

## TERAPIAS NO FARMACOLÓGICAS PARA LOS SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS Y CONDUCTUALES DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

### NONPHARMACOLOGICAL THERAPIES FOR PSYCHOLOGICAL AND BEHAVIORAL SYMPTOMS OF ALZHEIMER DISEASE

Recibido: 6/11/2016

Aceptado: 11/03/2017

ARTÍCULO DE REVISIÓN

**Beatriz Muñoz García.** *Terapeuta ocupacional. Centro de día Lazos. Vitoria-Gasteiz.* [beatrizmgo92@gmail.com](mailto:beatrizmgo92@gmail.com)



#### Resumen:

**Introducción.** Los síntomas psicológicos y conductuales en la enfermedad de Alzheimer son una parte fundamental en el abordaje de la enfermedad debido a su elevada presencia y al impacto que provocan en la calidad de vida del enfermo y de la familia. Además de ser una de las causas principales de institucionalización y de coste sociosanitario. **Objetivo.** Analizar la evidencia científica disponible sobre la efectividad de las terapias no farmacológicas existentes en el tratamiento de los síntomas psicológicos y conductuales de la enfermedad de Alzheimer aplicables desde la disciplina de Terapia Ocupacional. **Metodología.** Se realiza una revisión bibliográfica en las bases de datos de Pubmed, OTSeeker, Web of Science y Trip Database entre los años 2010-2016 sobre las terapias no farmacológicas para los síntomas psicológicos y conductuales de la enfermedad de Alzheimer. Los términos de búsqueda empleados son: Alzheimer's disease, nonpharmacological therapy, occupational therapy, psychological and behavioral symptoms, neuropsychiatric symptoms, behavioral intervention, anxiety, agitation, apathy and depression, unidas con los operadores booleanos AND y OR. Tras un análisis exhaustivo se obtienen 10 artículos que cumplen los criterios de inclusión. **Resultados.** Los artículos revisados confirman la efectividad de algunas de las terapias no farmacológicas en el tratamiento de los síntomas psicológicos y conductuales de la enfermedad de Alzheimer. **Conclusión.** Las terapias no farmacológicas que se han mostrado efectivas fueron la musicoterapia, masaje terapéutico, atención centrada en la persona, intervención sensorial, dementia care mapping, terapias psicológicas, multiestimulación, estimulación cognitiva y rehabilitación cognitiva.

#### Abstract:

**Introduction.** Psychological and behavioral symptoms in Alzheimer's disease are a fundamental part in the approach of

this disease due to their high presence and the impact that they cause in the quality of patients and their families. Furthermore, this is one of the main causes of institutionalization and health care expenses. **Objective.** The aim of this review is to analyze the available scientific evidence based on nonpharmacological therapies effectiveness in the treatment of Alzheimer's behavioral and psychological symptoms which are applicable by the Occupational Therapy discipline. **Methodology.** A literature review was carried out by us using the databases Pubmed, OTseeker, Web of Science and Trip Database, considering only the publications between the years 2010-2016 and only focused on nonpharmacological therapies for behavioral and psychological symptoms of Alzheimer's disease. The keywords used are: Alzheimer's disease, nonpharmacological therapy, occupational therapy, psychological and behavioral symptoms, neuropsychiatric symptoms, behavioral intervention, anxiety, agitation, apathy and depression, combined with the boolean operators AND and OR. After an exhaustive analysis 10 articles that fulfill the inclusion criteria were found. **Results.** The revised articles support the effectiveness of some nonpharmacological therapies in the treatment of psychological and behavioral symptoms. **Conclusion.** The nonpharmacological therapies remarked as the most effectiveness ones were music therapy, therapeutic massage, person-centered care, sensory intervention, dementia care mapping, psychological therapies, multiestimulación, cognitive stimulation and cognitive rehabilitation.

#### Palabras clave (keywords):

DeCS: Enfermedad de Alzheimer, terapias no farmacológicas, Terapia Ocupacional, síntomas psicológicos y conductuales.

MeHS: Alzheimer's disease, nonpharmacological therapy, occupational therapy, psychological and behavioral symptoms.

## 1. INTRODUCCIÓN

La demencia ha sido reconocida como una prioridad de salud pública. En el mundo hay unos 47,5 millones de personas que padecen demencia y se prevé que el número total de personas con demencia pase a 135,5 millones en 2050, ya que el aumento de la esperanza de vida, que supone un envejecimiento de la población, hace que la prevalencia de las demencias aumente. Se estima en el año 2050 en España habrá un millón y medio de personas con enfermedad de Alzheimer (EA). La EA es la causa más frecuente de demencia, entre el 60% y el 70% del total de los casos. Es una enfermedad neurodegenerativa progresiva primaria cortical caracterizada por una variabilidad de rasgos clínicos y neuropatológicos. Estos se centran en dos tipos de alteraciones: cognitivas y conductuales. Ambas dan lugar a las alteraciones funcionales que generan dificultades para la realización de las actividades de la vida diaria de la persona con EA [1-5].

