

UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ

FACULTAD DE MEDICINA

TRABAJO FIN DE GRADO EN TERAPIA OCUPACIONAL



Título del Trabajo Fin de Grado. Terapia de Estimulación Cognitiva (TEC) en demencia: Revisión Narrativa.

AUTOR: Martínez Payá, Marina.

Nº expediente. 627

TUTOR. Sánchez Montero, Silvia.

COTUTOR. Moreno Morente, Gema.

Departamento y Área. Departamento de Patología y Cirugía. Área de Radiología y Medicina Física.

Curso académico 2016 - 2017

Convocatoria de Mayo

ÍNDICE

1. RESUMEN.....	1
1.1. Resumen.	
1.2. Abstract.	
2. INTRODUCCIÓN.....	3
2.1. Definición de demencia.	
2.2. Prevalencia.	
2.3. Epidemiología.	
2.4. Definición de Terapias No Farmacológicas (TNF).	
2.5. Objetivos terapéuticos de las TNF.	
2.6. Tipos de terapias psicocognitivas.	
2.7. Principales técnicas de intervención cognitiva.	
2.8. Definición de estimulación cognitiva.	
3. JUSTIFICACIÓN.....	6
4. OBJETIVOS.....	7
4.1. Objetivo general.	
4.2. Objetivos específicos.	
5. MATERIAL Y MÉTODOS.....	8
5.1. Tipo de estudio.	
5.2. Estrategia de búsqueda bibliográfica.	
5.3. Criterios de inclusión y exclusión.	
5.4. Resultados de la búsqueda.	
5.5. Revisión de los artículos seleccionados.	
6. RESULTADOS.....	11
7. DISCUSIÓN.....	16
8. CONCLUSIÓN.....	18
9. ANEXOS.....	19
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	29

RESUMEN

Introducción. La demencia es una patología neurodegenerativa que afecta a 24,3 millones de personas en el mundo. Actualmente, las Terapias No Farmacológicas (TNF) como tratamiento complementario al farmacológico se encuentran en auge. La Terapia de Estimulación Cognitiva (TEC) es la TNF con mayores beneficios demostrados, en las funciones cognitivas y en la calidad de vida de las personas con demencia.

Objetivo. Revisar la evidencia científica existente sobre la TEC utilizada en personas con demencia, examinar sus intervenciones y describir las características de los programas de TEC más utilizados en demencia.

Material y métodos. Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos PubMed, Scielo, OTseeker, Dialnet, Cuiden Plus, Psycodoc y Dialnet, de estudios de intervención a texto completo, que estuvieran publicados en castellano o inglés entre 2006 - 2017. Se recogieron los datos relevantes con respecto a las diferentes intervenciones y programas, y sus características más relevantes.

Resultados. Se analizaron 16 artículos, donde utilizaban la TEC en demencia. Los estudios demostraron que a través de esta estrategia se han obteniendo beneficios en las capacidades cognitivas y en la calidad de vida de las personas con demencia.

Conclusión. La TEC es una prometedora estrategia de intervención desde Terapia Ocupacional, y ha demostrado ser eficaz en el tratamiento de la demencia.

Palabras clave. Estimulación cognitiva, demencia, intervención.

ABSTRACT

Introduction. Dementia is a neurodegenerative disease that affects 24.3 million people worldwide. Non-Pharmacological Therapies (TNF) as a complementary treatment to pharmacological therapy are currently at the peak. Cognitive Stimulation Therapy (CST) is the TNF with the greatest benefits demonstrated in the cognitive functions and in the quality of life of people with dementia.

Objetivo. Review existing scientific evidence on ECT used in people with dementia, examine their interventions and describe the characteristics of the most commonly used CST programs in dementia.

Patients and Methods. A bibliographic search was made in the PubMed, Scielo, OTseeker, Dialnet, Cuiden Plus, Psycodoc and Dialnet databases of full text intervention studies published in Spanish or English between 2006 and 2017. The relevant data were collected With respect to the different interventions and programs, and their most relevant characteristics.

