente los cuidadores del grupo control. Los resultados apoyan la eficacia clínica de la RC en EA en estadio leve. Además, ofrece un medio para ayudar a las personas en las primeras etapas de EA y sus familias en la gestión de los efectos de la enfermedad.	1++	A
Bob Woods (2012)	Revisión sistemática	15 ECA Búsqueda en: MEDLINE, EMBASE, CINAHL, PsycINFO y LILACS	Evaluar la eficacia y el impacto de las intervenciones de EC para mejorar el conocimiento de las personas con demencia. Los estudios considerados para esta revisión describen una intervención de EC dirigida al funcionamiento cognitivo y social.	Aunque se necesita más investigación, los resultados obtenidos a partir de ECA sugieren que los programas de EC benefician la cognición en los pacientes con demencia leve-moderada además de asociarse también a mejoras en la CdV y la comunicación. Estos beneficios son per encima de cualquier efecto de la medicación.	1++	A

<p>Domingo Jesús Quintana Hernández (2014)</p>	<p>Ensayo clínico aleatorizado doble ciego</p>	<p>127 sujetos con EA</p>	<p>Evaluar los efectos de un programa de intervención neuropsicológica basado en mindfulness en la evolución clínica de la EA. Los tres grupos experimentales realizaron cada semana tres sesiones grupales de 90 minutos a lo largo de dos años, con un total de 288 sesiones. Tres grupos experimentales: grupo de EC realizó una intervención basada en el PPI; grupo de relajación, un programa basado en la relajación muscular progresiva; y el grupo de mindfulness. En el grupo control se mantuvieron los cuidados habituales en el hogar y tratamiento farmacológico.</p>	<p>Las mediciones de la función cognitiva global, la funcionalidad y los trastornos de conducta asociados a la demencia indicaron que los enfermos del grupo experimental basado en mindfulness se han mantenido estables durante los dos años de estudio, mientras que los controles y el resto de los grupos experimentales muestran un leve pero significativo empeoramiento en sus capacidades mentales, excluyendo la capacidad cognitiva, en la que se muestra una equivalencia entre los grupos de EC y mindfulness. El Programa de intervención neuropsicológica mindfulness se ha asociado con la estabilidad cognitiva y funcional y mejoras significativas en la situación psicopatológica en pacientes con EA por lo que se podría plantear la posibilidad de contar con un nuevo tratamiento no farmacológico para la EA, que junto con la estimulación cognitiva ofrece la oportunidad de mejorar la atención a la enfermedad y favorecer la CdV de estos pacientes y sus familiares.</p>	<p>1+</p>	<p>A</p>
<p>Daniel Jorge Luis Serrani Azcurra (2012)</p>	<p>Ensayo controlado aleatorizado simple ciego</p>	<p>135 sujetos con EA</p>	<p>Determinar si un programa de reminiscencia se asocia con mayores niveles de CdV en los residentes de hogares ancianos con demencia. La intervención utiliza un enfoque de historia de vida, con condición de tratamiento individual; cada sujeto</p>	<p>La terapia de reminiscencia mostró diferencias significativas en el grupo de intervención entre los distintos tiempos de examinación (a las 12 semanas y a los 6 meses). La intervención dio lugar a diferencias significativas entre los tres grupos a través del tiempo, mostrando una mejora significativa en la</p>	<p>1+</p>	<p>A</p>

			recibe 24 sesiones bisemanales de la terapia de recuerdo, durante 12 semanas. Los grupos de control participaron en las discusiones informales.	CdV y la participación de los residentes en el grupo de intervención.		
Helene Amieva (2016)	Ensayo aleatorizado multicéntrico	653 pacientes con EA -Entrenamiento cognitivo, N=170 Reminiscencia, N=172 -Rehabilitación cognitiva individualizada, N=157 -Control, N=154	Comparar el efecto de la formación cognitiva, terapia de reminiscencia y un programa de RC individualizada en EA con la atención habitual. Cada programa de intervención consistió en sesiones semanales (1h y 30 min) durante 3 primeros meses y sesiones de mantenimiento cada seis semanas durante los siguientes 21 meses.	Ninguna intervención mostró superioridad al grupo de referencia habitual para el resultado primario (supervivencia). Por lo que hace a la eficacia secundaria, solo los pacientes que recibieron terapia de RC individualizada mostraron una disminución funcional inferior a los 24 meses ($p=0'01$). La puntuación en la Escala Zarit fue inferior la de los cuidadores de los grupos intervención que los del grupo control ($p=0'05$). Conclusiones principales: -Ninguna de las tres intervenciones no farmacológicas retrasa la progresión de las severas etapas de la enfermedad de Alzheimer. -Terapia cognitiva y reminiscencia no tiene impacto en la eficacia secundaria en comparación con la atención habitual. -La mayor mejoría clínica se observa con la intervención de la RC individualizada.	1+	A