Este artículo trata de la EA debido a su gran incidencia y prevalencia frente a otras demencias. Concretamente está centrado en los síntomas psicológicos y conductuales de la enfermedad y su posible intervención desde Terapia Ocupacional (TO). Las razones que me ha llevado a concretar en esas alteraciones han sido, primero, la frecuencia e importancia que tienen durante el proceso de la enfermedad, siendo una de las principales causas de discapacidad y dependencia para el usuario y uno de los mayores problemas a los que se enfrenta el cuidador, además del impacto físico, social y económico que provoca en los cuidadores, las familias y la sociedad. La segunda razón que me ha llevado a realizar este trabajo ha sido la escasa información existente sobre la intervención en los SPC desde TO, ya que al hacer la primera búsqueda bibliográfica la mayoría de la documentación encontrada fue acerca de la intervención para los síntomas cognitivos de la enfermedad o intervención para las alteraciones funcionales.

### Evolución de la clínica de los SPC

La International Psychogeriatric Association define los síntomas psicológicos y conductuales de las demencias (SPCD) como “síntomas de alteración de la percepción, del contenido del pensamiento, el estado de ánimo o la conducta, que a menudo se presentan en pacientes con demencia” [6].

La frecuencia de manifestación de estos síntomas es del 92%. Los síntomas psicológicos y conductuales pueden ser variados y se manifiestan en las personas y estadios con una frecuencia diferente [7]. (Ver Tabla 1.1).

ESTADIO	SÍNTOMAS
LEVE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ansiedad</li> <li>• Cambios en el humor (depresión, labilidad emocional y enfados)</li> <li>• Alteraciones de la personalidad (apatía e irritabilidad)</li> </ul>
MODERADO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alteraciones psicóticas (alucinaciones y delirios)</li> <li>• Cambios en el humor (depresión y labilidad emocional)</li> <li>• Errores de identificación e interpretación</li> <li>• Alteraciones de la actividad psicomotora (deambulación errante y seguimiento persistente del cuidador)</li> <li>• Alteraciones de la personalidad (apatía e irritabilidad)</li> <li>• Alteraciones del sueño y del ritmo diurno</li> <li>• Agitación</li> <li>• Reacciones agresivas</li> <li>• Desinhibición</li> <li>• Comportamiento socialmente inadecuado</li> <li>• Alteraciones alimentarias</li> <li>• Alteraciones de la actividad sexual</li> </ul>
SEVERO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alteraciones psicóticas (alucinaciones y delirios)</li> <li>• Agitación no verbal (gritos, lloros, pataleos)</li> <li>• Agresión hacia el cuidador</li> </ul>

Tabla 1.1: Evolución de los SPC a lo largo de la EA [8, 9].

La etiología es multifactorial, ya que su aparición depende de la interacción de factores genéticos, neuroquímicos, neuropatológicos y biopsicosociales que actúan sobre la persona biológicamente predispuesta.

El tratamiento de estos trastornos es específico para cada persona y debe comenzar con la identificación de la conducta problemática, su frecuencia e intensidad, el cuándo y el dónde ocurre, las influencias ambientales, su repercusión sobre el paciente, cuidadores o entorno, los antecedentes y las consecuencias [4, 10-12].

### **Tratamiento**

El tratamiento se divide en:

**Tratamiento farmacológico:** La utilización de los fármacos para los SPCD no ha demostrado efectividad, debido a la aparición frecuente de efectos adversos [13].

**Tratamiento no farmacológico:** El tratamiento no farmacológico o Terapias No Farmacológicas (TNF) fueron definidas como “una intervención no química, teóricamente sustentada, focalizada y replicable, realizada sobre la persona enferma o la persona cuidadora y potencialmente capaz de obtener un beneficio relevante” [14].

Numerosas organizaciones médicas y sociedades de profesionales sanitarios recomiendan emplear en primer lugar las TNF para el tratamiento de los SPCD. Únicamente estaría indicado y justificado comenzar con un tratamiento farmacológico en el caso de existencia de un importante peligro y sufrimiento o si la naturaleza e intensidad de los síntomas lo aconsejan. Además, la Academia Americana de Neurología destaca la necesidad de programas de formación para los cuidadores profesionales que van destinados a evitar la utilización de fármacos. Su eficacia y aplicación se fundamenta en el concepto de neuroplasticidad. En las demencias se conserva determinada capacidad de neuroplasticidad en los estadios leve y moderado. En la destrucción de neuronas que se produce en la EA, el cerebro, con la estimulación apropiada, se encarga de establecer nuevas conexiones neuronales para mantener las funciones superiores durante un periodo de tiempo [13-16].

La intervención desde TO se basaría en la utilización de diferentes TNF dirigidas al enfermo de Alzheimer. La finalidad sería mejorar la calidad de vida, que se lograría teniendo el mayor grado de independencia y autonomía en las actividades de la vida diaria y esto se conseguiría reduciendo los SPCD de la enfermedad.

Las personas desde que nacen desarrollan habilidades y capacidades de manera progresiva, primero adquieren las

actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y más tarde las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) y actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD). Las personas que padecen la EA o cualquier tipo de demencia van perdiendo habilidades y capacidades para la realización de las actividades de la vida diaria y esta pérdida se produce de manera inversa a como lo han ido adquiriendo [4].

