

**UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS CON EFECTIVIDAD
DEMOSTRADA EN PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE LA
DEMENCIA TIPO ALZHEIMER Y SUS CUIDADORES**

**Tesis sometida a la consideración de la Comisión del Programa
de Estudios de Posgrado en Psicología Clínica para optar al
grado y título de Especialista en Psicología Clínica**

CANDIDATA

MPsc. Daniela Muñoz Ramírez

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Universidad de Costa Rica

2015

Dedicatoria

A Dios y a mi familia.

Agradecimientos

A mi familia y a las personas sinceras que me apoyaron en este proceso de aprendizaje, de crecimiento personal y profesional.

“Esta tesis fue aceptada por la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Psicología Clínica de la Universidad de Costa Rica, como requisito parcial para optar al grado y título de Especialista en Psicología Clínica”

Dra. Karen Quesada Retana
Coordinadora Nacional
Posgrado en Psicología Clínica del Centro de Sistemas de Estudios de
Posgrado

Dr. Alfonso Villalobos Pérez
Director de Tesis

Daniela Muñoz Ramírez
Candidata

Tabla de Contenido

RESUMEN.....	vii
Capítulo I Introducción	1
1. INTRODUCCIÓN.....	2
Capítulo II Marco Conceptual.....	5
2. DEMENCIA TIPO ALZHEIMER.....	6
2.1. Definición de Demencia.....	6
2.2. Definición Demencia de tipo Alzheimer	6
2.3. Epidemiología en la demencia tipo Alzheimer	7
2.4. Prevalencia e incidencia.....	8
2.5. Estadíos de la demencia tipo Alzheimer.	10
2.6. Perfil Neuropsicológico de la demencia tipo Alzheimer	11
2.7. Criterios Diagnósticos para la demencia tipo Alzheimer en la práctica clínica.....	13
2.8. Intervención en demencia tipo Alzheimer	18
2.9. Abordajes terapéuticos	19
Capítulo III Problema y Objetivos	22
3. PROBLEMA Y OBJETIVOS	23
3.1. Problema de investigación.....	23
3.2. Objetivo General	23
3.3. Objetivos Específicos.....	23
Capítulo IV Metodología	24
4. METODOLOGÍA.....	25
4.1. Tipo de estudio.....	25
4.2. Criterios de selección.....	25
4.3. Criterios de inclusión	27
4.4. Criterios de exclusión	28
4.5. Procedimientos.....	28
4.6. Finalidad.....	29
Capítulo V Análisis de Resultados	30
5. RESULTADOS	31

5.1. Descripción del tipo de tratamientos psicológicos que se utiliza en personas con diagnóstico de Alzheimer y para sus cuidadores	31
Capítulo VI Discusión	53
6. DISCUSIÓN	54
6.1. Conclusiones	61
Capítulo VII Referencias Bibliográficas	63

RESUMEN

El envejecimiento de la población ha traído consigo un aumento numeroso de personas con demencia tipo Alzheimer. Por ello ha surgido la necesidad de investigar diversas estrategias de abordaje, que van más allá del uso exclusivo de fármacos. El presente documento consiste en una revisión sistemática que tiene como objetivo analizar los tratamientos psicológicos con efectividad demostrada para personas con diagnóstico de demencia tipo Alzheimer y sus cuidadores. Lo anterior con el fin de proponer una investigación de consulta actualizada y precisa, en el ámbito de la psicología costarricense.

Lista de tablas

Tabla 1. Trastorno Neurocognitivo Mayor o Leve debido a la Enfermedad de Alzheimer (DSM-V)	13
Tabla 2. Demencia en la Enfermedad de Alzheimer (CIE-10)	15
Tabla 3. Niveles de Evidencia	25
Tabla 4. Grado de recomendación	26
Tabla 5. Investigaciones sobre tratamientos psicológicos para personas con demencia tipo Alzheimer	31
Tabla 6. Resumen de resultados en los estudios cuasi experimentales sobre tratamiento psicológicos en personas con demencia tipo Alzheimer.	34
Tabla 7. Investigaciones sobre tratamientos psicológicos para la población de cuidadores de personas con demencia tipo Alzheimer	43
Tabla 8. Resumen de resultados en los estudios cuasi experimentales sobre tratamientos psicológicos para la población de cuidadores de personas con de demencia tipo Alzheimer	46

Capítulo I

Introducción

1. INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Alzheimer constituye la principal causa de demencia. Es una enfermedad neurodegenerativa con presencia de un deterioro cognitivo y conductual de inicio perjudicial y con un curso progresivo, de aparición principalmente en la adultez mayor.

En la mayoría de las personas con enfermedad de Alzheimer es frecuente encontrar síntomas conductuales y psicológicos, a través de manifestaciones como apatía, agitación, ansiedad, depresión, alucinaciones, delirios, irritabilidad, euforia o desinhibición y alteraciones en las funciones motoras, del sueño y de la conducta alimentaria (García, 2012). Esta condición agrava el deterioro cognitivo y funcional de la persona, afectándose directamente la dinámica familiar y la calidad de vida tanto de quien lo padece como de los cuidadores.

Debido a que los síntomas conductuales y afectivos se presentan en cualquier etapa de la enfermedad y tienden a variar en sus expresiones como consecuencia de las influencias psicológicas y ambientales, se ha observado que son susceptibles a modificaciones lo que permite una oportunidad para el tratamiento (García, 2012). A partir de ello se puede recurrir no solo al uso de la terapia farmacológica, sino que también se puede utilizar como coadyuvante las terapias no farmacológicas.

Algunos objetivos terapéuticos concretos de estas intervenciones no farmacológicas son: 1) estimular y mantener las habilidades mentales; 2) evitar la desorientación en el entorno y fortalecer las relaciones sociales; 3) proporcionar seguridad y fomentar la autonomía personal del paciente; 4) estimular la propia identidad y autoestima; 5) minimizar el estrés; 6) optimizar el rendimiento cognitivo; 7) mejorar el desempeño funcional; 8) incrementar la autonomía personal en la ejecución de actividades de la vida diaria; 9) mejorar el estado y sentimiento de salud y, 10) aumentar la calidad de vida del paciente y de los familiares y/o

cuidadores (Ruiz, 2012).

A partir de la utilización de este tipo de intervenciones es posible retrasar la progresión de la enfermedad, procurando mayor autonomía y bienestar para el paciente y los encargados de su cuidado.

El abordaje de la demencia tipo Alzheimer no debe ser exclusivo de los especialistas en medicina, sino que también pueden ser partícipes otros profesionales de la salud como son los psicólogos, enfermeros, terapeutas ocupacionales, entre otros. Ante esto es importante considerar que son las circunstancias que estén enfrentado el paciente y sus familiares las que definen una atención multidisciplinaria, la cual es básica dentro nuestro sistema de salud.

En la actualidad no existe claridad de la etiología de la enfermedad de Alzheimer, no obstante presenta una serie de causas multifactoriales, siendo la edad el principal factor de riesgo no modificable (Valls et al, 2012). Es a partir de este dato, que se debe prestar un interés especial a la atención de la población adulta mayor, ya que en nuestro país se ha ido invirtiendo la pirámide poblacional, encontrándose para el año 2012, que los adultos con edades superiores a los 65 representan un 7.3% de los aproximados 4,3 millones de habitante del territorio nacional (INEC, 2012), cifra que se incrementará con el pasar de los años.

Constituyéndose a través de lo anterior para nuestro sistema sanitario la necesidad de brindar atención oportuna a las personas que presentan el diagnóstico de la demencia tipo Alzheimer, utilizando tratamientos que vayan más allá de utilizar únicamente fármacos, sino que también favorezcan la disminución de un curso acelerado del deterioro cognitivo y funcional, recurriendo al manejo de terapias orientadas a la rehabilitación neuropsicológica.

Partiendo de lo expuesto previamente, este documento se centrará en la

revisión actualizada de la literatura internacional que reporte los tratamientos psicológicos con demostrada efectividad para abordar a las personas con diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer, así como para sus cuidadores. Así mismo se investigarán publicaciones que plantean si existen perjuicios que hayan causado algunas de estas intervenciones en ambas poblaciones. Obteniéndose como resultado final un documento que aporte a los profesionales en psicología en al ámbito costarricense información actualizada sobre esta temática.

Capítulo II

Marco Conceptual

2. DEMENCIA TIPO ALZHEIMER

2.1. Definición de Demencia

La palabra demencia proviene del latín: de de “fuera de” y mentis “mente”. El término ha tenido una evolución desde su forma más clásica hasta la concepción de la época actual. Se define demencia como “un deterioro global de las funciones intelectuales previamente adquiridas, con preservación del nivel de vigilancia por causa de una lesión orgánica cerebral” (Subirana et al., 2011, p 289).

Adicional a la definición anterior, Ardila & Roselli (2007), describen la demencia como un síndrome que se caracteriza por el deterioro progresivo de las funciones cognitivas tales como memoria, lenguaje, habilidades visoperceptuales, razonamiento, capacidad ejecutiva, entre otras, que se asocian a cambios emocionales y de comportamiento.

La American Psychiatric Association en Subirana et al (2011), establece que dichas alteraciones deben ser lo suficientemente graves como para alterar o comprometer significativamente las actividades laborales y sociales de la persona y representar un déficit en relación al funcionamiento previo.

Incluye diversas etiologías como las degenerativas, vasculares, traumáticas, infecciosas, obstructivas, metabólicas y tóxicas. Así mismo, la demencia puede relacionarse con algunas condiciones psiquiátricas, como la esquizofrenia crónica (Ardila & Roselli, 2007).

2.2. Definición Demencia de tipo Alzheimer

La demencia tipo Alzheimer, fue descrita por el neurólogo alemán Alois Alzheimer en 1907, siendo reconocida desde esta fecha como la causa más

frecuente de demencia. Se manifiesta generalmente en personas con edades superiores a los 50 años y representa aproximadamente un 60% de todas las demencias. Suele aparecer en combinación con la demencia vascular (Ardila & Roselli, 2007).

Según Subirana et al (2011), esta enfermedad es una alteración neurodegenerativa con un curso progresivo, en donde se destaca un declive de funciones cognitivas y del comportamiento.

Las alteraciones neuropatológicas que generan estas modificaciones se ubican fundamentalmente en la corteza cerebral, mayoritariamente en las áreas temporoparietales, donde se observan depósitos cerebrales de Beta-amiloide, degeneración neurofibrilar, disminución neuronal y atrofia cerebral (López, 2011).

2.3. Epidemiología en la demencia tipo Alzheimer

El progresivo envejecimiento de la población ha promovido que la investigación epidemiológica de la demencia tipo Alzheimer haya experimentado grandes avances en la actualidad. A finales de la década de 1990, se incorporó el estudio del denominado Deterioro Cognitivo Leve, el cual hace referencia a una capacidad cognitiva inferior en una persona en comparación a su grupo de edad y escolaridad, pero que no es lo suficientemente grave como para causar un deterioro en las funciones de la vida diaria y que no cumple criterios de demencia (López, 2011).

Entre las personas en que se identifique un deterioro cognitivo leve existe un porcentaje variable, que a través del tiempo, podrá cumplir criterios de demencia, lo que permite prever que se trata de una persona con demencia tipo Alzheimer en fase inicial y que en la actualidad es difícil aún diagnosticar. Existe suficiente información para considerar que la enfermedad de Alzheimer contempla una fase

preclínica, no obstante por su modo de presentación, frecuencia y variabilidad, continúa sin considerarse el inicio del padecimiento (López, 2011).

Los estudios que se han realizado sobre la fase preclínica de la enfermedad, coinciden en que el rendimiento cognitivo observado en los resultados de las pruebas neuropsicológicas suministradas a personas, y que se hallan dentro los parámetros normales, es significativamente menor al de los controles normales. Adicionalmente se ha evidenciado con el transcurso del tiempo dicho rendimiento cognitivo se deteriora de manera progresiva hasta que la persona llega a cumplir criterios diagnósticos de la enfermedad (López, 2011).

Existe un gran interés por mejorar el conocimiento de los factores genéticos que intervienen en el desarrollo del padecimiento. Aproximadamente el 40% de los pacientes con este diagnóstico presentan historia familiar de la enfermedad de Alzheimer en primer grado. Se han identificado tres genes que tienen relación con la aparición temprana de la enfermedad, uno es el que codifica la proteína que suministra el péptido Beta-amiloide, y los otros a la presenilina 1 y 2. En las formas tardías, el gen que se ha relacionado es el que codifica para la apolipoproteína E (López, 2011).