Results. We analyzed 16 articles, where they used CST in dementia. The studies demonstrated that through this strategy benefits are obtained in the cognition and quality of life of people with dementia

Conclusions. ECT is a promising intervention strategy from Occupational Therapy, and has been shown to be effective in the treatment of dementia.

Key words. Cognitive stimulation, dementia, intervention.

2. INTRODUCCIÓN

La organización mundial de la salud (OMS) define la demencia como un síndrome; Generalmente de naturaleza crónica o progresiva, en la que hay deterioro en la función cognitiva más allá de lo que se podría esperar del envejecimiento normal. Afecta la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio¹. El déficit cognoscitivo se acompaña por lo general, y ocasionalmente es precedido, de un deterioro en el control emocional, del comportamiento social o de la motivación².

La demencia es muy común entre los ancianos, con una prevalencia que se duplica cada cinco años, aproximadamente, a partir de los 65 años³. Un artículo científico mostró que la tasa media de prevalencia de la demencia en edades mayores o iguales a 65 años, en todos los continentes, varía de 2,2% en África, hasta 8,9% en Europa y entre los países varía desde el 1,3% en la India, hasta el 14,9% en España⁴. Según Ferri et al., 24,3 millones de personas sufren de demencia, con 4,6 millones de casos nuevos cada año. El número de personas afectadas se duplicará a cada 20 años, llegando a 81,1 millones en el 2040. La mayoría de las personas con demencia viven en países en desarrollo⁵. La prevalencia de demencia fue mayor en las mujeres que en los hombres y casi se duplicó con cada cinco años de edad: 0,8% en el grupo de edad de 65-69 años y 28,5% a los 90 años de edad⁶.

Los factores de riesgo para la demencia incluyen la edad y el sexo femenino, especialmente en la edad alta. Además, los factores genéticos y los factores de riesgo vascular juegan un papel importante⁷. La evidencia sugiere que los factores de riesgo modificables son las enfermedades vasculares, como la diabetes, la hipertensión de mediana edad (HTN), la obesidad de mediana edad, colesterol, la depresión en la etapa media y tardía, así como factores de estilo de vida como el tabaquismo, la inactividad física y la mala alimentación⁸.

Las causas más comunes de demencia varían según la edad. En pacientes mayores de 65 años son: enfermedad de Alzheimer (EA), demencia vascular y demencia por cuerpos de Lewy; Y en

pacientes de hasta 65 años de edad son: EA (aparecen causas genéticas), demencia vascular, demencia frontotemporal (enfermedad de Pick), enfermedad de Huntington y demencia precoz causada por otras enfermedades⁹.

En los últimos años, coincidiendo con lo que algunos han llamado la era del cerebro, la demanda socios-sanitaria de terapias no farmacológicas (TNF) ha crecido sustancialmente, en especial en lo que se refiere al ámbito del envejecimiento y las demencias¹⁰. Las TNF se definen como cualquier intervención no química, teóricamente sustentada, focalizada y replicable, realizada sobre el paciente o el cuidador y potencialmente capaz de obtener un beneficio relevante¹¹.

Los objetivos terapéuticos de las TNF son: estimular/mantener las capacidades mentales, evitar la desconexión del entorno y fortalecer las relaciones sociales, dar seguridad e incrementar la autonomía personal del paciente, estimular la propia identidad y autoestima, minimizar el estrés y evitar reacciones psicológicas anómalas, mejorar el rendimiento cognitivo, mejorar el rendimiento funcional, incrementar la autonomía personal en las actividades de la vida diaria, mejorar el estado y sentimiento de salud, mejorar la calidad de vida del paciente y de los familiares/cuidadores¹².