El entorno físico puede resultar facilitador si se toman las medidas adecuadas, pero la mayoría de las veces actúa como limitador [17]. Los SPC provocan un gran impacto en la familia, pero sobre todo en el cuidador principal [18]. En términos de TO, estos síntomas afectan al entorno social del enfermo, como es el cuidador principal y la familia. También es el entorno social el que puede agravar la sintomatología de la persona con la enfermedad. Por lo que actuar sobre el entorno físico y social será esencial para intervenir sobre los SPC de la enfermedad [17,18]

Los estudios analizados sobre las TNF en el apartado de resultados se pueden llevar a cabo desde TO, entendiéndose la utilización de las TNF como herramienta, técnica o medio dentro de la intervención.

Por ello la intervención se basa en la búsqueda de actividades individualizadas, significativas y propositivas para favorecer la confianza en sí mismo y la pertenencia a un grupo, para establecer relaciones socioafectivas y para facilitar que la participación social en su entorno se mantenga [19].

Por todo lo citado anteriormente, los objetivos desde TO serían retrasar el avance de la enfermedad y sus consecuencias, conservar el mayor grado de autonomía e independencia en sus actividades de la vida diaria, mejorar la calidad de vida de la persona con EA y de su familia y mantener el contacto con de estas personas con su entorno evitando el aislamiento.

## **2. OBJETIVO DE LA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**

Analizar la evidencia científica disponible sobre la efectividad de las terapias no farmacológicas existentes en el tratamiento de los SPC de la EA aplicables desde la disciplina de TO.

### 3. MATERIAL Y MÉTODOS

#### Estrategia de búsqueda

El primer paso que se llevó a cabo fue la búsqueda de Guías de Práctica Clínica (GPC). A continuación se revisaron numerosas páginas web especializadas en demencias y EA.

Posteriormente se combinaron los siguientes Medical Subject Headings (MeSH): *Alzheimer's disease, nonpharmacological therapy, occupational therapy, psychological and behavioral symptoms, neuropsychiatric symptoms, behavioral intervention, anxiety, agitation, apathy, depression.*

A continuación, se consultaron las siguientes bases de datos combinando con los operadores booleanos "AND" y "OR" los términos citados anteriormente: Web Of Science, Pubmed, OTSeeker y Trip Database.

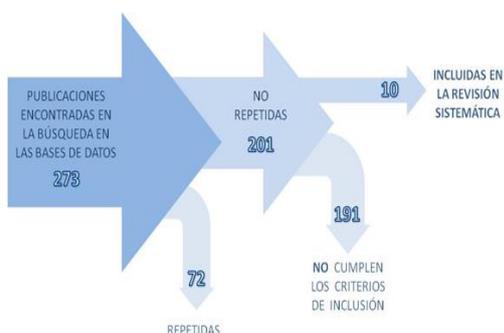
#### Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión utilizados fueron:

- Metaanálisis y revisiones sistemáticas de ensayos clínicos.
- Ensayos clínicos controlados (ECC) y ensayos clínicos controlados aleatorizados (ECA).
- Artículos a texto completo y gratis.
- Publicaciones de los últimos 6 años (2010-2016).
- Idioma: Español e inglés.
- Artículos que traten sobre las terapias no farmacológicas para los SPC de la demencia.

Los criterios de exclusión utilizados fueron todos aquellos que no cumplieron los criterios de inclusión.

El proceso de selección se muestra en la Figura 1.1



### 4. RESULTADOS

Después de seguir los criterios de inclusión y exclusión indicados en el apartado de material y métodos, de los 273 artículos revisados, 10 fueron los artículos finalmente seleccionados para su posterior análisis y discusión basados en una lectura completa y exhaustiva.

Los estudios se detallan en la Tabla 3.1 y Tabla 3.2.

### 5. DISCUSIÓN

El incremento de la prevalencia e incidencia de la EA requiere que los terapeutas ocupacionales lleven a cabo intervenciones innovadoras, basadas en la evidencia y económicas. Diversas investigaciones apoyan que la TO junto con el tratamiento farmacológico mantiene en unos casos y retrasa en otros el progreso de la EA y otras demencias [30].

En la documentación revisada por los diferentes autores, se observa unanimidad a la hora de elegir las TNF como tratamiento de los SPC en la EA, confirmando la recomendación de las GPC, aunque dentro de estas TNF se encuentran intervenciones algo heterogéneas.

Respecto a los resultados obtenidos en los estudios, la mayoría de las terapias no farmacológicas reducen los SPC, en algunos casos las diferencias son significativas mientras que en otras, aun observándose mejora, las diferencias con los grupos control no son significativas.

Con el objetivo de organizar esta información, se ha elaborado una clasificación de dichas TNF en 4 bloques:

#### ➤ Estimulación cognitiva y programa multidisciplinar de rehabilitación cognitiva

Tras el análisis de cada uno de los estudios Mapelli et al., Niu et al. y Viola et al. coinciden en cuanto a que muestran cómo se reducen los SPC, observándose diferencias significativas en los tres ensayos con respecto al grupo de control [23, 20, 22]

Debido a que cada ensayo utilizó escalas de valoración diferente al finalizar la intervención, no se pueden concretar los síntomas que mejoraron, ya que en uno fue la apatía y depresión, otro no especificó en qué síntomas se encontraban las diferencias significativas y por último, en el tercer ensayo se encontró en la escala de depresión.

Los estudios no aportan información acerca de los efectos a largo plazo en la mejoría de estos síntomas.

En los 3 estudios la patología de la muestra es EA. El hecho de que la enfermedad de la muestra sea la misma en todos los estudios permite obtener unos resultados más fiables y más enfocados al objetivo del trabajo.