2.4. Prevalencia e incidencia

De acuerdo a López (2011), en España se estableció una prevalencia de 5,6% en la población de 75 años o más. La mayoría de las investigaciones indican una mayor prevalencia en las mujeres que va en aumento conforme la población envejece. La diferencia de prevalencia en ambos sexos, la han explicado por la discrepancia en la tasa de mortalidad y por el mayor número de mujeres que alcanza estadios más severos de la enfermedad y a aspectos endocrinos y genéticos.

Rodríguez & Gutiérrez (2014) por su lado mencionan que el año 2013 se estimó 44 millones de personas que sufren de demencia al nivel mundial, con 7,6 millones de casos nuevos por año. Así mismo se espera que las personas con demencia se duplicarán cada 20 años para alcanzar los 76 millones en el 2030 y los 135 millones en el 2050 en todo el mundo, siendo más marcado este crecimiento en los países en vías de desarrollo.

En América Latina y el Caribe, la prevalencia del síndrome demencial es elevada, comprendiendo entre un 6,0 y 6,5 por cada 100 adultos de 60 años y más, con un crecimiento estimado en el número de personas con esta enfermedad entre el periodo 2001 y el 2040 del 77% en los países del cono sur americano (Argentina y Chile) y de 134% a 146% de incremento en el resto de América Latina. La cifra de 3,4 millones de personas con demencia en América Latina y el Caribe, aumentará a 4,1 para el 2020 y a 9,1 millones en el en el 2040. En Europa Occidental y Norteamérica, se presentan las mayores prevalencias de demencia en las personas de 60 años o más (7,2 y 6,9 % respectivamente), seguidas por el Caribe Insular (6,5 %) y Latinoamérica (6,0 %) (Rodríguez & Gutiérrez, 2014).

La incidencia de la demencia tipo Alzheimer parece ser menor en Asia oriental y África que en Estados Unidos o en Europa, sin embargo las variaciones geográficas en las tasas de incidencia se coligan mayoritariamente a las diferencias metodológicas entre los estudios realizados. Así mismo López (2011) agrega que estos datos deben interpretarse con cautela al existir diversos elementos que generan confusión como una escolaridad baja de estos países, una limitada exploración neuropsicológica en los estudios, y la menor esperanza de vida, dándose un número inferior de personas vivas en edades de riesgo para presentar el padecimiento.

2.5. Estadíos de la demencia tipo Alzheimer.

En Allegri et al (2011), se señala que ante el diagnóstico de la EA, se identifican dos estadíos: la pre demencia y la demencia; para establecer en qué fase se encuentra la persona se requiere de la evidencia de trastornos mnésicos específicos, y la confirmación por marcadores biológicos (marcadores de amiloides en tomografía, atrofia temporal medial por resonancia magnética, entre otros).

A continuación se describen las características principales de cada estadío:

- **Predemencia:** consiste en la aparición de síntomas clínicos como alteraciones de la memoria episódica (dificultad del recuerdo libre), que no afectan las actividades instrumentales de la vida diaria (Allegri 2011), junto a la presencia de un marcador biológico, como lo son atrofia en el lóbulo temporal medial evaluada mediante resonancia magnética y concentraciones elevadas de la proteína tau o beta-amiloide en líquido cefalorraquídeo (Valls et al, 2010).
- **Demencia:** suele presentar síntomas cognitivos con compromiso severo que influyen negativamente en el funcionamiento social y las actividades instrumentales de la vida diaria. Se pueden reconocer aquí formas típicas y atípicas (Allegri, 2011).
 - **EA típica:** se presenta un déficit progresivo y temprano de la memoria episódica que predomina hasta los estadios tardíos de la enfermedad, asociado con otros trastornos cognitivos (en las funciones ejecutivas, lenguaje, praxias, entre otras) y trastornos neuropsiquiátricos.
 - **EA atípica:** se refiere a las manifestaciones menos comunes y caracterizadas de presentación de la enfermedad, incluye la

afasia progresiva primaria no fluente, la afasia logopénica, la variante frontal de la EA y la atrofia cortical posterior.

- **EA mixta:** las personas que cumplen con los criterios diagnósticos de EA, sin embargo muestran evidencia clínica y/o biológica/neuroimagenológica adicional de trastornos comórbidos tales como enfermedad cerebrovascular o enfermedad con cuerpos de Lewy.

2.6. Perfil Neuropsicológico de la demencia tipo Alzheimer

El perfil neuropsicológico característico de las personas que padecen EA, se manifiesta a través del deterioro de las siguientes capacidades (Subirana et al 2011 y Allegri et al 2011):

- **Lenguaje:** se presentan dificultades para encontrar palabras, reduciendo el vocabulario expresivo y la fluidez verbal. Se compromete también el lenguaje escrito. Tienden a la repetición, y en fases muy avanzadas se manifiesta con frecuencia la ecolalia. Se evidencia un compromiso en la capacidad de comprensión.
- **Memoria:** desde que se inicia la enfermedad la persona presenta problemas para almacenar nueva información, tendiendo a olvidar hechos recientes (memoria episódica). Posteriormente se va comprometiendo la memoria semántica. Al darse estas alteraciones la persona alternara en días de lucidez completa con otros en los que la confusión es más evidente. Tienen más facilidad para evocar eventos antiguos.
- **Funciones ejecutivas:** están presentes desde los estadíos iniciales de la enfermedad, sin embargo no son del todo manifiestas en las actividades

de vida diaria, por lo que la detección temprana depende de la posibilidad de realizar una evaluación neuropsicológica. Entre las funciones que se observan declives están planificación, razonamiento, pensamiento abstracto y otras funciones frontales.

- **Atención:** inicialmente se observa mayor afectación en la atención selectiva, y conforme evoluciona la enfermedad se alteran la atención dividida y la atención sostenida.
- **Habilidades visoespaciales:** se empieza a manifestar dificultad para manejar las dimensiones espaciales. La persona comienza a sentirse extraña en lugares conocidos, hasta llegar a no lograr reconocer barrios, calles o edificios.
- **Cambios comportamentales:** entre las manifestaciones más frecuentes están la apatía, agresión e irritabilidad, agitación, depresión, ansiedad, actividad motora aberrante, alteración del sueño, desinhibición, trastornos en la alimentación, ideas delirantes, euforia y alucinaciones. En relación a las ideaciones delirantes las cinco más características se asocian a hurto/robo, paramnesia reduplicativa en donde la persona cree que su casa no es su casa, el síndrome de Capgras al considerar que su cónyuge o cuidador son impostores, sentimientos de abandono, e ideas de infidelidad. Con respecto a las falsas percepciones o identificaciones prevalecen la presencia de extraños en la casa, conversar con la propia imagen en el espejo como si fuera otra persona, las personas que están a su alrededor no son los que dicen ser y considerar que los personajes vistos en la televisión se hallan presentes en la habitación.

2.7. Criterios Diagnósticos para la demencia tipo Alzheimer en la práctica clínica.

El diagnóstico clínico de la demencia tipo Alzheimer se realiza utilizando criterios establecidos en el DSM-V, CIE-10 y NINCDS-ARDA (López, 2011). A continuación se enunciarán los criterios diagnósticos presentes en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Quinta Edición (DSM-V), de la Asociación Americana de Psiquiatría.

Tabla 1. Trastorno Neurocognitivo Mayor o Leve debido a la Enfermedad de Alzheimer (DSM-V)

<p>Se cumplen los criterios de un trastorno neurocognitivo mayor o leve. Presenta un inicio insidioso y una progresión gradual del trastorno en uno o más dominios cognitivos (en el trastorno neurocognitivo mayor tienen que estar afectados por lo menos dos dominios). Se cumplen los criterios de la enfermedad de Alzheimer probable o posible, como sigue:</p> <p style="text-align: center;">Para el trastorno neurocognitivo mayor:</p> <p>Se diagnostica la enfermedad de Alzheimer probable si aparece algo de lo siguiente; en caso contrario, debe diagnosticarse la enfermedad de Alzheimer posible. Evidencias de una mutación genética causante de la enfermedad de Alzheimer en los antecedentes familiares o en pruebas genéticas. Aparecen los tres siguientes: Evidencias claras de un declive de la memoria y del aprendizaje, y por lo menos de otro dominio cognitivo (basada en una anamnesis detallada o en pruebas neuropsicológicas seriadas).</p>
--

Declive progresivo, gradual y constante de la capacidad cognitiva sin mesetas prolongadas.

Sin evidencias de una etiología mixta (es decir, ausencia de cualquier otra enfermedad neurodegenerativa o cerebrovascular, otra enfermedad neurológica, mental o sistémica, o cualquier otra afección con probabilidades de contribuir al declive cognitivo).

Para un trastorno neurocognitivo leve:

Se diagnostica la enfermedad de Alzheimer probable si se detecta una evidencia de mutación genética causante de la enfermedad de Alzheimer mediante una prueba genética o en los antecedentes familiares.

Se diagnostica la enfermedad de Alzheimer posible si no se detecta ninguna evidencia de mutación genética causante de la enfermedad de Alzheimer mediante una prueba genética o en los antecedentes familiares. Evidencias claras de declive de la memoria y el aprendizaje.

Declive progresivo, gradual y constante de la capacidad cognitiva sin mesetas prolongadas.

Sin evidencias de una etiología mixta (es decir, ausencia de cualquier otra enfermedad neurodegenerativa o cerebrovascular, otra enfermedad neurológica o sistémica, o cualquier otra afección con probabilidades de contribuir al declive cognitivo).

La alteración no se explica mejor por una enfermedad cerebrovascular, otra enfermedad neurodegenerativa, los efectos de una sustancia o algún otro trastorno mental, neurológico o sistémico

Fuente: Adaptado de Asociación Americana de Psiquiatría, 2013.

Seguidamente se describen los criterios diagnósticos de la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud.

Tabla 2 Demencia en la Enfermedad de Alzheimer (CIE-10)

La enfermedad de Alzheimer es una enfermedad degenerativa cerebral primaria, de etiología desconocida que presenta rasgos neuropatológicos y neuroquímicos característicos. El trastorno se inicia por lo general de manera insidiosa y lenta y evoluciona progresivamente durante un período de años. El período evolutivo puede ser corto, dos o tres años, pero en ocasiones es bastante más largo. Puede comenzar en la edad madura o incluso antes (enfermedad de Alzheimer de inicio presenil), pero la incidencia es mayor hacia el final de la vida (enfermedad de Alzheimer de inicio senil). En casos con inicio antes de los 65 a 70 años es posible tener antecedentes familiares de una demencia similar, el curso es más rápido y predominan síntomas de lesión en los lóbulos temporales y parietales, entre ellos disfasias o dispraxias. En los casos de inicio más tardío, el curso tiende a ser más lento y a caracterizarse por un deterioro más global de las funciones corticales superiores. Los enfermos con síndrome de Down tienen un alto riesgo de desarrollar una enfermedad de Alzheimer. La demencia en la enfermedad de Alzheimer se considera hoy día irreversible.

Pautas para el diagnóstico

Presencia de un cuadro demencial, como el descrito más arriba.

Comienzo insidioso y deterioro lento. El momento exacto del inicio del cuadro es difícil de precisar, aunque los que conviven con el enfermo suelen referir un comienzo brusco.

Ausencia de datos clínicos o en las exploraciones complementarias que sugieran que el trastorno mental pudiera ser debido a otra enfermedad cerebral ó sistémica capaces de dar lugar a una demencia (por ejemplo,

hipotiroidismo, hipercalcemia, deficiencia de vitamina B12, deficiencia de niacina, neurosífilis, hidrocefalia normotensiva o hematoma subdural).

Ausencia de un inicio apoplético, súbito o de signos neurológicos focales, tales como hemiparesia, déficits sensoriales, defectos del campo visual o falta de coordinación de movimientos, signos estos que no han tenido que estar presentes en la etapas iniciales de la enfermedad (aunque puedan superponerse a ella en períodos más avanzados).

En un cierto número de casos, los rasgos de la enfermedad de Alzheimer y los de la demencia vascular pueden estar simultáneamente presentes. Si ambos coinciden claramente deberá hacerse un doble diagnóstico (y codificación). Si una demencia vascular precede a una enfermedad de Alzheimer, es posible que esta última sea imposible de diagnosticar en la práctica clínica.

Incluye: Demencia degenerativa de tipo Alzheimer.

Demencia en la enfermedad de Alzheimer de inicio precoz

El inicio es más precoz que la de inicio tardío y el deterioro tiene una evolución más rápida, con marcadas alteraciones de las funciones corticales superiores. En la mayoría de los casos se presentan, en períodos relativamente precoces de la evolución, afasias, agrafía, alexia o apraxias.

Pautas para el diagnóstico

Las mismas que para demencia tipo Alzheimer, pero teniendo en cuenta el comienzo más temprano que la forma senil, es decir, antes de los 65 años. El curso progresivo suele ser rápido.