La Guía de Práctica Clínica (GPC) del National Institute For Health and Care Excellence (NICE)¹³ clasifica las terapias psicocognitivas en estimulación cognitiva, rehabilitación cognitiva y entrenamiento cognitivo. La estimulación cognitiva incluiría aquellas terapias que implican exposición y participación en actividades y materiales que requieren algún tipo de procesamiento cognitivo general y que se realizan habitualmente en grupo con un contexto social, el entrenamiento cognitivo incluiría aquellas terapias focalizadas en un único dominio cognitivo y, la rehabilitación cognitiva haría referencia a aquellas terapias específicamente diseñadas para cubrir las necesidades de un individuo concreto y por tanto se realizan de forma individual¹⁴.

De forma más concreta las principales técnicas de intervención cognitiva que se describen en la literatura son: La Terapia de Orientación a la Realidad, es una técnica grupal que pretende mejorar los déficits cognitivos y de conducta del paciente utilizando todas las modalidades sensoriales posibles. La Terapia de Reminiscencia se basa en que la revisión del propio pasado del paciente con la ayuda de estímulos significativos. Tiene como objetivo mejorar la memoria, favorecer la creatividad y aumentar la resocialización de los pacientes estimulando la conversación, así como también el incremento de la autoestima, satisfacción personal, bienestar y la satisfacción por la vida. La Terapia de Validación pretende establecer una comunicación con los pacientes con demencia por medio de la aceptación de la realidad y las convicciones tal como son experimentadas por el paciente. La Estimulación Sensorial pretende ofrecer estímulos sensoriales, bien de una modalidad sensorial determinada (musicoterapia, aromaterapia, masajes, etc.), bien de forma multisensorial (snoezelen), al paciente con demencia para favorecer su actividad cognitiva. Y, por último, los Programas de intervención sobre las AVD son actuaciones que tienen por objetivo maximizar la autonomía de los pacientes en su vida cotidiana¹⁶.

La estimulación cognitiva aparece como la TNF que recibe el mayor apoyo empírico; especialmente en el envejecimiento normal y el deterioro cognitivo leve¹⁷, así como, aunque de manera más sutil, en las demencias¹⁸; llegando incluso a proponerse como la primera intervención a realizar llegado ese diagnóstico¹⁹.

La estimulación cognitiva es un espacio de trabajo que tiene como objetivo estimular diferentes funciones cognitivas del cerebro. Durante este espacio, se practica y ejercita la memoria, el razonamiento, el lenguaje, la planificación y la atención. Bien se puede trabajar de manera grupal e individual, con gran variedad y diversidad de material de trabajo, pero siempre individualizado a las necesidades de cada persona²⁰.

3. JUSTIFICACIÓN

La estimulación cognitiva desde Terapia Ocupacional es un recurso cada vez más utilizado. Los terapeutas ocupacionales diseñan e implementan los programas de estimulación cognitiva para prevenir, mantener, restaurar y compensar el deterioro de las habilidades de procesamiento, las cuales en conjunto con las motoras y las de comunicación/interacción sostienen la independencia funcional de las personas (en este caso en adultos mayores con demencia).

A través de esta revisión pretendemos conocer las características de los programas de estimulación cognitiva utilizados en personas con demencia y cómo desde la Terapia Ocupacional se desarrollan estrategias e intervenciones para minimizar o prevenir el deterioro cognitivo.



4. OBJETIVOS

Objetivo general

- Revisar la evidencia científica existente sobre la Terapia de Estimulación Cognitiva utilizada en personas con demencia.

Objetivos específicos

- Examinar las intervenciones de estimulación cognitiva llevadas a cabo en personas con demencia.
- Describir las características de los programas de estimulación cognitiva más utilizados.



5. MATERIAL Y MÉTODOS

1. Tipo de estudio

Revisión narrativa de la mejor evidencia científica sobre estimulación cognitiva empleada en personas con demencia.

Esta revisión se realizó en dos fases:

- Localización y Selección de Estudios Relevantes.
- Análisis de los Estudios Seleccionados.