Jorien van Paasschen (2013)	Ensayo controlado aleatorizado	19 pacientes con EA, grupo experimental N=7; grupo control N=12	Efectos de la RC sobre la activación cerebral relacionada con la memoria en personas en las primeras etapas de EA. Intervención: 8 sesiones de 1 hora semanal de RC individualizada. Comparación de los datos pre y post intervención por neuroimagen (RM).	Después del tratamiento, el grupo experimental mostró mayor activación cerebral respecto el grupo control. Además, el grupo de RC calificó su rendimiento y satisfacción en una gama de actividades cotidianas más alta después del tratamiento. La intervención con RC en personas con EA puede haber sido capaz de operar en un proceso de reconocimiento de memoria parcialmente intacta. El uso de la RM para supervisar las intervenciones cognitivas de rehabilitación puede tener un beneficio general para detectar cambios subclínicos y proporcionar señales para mejorar aún más las estrategias de RC.	1+	A
Martin Orrell (2014)	Ensayo controlado aleatorizado, simple ciego multicéntrico	N=236 Grupo CST, N=123 Grupo control, N=113	Evaluar la eficacia de la TEC para personas con demencia. Antes de la aleatorización, todos los participantes reciben durante 7 semanas programa de TEC de 14 sesiones. Seguidamente, el grupo intervención recibe un programa de TEC de mantenimiento semanal durante 24 semanas. El grupo control recibió la atención habitual. Resultados primarios: cognición y CdV.	Para el grupo de intervención a los 6 meses hubo beneficios significativos para la CdV ($p=0'03$), la cognición ($p=0'03$) y para las ABVD ($p=0'04$). La TEC puede mejorar la cognición y la CdV en aquellos pacientes con EA con un tratamiento con ICE de base ya que las intervenciones farmacológicas y psicosociales, pueden funcionar mejor juntas que no por separado.	1+	A

<p>Javier Olazarán (2010)</p>	<p>Revisión Sistemática</p>	<p>179 ECA Búsqueda en: Medline, PsycINFO, CINAHL, Embase, Lilacs y Cochrane</p>	<p>Evaluar la mejor evidencia sobre los efectos de las terapias no farmacológicas en EA</p>	<p>Las intervenciones multicomponentes basadas en la educación y el apoyo cognitivo en los pacientes con EA retrasan su institucionalización. En los estudios de alta calidad, para los resultados en relación con la CdV no se encontró ningún otro método de tratamiento mejor. En cuanto a la cognición, comportamiento y estado de ánimo, la magnitud del efecto parecía ser similar al efecto obtenido por medicación.</p> <p>Los resultados de la revisión indican que las terapias cognitivas pueden contribuir de forma realista y asequible para la mejoría y la prestación de atención a personas con Alzheimer.</p>	<p>1+</p>	<p>A</p>
<p>Francesca Baglio (2015)</p>	<p>Estudio controlado aleatorizado, simple ciego</p>	<p>60 pacientes con EA leve-moderada</p>	<p>Eficacia una terapia de estimulación multidimensional en pacientes ambulatorios con EA para mejorar su condición en distintos dominios de la enfermedad como cognición, comportamiento y funcionamiento motor.</p> <p>3 niveles de tratamiento: Primer nivel, centrado en el paciente; segundo nivel, involucrado el cuidador y tercer nivel, incluye paciente-cuidador.</p> <p>Nivel 1: 30 sesiones de rehabilitación que comprenden actividades de orientación y ejercicios cognitivos, actividad física, actividades</p>	<p>Los síntomas del comportamiento mostraron una reducción significativa en el grupo intervención respecto al grupo control ($p=0.19$), también obtuvo una mejora en el lenguaje ($p=0.1$) y la memoria ($p=0.045$), así como el aumento de las activaciones en áreas temporales del cerebro, corteza insular derecha y tálamo (a partir de RM). No se observaron diferencias estadísticamente significativas en el estado funcional y el bienestar físico.</p> <p>La terapia de estimulación multidimensional tiene efectos significativos en la mejora de las funciones cognitivas y conductuales de los pacientes con EA mediante la restauración de funcionamiento</p>	<p>1+</p>	<p>B</p>