Incluye: Enfermedad de Alzheimer de tipo 2. Demencia presenil de tipo Alzheimer.

Demencia en la enfermedad de Alzheimer de inicio tardío

Demencia en la enfermedad de Alzheimer en la que el comienzo clínico tiene lugar después de la edad de los 65 años, normalmente hacia finales de los 70 e incluso más tarde, cuyo curso progresa lentamente y en la que normalmente el rasgo más prominente es el deterioro de la memoria.

Pautas para el diagnóstico

Las mismas que para demencia tipo Alzheimer, teniendo en cuenta además la presencia o ausencia de los rasgos que la diferencian de la forma de comienzo precoz.

Incluye: Enfermedad de Alzheimer de tipo 1. Demencia senil de tipo Alzheimer.

Demencia en la enfermedad de Alzheimer atípica o mixta

Demencias cuyas características no se ajustan a las descripciones y pautas para el diagnóstico de demencia tipo Alzheimer de inicio precoz y demencia tipo Alzheimer de inicio tardío, y demencias mixtas, vascular y de Alzheimer.

Demencia en la enfermedad de Alzheimer sin especificación

Fuente: Adaptado de Organización Mundial de la Salud, 1992

Allegri (2011), sugiere que el diagnóstico de demencia tipo Alzheimer aplicando los criterios diagnósticos enunciados, junto con una historia clínica que incluya un informante confiable y complementados por una aproximación objetiva mediante la aplicación de test neuropsicológicos alcanzan un nivel de evidencia que demuestra ser efectivo con recomendaciones favorables.

2.8. Intervención en demencia tipo Alzheimer

La mayoría de las intervenciones utilizadas tienen como objetivo primordial encontrar estímulos o estrategias que compensen el deterioro, permitiendo que la persona afectada maximice la participación en la vida diaria en un nivel significativo tanto para ella, como la familia y el entorno en que se desenvuelve (Subirana et al, 2011).

En el área de la rehabilitación destacan distintas orientaciones para trabajar con las personas que presentan la enfermedad de Alzheimer, y que de acuerdo a sus principios, rigen los mecanismos neurales que interfieren en los cambios cognitivos. Por lo anterior es importante definir la rehabilitación neuropsicológica, según Wilson (2002), en Subirana (2011), como el “proceso con el que las personas que han sufrido un daño cerebral pueden recuperar sus habilidades, y en el caso en que no sea posible, puedan conseguir una óptima capacidad en su funcionamiento físico, mental, social y vocacional”.

Cabe mencionar otros dos conceptos que no pueden desligarse, ya que sin ellos no sería posible explicar el proceso de rehabilitación. La plasticidad es la “capacidad del cerebro para cambiar su estructura en respuesta a la experiencia a sustancias químicas, a hormonas o a lesiones” Kolb y Whislaw (2006) en Subirana (2011). La reserva cognitiva “asume que la inteligencia innata y las experiencias de la vida pueden proporcionar una reserva en forma de habilidades cognitivas que permiten a algunas personas tolerar mejor que a otras los cambios patológicos del cerebro” Sánchez y Rodríguez (2004), en Subirana (2011).

2.9. Abordajes terapéuticos

Hoy en día existen diversas estrategias no farmacológicas para el abordaje de la enfermedad de Alzheimer, las orientadas a los pacientes como lo son las terapias para mejorar la cognición, las actividades de vida diaria básica e instrumental, y los cambios en el estado de ánimo y la conducta; así como para los cuidadores por ejemplo la inclusión a grupos de apoyo, intervenciones psicoeducativas, intervención familiar, programas de respiro y multimodales (Hernández, 2013).

- **Terapia de orientación de la realidad:** es una técnica que aporta al paciente información actualizada y verídica del entorno familiar, de noticias generales y de la orientación temporal y espacial (Berbel, Ortiz, Aguado, 2011). Adicionalmente trabaja las habilidades comunicativas por medio de actividades cognitivas de interacción social y discusión, combinadas con el uso de pistas o claves para ayudar a la memoria (Subirana et al, 2011).
- **Terapia de Reminiscencia:** implica evocar recuerdos para que haya una mayor coherencia en su pensamiento (Berbel, Ortiz, Aguado, 2011), mediante instrumentos tangibles como fotografías o manualidades, ya sea a nivel individual o grupal (Subirana et al, 2011).
- **Terapia de validación:** se basa en el principio de “la validación, la aceptación de la realidad y la verdad personal de la experiencia ajena” Neil & Brigs (2008) en Subirana et al (2011). Estos mismos autores agregan que los terapeutas que utilizan

esta terapia le dan mayor énfasis al contenido emocional de lo comunicado.

- **Estimulación cognitiva:** intenta reforzar elementos preservados y compensar las áreas con déficit a través de la repetición de actividades estandarizadas “entrenamiento”, y del establecimiento de un plan que cubra las necesidades para optimizar las actividades cotidianas de las persona afectada, independientemente del rendimiento neuropsicológico (Berbel, Ortiz, Aguado, 2011).

- **Terapia Cognitiva conductual:** se lleva a cabo mediante el conocimiento de sí mismo y de su condición al padecer la enfermedad de Alzheimer. Se detectan situaciones que ocurren antes de la manifestación de conductas problemáticas (Berbel, Ortiz, Aguado, 2011).

- **Intervenciones Psicoeducativas:** permite preparar a los miembros de la familia para que puedan controlar el curso de la enfermedad y para alertar al equipo médico tratante de recaídas (Costa et al, 2011). La adquisición de información y/o la participación en grupos psicoeducativos permitirá el aprendizaje de habilidades que serán útiles para el cuidado, aumentando los sentimientos de competencia y satisfacción en los familiares o personas encargadas del paciente (Saiz, Bordallo, Natividad, 2008).

- **Counseling al cuidador:** es una intervención de apoyo profesional hacia al cuidador y la familia cuyo objetivo es ayudar a comprender el proceso de enfermedad y ofrecer posibles

soluciones a los problemas específicos detectados (Martín, Ballesteros, Domínguez, Muñoz & González, 2014)

- **Intervención Familiar:** el terapeuta en esta línea de trabajo promueve que la problemática del cuidador debe ser abordada en el núcleo familiar. De tal manera que el terapeuta ayudará a toda la familia para que se fomente el bienestar del cuidador principal, atribuyéndose los cambios y las mejoras a todos los miembros involucrados. Como premisa se establece que un cambio en uno de los integrantes del sistema generará un efecto “bola de nieve sobre todos”. Así mismo se considera que la forma más efectiva para provocar cambios en una persona consiste en modificar el contexto en el que tiene lugar la conducta problema. En el caso de la demencia, el foco principal va dirigido a la interacción de la enfermedad con el individuo, la familia y demás sistemas biopsicosociales (Cáceres & Mateos, 2012).

Capítulo III

Problema y

Objetivos

3. PROBLEMA Y OBJETIVOS

3.1. Problema de investigación

¿Cuáles son los tratamientos psicológicos con efectividad demostrada para la atención de personas con diagnóstico de la demencia tipo Alzheimer y para sus cuidadores?

3.2. Objetivo General

- Analizar los tratamientos psicológicos de mayor efectividad reportados en la literatura internacional para la atención de personas con diagnóstico de la demencia tipo Alzheimer y para sus cuidadores.

3.3. Objetivos Específicos

- Revisar comportamientos característicos o variables que demuestren mayor impacto en personas con diagnóstico de la demencia tipo Alzheimer y en sus cuidadores, a partir de la utilización de tratamientos psicológicos con demostrada efectividad.
- Identificar si existe diferencia en la efectividad de los tratamientos psicológicos a partir de los comportamientos observados en ambas poblaciones.
- Exponer la evidencia acerca de los posibles perjuicios asociados a la utilización de los tratamientos psicológicos que reportan mayor efectividad en la literatura internacional para ambas poblaciones.

Capítulo IV

Metodología

4. METODOLOGÍA

4.1. Tipo de estudio

El presente documento es de contenido teórico, se basa en la elaboración de una revisión sistemática, que aporte una visión integradora y actualizada de los resultados de investigaciones recientes a nivel internacional que hacen referencia sobre tratamientos psicológicos con demostrada efectividad para el abordaje de personas con diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer y para sus cuidadores. Ofreciendo a los profesionales en psicología una herramienta informativa que contemple de manera sistematizada cuáles son las alternativas de tratamiento a seguir en la actualidad para dicho padecimiento.

4.2. Criterios de selección

Para este apartado se toma en consideración los niveles de evidencia, sugeridos por la U.S Agency for Health Research and Quality en Allegri (2011), los cuales se categorizan numéricamente (I, II, III y IV) y establecen un grado de recomendación (A, B, C, D) de acuerdo a la consistencia de evidencia disponible.

A continuación se expone cada uno de las categorizaciones y grados de recomendación:

Tabla 3 Niveles de Evidencia

- | |
|--|
| <p>Ia. La evidencia proviene de metanálisis de ensayos controlados, aleatorizados, bien diseñados.</p> <p>Ib. La evidencia proviene de, al menos, un ensayo controlado aleatorizado.</p> <p>Ila. La evidencia proviene de, al menos, un estudio controlado bien diseñado sin aleatorizar.</p> |
|--|

Iib.** La evidencia proviene de, al menos, un estudio no completamente experimental, bien diseñado, como los estudios de cohortes. Se refiere a la situación en la que la aplicación de una intervención está fuera del control de los investigadores, pero cuyo efecto puede evaluarse.**

III. La evidencia proviene de estudios descriptivos no experimentales bien diseñados, como los estudios comparativos, estudios de correlación o estudios de caso y controles.

IV. La evidencia proviene de documentos u opiniones de comités de expertos o experiencias clínicas de autoridades de prestigio o los estudios de series de casos.

Fuente: Allegri, 2011.

Tabla 4 Grado de recomendación

A. Extremadamente recomendable.

B. Recomendación favorable.

C. Recomendación favorable pero no concluyente.

D. Consenso de expertos, sin evidencia adecuada de investigación.

Fuente: Allegri, 2011.

Otros criterios son los siguientes:

- Se seleccionaron las publicaciones que tuvieran categorías o dimensiones relacionadas al tema a desarrollar.
- Las publicaciones utilizadas comprenden desde el año 2010 hasta el año 2014, con el fin de asegurar que la información contenida es actualizada. No obstante se realizó la excepción con tres fuentes bibliográficas que son más antiguas al intervalo establecido, al considerarse importantes de incluir

dentro de la revisión sistemática. Las publicaciones elegidas como referencia fueron en los idiomas de español e inglés.

- Se incluyen lecturas de libros de texto que se consideren fundamentales para complementar información.
- Los términos de búsqueda fueron: “Enfermedad de Alzheimer”, “Alzheimer Disease”, “Tratamiento Psicológico y Alzheimer”, “Psychological Treatment and Alzheimer disease”, “Nonpharmacological therapies in alzheimer”, “estimulación cognitiva en Alzheimer”, “psychological treatment and harm”, “tratamiento no farmacológico en cuidadores y Alzheimer”, “tratamiento psicológico en cuidadores y Alzheimer”, “Caregivers and Alzheimer”.

4.3. Criterios de inclusión

- Se eligieron las publicaciones que fueran revisiones sistemáticas y ensayos clínicos.
- Las investigaciones seleccionadas debían formar parte de una revista indexada.
- Las investigaciones y/o revisiones sistemáticas debían tener como máximo un periodo de 5 años de haberse publicado, para cumplir con los criterios de información actualizada.

4.4. Criterios de exclusión

- Se descartan las investigaciones que tuvieran más de cinco años de publicación.
- Se descartan investigaciones que no estén disponibles de manera gratuita.
- Aquellas investigaciones que no fueran revisiones sistemáticas o ensayos clínicos.
- Aquellas publicaciones que estuvieran en un idioma diferente al español y al inglés.
- No se incluyeron las investigaciones que orientaran el tratamiento psicológico por medio de las fases de la enfermedad del Alzheimer.

4.5. Procedimientos

- Se llevó a cabo una revisión de diversas bases de datos tales como Medline/Pubmed, Ebsco, Science Direct, Elsevier y Google Scholar, con el fin de encontrar revisiones sistemáticas o ensayos clínicos que contemplaran contenidos relacionados al tema a desarrollar, y respondieran al objetivo general y objetivos específicos planteados en el estudio.
- Se procuró seleccionar artículos cuya publicación haya sido a partir del 2010. Sin embargo se tomaron en consideración dos documentos del año 2008 y 2007 por la riqueza de la información que contenía.

- Las palabras claves fueron seleccionadas indistintamente en el idioma español e inglés.
- Se incluyó información publicada en los idiomas inglés y español.
- Se tomaron referencias de libros de texto.
- Para la búsqueda no se limitaron aspectos como grupo de edad, sexo, tipo de deterioro e intervenciones psicológicas utilizadas.