En cuanto al tamaño de la muestra no fue muy dispar entre los estudios. A pesar de que el tiempo de los estudios fue similar las horas totales de sesiones fueron muy diferentes: 40, 15 y 480. Por lo que para poder obtener más resultados acerca de esta intervención se necesitarían muestras más grandes y mayor tiempo de duración de las intervenciones.

El estudio de Niu et al. posee una importante fortaleza: la utilización del aprendizaje sin error. Con esta técnica se favorece que la experiencia sea exitosa y que el bienestar psicológico y la confianza en sí mismo incrementen, evitando así que se equivoquen y de lugar a frustraciones y al abandono de la terapia [20].

El estudio de Viola et al. indica que tras la intervención de rehabilitación cognitiva hay una mejora en la calidad de vida de las personas [22].

Estos estudios corroboran los hallazgos que mostraban la correlación entre la mejoría cognitiva y los síntomas conductuales de la demencia y apoyan la hipótesis que sostiene que los síntomas conductuales tienen una base cognitiva.

Se encuentran unas limitaciones específicas en el estudio de Mapelli et al. La primera es considerar a la TO como intervención placebo y la segunda es el programa que compone el grupo de TO. Como se citó anteriormente, para alcanzar el objetivo propuesto en la intervención, la realización de actividades propositivas y actividades significativas y actividades de la vida diaria es fundamental en los casos de las lesiones cerebrales y en especial, en las demencias [23, 12].

Tras analizar las actividades que seleccionaron dentro de la intervención de TO, se evidencia un cierto desconocimiento de la disciplina por parte de los autores. La selección de las actividades no fue la acertada para el tratamiento de los SPC. Posiblemente a la hora de proponer las actividades no se tuvieron en cuenta las preferencias y gustos de las personas. Probablemente las actividades se

realizaran con un fin de entretenimiento y no con un propósito claro. Hay estudios que demuestran que es más elevada la efectividad de una intervención cuando la actividad es propositiva. Por ejemplo, un movimiento con un propósito determinado tiene un beneficio mayor que el mismo movimiento sin ningún propósito [31].

Por todo esto, los resultados del estudio no son fiables. De ahí la importancia de llevar a cabo un programa basado en la evidencia y centrado en actividades propositivas y significativas para cada persona integrante del grupo [32].

### ➤ Musicoterapia

Tras el análisis de cada uno de los estudios, se observa que los resultados son, en general, homogéneos, mostrando como la intervención de musicoterapia reduce los SPC, en concreto, la depresión, agitación y apatía.

Los efectos a largo plazo no quedan claros, puesto que en 4 de los 9 estudios no se encontraron beneficios a largo plazo, en 1 no hay información acerca de ello y en los 4 restantes sí que se encontraron mejorías hasta 3 y 4 semanas después de la intervención.

Los estudios muestran heterogeneidad con respecto al síntoma que estudian y al instrumento de recogida que utilizan para medirlo. También en cuanto a duración del estudio, intervención del grupo de control, sexo de la muestra, tipo de demencia y severidad de esta. Para poder obtener unos resultados más significativos, en los próximos estudios se debería homogeneizar todo lo citado anteriormente.

Como ya se citó anteriormente, desde TO, cabe destacar la importancia de la elección de actividades propositivas y significativas acorde a los gustos y preferencias de cada persona. Por ello, una fortaleza del estudio de Chu et al. es que la música que se empleó para las terapias fue elegida según las preferencias de los participantes y esto aumenta la probabilidad de que esta terapia llegue a ser una experiencia positiva para las personas con demencia o EA [25].

Otra fortaleza se puede encontrar en el estudio de Ferrero et al. en el sentido de que es el terapeuta ocupacional el profesional que lleva a cabo la intervención, y que como muestran los resultados, una intervención estructurada de TO mejora la apatía de las personas con demencia [21].

### ➤ **Terapia psicológica**

Los resultados del estudio de Orgeta et al. coinciden mostrando como mejora la depresión y ansiedad [28].

Tanto los instrumentos de recogida como la duración de la terapia fueron diferentes en cada ensayo, sin embargo, aunque el tipo de demencia varió, el grado de deterioro cognitivo era bastante homogéneo, lo que permite que se puedan sacar conclusiones globales acerca de los efectos de las terapias en unos síntomas determinados y en un deterioro cognitivo determinado.

Como limitaciones encontradas comentar que, aunque los resultados son significativos para el grupo experimental, la diferencia podría ser más grande si el grupo de control estuviera recibiendo la atención habitual y no como es el caso concreto de algún estudio que recibe como terapia una intervención psicosocial no específica.

Los estudios no especifican si las intervenciones eran grupales o individualizadas, lo que sería recomendable aclararlo en posteriores estudios ya que es importante que las terapias se lleven a cabo de manera individualizada y acorde a las necesidades de cada persona [33].

Las intervenciones psicológicas basadas en la evidencia son efectivas en el tratamiento de la ansiedad, además de estar recomendadas como primera línea de enfoque de la intervención [34].

Estas intervenciones deben ser proporcionadas por profesionales, con experiencia en el manejo de estos síntomas y expertos en las terapias que utilicen [35] como es el terapeuta ocupacional.