			ocupacionales de la vida diaria y actividades recreativas. Medidas de resultado: comportamiento neurológico y RM.	neuronal; así como mejora la motivación de los pacientes.		
Elmar Graessel (2011)	Ensayo controlado aleatorizado longitudinal, simple ciego	N=98	Evaluar el impacto de una intervención grupal no farmacológica a largo plazo sobre la función cognitiva en pacientes con demencia y en su capacidad para llevar a cabo ABVD en comparación con un grupo control que recibió atención habitual. Intervención altamente estandarizada que consistió en la estimulación motora, la práctica de actividades de la vida diaria y la EC. En grupos de 10 pacientes, dirigidos por dos terapeutas durante 2 horas, 6 días a la semana durante 12 meses.	A los 12 meses de seguimiento, el grupo intervención se mantuvo sin cambios respecto a la cognición (p=0'99) ni a la capacidad de realización de las ABVD (p=0'71). En contraste, el grupo control mostro un aumento del deterioro para ambas medidas; un aumento en la puntuación ADAS (p=0'039) y una disminución en la calificación de la prueba para ABVD (p=0'002). La terapia de EC conserva la función cognitiva y la capacidad para llevar a cabo las AVD y por lo tanto, la independencia, de los pacientes con demencia leve, sin efectos adversos.	1+	B
Mandy R Vidovich (2011)	Ensayo controlado aleatorizado, doble ciego	N= 128	Evaluar la aplicación de un programa de EC durante 12 semanas en personas con EA aplicados por un cuidador. Se realiza una sesión por semana de 90 minutos, en las que se proporcionan a los participantes estrategias y técnicas para la gestión de la disminución de la capacidad en una serie de dominios	La intervención propuesta proporciona evidencia sobre la reducción y enlentecimiento del deterioro cognitivo, así como la mejora de la CdV en los adultos ancianos con EA leve.	1+	B

Claudia Cooper (2012)	Revisión Sistemática	20 ECA Búsqueda en: PubMed, Web of Science y Cochrane	Informar de la efectividad de las intervenciones no farmacológicas para mejorar la CdV o el bienestar de las personas con EA.	La actividad combinada de pacientes e intervenciones de afrontamiento de cuidadores familiares podría mejorar la CdV tanto de unos como otros. La TEC grupal, en un estudio de alta calidad mejoró la CdV de las personas con EA en hogares de cuidado. Pocos estudios analizados exploraron si los efectos continuaron después de que la intervención se detuviera.	1+	B
Alexander Kurz (2012)	Ensayo controlado, aleatorizado, multicéntrico	201 pacientes con EA leve. Grupo intervención: N=100 Grupo control: N=101	Evaluar una intervención combinada de RC cognitivo-conductual en pacientes con EA leve con respecto a la viabilidad en un entorno multicéntrico centrándose en la eficacia de la intervención en la capacidad funcional como resultado primario. 12 sesiones de 1h semanal; organizadas en 4 módulos temáticos; 2 centrados en la neurorrehabilitación (uso de ayudas de memoria externa e introducción de las rutinas diarias) y otros 2 en la psicoterapia (Estructuración y planificación de actividades y terapia de reminiscencia)	La viabilidad, la adherencia al tratamiento y el compromiso del cuidado son excelentes. La efectividad de la intervención no es demostrable en el funcionamiento diario, que puede ser debido a las limitaciones metodológicas. Al final del seguimiento, la capacidad cognitiva de los pacientes se había deteriorado menos en el grupo intervención que en el grupo control. Hubo una disminución en la capacidad funcional en ambos grupos y respecto a la CdV, se identificó una pequeña mejora en el grupo intervención. Por lo que hace a los síntomas depresivos, en las mujeres del grupo intervención, habían disminuido significativamente en comparación con el grupo control. Para alcanzar efectos eficaces en el tratamiento y clínicamente significativos en personas con EA, puede ser imprescindible el uso de intervenciones altamente individualizadas, para centrarse en un	1+	B