Los datos son expuestos en el presente documento por medio de tablas en donde se detallan los tratamientos que demuestren ser más efectivos en ambos casos, y se organizan de la siguiente manera: autores, número de participantes, intervención y resultados. Posteriormente se procederá al análisis y discusión de la información recabada.

4.6. Finalidad

Se lleva a cabo una revisión sistemática, que aporte un resumen de los tratamientos psicológicos que han demostrado ser efectivos para el abordaje de personas con diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer y para sus cuidadores, permitiendo contribuir a la psicología nacional con una herramienta actualizada de las intervenciones que se pueden llevar a cabo con ambas poblaciones cuando sean referidos a nuestra consulta.

Capítulo V

Análisis de

Resultados

5. RESULTADOS

5.1. Descripción del tipo de tratamientos psicológicos que se utilizan en personas con diagnóstico de demencia tipo Alzheimer

A partir de la revisión realizada se encontró un total de 76 artículos, de los cuales 21 cumplían con los criterios de inclusión preestablecidos para la población de personas con diagnóstico de Alzheimer, y 19 para la población de cuidadores.

A continuación se expone la recopilación de los artículos cuya metodología se orientó en ensayos clínicos controlados, aleatorios y de doble ciego, estudios observacionales y revisiones sistemáticas, que se enfocaban a describir tratamientos psicológicos con efectividad aplicables en personas con demencia tipo Alzheimer.

Tabla 5. Investigaciones sobre tratamientos psicológicos para personas con demencia tipo Alzheimer

Número	Autores	Año	Título de la publicación
1	Fernández, Contador, Serna, Menezes de Lucena & Ramos.	2010	El efecto del formato de intervención individual o grupal en la estimulación cognitiva de pacientes con enfermedad de Alzheimer.
2	Niu, Tan, Guan, Zhang & Wang.	2010	Cognitive stimulation therapy in the treatment of neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease: a randomized controlled trial
3	Olazarán et al.	2010	Nonpharmacological Therapies in Alzheimer's Disease: A Systematic Review of Efficacy
4	Fernández, Rodríguez, Contador, Rubio & Ramos.	2011	Eficacia del entrenamiento cognitivo basado en nuevas tecnologías en pacientes con demencia tipo Alzheimer
5	Kawakubo, Uchida & Kazumi	2011	"Art Therapy" implementation and evaluation in older person with dementia.
6	Viola et al.	2011	Effects of a multidisciplinary cognitive rehabilitation program for patients with mild Alzheimer's disease
7	Aguirre et al.	2012	Cognitive stimulation therapy (CST) for people with dementia – who benefits most?
8	García.	2012	Las terapias de intervención cognitiva en el tratamiento de los trastornos de conducta en la

			enfermedad de Alzheimer. Evidencias sobre su eficacia y correlaciones neurobiológicas.
9	Miranda et al.	2012	Implementación de un programa de estimulación cognitiva en personas con demencia tipo Alzheimer: un estudio piloto en chilenos de la tercera edad.
10	Ruiz.	2012	Estimulación cognitiva en el envejecimiento sano, el deterioro cognitivo leve y las demencias: estrategias de intervención y consideraciones teóricas para la práctica clínica.
11	Rylatt	2012	The benefits of creative therapy for people with dementia
12	Serrani.	2012	A reminiscence program intervention to improve the quality of life of long-term care residents with Alzheimer's disease. A randomized controlled trial
13	Spector, Orrell & Hall.	2012	Systematic review of Neuropsychological Outcomes in Dementia from Cognition-Based Psychological Interventions.
14	Aguirre, Woods, Spector & Orrell.	2013	Cognitive stimulation for dementia A systematic review of the evidence of effectiveness from randomized controlled trials
15	Bahar, Clare & Woods.	2013	Cognitive training and cognitive rehabilitation for persons with mild to moderate dementia of the Alzheimer's or vascular type, a review.
16	Carballo, Arroyo, Portero & Ruiz.	2013	Efectos de la terapia no farmacológica en el envejecimiento normal y el deterioro cognitivo: consideraciones sobre los objetivos terapéuticos
17	Gomes de Melo et al.	2013	Multimodal exercise intervention improves frontal cognitive functions and gait in Alzheimer's disease: A controlled trial
18	Kawazhima.	2013	Mental Exercises for Cognitive Function: Clinical Evidence
19	Milders, Bell, Lorimer, MacEwan & McBain.	2013	Cognitive stimulation by caregivers for people with dementia
20	Aguirre, Hoare, Spector, Woods & Orrell.	2014	The effects of Cognitive Stimulation Therapy CST programme for people with dementia on family caregivers' health
21	Quintana et al.	2014	Efectos de un programa de intervención neuropsicológica basado en mindfulness sobre la enfermedad de Alzheimer: ensayo clínico aleatorizado a doble ciego

Fuente: Elaboración propia, 2014

De acuerdo a estos datos, se observa que en los últimos cinco años las investigaciones de tipo cuantitativo y cuasiexperimental, con relación al estudio de los tratamientos psicológicos aplicables en la demencia tipo Alzheimer, continúan siendo significativas y frecuentes.

Se observa que en algunos de los estudios cuasiexperimentales analizados que evidencian eficacia desde un modelo estadístico no necesariamente lograron un impacto positivo en todas las variables que medían. Por otro lado tampoco indicaban los posibles perjuicios generados a partir de la investigación realizada.

Ante la importancia de conocer la demostrada eficacia de los tratamientos psicológicos que se pueden utilizar para abordar las manifestaciones clínicas usuales en las personas con demencia tipo Alzheimer, se expone en la tabla 6, los resultados basados en la evidencia que obtuvieron los estudios cuasiexperimentales seleccionados.

Considerando estos resultados, se puede determinar cuáles intervenciones tienen mayor respaldo científico, para trabajar el deterioro cognitivo y síntomas psicológicos/conductuales, y que a la vez contribuyen en el enlentecimiento de las manifestaciones clínicas y en el mejoramiento de la calidad de vida.

Tabla 6 Resumen de resultados en los estudios cuasi experimentales sobre tratamiento psicológicos en personas con demencia tipo Alzheimer.

	Autores	n	Intervención	Resultados/Significancia
1	Fernández, Contador, Serna, Menezes de Lucena & Ramos, 2010.	45 pacientes GE: 15 pacientes intervención individual (EAI)/ 15 pacientes intervención grupal (EAG).GC: 15 pacientes en lista de espera (EANT).	Programa de Estimulación cognitiva. Duración: tres meses x tres sesiones semanales x una hora sesión; total = 36 sesiones.	Pre tratamiento no hubo diferencias significativas entre los grupos. Post tratamiento: $p < 0.05$ EAI: Declive significativamente menor a nivel cognitivo en comparación con los grupos EAG y EANT. EAI-EAG puntuaron significativamente mejor que EANT, pero no hubo diferencias significativas entre EAI y EAG en los síntomas psicológicos y conductuales de la demencia. EAI puntuó significativamente más bajo que EAG en los síntomas de depresión. EAI y EAG puntuaron significativamente más bajo que EANT. EAI obtuvo una puntuación marginalmente inferior al grupo EANT, pero no hubo diferencias significativas entre EAG y EAI, ni tampoco entre los grupos de tratamiento en la escala funcional.
2	Niu, Tan, Guan, Zhang & Wang, 2010	32 pacientes, 16 en GE y 16 en GC,	Estimulación cognitiva. Duración: 10 semanas x 2 sesiones semanales x 45 minutos.	GE: mostró una puntuación significativamente mayor en relación al GC en la mejora de los síntomas neuro psiquiátricos, en la apatía y síntomas de depresión ($p < 0, 001$). No hubo una puntuación significativamente mayor en relación a la disminución de los síntomas de estrés en los cuidadores.
3	Fernández, Rodríguez, Contador,	45 pacientes: EABB: pacientes que recibieron la	BBA: programa de entrenamiento cognitivo	Pre tratamiento no hubo diferencias significativas entre los grupos. Post tratamiento: El EABB puntuó significativamente mejor que EAPI en funcionamiento cognitivo ($p < 0, 001$). El grupo EABB mostró un

	Rubio & Ramos, 2011	estimulación con el programa computarizado "Big Brain Academy" (BBA); EAPI: pacientes estimulados con un programa de psicoestimulación integral (PPI); EANT: grupo control, pacientes en lista de espera.	computarizado para reactivar y estimular las capacidades mentales. PPI: programa que trabaja mediante ejercicios estandarizados seis áreas cognitivas, fundamentado en tareas de papel y lápiz. 3 meses x 3 sesiones semanales x una hora; total= 36 sesiones.	declive cognitivo significativamente menor en comparación con los grupos EAPI y EANT. EABB puntuó significativamente más bajo que EANT, mientras que EAPI solo mostró una puntuación marginalmente inferior a la del grupo EANT, en relación a los síntomas psicológicos y conductuales de la demencia. EABB y EAPI obtuvieron una puntuación significativamente inferior a EANT, en la sintomatología depresiva. Mientras que el que grupo EABB puntuó significativamente más bajo que EAPI. Así el grupo EABB mostró una reducción significativamente mayor de los síntomas depresivos en comparación con los otros grupos. El declive funcional fue más lento para los grupos EABB y EAPI, en relación a EANT (p < 0.01).
4	Viola et al, 2011	41 pacientes, 25 en GE y 16 en GC. La edad promedio de los pacientes es de 75 años con al menos 10 años de escolaridad.	Programa de rehabilitación que incluye: entrenamiento de la memoria, estimulación cognitiva asistida por computadora, actividades de expresión,	La función cognitiva y el rendimiento en tareas de atención se mantuvieron estables en los pacientes del GE, mientras que los del GC muestran un leve pero significativo empeoramiento. La intervención psicológica se asoció a la reducción de síntomas de depresión en los pacientes y cuidadores, así como los síntomas psicológicos y conductuales en los sujetos con Alzheimer. El tratamiento fue beneficioso para la calidad de vida de los pacientes.

			<p>psicoterapia y entrenamiento físico.</p> <p>Duración: 3 meses x 2 sesiones semanales x 5 horas; total 24 sesiones.</p>	
5	Kawakubo, Uchida y Kazumi, 2011	5 mujeres con una edad promedio de 86 años que viven en un hogar de cuidado.	<p>Arte terapia</p> <p>3 meses x 12 sesiones semanales x 1 hora; total=144</p>	<p>La evaluación evidencia una disminución en los síntomas psicológicos y conductuales de la demencia en pacientes, y el estrés y cansancio del cuidador.</p> <p>Los trabajos mostraban colores vivos, un nivel elevado de abstracción, diseño audaz y atractiva simplicidad.</p> <p>El comportamiento “yo no puedo” cambió de una actitud negativa y pasiva, a una posición positiva y activa a través de la producción de trabajo.</p>
6	Aguirre et al, 2012	272 pacientes, con una edad promedio de 82, ubicados en dos grupos A y B, siendo la mitad de la muestra residentes de un hogar de ancianos, y la otra mitad, residentes de un centro de atención comunitaria.	<p>Terapia de Estimulación Cognitiva (CST): basado sobre los conceptos teóricos de la orientación de la realidad y la estimulación cognitiva.</p> <p>Duración: 7 semanas x 14 sesiones x 45 minutos.</p>	<p>Los participantes con edad más avanzada se beneficiaron más en la cognición y calidad de vida. El sexo femenino mostró una mejora superior al sexo masculino.</p> <p>Los beneficios de la CST fueron independientes de si las personas estaban tomando inhibidores de colinesterasa.</p> <p>Los residentes del hogar de ancianos mejoraron más en el dominio de calidad de vida, que los residentes del centro comunitario. No obstante los participantes del centro comunitario se beneficiaron más en relación a los síntomas conductuales.</p>

7	Miranda et al, 2012	22 personas, conformada por 14 mujeres y 8 hombres. Se establecieron dos grupos: grupo de intervención (GI) y grupo control (GC), cada uno con 11 personas.	Terapia de Estimulación Cognitiva. Duración: 7 semanas x 2 sesiones semanales x 45 minutos; total = 14 sesiones.	Las personas del GI incrementaron su rendimiento cognitivo significativamente ($p < 0.01$), mientras que el GC tuvo un progreso en su deterioro. La calidad de vida aumentó significativamente en el GI ($p < 0.05$) No se encontró ningún efecto significativo en el nivel de funcionalidad al comparar los grupos ($p < 0.05$).
8	Serrani, 2012	135 sujetos: grupo de control activo, grupo de control pasivo y grupo de intervención (GI), cada uno con 45 sujetos.	Programa de reminiscencia Duración: 3 meses x 2 sesiones semanales x 1 hora, total: 24 sesiones. Se midió rendimiento en tres periodos: inmediato, 6 y 12 meses después.	Hubo mejoras significativas en la memoria a corto y largo plazo en el GI, entre el periodo después de las doce semanas y seis meses. El GI mostro una puntuación significativa en la mejora de la calidad de vida y en la interacción social entre el periodo de los 6 y 12 meses. Disminución de síntomas de ansiedad y depresión a través del tiempo en el GI.
9	Rylatt, 2012	37 participantes: Unidad A: 15 Unidad B: 22	Terapia creativa: incluían danza, teatro, música y movimiento. 2 meses x 3 sesiones por semana x 30	La aplicación de la terapia creativa generó mejoras en la autoexpresión creativa, la comunicación, el placer y el disfrute, y el compromiso general de las personas con demencia.