La duración de las terapias empleadas de los estudios se ajusta a las recomendaciones de las GPC de depresión y ansiedad [36,35]. Estas recomendaciones se elaboran según la severidad de la depresión y ansiedad y según la terapia psicológica utilizada, por lo que se considera una fortaleza del estudio.

### ➤ **Otras TNF**

Los trabajos de Livingston et al. y Millán et al. coinciden en la variable que estudian (agitación), mientras que Baglio et al. estudian los SPC en general [27, 29, 26].

Utilizaron diferentes instrumentos de recogida para medir la misma variable en todos

los estudios, lo que puede dificultar la obtención de una conclusión que sea del todo fiable.

Livingston et al. y Millán et al. discrepan en cuanto a la evidencia de los efectos a largo plazo de la aromaterapia, encontrando en un estudio mejoras unas semanas después de la intervención y en otro ninguna mejora. Sin embargo sí que se ponen de acuerdo en que no se encuentran diferencias significativas entre los dos grupos durante la intervención y a corto plazo [27, 29].

Livingston et al. y Millán et al. coinciden en cuanto a que con la terapia de luz observaron una empeora significativa en la agitación y en que en el entrenamiento con el cuidador en manejo de problemas de conducta no obtuvieron suficiente evidencia de mejora debido a la falta de intervención individualizada [27, 29].

Se considera como una fortaleza del estudio de Baglio et al. que un terapeuta ocupacional sea uno de los profesionales que lleva a cabo el programa de multiestimulación [26].

Livingston et al., Millán et al. y Baglio et al. concluyen que encontraron evidencia de mejoras significativas a corto plazo en la intervención sensorial, en la *dementia care mapping*, en la atención centrada en la persona, en el masaje terapéutico y en el programa de multiestimulación, sin embargo, no fue así en la terapia de ejercicios, entrenamiento con cuidadores sin supervisión y en otras intervenciones. A largo plazo encontraron mejorías en atención centrada en la persona y *dementia care mapping*, mientras que no la encontraron en la terapia de actividades, intervención sensorial, en el programa de multiestimulación, en la terapia de ejercicios, entrenamiento con cuidadores sin supervisión y en otras intervenciones [27, 29, 26].

Tras la búsqueda bibliográfica y tras el análisis de los estudios, se puede finalizar con las limitaciones generales encontradas:

- Poca información existente acerca de las TNF para los SPCD en concreto.
- Pocos estudios acerca de la figura del terapeuta ocupacional en la intervención para estos síntomas.
- Escasez de ensayos clínicos enfocados a estos síntomas con personas con EA exclusivamente.
- Muestras pequeñas.
- Duración corta del estudio.
- Los instrumentos de medida para una misma variable no siempre coincidían

en todos los estudios. Esto complica poder sacar una conclusión homogénea en cuanto a la efectividad de una terapia sobre un síntoma concreto.

- Insuficiente información acerca de los efectos a largo plazo debido a la falta de evaluación una vez finalizada la intervención.
- Falta de información acerca del diagnóstico de cada persona participe en el ensayo. Algún estudio no especifica el tipo de demencia estudiado o el estadio en el que se encuentra, y esto dificulta a la obtención de conclusiones globales con respecto a la EA.
- Falta de información de la severidad del síntoma tratado, ya que las intervenciones no son igual de efectivas en personas con un nivel de severidad diferente.
- Que el grupo de control reciba una terapia diferente a la habitual y por lo tanto se beneficie de una atención distinta a la que debería recibir, provocando que las conclusiones que se saquen del estudio no sean del todo fiables. Porque aunque los resultados fueran positivos para la intervención del grupo experimental, podrían ser mejor aún si recibieran los cuidados habituales.

## 6. CONCLUSIONES

1. El terapeuta ocupacional debe formar parte del equipo profesional para la intervención con personas con EA, otorgando gran importancia a la intervención estructurada y compuesta por actividades significativas y propositivas.
2. Para los síntomas estudiados, las terapias no farmacológicas más efectivas son:
  - **Agitación:** Musicoterapia, masaje terapéutico, atención centrada en la persona, intervención sensorial y *dementia care mapping*.
  - **Ansiedad:** Terapia cognitivo-conductual y programa de multiestimulación.
  - **Apatía:** Estimulación cognitiva, musicoterapia, arteterapia y psicomotricidad.
  - **Depresión:** Terapia cognitivo-conductual multimodal, terapia

interpersonal psicodinámica, terapia de asesoramiento individualizada, terapia cognitivo-conductual enfocada a la ansiedad, intervención multifacética y semiadaptada, estimulación cognitiva, programa multidisciplinar de rehabilitación cognitiva, musicoterapia y programa de multiestimulación.

- **SPC:** Estimulación cognitiva, programa multidisciplinar de rehabilitación cognitiva y programa de multiestimulación.
3. A **corto plazo** parecen más efectivas la musicoterapia, el masaje terapéutico, la atención centrada en la persona, la intervención sensorial, el programa de multiestimulación, la estimulación cognitiva, las terapias psicológicas, programa multidisciplinar de rehabilitación cognitiva y *dementia care mapping*.
  4. A **largo plazo** son más efectivas la atención centrada en la persona, la aromaterapia, *dementia care mapping* y la musicoterapia, aunque la evidencia sea pequeña.
  5. Sería interesante que para estudios posteriores las limitaciones citadas en el punto anterior se tuvieran en cuenta, ya que de esa manera se permitirá obtener resultados más significativos y sobre todo, resultados más homogéneos en cuanto al tipo de demencia, la severidad de ésta y los síntomas estudiados. También sería recomendable que se investigara más acerca de la eficacia de estas intervenciones en otros síntomas neuropsiquiátricos y de si las intervenciones son más efectivas en grupo o de manera individual o cual debería ser la estructura fija del programa, incluyendo las horas por sesión y las semanas de duración
  6. Como se ha comprobado en este trabajo, todavía sigue habiendo diferencias entre lo que recomiendan las guías de práctica clínica y los resultados obtenidos en los estudios analizados, por lo que se hace necesario seguir investigando sobre la efectividad de las terapias no farmacológicas en los SPC de la EA.