				número de necesidades personales. Además, el tratamiento debe ser proporcionado a través de un largo periodo de tiempo para que las estrategias adquiridas puedan alcanzar un grado suficiente de automatización.		
Mo Li (2017)	Ensayo controlado aleatorizado-diseño paralelo	90 pacientes diagnosticados de Alzheimer leve-moderado Grupo control (n=45) y grupo intervención (n= 45)	Para evaluar los efectos de la terapia de reminiscencia en los pacientes con EA en los síntomas conductuales, cognitivos, emocionales y psicológicos el grupo intervención, junto con el tratamiento farmacológico convencional, estuvo expuesto a la terapia durante 35-45 minutos, 2 veces por semana durante 12 semanas consecutivas.	La terapia de reminiscencia tiene un efecto positivo no sólo en la función cognitiva, sino también en las funciones emocionales de los ancianos con EA. Además de no presentar efectos secundarios graves en comparación con el tratamiento farmacológico, es fácil de realizar por un terapeuta o enfermera entrenado.	1+	B
Anna Borisovskaya (2014)	Revisión sistemática	92 artículos	Analizar las distintas estrategias de tratamiento para los síntomas cognitivos y neuropsiquiátricos comunes en la EA, haciendo hincapié en las estrategias no farmacológicas, como intervenciones cognitivas, ejercicio físico y psicoterapia.	Muchas intervenciones no farmacológicas ofrecen mejoras temporales en el funcionamiento, cognición y reducción de los síntomas neuropsiquiátricos y en consecuencia reducen la angustia tanto para los pacientes con EA como para sus cuidadores principales. La clave para el éxito del tratamiento permanece en la evaluación reflexiva y estrategias de comportamiento, incluido el apoyo del cuidador.	1-	B
Giulia Liberati (2012)	Revisión Sistemática	129 artículos	Revisión centrada en si la participación de la forma mental puede influir en las manifestaciones clínicas del Alzheimer	Es preferible para la rehabilitación de estos pacientes centrarse en la mejora de la función cognitiva global en lugar de la formación de dominios distintos, ya que, en la vida cotidiana, la	1-	B

			<p>y como esto puede ser explotado en la RC.</p> <p>Aplicación de técnicas de RC como: entrenamiento cognitivo, repetición e inspección prolongado en el tiempo, estimulación de la memoria, TOR, EC, etc.</p>	<p>memoria, el lenguaje, las funciones ejecutivas y el razonamiento están estrechamente relacionados.</p> <p>Un entrenamiento mental intensivo o la estimulación podrían proporcionar una mayor capacidad de recuperación frente a la neuropatología. La mejora de las capacidades cognitivas y funcionales parece ser un objetivo realista en el tratamiento de la EA.</p>		
Katuso Yamanaka (2013)	Ensayo clínico controlado, simple ciego	N= 56 Grupo intervención, N=26 Grupo control, N=30	<p>Evaluar la eficacia de la TEC versión japonesa en personas con demencia leve-moderada.</p> <p>14 sesiones, dos veces a la semana durante 7 semanas al grupo tratamiento en comparación al grupo control.</p>	<p>Mejoras significativas en la cognición para el grupo tratamiento en comparación con el grupo control ($p<0'01$). En cuanto a la CdV, se mostró una tendencia positiva en la calificación por los trabajadores de atención, aunque no se mostró al estar calificado por los propios participantes. Por lo que hace al estado de ánimo, hubo diferencias significativas también ($p<0'01$). TEC-J mostró mejoras en la función cognitiva, la CdV y el estado de ánimo de los participantes del estudio.</p>	1-	B
M ^a Dolores Zamarrón Cassinello (2008)	Diseño cuasi-experimental con grupo control no equivalente	26 pacientes diagnosticados de EA	<p>Comprobar si la aplicación de un tratamiento de PPI es capaz de mejorar la capacidad de reserva, plasticidad cognitiva o potencial de aprendizaje de los individuos diagnosticados de EA.</p> <p>Aplicación de PPI en el grupo experimental durante 6 meses, diariamente, en grupo, en sesiones de aproximadamente hora y media. Las capacidades en las que se interviene</p>	<p>Los sujetos del grupo control difieren de los experimentales en todas las puntuaciones tomadas al inicio del tratamiento.</p> <p>MMSE: ambos grupos menor puntuación en el postest en comparación con la evaluación inicial. Grupo control, puntuación más disminuida.</p> <p>Test BEPAD: la puntuación grupo experimental mejora mientras que en el grupo control empeora.</p> <p>Test AVLT: el grupo experimental mejora significativamente ($p<0'001$); mientras que el grupo</p>	2++	B