2. Estrategia de búsqueda bibliográfica

Se realizó una revisión de la evidencia científica existente de los artículos publicados en PubMed, Scielo, OTseeker, PsicoDoc, Cuiden Plus y Dialnet aplicando un límite temporal de 11 años (2006-2017). La búsqueda se llevó a cabo durante los meses de diciembre, enero, febrero y marzo de 2016 y 2017.

Las palabras clave utilizadas fueron escogidas según la terminología Decs y Mesh: “cognitive stimulation”, “dementia”, “intervention”, “cognitive therapy”, “cognitive rehabilitation”, “cognitive training”, “occupational therapy”, “alzheimer disease”, “lewy bodies”. Con el objetivo de acotar la búsqueda, estas palabras fueron incluidas en diferentes combinaciones de búsqueda utilizando los operadores booleanos “AND”, “OR” y “NOT” según el caso. En la “Tabla 2. Número de artículos encontrados en la búsqueda bibliográfica por descriptores en bases de datos” pueden verse los resultados obtenidos.

Los datos obtenidos a partir de las diferentes estrategias de búsqueda, fueron sometidos a los criterios de inclusión y exclusión descritos a continuación.

3. Criterios de inclusión y exclusión

Debido a la cantidad de literatura relativa a este tema, se incluyeron en la revisión únicamente aquellos artículos que habían sido publicados entre 2006 y 2017 con el objetivo de obtener evidencia científica reciente y actual sobre el tema. Además, el idioma se limitó al inglés y al castellano, debido a que el inglés es el idioma prioritario en las publicaciones científicas y a que el castellano es mi lengua materna. Por último, se recopilaron los artículos a texto completo originales de ensayos clínicos que incluyan en su título, resumen o texto completo, los términos MeSH seleccionados previamente y que resulten pertinentes para los objetivos de la Revisión Narrativa.

En relación a los criterios de exclusión, se excluyeron los artículos que no incluyen los términos seleccionados, artículos que utilizan la estimulación cognitiva en otras patologías que no sean demencia (trastornos psicóticos, esclerosis múltiple, trastornos de personalidad, etc.). Por último se excluyeron cartas y editoriales (ver “Tabla 1. Criterios de inclusión y exclusión”).

4. Resultados de la búsqueda

Tras el filtro realizado a través de las estrategias de búsqueda y los criterios de inclusión y exclusión, el número total de artículos se redujo a 54.

En primer lugar se analizaron los resúmenes y tras esta primera lectura se eliminan 34 por los motivos que se enumeran a continuación.

- 1 por referirse al riesgo de demencia
- 6 por ser en adultos mayores.
- 11 por incluir otras patologías.
- 1 por ser una comparación.
- 8 por referirse a otro tipo de tratamiento.
- 3 por estar destinado a cuidadores.
- 4 por ser un protocolo de estudio.

Tras esta selección inicial se recuperan los 23 artículos restantes para su lectura completa, bien porque cumplían totalmente los criterios de inclusión o porque se tuvieron dudas acerca de la pertenencia de los mismos que no pudieron resolverse con la lectura del resumen. A continuación de ello, tras la lectura completa de los artículos se eliminan 8 artículos por bajo nivel metodológico, sin resultados. Obtuvimos 16 artículos para analizar.

Este proceso se puede ver en la “Figura 1. Proceso de búsqueda y selección de artículos relativos a la Terapia de Estimulación Cognitiva en demencias”.

5. Revisión de los artículos seleccionados

En la siguiente tabla “Tabla 3: Estudios seleccionados” se muestran los artículos 16 científicos que integraron la selección definitiva, con sus características descriptivas principales: título, autores, revista de publicación y año.



6. RESULTADOS

Hemos utilizado 16 artículos científicos para realizar esta revisión narrativa sobre la Terapia de Estimulación Cognitiva (TEC) en demencia. Los datos más relevantes de este estudio quedan recogidos en la “Tabla 4. Resultados”.