			minutos; total=24 sesiones.	
10	Carballo, Arroyo, Portero & Ruiz, 2013	240 participantes, de los que 217 recibieron terapia no farmacológica (EN-TNF) y 23 acudieron a otras actividades lúdicas o socioculturales (EN-no TNF). Se conformaron 5 grupos de	Terapia no Farmacológica (TNF): ejercicios de estimulación cognitiva, dinámicas de grupo, sesiones de arte terapia. Duración: 9 meses x 2 sesiones semanales x1 hora; total: 72 sesiones.	El grupo EN-TNF mejora significativamente en autoestima, optimismo, recursos sociales y satisfacción con la vida, a excepción de las referidas a las actividades de vida diaria básica e instrumental. La afectividad (ansiedad y depresión) y la calidad de vida autopercibida se vieron beneficiadas por la TNF.
11	Gomes de Melo et al, 2013	27 personas: grupo de entrenamiento con 14 personas, y grupo control con 13 personas. Edad entre 73 y 78 años.	Ejercicios multimodales: actividades motoras y cognitivas simultáneas. Duración: 4 meses x 3 sesiones semanales x1 hora; total=48 sesiones.	Los pacientes del grupo de entrenamiento mostraron puntuaciones significativamente mayores en las funciones cognitivas a nivel frontal, tales como abstracción, organización, secuencia motora, auto control y la atención ($p < 0.001$). El grupo control empeoró significativamente es estas funciones, especialmente en la planificación, organización y secuenciación motora.
12	Kawashima, 2013	Estudio 1: 32 personas de un hogar de cuidado: GE y GC con 16	Programa de intervención cognitiva "Learning Therapy": se	Estudio 1: En el grupo de aprendizaje se muestra un puntaje estadísticamente significativo ($p < 0.05$) en relación al incremento de las funciones cognitivas a nivel frontal, posterior al entrenamiento.

		<p>personas cada uno.</p> <p>Estudio 2: 124 personas que vivían en la comunidad</p>	<p>basa en problemas o ejercicios de matemática básicos y sistematizados en japonés.</p> <p>Duración: 6 meses x 5 días a la semana x 20 minutos; total: 120 sesiones.</p>	<p>Estudio 2: En el grupo experimental, las puntuaciones en relación a las funciones cognitivas a nivel frontal y mostraron una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,001$), las cuales aumentaron después de la intervención.</p>
13	Milders, Bell, Lorimer, MacEwan y McBain, 2013	<p>21 diadas de personas con demencia y sus cuidadores.</p>	<p>Programa de estimulación de habilidades en comunicación, memoria y sensorio motriz.</p> <p>4 meses x 3 sesiones semanales</p>	<p>El rendimiento cognitivo se mantuvo en los niveles de base, a excepción de la fluidez verbal.</p> <p>Hubo una disminución de la manifestación de síntomas conductuales posterior a la intervención.</p> <p>Los cuidadores pudieron presentar las actividades en gran medida según las instrucciones y continuar con la intervención sin supervisión, sin efectos nocivos para su bienestar y el de su familiar con demencia.</p>
14	Aguirre, Hoare, Spector, Woods & Orrel, 2014	<p>85 cuidadores de familiares con demencia.</p> <p>Grupos: 41 pacientes que reciben CST y mantenimiento / 44 pacientes que</p>	<p>Terapia de Estimulación Cognitiva (CST).</p> <p>Personas con demencia recibieron CST, durante 7 semanas x 2 sesiones semanales.</p>	<p>No se encontraron pruebas en que se beneficiara a los cuidadores, al comparar los resultados antes y después del tratamiento (ni a los 3 ni seis meses).</p>

		recibieron CST sin mantenimiento.	Grupo Seguimiento: 24 semanas.	
15	Quintana et al, 2014	127 personas. Se agruparon a los pacientes en tres grupos experimentales (estimulación cognitiva, relajación muscular progresiva y mindfulness) y un grupo control.	2 años x 3 sesiones semanales x 90 minutos; total=288 sesiones. Con medidas semestrales de seguimiento.	La capacidad cognitiva medida en este estudio muestra una equivalencia entre los grupos de estimulación cognitiva y mindfulness en esta capacidad. El grupo de mindfulness presenta una mayor tendencia al mantenimiento de las mismas ($p < 0.002$) No existen prácticamente diferencias significativas en la capacidad funcional, salvo las diferencias desde los doce meses del estudio a favor del grupo de mindfulness en comparación con el de control ($p < 0.000$). El análisis de los grupos mostró que mindfulness presenta mejores puntuaciones en la disminución de síntomas psicopatológicos en comparación con el grupo de estimulación cognitiva desde los seis meses ($p < 0.002$) mientras que cuando se compara con el de relajación ($p < 0.001$) y el control ($p < 0.001$) los hace desde los 12 meses.

Fuente. Elaboración propia, 2014

Aunque se han realizado constantes esfuerzos por comprobar con evidencia estadística la efectividad de tratamientos psicológicos aplicables en personas con esta enfermedad, aún se presentan dificultades metodológicas que demandan el diseño de procedimientos más elaborados, y la continuidad en la investigación de esta temática (Olazarán et al, 2010; Fernández et al 2011; Spector et al, 2012).

Bahar et al (2013), señala que la evidencia disponible con relación al entrenamiento cognitivo sigue siendo limitada, y la calidad de la evidencia tiene que mejorar. Los autores consideran que todavía no hay indicaciones significativas sobre los beneficios de esta intervención.

Olazarán et al (2010), con respecto a las terapias de intervención para la mejora de la cognición en la enfermedad de Alzheimer, encontró evidencias a favor de que las sesiones de estimulación llevadas a cabo de manera individual o en grupo reducidos alcanzan una mejoría en las destrezas cognitivas.

Por su lado Fernandez et al (2011), agrega que la diferencia de que hubiese una mejora en la actividad funcional cognitiva y de los síntomas depresivos de las personas que recibieron la estimulación individualizada, se puede asociar a que de esta manera es más factible atender a las necesidades específicas del individuo, recurriendo a una perspectiva de acción centrada en la persona.

García (2012), también señala que el entrenamiento en sesiones individuales facilitadas por el terapeuta o por el cuidador consigue efectos positivos sobre la cognición.

Por su lado, las sesiones grupales de estimulación cognitiva consiguen mejorías significativas en el funcionamiento cognitivo general, así como en la calidad de vida (Miranda et al, 2012), cuando se trata de intervenciones multicomponentes en las que la estimulación cognitiva forma parte de programas

de tratamiento en los que se combina con la terapia de reminescencia, ejercicio físico, entrenamiento en actividades de la vida diaria o terapia de apoyo (García, 2012).

Ruiz (2012), afirma que las estrategias de rehabilitación neuropsicológica se deben utilizar de manera combinada, y en la medida de lo posible fomentar el aprendizaje sin errores, y determina al igual que otros autores mencionados anteriormente que la aplicación de la estimulación cognitiva debe ser individual o en grupos muy reducidos y homogéneos.

En la revisión sistemática realizada por Spector et al (2012), se plantea que no es posible afirmar con certeza que los dominios cognitivos muestran mejoras o mantenimiento de la función en la personas con demencia en las intervenciones psicológicas centradas en la cognición. Concluyéndose que se necesita más trabajo para determinar si la mejora en praxias, orientación, percepción visual, lenguaje y otros aspectos de la función ejecutiva es factible.

A través de la revisión sistemática realizada por Aguirre et al (2012), se establece que no se asocia a la estimulación cognitiva a la mejoría significativa del estado de ánimo, actividades de vida diaria o de comportamiento desafiante en la personas con demencia tipo Alzheimer. No obstante, si logra determinar que la estimulación cognitiva es eficaz independientemente si se prescriben o no inhibidores de acetilcolinesterasa.

Con relación a los beneficios que pueden generar las intervenciones cognitivas sobre las manifestaciones conductuales de la demencia tales como apatía, ansiedad, irritabilidad y depresión, se necesitan estudios adicionales randomizados y controlados para clarificar la eficacia (García et al, 2012).

Seguidamente se exponen en la Tabla 7, la recopilación de los artículos cuya metodología se orientó en ensayos clínicos controlados, aleatorios y de doble ciego, y revisiones sistemáticas, que se enfocaban a describir tratamientos psicológicos con efectividad aplicables en cuidadores de personas con demencia tipo Alzheimer.

Tabla 7. Investigaciones sobre tratamientos psicológicos para la población de cuidadores de personas con demencia tipo Alzheimer

Número	Autores	Año	Título de la publicación
1	Franco, Sola & Justo	2010	Reducción del malestar psicológico y de la sobrecarga en familiares cuidadores en enfermos de Alzheimer mediante la aplicación de un programa de entrenamiento en Mindfulness (conciencia plena)
2	Oken et al.	2010	Pilot Controlled Trial of Mindfulness meditation and Education for Dementia Caregivers.
3	Robinso et al	2010	Primary care and dementia: 2. Long-term care at home psychosocial interventions, information carer support and case management.
4	Vázquez, Otero, López, Blanco & Torres	2010	Un programa Breve basado en la solución de problemas para la prevención de la depresión en cuidadores informales de pacientes con demencia: un estudio piloto.
5	Arritxabal et al.	2011	Efectos del entrenamiento en estrategias de regulación emocional en el bienestar de cuidadores de enfermos de Alzheimer.
6	Costa et al.	2011	Effects of a psychoeducational intervention in family caregivers of people with Alzheimer's disease.
7	Guerra, Ferri, Fonseca, Benerjee & Prince.	2011	Helping carers to care: the 10/66 Dementia research Group's randomized control trial of caregiver intervention in Peru
8	Losada, Márquez & Romero.	2011	Mechanisms of action of a psychological intervention for dementia caregivers: effects of behavioral activation and modification of dysfunctional thoughts.
9	Reinante, et al.	2011	Grupo de ayuda mutua para familiares de pacientes con demencia "Cuidado al cuidador".
10	Sörensen & Conwell.	2011	Issues in Dementia Caregiving: Effects on mental and Physical Health, Intervention Strategies, and Research Needs.
11	Beinart, Wade & Brady.	2012	Caregiver burden and Psychoeducational interventions Alzheimer's disease: a review
12	Elvish, Lever, Johnstone, Cawley & Keady	2012	Psychological interventions for carers of people with dementia: a systematic review of quantitative and qualitative evidence.

13	Cheng et al.	2012	A benefit-finding intervention for family caregivers of persons with Alzheimer disease: study protocol of a randomized controlled trial.
14	Laakkonen, Hölttä, Savikko, Strandberg, Suominen & Pitkälä	2012	Psychosocial group intervention to enhance self-management skills of people with dementia and their caregivers: study protocol for a randomized controlled trial
15	Van Mierlo, Meiland, Van der Roset & Dröes	2012	Personalised caregiver support: effectiveness of psychosocial interventions in subgroups of caregivers of people with dementia.
16	Wang, Chien & YM Lee.	2012	An experimental study on the effectiveness of a mutual support group for family caregivers of a relative with dementia in mainland China.
17	Phung et al.	2013	A three-year-follow-up on the efficacy of psychosocial interventions for patients with mild dementia and their caregivers: the multicentre, rater-blinded, randomised Danish Alzheimer Intervention Study (DAISY)
18	Reid & Hartzell.	2013	Art Therapy with a group of dementia caregivers: exploring wellbeing trough social support and creative expression.
19	Martín, Ballesteros, Domínguez, Muñoz & González.	2014	Intervenciones en el cuidador del enfermo con demencia.

Fuente: Elaboración propia, 2014.

Al igual que con las investigaciones seleccionadas en la población de personas con demencia tipo Alzheimer, se logra identificar un número significativo de estudios de tipo cuantitativo y cuasi experimental, con relación a los tratamientos psicológicos aplicables a los cuidadores de personas con esta enfermedad.