			<p>son: razonamiento atención y concentración, lenguaje verbal y escrito, praxias, gnosias, aritmética y cálculo y asociación-ordenación.</p>	<p>control no mejora en el número de palabras ($p < 0.035$).</p> <p>Los sujetos del grupo experimental mejoran su potencial de aprendizaje de recuerdo verbal inmediato y diferido, así como su potencial de aprendizaje de fluidez verbal, con respecto al grupo control.</p> <p>El resultado más notable que abarca no sólo una condición científica, sino también ética, es que aquellos pacientes no tratados, empeoran cuando no reciben un entrenamiento cognitivo.</p>		
Marta Ibarria (2015)	Estudio observacional	206 pacientes hospitalizados	<p>Intervención mediante estrategias de EC, gimnasia activa y pasiva, musicoterapia y relajación, así como también actividades ocupacionales o de reminiscencia con seguimiento de 3 meses.</p> <p>Se lleva a cabo para describir los efectos de un PPI en pacientes hospitalizados con EA leve-moderado tratados de base con tratamiento farmacológico.</p>	<p>Se evaluaron los cambios cognitivos, funcionales y psiquiátricos después de la intervención con el PPI a los 3, 6, 9 y 12 meses.</p> <p>Los pacientes se mantuvieron cognitivamente estables durante más de 6 meses. Empeoran a los 9 y 12 meses de seguimiento, sin cambios funcionales ni psiquiátricos clínicamente significativos.</p> <p>El programa integrado de psicoestimulación cognitiva puede ser un tratamiento eficaz para mantener la cognición, la funcionalidad y los síntomas psiquiátricos en pacientes con EA, ya tratados farmacológicamente.</p>	2+	B

Bernat-Carles Serdà i Ferrer (2013)	Estudio cuasiexperimental	64 participantes con EA seleccionados aleatoriamente	<p>Evaluar el efecto de GREPS en los parámetros cognitivos y funcionales en pacientes con EA.</p> <p>Se aplica la intervención a 64 participantes durante 1 año. Tanto al inicio como al final de la intervención se evaluaron las capacidades cognitivas, la aptitud física, el nivel de independencia y la CdV.</p>	<p>Los resultados indican que la aplicación de la GREPS mejora de forma significativa la capacidad física ($p=0'012$) y la CdV ($p\leq 0'001$) mientras que la mejora funcional no es estadísticamente significativa ($p= 0'901$).</p> <p>Por lo que hace a la capacidad cognitiva, disminuyó progresivamente en cada una de las fases evaluadas, aunque esta disminución resulta no significativa en la fase leve de la enfermedad ($p=0'772$).</p> <p>Se puede concluir que la GREPS es eficaz en estadios leves y moderados de la EA ya que mejoran la condición física y CdV.</p>	2+	B
E. Aguirre (2012)	Estudio observacional	N=270	<p>Programa de TEC de catorce sesiones de 45 minutos cada una que incorporaban TOR, terapia de reminiscencia, estimulación del lenguaje y estimulación de la función ejecutiva.</p>	<p>El programa de TEC mejora la cognición y la CdV. Además, los resultados muestran que los beneficios de la intervención son independientes de si los sujetos toman ICE o no.</p> <p>Los resultados demuestran la importancia de la atención centrada en la persona, respetando la individualidad y la personalidad.</p>	2+	C

Abreviaturas: Programa de Psicoestimulación Integrado (PPI) · Enfermedad de Alzheimer (EA) · Estimulación cognitiva (EC) · Guía de reeducación psicomotriz (GREPS) · Calidad de vida (CdV) · Mini – Mental State Examination (MMSE) · Batería de Evaluación del potencial de Aprendizaje (BEPAD) · Test de aprendizaje verbal (Test AVLT) · Resonancia Magnética (RM) · Rehabilitación Cognitiva (RC) · Terapia de estimulación cognitiva (TEC) · Actividades básicas de la vida diaria (ABVD) · Inhibidores de la acetilcolinesterasa (ICE) · Ensayos controlados aleatorizados (ECA) · Terapia de orientación a la realidad (TOR)