TABLAS DE RESULTADOS\*

Tabla 4.1: Resultados de los Ensayos Controlados Aleatorizados

REFERENCIA	TIPO DE ESTUDIO	Nº DE SUJETOS	TERAPIA UTILIZADA	DURACIÓN DE LA TERAPIA	VARIABLES	INSTRUMENTOS DE RECOGIDA	RESULTADOS
[22] Viola et al.	Estudio controlado simple ciego	41 (25 grupo experimental y 16 grupo control)	Programa multidisciplinar de rehabilitación cognitiva	12 semanas 8 sesiones/semana 60-90 min/sesión	Síntomas neuropsiquiátricos	Previo y posterior a la intervención: MMSE, SKT, NPI, GDS y QoL-AD	Reducción significativa en la puntuación de GDS ( $p < 0,001$ ) Mejora de los síntomas depresivos en el grupo que recibió la intervención junto con su cuidador. No diferencias significativas entre los grupos en la puntuación del NPI
[23] Mappelli, Di Rosa, Nocita y Sara.	Ensayo Controlado Aleatorizado (ECA)	30 (10 grupo experimental, 10 grupo placebo y 10 grupo control)	Estimulación cognitiva VS TO VS programa habitual	8 semanas 5 sesiones/semana 1 hora/sesión	Síntomas conductuales	Previo y posterior a la intervención: CDR, activities of daily living, MMSE, ENB2, GDS y Behave-AD	Disminución significativa en la puntuación de la escala Behave-AD en el grupo experimental ( $p < 0,005$ ). Disminución de las alteraciones conductuales en demencia leve y moderada.
[24] Vink et al.	ECA	77 (43 grupo experimental y 34 grupo control)	Musicoterapia VS actividades recreacionales	16 semanas 2 sesiones/semana 40 min/sesión	Agitación	Previo a la intervención: CMAI Posterior a la intervención: versión modificada de CMAI	Reducción de la agitación en el grupo experimental frente al grupo control. Estas diferencias no fueron significativas

MMSE: Mini Mental State Examination  
 GDS: Geriatric Depression Scale  
 ENB2: Essame Neuropsicologico Breve 2  
 p: Significación estadística  
 SKT: Short Cognitive Test  
 QoL-AD: Quality of Life on Alzheimer's Disease  
 Behave-AD: Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease Scale  
 NPI: Neuropsychiatric Inventory  
 CDR: Clinical Dementia Rating Scale  
 CMAI: Cohen-Mansfield Agitation Inventory

\*Nota del editor: A fin de evitar la pérdida de información y la legibilidad de las tablas se ha optado por mantener el formato original

Tabla 4.1: Resultados de los Ensayos Controlados Aleatorizados (Continuación).

REFERENCIA	TIPO DE ESTUDIO	Nº DE SUJETOS	TERAPIA UTILIZADA	DURACIÓN DE LA TERAPIA	VARIABLES	INSTRUMENTOS DE RECOGIDA	RESULTADOS
[25] <a href="#">Chu et al.</a>	Ensayo Controlado Aleatorizado (ECA)	104 (52 grupo experimental y 52 grupo control)	Musicoterapia VS programa habitual	6 semanas 2 sesiones/semana 30 min/sesión	Depresión	Recogida de datos en 4 momentos diferentes 1 semana artes de la intervención, en la 6ª sesión, en la 12ª sesión y un mes después de la última sesión: CSDD	Disminución significativa de la depresión en el grupo experimental entre la evaluación inicial y la 3ª evaluación ( $p < 0,001$ ). Entre la evaluación inicial y la 4ª evaluación se apreciaron diferencias significativas en la depresión.
[26] <a href="#">Baglio et al.</a>	ECA	50 (26 grupo experimental y 24 grupo control)	Programa de <a href="#">multestimulación</a> VS programa habitual	10 semanas 3 sesiones/semana 2:30 h/ sesión	SPC	Previo a la intervención: ADAS-cog, FLSA, NPI y SF-36 Posterior a la intervención: NPI	Disminución significativa de la depresión, ansiedad, iniciativa y comportamiento aberrante en el grupo de <a href="#">multestimulación</a> en la semana 10 con respecto al grupo control ( $p = 0,019$ ). En la evaluación de la semana 22 no se obtuvieron diferencias significativas.

CSDD: Cornell Scale for Depression Dementia  
NPI: Neuropsychiatric Inventory

ADAS-cog: Alzheimer's Disease Assessment Scale Cognitive  
SF-36: Short Form 36 health survey questionnaire

FLSA: Functional Living Skills Assessment Scale  
p: Significación estadística

Tabla 4.2: Resultados de revisiones sistemáticas de Ensayos Controlados Aleatorizados (Continuación).