Según los autores podemos intervenir en la demencia, desde intervenciones de TEC a programas específicos de estimulación cognitiva (EC), cada uno con unas características muy diversas tanto en pacientes seleccionados como en las sesiones llevadas a cabo.

A continuación describiré brevemente programas de EC, siendo estas aplicaciones cognitivas que se han utilizado en demencia:

- BrightBrainerTM: Es un sistema de terapia cognitiva integradora, compuesto por un ordenador, un controlador de juego bimanual, un servidor clínico remoto y una biblioteca de simulaciones cognitivas. Las sesiones pre y post intervención incluyeron la recopilación de datos de medidas neuropsicológicas de atención/concentración, velocidad de procesamiento, aprendizaje, memoria y funciones ejecutivas. Los datos de las sesiones consistieron en el alcance de brazo y las líneas de base del rango del índice, la frecuencia cardíaca y la presión arterial, el número de repeticiones para cada brazo, así como los datos del desempeño del juego²¹.
- Big Brain Academy (BBA): Es una aplicación que introduce aspectos no considerados en los programas de TEC “tradicionales”. Estos aspectos son: el entrenamiento cognitivo no puede separarse de otros aspectos, como la motivación y la emoción, las actividades del programa son heterogéneas y atractivas, fundamentadas en un principio lúdico-recreativo, pues se ha sustentado que este tipo de actividades mejoran los síntomas psicológicos y conductuales de la demencia (SPCD) y que la mayoría de las tareas buscan la estimulación global de diferentes funciones cognitivas mediante una misma tarea. La principal misión del programa es reactivar y estimular las capacidades

mentales, proponiendo desafíos intelectuales, a modo de juegos, en diferentes niveles de dificultad³⁰.

Ambas aplicaciones mostraron una reducción del declive cognitivo, en relación al grupo control. Coincidiendo en que la mejora más significativa fue en la reducción de los SPCD, especialmente, en la tendencia a la depresión²¹⁻³⁰. Niu et al también a través de su estudio basado en sesiones de EC, hubo una reducción de la depresión y de la apatía³¹. Por lo que se puede afirmar que la EC, tanto a través de aplicaciones como en sesiones de EC reduce los SPCD³¹.

En cuanto a los programas multimodales, existe diversidad en lo referente a las actividades empleadas para llevar a cabo la EC. El programa multimodal de Viola et al consistió en actividades de rehabilitación cognitiva, entrenamiento cognitivo computarizado, terapia del habla, terapia ocupacional, terapia de arte, entrenamiento físico, fisioterapia y estimulación cognitiva con juegos de lectura y lógica²⁸. Fernández-Calvo et al³³, también intervinieron a través de un programa de intervención multimodal, ya que en esta intervención las actividades tratan de estimular múltiples dominios cognitivos de una manera global³⁹; y complementariamente se realizan una serie de actividades recreativas cuyo propósito es reducir el impacto del deterioro cognitivo en la vida emocional del sujeto³⁸.

Un programa cognitivo estudiado en dos artículos es la Terapia Maks²⁵⁻²⁶, es una terapia multicomponente de grupo.

- La Terapia MAKS consiste en tareas organizadas en tres categorías: la estimulación motora (M), las AVD (A) y la cognición (K), precedida por una introducción (S). Esta introducción, que duró 10 minutos aproximadamente, tiene como objetivo ayudar a los pacientes con demencia a sentirse parte del grupo²⁵.

Zamarrón et al³⁴ no obtuvieron mejoras en los sujetos con demencia tratados con un Programa de Psicoestimulación Cognitiva (PPI) donde las capacidades en las que se intervenían fueron: Razonamiento, atención y concentración; Lenguaje verbal y escrito; Praxias; Gnosias; Aritmética y cálculo; y Asociación-ordenación. En este estudio, el grupo de intervención obtuvo una mejora de la puntuación de las evaluaciones, pero esta diferencia no es significativa. Por lo que se puede afirmar que el PPI no mejora las funciones cognitivas de los pacientes con demencia, pero sí su capacidad de aprendizaje³⁴.