Algunos de los estudios cuasiexperimentales que evidencian eficacia desde un modelo estadístico, no alcanzaron un impacto positivo en las variables que planteaban. Por otro lado tampoco indicaban los posibles perjuicios generados a partir de la investigación realizada.

Se observa que en algunos de los estudios cuasiexperimentales analizados que evidencian eficacia desde un modelo estadístico no necesariamente lograron un impacto positivo en todas las variables que medían.

Debido a la importancia que tiene el conocer la demostrada eficacia de los tratamientos psicológicos que se pueden utilizar en los cuidadores, para disminuir manifestaciones asociados al síndrome del cuidador cansado o quemado y de promover un sentido de competencia en los mismos, se expone en la tabla 8, los resultados basados en la evidencia que obtuvieron los estudios cuasiexperimentales seleccionados.

Tabla 8. Resumen de resultados en los estudios cuasi experimentales sobre tratamientos psicológicos para la población de cuidadores de personas con de demencia tipo Alzheimer

	Autores	n	Intervención	Resultados/significancia
1	Franco, Sola & Justo, 2010	36 familiares cuidadores, con edades entre 34-66 años. GE: 19 sujetos. GC: 17 sujetos.	Programa "Meditación fluir": aprendizaje y práctica diaria de una técnica para el desarrollo de la conciencia plena. 10 semanas x 1 sesión por semana x 2 horas.	Reducción significativa en los síntomas de estrés, malestar psicológico, y sobrecarga del cuidador en el GE en comparación con el GC una vez finalizada la intervención. Las mejoras obtenidas en el GE se vieron reducidas en la evaluación de seguimiento realizada 4 meses después de finalizada la intervención.
2	Oken et al, 2010	28 cuidadores, distribuidos en GE y GC.	Entrenamiento en Mindfulness, adaptada al programa de terapia Cognitiva Basada en la Consciencia. Educación. 7 semanas x 1 vez a la semana x 90 minutos.	El mindfulness y la educación disminuyeron los niveles de estrés en el cuidador en comparación al grupo de respiro (GC).

3	Vázquez, Otero, López, Blanco & Torres, 2010	13 cuidadores informales con edades entre 43 y 82 años.	Programa de intervención breve basado en la terapia de solución de problemas con entrenamiento en los cinco componentes. 5 sesiones grupales x 1 vez por semana x 1 hora y treinta minutos.	Reducción estadísticamente significativa en sintomatología depresiva ($p < 0.001$), la inadaptación social ($p < 0.001$), los niveles de sobrecarga ($p < 0.05$), el riesgo de depresión y un incremento significativo en las habilidades de solución de problemas ($p < 0.001$). El riesgo de depresión permaneció más bajo que los niveles de pre intervención en el seguimiento realizado 12 semanas después de intervención ($p < 0.001$).
4	Arritxabal et al, 2011	52 cuidadores. GE: 20 sujetos. GC: 32 sujetos.	Intervención psicoeducativa para dotar de estrategias de regulación emocional positivas y negativas con cuidadores. GE: 3 subgrupos de 6 cuidadores en dos de los grupos y 8 cuidadores en el tercer grupo.	En el GE hubo una disminución de los pensamientos disfuncionales ($p=0,024$) sobre el cuidado. Asimismo, se ha registrado una disminución en la dimensión de atención emocional ($p=0,001$), lo que indica que son más capaces de atender a las emociones de forma adecuada tras la intervención. El GE mostró una puntuación menor en estrés percibido ($p=0,003$), afecto negativo ($p=0,010$) y satisfacción con el cuidado ($p=0,000$).

			10 sesiones x 1 vez por semana x 2 horas.	
5	Costa, 2011	17 cuidadores Grupo de intervención psicoeducativa	Psicoeducación 6 meses x 1 vez a la semana.	Hubo una disminución en la tensión percibida en cuidadores y en respuestas asociadas al aislamiento y decepción.
6	Guerra, Ferri, Fonseca, Benerjee & Prince, 2011	58 cuidadores. GE: 29 sujetos. GC: 29 sujetos.	3 módulos de intervención: asesoramiento, educación básica, entrenamiento con respecto a problemas específicos de comportamiento. 5 sesiones x 1 vez por semana x 30 minutos.	GE mostró una disminución significativa de la tensión al asumir el rol de cuidador, 6 meses después de recibir la intervención.
7	Losada, Márquez & Romero, 2011	170 cuidadores distribuidos en GE y GC.	12 grupos (GE). 2 meses x 1 sesión por semana x 2 horas.	GE: disminución en la sintomatología depresiva (p=0.000), pensamientos disfuncionales acerca del cuidado (p=0.000), y aumentó la frecuencia en actividades de ocio (p=0.000).
8	Reinate et al, 2011	7 mujeres cuidadoras con una edad	Grupo terapéutico de duración limitada.	Descenso en la depresión y los niveles de sobrecarga.

		comprendida entre 40 y 60 años.	10 sesiones x 1 vez por semana x 2 horas.	
9	Laakkonen, Hölta, Savikko, Srandberg, Suominen & Pitkälä, 2012	160 parejas (pacientes y cónyuges) cuidadores GE: 80 sujetos. GC: 80 sujetos.	Programa de autoeficacia: combina técnicas de intervención biológica, psicológica y social para maximizar el funcionamiento 2 meses x 1 sesión semanal.	El programa de apoyo de autocuidado animó a los participantes a identificar sus fortalezas y mejoró sus habilidades para resolver problemas.
10	Wang, Chien & YM Lee, 2012	78 cuidadores Grupo de apoyo mutuo: 39 cuidadores. Grupo control: 39 cuidadores.	Intervención grupal de apoyo mutuo 6 meses x 1 sesión cada quince días x 1 hora y treinta minutos.	Hubo una reducción significativa en los niveles de estrés y angustia ($p= 0.001$) en los cuidadores, con relación a la manifestación por parte de los pacientes de síntomas psicológicos y conductuales. Hubo cambios leves en la demanda de los servicios de salud por parte del grupo experimental en comparación con el grupo control.
11	Phung et al, 2013	330 Diadas conformadas por pacientes y cuidadores. GE: 163 diadas.	Programa de atención psicosocial, que incluye	A los 12 meses de seguimiento se observó una disminución en la presencia de síntomas de depresión y mantenimiento de la calidad de vida en cuidadores ($p=0.013$).

		GC: 167 diadas.	consejería, educación y soporte. Se realizó durante el primer año, después de haber recibido el diagnóstico. Seguimiento a los 3, 6,12 y 36 meses.	<p>A los 36 meses no se encontraron diferencias significativas entre el grupo experimental y control, con respecto a los síntomas anteriormente citados.</p> <p>En los pacientes se observó posterior a los 36 meses un marcado deterioro a nivel cognitivo y en los síntomas conductuales.</p> <p>A los 36 meses de seguimiento, los síntomas depresivos y la calidad de autopercepción de la vida habían cambiado mínimamente con relación al inicio de la intervención.</p>
12	Reid & Hartzell, 2013	9 cuidadores Grupo 1: 5 personas. Grupo 2: 4 personas.	Arteterapia 2 mese x 1 sesión por semana.	Los resultados de este estudio indican un aumento de la conciencia y de la activación social. Hubo una mejor conexión con los sentimientos de los otros, y se facilitó la expresión emocional y creativa.

Referente las intervenciones psicosociales que se pueden llevar a cabo con subgrupos de cuidadores de personas con demencia, existe poca investigación que confirme su eficacia (Van Mierlo, Meiland, Van der Roset & Droes, 2012).

Los autores anteriores manifiestan que una limitante es que aunque se puede realizar una intervención específica bajo esta línea en la práctica clínica, en muchas regiones no está disponible lo que interfiere negativamente en la población de cuidadores al tener recursos escasos en el acompañamiento de su rol.

Para Beinart, Weinman, Wade, Brady (2012), existen dos tipos de intervención para aliviar la carga del cuidador: las intervenciones personales y las intervenciones virtuales. Las intervenciones personales más exitosas se basan en el entrenamiento psicosocial mezclado con sesiones educativas en diferentes áreas tales como: información sobre la enfermedad, técnica para el cuidado y el manejo del comportamiento, la importancia del auto cuidado, manejo del estrés, la resolución de problemas y orientación en la toma de decisiones. Por su lado, las intervenciones virtuales: telemáticas y computarizadas, pueden ser prácticas, de fácil acceso y de bajo costo, sin embargo no han demostrado grandes beneficios en el cuidador, siendo este un aspecto que se debe estudiar más a fondo, especialmente con el desarrollo actual de la tecnología.

Sörensen & Cowell, 2011 y Lakonen, 2012 mencionan por su parte para el grupo de los cuidadores, que los enfoques psicoeducativos han demostrado ser más eficaces en la mejora del conocimiento de la enfermedad, la reducción de la carga, de los síntomas de depresión, y el aumento del bienestar subjetivo y la satisfacción del cuidador. Así mismo agregan que para alcanzar estos resultados es imprescindible una participación activa de esta población cuando forman parte de programas orientados a la psicoeducación y el desarrollo de habilidades para el manejo comportamental.

En la revisión sistemática realizada por Martín, Ballesteros, Domínguez, Muñoz & González (2014), se confirma que dentro de los trabajos que valoran la variable de depresión y sobrecarga, las intervenciones psicoeducativas son las más eficaces, seguidas por las intervenciones de counseling. No obstante mencionan que la tendencia favorable (aunque no estadísticamente significativa) de la mayoría de estudios y su limitado número (variable de ansiedad y de la categoría de grupos de apoyo), apuntan a la presencia de posibles sesgos de publicación que convendría estudiar con mayor detenimiento.

Sörensen & Cowell (2011), encontraron en su investigación, que los inhibidores de la colinesterasa tienen un pequeño pero estadísticamente significativo beneficio para los cuidadores en la reducción de la carga y horas dedicadas a la prestación de cuidados. Sin embargo, no se recomienda confiar únicamente en la medicación del paciente para hacer frente a la angustia del cuidador, ya que los efectos de la farmacoterapia son variables y no todos los usuarios tienen acceso a esta. Además, informan que medicar a las personas con demencia resulta mayormente eficaz en la reducción de la sobrecarga del cuidador cuando se combina con la terapia individual o counseling.

Capítulo VI

Discusión

6. DISCUSIÓN

La revisión sistemática elaborada tuvo como propósito investigar acerca de tratamientos psicológicos con demostrada efectividad para el abordaje de la enfermedad de Alzheimer. Más específicamente se establece como objetivo general, analizar los tratamientos psicológicos de mayor efectividad reportados en la literatura internacional para la atención de personas con diagnóstico de la demencia tipo Alzheimer y para sus cuidadores, ante el crecimiento acelerado que está ocurriendo de la población adulta mayor, y la prevalencia a nivel mundial de casos con este padecimiento.

Surge el interés de conocer con más detalle el panorama actual en el que se desenvuelve la psicología en relación a este tema, al ser una disciplina más de las ciencias de la salud. Así mismo resulta imprescindible determinar a partir de las diversas investigaciones revisadas cuáles enfoques terapéuticos contribuyen en el desacelere de la enfermedad, y en la reducción de la manifestación de sintomatología en la fase leve o media de la demencia, así como en los cuidadores de estos usuarios ante la demanda de atención y supervisión diaria que estos requieren.

A partir del análisis de la información, fue posible hallar que en los últimos cinco años ha habido una investigación constante en países como España, Estados Unidos, Japón e Inglaterra sobre la evidencia de la efectividad de diversos abordajes a nivel psicológico que benefician a ambas poblaciones. Existen numerosos estudios cuya metodología se basaba en ensayos clínicos controlados, en otros casos se llevaban a cabo estudios observacionales, y también revisiones sistemáticas que tenían como fin en su mayoría la actualización de hallazgos obtenidos diez o veinte años atrás sobre la efectividad de los tratamientos.

A pesar de que se alcanza el registro de 37 investigaciones para poder realizar este documento, fue difícil encontrar material que se ajustara a los criterios de inclusión propuestos. Esto entre otros factores, al establecer un rango de búsqueda en relación al tiempo de publicación no mayor a cinco años, identificándose la limitante en constantes ocasiones que la disponibilidad de estos no era gratuita dificultando por ende el acceso.

Fue sobresaliente la dificultad de encontrar estudios elaborados en América Latina sobre esta temática, debido al restringido presupuesto que se asigna por parte de los gobiernos para la investigación y apoyo económico que se requiere, además por lo que mencionan Miranda, Mascayano, Roa, Mray & Serrano (2012), sobre la carencia en la formulación e implementación de políticas públicas que visibilicen y aborden integralmente el síndrome demencial.