REFERENCIA	TIPO DE ESTUDIO	Nº DE SUJETOS	TERAPIA UTILIZADA	VARIABLES	INSTRUMENTOS DE RECOGIDA	RESULTADOS
[28] Orgeta, Qazi, Specto y Orrell.	Revisión Sistemática (RS) y metaanálisis de 6 Ensayos Controlados Aleatorizado	439 (216 grupo experimental y 223 grupo control)	Terapias psicológicas (terapia cognitivo-conductual, técnicas de relajación, terapias psicodinámicas, terapias interpersonales y apoyo o asesoramiento)	Depresión y ansiedad	Previo a la intervención: CSDD, RAID, NPI-A, GAL, GDS y MADRS Posterior a la intervención: GDS, RAID, NPI, NPI-A, GAL, MADRS y CSDD	Reducción significativa de la ansiedad ( $p=0,006$ ) y depresión ( $p=0,02$ ). No efectos beneficiosos en los síntomas neuropsiquiátricos y en la autopercepción de la ansiedad.

CSDD: Cornell Scale for Depression Dementia  
GAL: Geriatric Anxiety Inventory  
p: Significación estadística

RAID: Rating Anxiety in Dementia Scale  
GDS: Geriatric Depression Scale

NPI-A: Neuropsychiatric Inventory-Anxiety  
MADRS: Montgomery Asberg Depression Rating Scale

Tabla 4.2: Resultados de revisiones sistemáticas de Ensayos Controlados Aleatorizados (Continuación).

REFERENCIA	TIPO DE ESTUDIO	Nº DE SUJETOS	TERAPIA UTILIZADA	VARIABLES	INSTRUMENTOS DE RECOGIDA	RESULTADOS
[29] Millán-Caleñé et al.	2 Ensayos Controlados Aleatorizados (ECA) y 1 estudio de casos y controles	114	Musicoterapia	Agitación	Previo a la intervención: CMAI, Behave-AD, NPI, ABRs, PAS y ABID Posterior a la intervención: CMAI, NPI y Behave-AD	Efectividad en la reducción de la agitación en personas con EA en la etapa moderada y severa. Mayor efecto si la intervención es interactiva e individualizada
	ECA	70	Terapia de luz	Agitación	Previo a la intervención: CMAI, ABRs, NPI-NH	Resultados inconcluyentes. Un posible empeoramiento de la agitación sintomática
	ECA multicéntrico	94	Aromaterapia	Agitación	Posterior a la intervención: PAS y NPI	No hay diferencias significativas entre los 3 grupos en las semanas 4 y 12. Mejoras en las puntuaciones del PAS y NPI a partir de la semana 12
	ECA	51	Masaje terapéutico	Agitación	Posterior a la intervención: CMAI	Reducción de los comportamientos no agresivos Descenso significativo en el número de comportamientos agitados al finalizar la intervención en el grupo experimental y grupo de masaje simulado No diferencias significativas entre los grupos en los comportamientos agitados verbales y agresivos
	ECA multicéntrico	111	Terapia de manejo conductual	Agitación	CMAI y ABID	No diferencias significativas entre los grupos en la reducción de la agitación

CMAI: Cohen-Mansfield Agitation Inventory      Behave-AD: Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease Scale      NPI: Neuropsychiatric Inventory  
 ABRs: Agitated Behavior Rating Scale      PAS: Pittsburg Agitation Scale      ABID: Agitated Behavior Inventory for Dementia  
 NPI-NH: Neuropsychiatric Inventory Nursing Home Version