En lo que se refiere a otros programas de TEC utilizados fueron, el programa de entrenamiento narrativo auditivo de Batini et al²⁰, el cual consistía en escuchar en voz alta novelas con diferentes complejidades, tratando de comprender de que iba el texto. Este estudio tenía el objetivo de conocer los efectos de este entrenamiento sobre la memoria y otras áreas cognitivas. Y el de Knapp et al³⁶, centrado en actividades relacionadas con el pasado y la infancia de los participantes con demencia. Exponiendo en sus estudios los beneficios de la TEC en aspectos cognitivos²⁰⁻³⁶.

Las Actividades de la Vida Diaria (AVD), como conjunto de tareas que una persona realiza de forma diaria y que le permiten vivir de manera autónoma e integrada en su entorno, es un aspecto a subsanar desde Terapia Ocupacional en quien tiene dificultades a realizarlas. La TEC también ha demostrado beneficios en ellas, aumentando la capacidad para realizarlas en las personas que tienen obstáculos en su desempeño, como demuestra Orrel et al²³, Luttenberge²⁵ et al, Graessel et al²⁶ y Fernandez-Calvo et al³³.

Los estudios que no emplearon un programa específico de EC, su intervención consistió en sesiones de TEC. Donde todas las sesiones son diseñadas para ser lo más inclusivas posible y las actividades se adaptan a las capacidades de cada grupo y de cada sujeto en particular²². El número de estas sesiones fue variable, por ejemplo Cove et al²² realizan 14 sesiones, Burdea et

al²¹ 16 y Miranda-Castillo et al²⁷ llevan a cabo 14. Los estudios muestran que estas sesiones tienen lugar 2²⁷⁻²⁸⁻³⁶, o 3³⁰⁻³³ días a la semana, llegando en dos estudios a realizarse 6 sesiones semanales²⁵⁻²⁶. Todas las sesiones con una duración de entre 40-45 minutos cada una. El tiempo de TEC fue algo fluctuante, oscilando entre las 6 semanas²⁴⁻³⁴, las 7 semanas²⁵⁻²⁶⁻²⁸⁻³⁰⁻³³ y los 6 meses de duración²³.

En lo que es debido a las posibles diferencias entre sesiones individuales y grupales de TEC, Fernández-Calvo et al demuestra en su estudio que los sujetos que obtuvieron TEC individual tuvieron un declive cognitivo más lento y una reducción de los síntomas depresivos que los que recibieron el TEC de forma grupal. Donde el grupo de intervención individual mostró una tendencia hacia la mejora de actividades funcionales y beneficios cognitivos. Ya que la intervención individual satisface mejor las necesidades específicas del paciente. Concluyendo en su estudio, que la TEC individual es una herramienta más eficaz que la TEC grupal, debido a que en algunos casos en la grupal no se aprecian los beneficios por la dificultad de seguir el desarrollo de cada sesión³³.

A la hora de evaluar, en todos los estudios se administran escalas antes y después de la intervención, para medir los resultados obtenidos. La escala más utilizada para evaluar las capacidades cognitivas son El “Mini-Mental State Examination” (MMSE)²⁰⁻²³⁻²⁴⁻²⁷⁻²⁸⁻³³⁻³⁴⁻²⁶ junto con “Alzheimer’s Disease Assessment Scale-cognitive subscale” (ADAS-cog)²²⁻²³⁻²⁵⁻²⁶⁻³³⁻³⁶. Para valorar la percepción de calidad de vida la escala más usada es “Quality of Life in Alzheimer Disease” (QoL-AD)²². Para evaluar la funcionalidad del paciente con se utilizaron el “Índice de Barthel” (IB)²⁷ y Independence in the performance of Daily life activities (ADL-s)²⁵. El Neuropsychiatric Inventory Questionnaire (NPI-Q)²³⁻²⁸⁻³¹⁻³³ para valorar los posibles cambios en los SPCD, y para conocer la calidad de relación entre el paciente y el cuidador principal, Cove et al utilizaron “Quality of Caregiver and Patient Relationship” (QCPR)²².