Otro elemento interesante a comentar, es sobre los instrumentos utilizados para realizar las evaluaciones e identificar los posibles efectos que generan las intervenciones psicológicas aplicadas, ya que muchas de las escalas y cuestionarios que se están usando a nivel global en el área de las demencias no han sido adaptados ni validados en todas las poblaciones estudiadas, minimizando esto la confiabilidad de los resultados.

El tratamiento psicológico que demostró ser más efectivo según la literatura internacional en personas con demencia tipo Alzheimer es la terapia de estimulación cognitiva, la cual encuentra sus antecedentes en programas previos de estimulación, en la terapia de orientación de la realidad, reminiscencia y validación (Miranda et al, 2012).

Esta terapia presenta programas específicos de intervención que han demostrado utilidad clínica en los últimos años, tanto en el envejecimiento sano, como en el deterioro cognitivo leve y las demencias.

Las variables o dominios en los que se encontró una notable mejoría a partir de la aplicación de la estimulación cognitiva son: retraso en la progresión del deterioro cognitivo, mejora en facultades como la atención, concentración, memoria, funciones ejecutivas, lenguaje, la orientación temporo espacial, la capacidad visoespacial, el cálculo y las praxias. De igual manera se reporta mejor desempeño en la interacción social con pares y cuidadores.

La estimulación cognitiva debe ser aplicada por profesionales entrenados en esta, con el fin de reducir la posibilidad de que se incumplan con los requisitos básicos para su implementación, y que por ende se logre un rendimiento superior y significativo en la persona.

En el caso de que los cuidadores participen en este proceso de estimulación desde el hogar, es un requisito capacitarlos, indicarles cómo abordar aspectos relacionados por ejemplo a la motivación y reforzamiento positivo, o al manejo del desinterés, frustración y enojo por parte de los usuarios al realizar los ejercicios. También los profesionales deben tener anuencia y apertura para atender inquietudes que surgen durante proceso y brindar el asesoramiento respectivo.

La gran mayoría de estudios sugieren que la estimulación cognitiva tiene mayor trascendencia si se brinda en una modalidad individual o en grupos muy reducidos y homogéneos. Lo anterior se respalda con lo dispuesto por Fernández, Contador, Serena, Menezes & Ramos (2010), al considerar que al trabajar a nivel individual se logra atender las necesidades específicas del individuo, recurriendo a una perspectiva de acción centrada en la persona.

Cuando el profesional se plantea realizar estimulación cognitiva, debe seleccionar las tareas que va a utilizar entre los materiales disponibles en la literatura y que resulten más adecuados, tanto a las características del individuo en

función de los resultados proporcionados a través de la evaluación neuropsicológica aplicada, como al marco teórico que fundamente su intervención.

Otros tratamientos orientados a la población con Alzheimer que se sugieren como eficaces pero que requieren de más estudios que respalden su impacto son: la terapia cognitivo-conductual, la terapia de reminiscencia, mindfulness, arte terapia. Estos enfoques promovieron una mejor percepción de la calidad de vida, redujeron síntomas como depresión, ansiedad y problemas de conducta. Así mismo se facilitó la auto expresión creativa, el bienestar y la comunicación.

Se proponen además programas de rehabilitación multidisciplinarios, en donde se incluyan actividades como rehabilitación cognitiva, entrenamiento cognitivo asistido por una computadora, terapia ocupacional, terapia de lenguaje, arte terapia, entrenamiento físico, fitoterapia y estimulación cognitiva con la lectura y juegos de lógica. Esta propuesta según Caballo, Arroyo, Portero & Ruiz (2013), se asoció con la estabilidad cognitiva y mejoras significativas en la calidad de vida de las personas con enfermedad de Alzheimer.

En relación con los cuidadores, a partir de la revisión realizada predomina en la mayoría de los resultados, que la intervención más efectiva a nivel psicológico es la psicoeducación, al generar ésta un impacto sobre la depresión, el bienestar emocional, la calidad de vida, las actitudes hacia el cuidado y la ansiedad (Elvish, 2012).

El asistir a un programa de psicoeducación promueve el aprendizaje de habilidades útiles en el cuidado, así como en la adquisición de nuevas percepciones que facilitan su trabajo, y que de forma conjunta aumenta los sentimientos de competencia y satisfacción.

Las intervenciones psicoeducativas que aplican contenidos personalizados, pueden ser más útiles para los cuidadores, al adaptarse mejor a sus necesidades específicas. No obstante también se puede considerar la inclusión a grupos, al poder compartirse creencias erróneas, desinformación, temores o angustias, experiencias en rol de cuidador, que permite visualizar a otras personas que pasan por la misma situación y que pueden brindar apoyo. Este tipo de intervención agrega valor porque concientizan acerca de la enfermedad y empodera para su afrontamiento.

Aunque no hay consenso en el número de sesiones que se deben emplear en un programa de psicoeducación grupal, es importante intentar mantener un equilibrio razonable en el número y la intensidad, e igualmente flexibilizar los contenidos del programa de tal manera que la deserción de participantes o asistencia a una sesión, no condicione el aprovechamiento de la intervención en conjunto.

Otras terapias sustentadas en modelos cognitivos o cognitivos conductuales, ha evidenciado cambios significativos en la reducción del malestar psicológico del cuidador.

Es importante considerar que no solo la persona con diagnóstico de Alzheimer, debe de ser únicamente la persona que se interviene, sino que la familia juega un papel crucial en el cuidado y desarrollo de los síntomas, al poner ellos las pautas para el manejo de los síntomas psicológicos y conductuales. La intervención psicológica individual suele ser también eficaz para la atención, al permitírsele al cuidador encontrar un espacio para sí mismo donde expresar sus emociones y recibir un asesoramiento adecuado para que le orienten.

A partir de los alcances de las investigaciones revisadas, se considera que es necesario profundizar en el desarrollo de herramientas de abordajes válidos, y de

continuar realizando estudios con mayor cantidad de población, que ayuden a determinar de manera más precisa la eficacia de este tipo de abordajes, así como los factores moduladores de la respuesta.

En relación al objetivo que pretendía evidenciar los posibles perjuicios asociados a la utilización de los tratamientos psicológicos que reportan mayor efectividad, se debe indicar que en ninguno de los ensayos clínicos o revisiones sistemáticas incluidas en este documento se hace alusión a ello.

En diversos estudios mencionaban, que para no afectar a las personas que formaban parte de la muestra, se les brindaba medicación con inhibidores de colinesterasa, al considerar que el uso de la terapia farmacológica era un recurso necesario y/o favorable para enlentecer el progreso de la enfermedad, primordialmente en fase leve. Este argumento se considera válido, debido a que las investigaciones se dirigían a probar la efectividad de determinado tratamiento psicológico, y por ende no tenían en su totalidad datos científicamente confiables que respaldaran el hecho de que por sí solos pudieran generar tal efecto, así como lograr un cambio beneficioso al momento de la manifestación o manejo de los síntomas. No obstante, finalmente si fue posible comprobar que la interacción de ambos tratamientos puede generar efectos positivos en la población analizada.

Así mismo en los ensayos clínicos revisados, dentro del procedimiento usualmente hacían entrega de un consentimiento informado tanto a las personas con demencia, como a sus cuidadores. En la mayoría de los casos, hacían mención de que al finalizar el estudio y al obtenerse resultados de la efectividad y beneficio del programa o intervención aplicada, se facilitaría también a las personas que formaban parte del grupo control.

Aunque se observa que se realizaban algunos intentos por reducir los daños potenciales en la población estudiada, llama la atención el leve o nulo interés

mostrado por los investigadores de considerar este aspecto y darle un abordaje propicio. Esta actitud pasiva, complaciente y/o desinteresada puede resultar perjudicial para el bienestar de los usuarios y para la credibilidad de los profesionales en psicología.

Se considera importante que aunque en esta rama de la salud se carezca de una instancia que garantice la vigilancia de seguridad y control de los tratamientos, se inicie con un monitoreo más estricto de esta situación, que permita a la vez crear herramientas para poder hacer frente a las terapias potencialmente dañinas.

Es imprescindible que dentro de las investigaciones se contemple este factor, para que además de determinar tratamientos de dudosa eficacia, pueda evidenciarse que aunque hay intervenciones bien intencionadas pueden ser contraproducentes. Esto conlleva a que los profesionales en esta área actúen de manera cautelosa, y que sean flexibles dentro de sus investigaciones en caso de que se requiera durante el proceso, realizar modificaciones en beneficio de la población.

6.1. Conclusiones

- La estimulación cognitiva ha probado ser una de las intervenciones más efectivas para emplear con las personas con demencia tipo Alzheimer, ya que incide positivamente en habilidades como la atención, concentración, memoria, funciones ejecutivas, lenguaje, orientación, la capacidad visoespacial, cálculo y praxias.
- Se sugiere aplicar la estimulación cognitiva de manera individual o en grupos reducidos de participantes, esto con la intención de brindar una atención más personalizada.
- El apoyo que recibe el cuidador debe enfocarse en mejorar los aspectos positivos de su rol, así como orientar en la búsqueda de soluciones ante diversos conflictos que surjan.
- Las intervenciones psicoeducativas han probado ser las más beneficiosas en la población de cuidadores, ya que promueve una disminución significativa en síntomas como tensión o estrés, aislamiento, insatisfacción, ansiedad, depresión, entre otros.
- Resulta positivo para los cuidadores participar en sesiones grupales psicoeducativas, ya que esto facilita el aprendizaje de otros, así como el sentirse acompañado, entendido y con la posibilidad de poder expresar en un espacio seguro su pensar y sentir.
- El asesoramiento psicológico es también una intervención necesaria a emplear con ambas poblaciones.
- Se requiere de un equipo interdisciplinario que apoye a los cuidadores y a las personas con demencia, para cubrir de manera integral sus necesidades.
- La terapia farmacológica es una opción más de tratamiento de la demencia tipo Alzheimer, sin embargo no es la única.
- Ha sido posible comprobar científicamente que existen terapias psicológicas que pueden utilizarse de manera simultánea con fármacos o por sí solas que

contribuyen positivamente en la calidad de vida de las personas con demencia tipo Alzheimer y sus cuidadores.

- Una limitación en la práctica clínica es que aunque una intervención específica podría ser adecuada para la persona con demencia tipo Alzheimer o para el cuidador, esta podría no estar disponible en la zona o región donde viva. De ahí la importancia de estimular el desarrollo y ejecución de programas o intervenciones con demostrada efectividad que estén disponible en los diversos centros de salud y comunitarios.

Capítulo VII

Referencias

Bibliográficas

REFERENCIAS

1. Aguirre, E., Hoare, Z., Streater, A., Spector, A., Woods, B, Hoe, J et al. (2012). Cognitive stimulation therapy (CST) for people with dementia – who benefits most?. *International Journal Geriatric Psychiatry*, 28, 284-290. doi: 10.1002/gps.3823
2. Aguirre, E., Hoare, Z., Spector, A., Woods, R., & Orrel, M. (2014). The effects of Cognitive Stimulation Therapy CST programme for people with dementia on family caregivers' health. *Bio Medical Geriatrics*, 14(31), 1-6. doi: 10.1186/1471-2318-14-31
3. Aguirre, E., Woods, R., Spector, A., & Orrell, M. (2013). Cognitive stimulation for dementia: A systematic review of the evidence of effectiveness from randomized controlled trials. *Ageing Research Reviews*, 12, 253-262. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.arr.2012.07.001>
4. Allegri, R., Arizaga, R., Bavec, C et al. (2011). Enfermedad de Alzheimer. Guía Práctica Clínica. *Neurología Argentina*, 3(2): 120-137
5. Ardila, A., Roselli, M. (2007). *Neuropsicología Clínica*. México: Editorial El Manual Moderno.
6. Arritxabal, I., García, A., Iglesias, A., Urdaneta, E., Lorea, I., Díaz, P et al. (2011). Efectos del entrenamiento en estrategias de regulación emocional en el bienestar de cuidadores de enfermos de Alzheimer. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 46(4), 206-212. Doi:10.1016/j.regg.2010.12.009
7. Asociación Americana de Psiquiatría. (2013) Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. *Alington, VA*, Asociación Americana de Psiquiatría.
8. Bahar, A., Clare, L., & Woods, B. (2013). Cognitive training and cognitive rehabilitation for persons with mild to moderate dementia of the Alzheimer's or vascular type, a review. *Alzheimer's research and therapy*, 5, 1-14. doi: 10.1186/alzrt189