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Organización Mundial de la Salud [Internet]. OMS; 2016 [acceso 1 de mayo de 2016]. Demencia. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/>.
2. Gil P. Cuidados continuados en Atención Primaria a personas con enfermedad de Alzheimer. Lugar de publicación desconocido: PricewaterhouseCoopers S.L.; 2013.
3. Peña-Casanova J. Enfermedad de Alzheimer del diagnóstico a la terapia: conceptos y hechos. Barcelona: Fundación La Caixa; 1999.
4. Fundación Reina Sofía, Fundación de PwC & Comunidad de Madrid. Guía práctica para profesionales que trabajan con enfermos de Alzheimer. Madrid: PricewaterhouseCoopers S.L.; 2012.
5. Peña-Casanova J. Neurología de la conducta y neuropsicología. Madrid: Ed. Médica Panamericana; 2007.
6. Olazarán J, Agüera LF, Muñoz R. Síntomas psicológicos y conductuales de la demencia: prevención, diagnóstico y tratamiento. *Revista de Neurología*. 2012; 55, 598-608.
7. Abellán T, Agüera L, Aguilar M, Alcolea D, Almenar C, Amer G et al. GPC sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Barcelona: Ministerio de Ciencias e Innovación; 2011.
8. Martínez JM, Pascual LF. Alzheimer 2003: ¿Qué hay de nuevo?. 1ª edición. Madrid: Aula Médica Ediciones; 2003.
9. Bartolomé, S. et al. Problemas de conducta en las demencias. Guía para familiares. Badajoz: Consejería de Sanidad y Dependencia de la Junta de Extremadura; 2010.
10. González R. Enfermedad de Alzheimer. Clínica, tratamiento y rehabilitación. 4ª ed. Barcelona: Masson; 2005.
11. Peña-Casanova J. Intervención cognitiva en la enfermedad de Alzheimer. Fundamentos y principios generales. Barcelona: Fundación La Caixa; 1999.
12. Gil P. Guía de buena práctica clínica en geriatría. Decisiones terapéuticas difíciles en Alzheimer. Madrid: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología; 2012.
13. Muñoz R, Olazarán J. Mapa de Terapias no farmacológicas para demencias tipo Alzheimer. Guía de iniciación Técnica para Profesionales. Salamanca: Fundación María Wolff y el International Non Pharmacological Therapies Project; 2009.
14. Peña-Casanova J. Las alteraciones psicológicas y del comportamiento en la enfermedad de Alzheimer. Definición, descripción, guías de intervención y consejos. Barcelona: Fundación La Caixa; 1999.
15. Pinto J A. coordinador. La enfermedad de Alzheimer y otras demencias: Detección y cuidados en las personas mayores. Madrid: Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid; 2007.
16. García E. coordinador. Intervenciones no farmacológicas. Musicoterapia en personas con demencia. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014.
17. Conde M. Los cuidados informales a un enfermo de Alzheimer. El cuidador familiar. Madrid: AFALcontigo; 2006.
18. Arbesman M, Lieberman D. Methodology for the Systematic Reviews on Occupational Therapy for Adults With Alzheimer's Disease and Related Dementias. *Am J Occup Ther*. 2011; 65(5), 490-96.
19. Niu YX, Tan JP, Guan JQ, Zhang ZQ, Wang LN. Cognitive stimulation therapy in the treatment of neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease: a randomized controlled trial. *Clin Rehabil*. 2010; 24(12), 1102-11.
20. Ferrero J, Goñi M, González J, Lara F, da Silva Á, Díez M. The efficacy of nonpharmacological treatment for dementia-related apathy. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*. 2011; 25(3), 213-19.
21. Viola LF, Nunes PV, Yassuda MS, Aprahamian I, Santos FS, Santos GD, Ciasca EC. Effects of a multidisciplinary cognitive rehabilitation program for patients with mild Alzheimer's disease. *Clinics*. 2011; 66(8), 1395-1400.
22. Mapelli D, Di Rosa E, Nocita R, Sava D. Cognitive stimulation in patients with dementia: randomized controlled trial. *Dementia and geriatric cognitive disorders extra*. 2013; 3(1), 263-271.
23. Vink AC, Zuidersma M, Boersma, F, Jonge P, Zuidema SU, Slaets JPJ. The effect of music therapy compared with general recreational activities in reducing agitation in people with dementia: a randomised controlled trial. *International journal of geriatric psychiatry*. 2013; 28(10), 1031-1038.
24. Chu H, Yang CY, Lin Y, Ou KL, Lee TY, O'Brien AP, Chou KR. The impact of group music therapy on depression and cognition in elderly persons with dementia: a randomized controlled study. *Biological research for Nursin*. 2014; 16(2), 209-217.
25. Baglio F, Griffanti L, Saibene FL, Ricci C, Alberoni M, Critelli R, Cabinio M. Multistimulation group therapy in Alzheimer's disease promotes changes in brain functioning. *Neurorehabilitation and neural repair*. 2015; 29(1), 13-24.
26. Livingston G, Kelly L, Lewis-Holmes E, Baio G, Morris S, Patel N, Cooper C. Non-pharmacological interventions for agitation in dementia: systematic review of randomised controlled trials. *The British Journal of Psychiatry*. 2014; 205(6), 436-442.
27. Orgeta V, Qazi A, Spector A, Orrell M. Psychological treatments for depression and anxiety in dementia and mild cognitive impairment: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*. 2015; 207(4), 293-298.
28. Millán-Calenti JC, Lorenzo-López L, Alonso-Búa B, de Labra C, González-Abraldes I, Maseda A. Optimal nonpharmacological management of agitation in Alzheimer's disease: challenges and solutions. *Clinical interventions in aging*. 2016; 11, 175-184.
29. Padilla R. Effectiveness of Occupational Therapy Services for People with Alzheimer's Disease and Related Dementias. *Am J Occup Ther*. 2011; 65(5), 487-489.
30. Kielhofner G. Research in occupational therapy: Methods of inquiry for enhancing practice. Philadelphia: F.A. Davis Company; 2006.
31. Corregidor A. I. Coordinador. Terapia Ocupacional en Geriatría y Gerontología. Bases conceptuales y aplicaciones prácticas. Madrid: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología; 2010.
32. Gauthier S, Cummings J, Ballard C, Brodaty H, Grossberg G, Robert P, Lyketsos C. Management of behavioral problems in Alzheimer's disease. *International Psychogeriatrics*. 2010; 22(03), 346-372.
33. National Institute for Health and Clinical Excellence. Anxiety disorders. Quality standard. United Kingdom; 2014.
34. Agencia de evaluación de tecnologías sanitarias de Galicia. Guía de Práctica Clínica sobre el manejo de la depresión en el adulto. La Coruña: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014.
35. García San Román F, Díaz del Campo P. Guía de Práctica Clínica para el manejo de pacientes con trastornos de ansiedad en atención primaria. Madrid: Agencia Lain Entralgo. Unidad de evaluación de tecnologías sanitarias; 2008.