La ralentización del declive cognitivo, la mejora en los SPCD y el aumento de la calidad de desempeño de las AVD, llevan a la persona con demencia y a sus cuidadores principales a un incremento de su calidad de vida a través de la utilización de la TEC como estrategia de intervención²³⁻²⁷⁻³⁶.



7. DISCUSIÓN

En esta revisión narrativa sobre la Terapia de Estimulación Cognitiva (TEC), intervención no farmacológica que recibe mayor apoyo empírico, nos hemos centrado en conocer las diferentes intervenciones que se han llevado a cabo y sus características, en la rehabilitación de personas con demencia. Se trata de una herramienta muy utilizada en la rehabilitación de patologías neurodegenerativas, aplicada en un amplio abanico de centros asistenciales.

La TEC ralentiza el deterioro cognitivo, mejorando la velocidad de procesamiento y las funciones ejecutivas. Además, aumenta la calidad de vida de los pacientes y de sus cuidadores, reduciendo la sobrecarga de ellos y aumentando su sentimiento de competencia. A la vez, aumenta la funcionalidad en las Actividades de la Vida Diaria (AVD) y reduce los síntomas psicológicos y conductuales (SPDC) de las personas con demencia en una fase de leve a moderada.

El “Mini-Mental State Examination” (MMSE) junto con “Alzheimer’s Disease Assessment Scale-cognitive subscale” (ADAS-Cog), son las escalas más utilizadas para evaluar las capacidades cognitivas. Para valorar la percepción de calidad de vida la escala más usada es “Quality of Life in Alzheimer Disease” (QoL-AD).

El aspecto negativo encontrado ha sido la escasez de estudios científicos que especifiquen por qué profesionales es llevada a cabo la TEC, y la falta de datos en algunos estudios, donde no se especifican datos relevantes a analizar.

Un aspecto a mejorar en los estudios es aumentar el número de participantes seleccionados para mostrar una mayor significación estadística con respecto a la población anciana en general.

Por último, mencionar la importancia de la TEC como estrategia de intervención importante en diversas patologías neurodegenerativas desde Terapia Ocupacional (TO), no limitándonos exclusivamente a la demencia. La TO como disciplina responsable de ralentizar el deterioro y conservar y/o recuperar aquellas capacidades, habilidades y destrezas afectas que dificultan la autonomía de la persona con demencia; con el fin de aumentar la calidad de vida y el bienestar tanto del paciente como su de familia.