9. Beinart, N., Weinman, J., Wade, D., Brady, R. (2012). Caregiver burden and Psychoeducational interventions Alzheimer's disease: a review. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 2, 638-648. DOI: 10.1159/000345777
10. Berbel, A., Ortiz, A., Aguado, R. (2011). Protocolo terapéutico de la demencia. *Medicine*, 10(76), 5178-5182. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr:2048/science/article/pii/S0304541211700750>
11. Cáceres, R., Mateos, A. (2012). Realidades psicosociales en las familias de personas con demencia abordaje desde la terapia familiar sistémica. *Actas de la dependencia*, 1, 1-27. Recuperado de <http://www.fundacioncaser.es/node/623>
12. Carballo, V., Arroyo, M., Portero, M., & Ruiz, J. (2013). Efectos de la terapia no farmacológica en el envejecimiento normal y el deterioro cognitivo: consideraciones sobre los objetivos terapéuticos. *Neurología*, 28(3), 160-168. doi: 10.1016/j.nrl.2012.06.010
13. Cheng, S., Lau, R., Mak, E., Ng, N., Lam, L., Fung, H et al. (2012). A benefit-finding intervention for family caregivers of persons with Alzheimer disease: study protocol of a randomized controlled trial. *Trials*, 3, 1-10. doi:10.1186/1745-6215-13-98
14. Costa, C., Nascimento, T., Lima, T., Dias dos Santos, G., Viola, L., Villela, P et al. (2011). Effects of a psychoeducational intervention in family caregivers of people with Alzheimer's disease. *Dementia e Neuropsychologia*, 5(3), 226-237. Recuperado de http://www.demneuropsy.com.br/detalhe_artigo.asp?id=299
15. Elvish, R., Lever, S., Johnstone, J., Cawley, R., & Keady, J. (2012). Psychological interventions for carers of people with dementia: a systematic review of quantitative and qualitative evidence. *British Association for Counselling & Psychotherapy*, 2-31. doi: 10.1080/14733145.2012.739632

16. Fernández, B., Contador, I., Serena, A., Menezes, V., & Ramos, F. (2010). El efecto del formato de intervención individual o grupal en la estimulación cognitiva de pacientes con enfermedad de Alzheimer. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 15(2), 115-123. doi: <http://dx.doi.org/10.5944/rppc.vol.15.num.2.2010.4090>
17. Fernández, B., Rodríguez, R., Contador, I., Rubio, A., & Ramos, F. (2011). Eficacia del entrenamiento cognitivo basado en nuevas tecnologías en pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Psicothema*, 23(1), 44-50. Recuperado de www.psicothema.com/pdf/3848.pdf
18. Franco, C., Soto, M., & Justo, E. (2010). Reducción del malestar psicológico y de la sobrecarga en familiares cuidadores en enfermos de Alzheimer mediante la aplicación de un programa de entrenamiento en Mindfulness (conciencia plena). *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 45(5), 252-258. doi:10.1016/j.regg.2010.03.006
19. García, J. (2012). Las terapias de intervención cognitiva en el tratamiento de los trastornos de conducta en la enfermedad de Alzheimer. Evidencias sobre su eficacia y correlaciones neurobiológicas. *Neurología*. doi:10.1016/j.nrl.2012.10.002
20. García, J. (2012). Las terapias de intervención cognitiva en el tratamiento de los trastornos de conducta en la enfermedad de Alzheimer. Evidencias sobre su eficacia y correlaciones neurobiológicas. *Neurología*, 1-8. doi: 10.1016/j.nrl.2012.10.002
21. Gomes de Melo, F., Pires, L., Valle, R., Ferreira, R., Gobbi, S & Riani, J et al. (2013). Multimodal exercise intervention improves frontal cognitive functions and gait in Alzheimer's disease: A controlled trial. *Geriatrics Gerontology International*, 13, 198-203. doi: 10.1111/j.1447-0594.2012.0087
22. Guerra, M., Ferri, C., Fonseca, M., Banerjee, S., & Prince, M. (2011). Helping carers to care: the 10/66 Dementia research Group's randomized control trial of caregiver intervention in Peru. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 33(1), 47-54. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20602013>

23. Hernández, M. (2013). La importancia de las estrategias no farmacológicas en la enfermedad de Alzheimer en fase inicial. *Real Invest Demenc*, 55, 3-4. doi: 10.5538/1137-1242.2013.55.3
24. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2012). *Anuario estadístico 2012*. Recuperado de <http://www.inec.go.cr/Web/Home/GeneradorPagina.aspx>
25. Kawakubo, E., Uchida, Y., Koizumi, M. (2011). "Art Therapy" implementation and evaluation in older person with dementia. *The Kitakanto Medical Journal*, 61, 499-508. doi: "http://dx.doi.org/10.2974/kmj.61.499http://dx.doi.org/1
26. Kawashima, R. (2013). Mental Exercises for Cognitive Function: Clinical Evidence. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 46, S22-S27. doi: <http://dx.doi.org/10.3961/jpmhp.2013.46.S.S22>
27. Laakonen, M., Höltä, E., Savikko, N., Strandberg, T., Souminen, M., & Pitkälä, K. (2012). Psychosocial group intervention to enhance self-management skills of people with dementia and their caregivers: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 13, 1-7. doi:10.1186/1745-6215-13-133
28. López, S. (2011). Definición, prevalencia, incidencia y factores de riesgo de la enfermedad de Alzheimer. En López, S. Editor & Alberca, R. Editor (Eds.), *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias* (pp. 143-149). España: Panamericana
29. Losada, A., Márquez, M., & Romero, R. (2011). Mechanisms of action of a psychological intervention for dementia caregivers: effects of behavioral activation and modification of dysfunctional thoughts. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26, 119-1127. doi: 10.1002/gps.2648
30. Martín, M., Ballesteros, J., Domínguez, A., Muñoz, P., & González, E. (2014). Intervenciones en el cuidador del enfermo con demencia. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 42(6), 300-314. Recuperado de <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:8eJj9lXKJqoJ:acta.spsiquiatria.es/repositorio/16/92/ESP/16-92-ESP-300-314%20718773.pdf+&cd=4&hl=es-419&ct=clnk&gl=cr>

31. Milders, M., Bell, S., Lorimer, A., MacEwan, T & McBain, A. (2013). Cognitive stimulation by caregivers for people with dementia. *Geriatric Nursing*, 34, 267-273. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gerinurse.2013.03.003>
32. Miranda, C., Mascayano, F., Roa, A., Mray, F., & Serraino, L. (2012). Implementación de un programa de estimulación cognitiva en personas con demencia tipo Alzheimer: un estudio piloto en chilenos de la tercera edad. *Universitas Psychologica*, 12(2), 445-455. doi: 10.11144/JaverianaUPSY12-2.ipec
33. Niu, Y., Tan, J., Guan, J, Zhang, Z & Wang, L. (2010). Cognitive stimulation therapy in the treatment of neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease: a randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 24, 1102-1111. doi: 10.1177/0269215510376004
34. Oken, B., Fonareva, I., Haas, M., Wahbet, H., Lane, J., Zajdel, D et al. (2010). Pilot Controlled Trial of Mindfulness meditation and Education for Dementia Caregivers. *The Journal of alternative and complementary medicine*, 16(10), 1031-1038. Doi:10.1089/acm.2009.0733
35. Olzarán, J., Reisberg, B., Clare, L., Cruz, I., Peña, J, del Ser, T et al. (2010). Cognitive stimulation therapy in the treatment of neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease: a randomized controlled trial. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 30, 161-178. doi: 10.1159/000316119
36. Organización Mundial de la Salud. (1992). CIE 10 Trastornos Mentales y del Comportamiento. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Mediator.
37. Phung, K., Waldorf, F., Buss, D., Eckerman, A., Keiding, N., & Rishoj, S. (2013). A three-year-follow-up on the efficacy of psychosocial interventions for patients with mild dementia and their caregivers: the multicentre, rater-blinded, randomised Danish Alzheimer Intervention Study (DAISY). *BMJ Open*, 3, 1-10. doi:10.1136/bmjopen-2013-003584
38. Quintana, D., Miró, M., Ibáñez, I., Santana, A., García, J & Tojas, J. (2014). Efectos de un programa de intervención neuropsicológica basado en

- mindfulness sobre la enfermedad de Alzheimer: ensayo clínico aleatorizado a doble ciego. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 49(4), 165-172. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2014.03.002>
39. Reid, S., Hartzell, E. (2013). Art Therapy with a group of dementia caregivers: exploring wellbeing through social support and creative expression. *Alzheimer's and dementia*, 9(4), 485. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jalz.2013.05.991>
 40. Reinate, G., Antequera, M., Martínez, B., García, B., Cataño, S., & Mazanares, S et al. (2011). Grupo de ayuda mutua para familiares de pacientes con demencia "Cuidado al cuidador". *Información psicológica*, 101, 58-63. Recuperado de <http://www.informaciopsicologica.info/OJSmottif/index.php/leonardo/article/view/82/0>
 41. Robinso,L., Illife, S., Bryne, C., Goodman, C., Rait, G., Manthorpe, J et al (2010). Primary care and dementia: 2. Long-term care at home psychosocial interventions, information carer support and case management. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25(7), 657-664. doi: 10.1002/gps.2405.
 42. Rodríguez, L., Gutiérrez, R. (febrero 2014). Demencias y enfermedad de Alzheimer en América Latina. *Revista Cubana de Salud Pública* 40(3). Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/214/21431356008.pdf>
 43. Ruiz, J. (2012). Estimulación cognitiva en el envejecimiento sano, el deterioro cognitivo leve y las demencias: estrategias de intervención y consideraciones teóricas para la práctica clínica. *Logopedia, Foniatría y Audiología*, 32, 57-66
 44. Ruiz, J. (2012). Estimulación cognitiva en el envejecimiento sano, el deterioro cognitivo leve y las demencias: estrategias de intervención y consideraciones teóricas para la práctica clínica. *Logopedia, Foniatría y Audiología*, 32, 57-66. Doi: 10.1016/j.rlfa.2012.02.002
 45. Rylatt, P. (2012). The benefits of creative therapy for people with dementia. *Art and science service evaluation*, 26 (33), 42-47. doi: <http://dx.doi.org/10.7748/ns2012.04.26.33.42.c9050>

46. Saiz, G., Bordallo, J., Natividad, J. (2008). El cuidador como paciente. *Formación Médica Continua en Atención Primaria*, 15(7), 418-426. doi:10.1016/S1134-2072(08)72207-2
47. Serrani, D. (2012). A reminiscence program intervention to improve the quality of life of long-term care residents with Alzheimer's disease. A randomized controlled trial. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 34, 422-433. doi: 10.1016/j.rbp.2012.05.008
48. Sörensen, S., & Conwell, Y. (2011). Issues in Dementia Caregiving: Effects on mental and Physical Health, Intervention Strategies, and Research Needs. *National Institutes of Health*, 19(6), 491–496. doi:10.1097/JGP.0b013e31821c0e6e.
49. Spector, A., Orrell, M., Hall, L. (2012). Systematic review of Neuropsychological Outcomes in Dementia from Cognition-Based Psychological Interventions. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 34, 244-255. doi: 10.1159/000343931
50. Subirana, J., Crusat, M., Cullell, N., Cuevas, R., & Signo, S. (2011). Demencias y enfermedad de Alzheimer. En Bruna. Editor, Roig. Editor & Puyuelo. Editor (Eds.), *Rehabilitación neuropsicológica intervención y práctica clínica*. España: Masson
51. Valls, C., Molinuevo, J., & Rami, L. (2010). Diagnóstico precoz de la enfermedad de Alzheimer: Fase prodrómica y preclínica. *Revista de Neurología*. Recuperado de <http://psyciencia.psyciencia.netdna-cdn.com/wp-content/uploads/2012/11/Diagn%C3%B3stico-precoz-de-la-enfermedad-de-Alzheimer-fase-prodr%C3%B3mica-y%20precl%C3%ADnica.pdf>
52. Van Mierlo, L., Meiland, F., Van der Roset, H., & Dröes, R. (2012). Personalised caregiver support: effectiveness of psychosocial interventions in subgroups of caregivers of people with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27, 1-14. DOI: 10.1002/gps.2694
53. Vázquez, F., Otero, P., López, M., Blanco, V., & Torres, A. (2010). Un programa Breve basado en la solución de problemas para la prevención de

- la depresión en cuidadores informales de pacientes con demencia: un estudio piloto. *Clínica y Salud, Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid*, 21(81), 59-76. Doi:10.5093/cl2010v2n1a6
54. Viola, L., Nunes, P., Yassuda, M., Aprahamian, I., Santos, F., Santos, G. (2011). Effects of a multidisciplinary cognitive rehabilitation program for patients with mild Alzheimer's disease. *Clinics*, 66(8), 1395-1400. doi: 10.1590/s1807-59322011000800015
55. Wang, L., Chien, W., YM Lee, I. (2012). An experimental study on the effectiveness of a mutual support group for family caregivers of a relative with dementia in mainland China. *Contemporary Nurse*, 40(2), 210-224. doi: 10.5172/conu.2012.40.2.2