8. CONCLUSIÓN

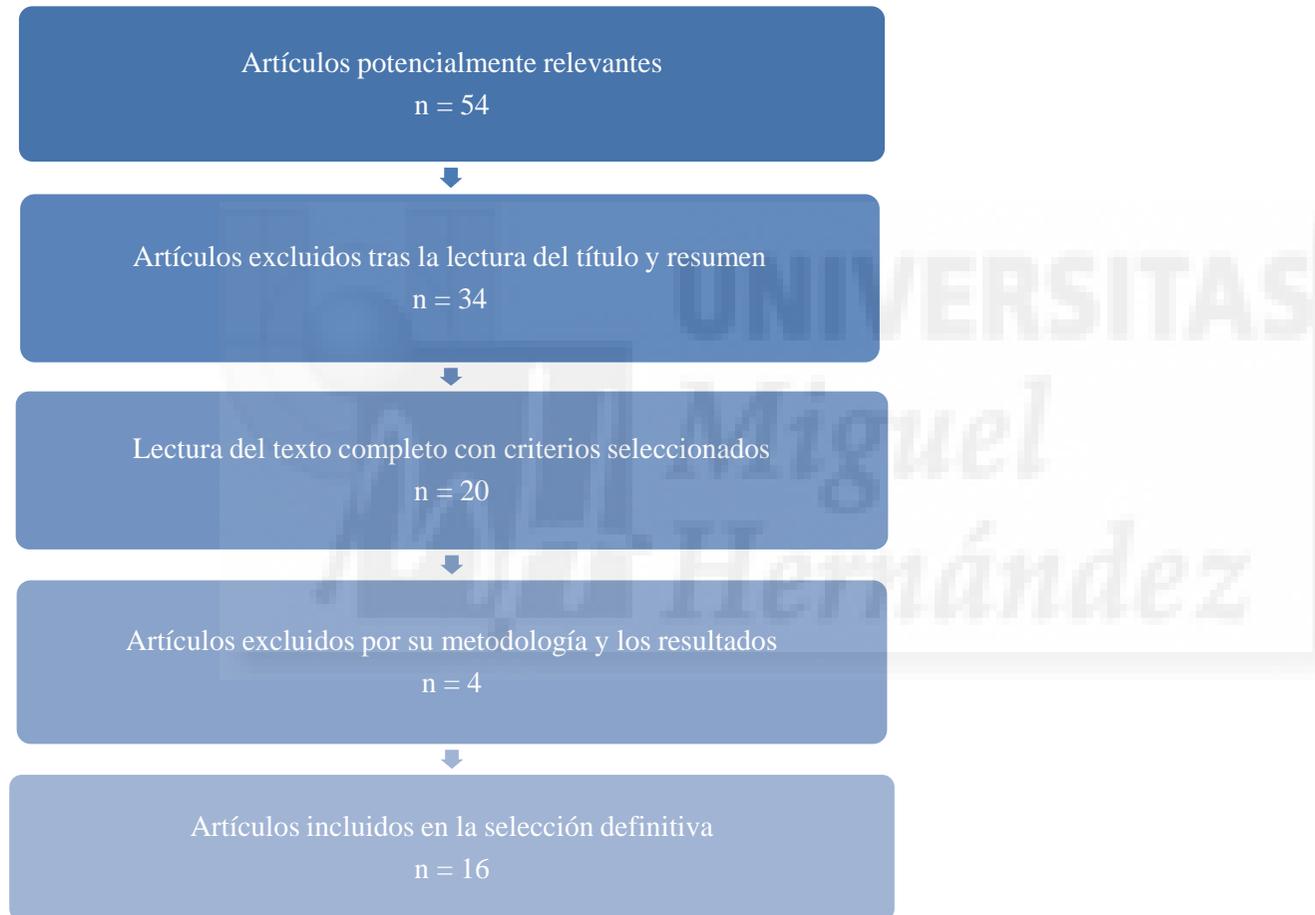
El tratamiento de la demencia aplicado a todas las esferas del individuo se encuentra en continua evolución. A lo largo de los últimos años se ha demostrado la eficacia de las TNF como tratamiento adicional al farmacológico, con el fin de aminorar la sintomatología tan diversa con la que se manifiesta la demencia en cada uno de los casos. La TEC se presenta como una intervención beneficiosa, a corto y largo plazo, y menos costosa en términos económicos en el campo de las patologías neurodegenerativas desde las diversas disciplinas encargadas de velar por la calidad de vida de las personas.

La TEC es la intervención más utilizada en los diferentes estudios, por delante de los diferentes programas específicos. Las mejoras más significativas son la ralentización del deterioro de las funciones cognitivas y el aumento su calidad de vida. Las intervenciones son llevadas a cabo a través de diferente número de sesiones, pero todas ellas de una duración de 40-45 minutos. Por último, encontramos más intervenciones en personas con demencia tipo EA en una fase de leve a moderada que en otro tipo de la misma patología.

Desde el punto de vista de la Terapia Ocupacional, disciplina que utiliza la ocupación significativa como tratamiento en las patologías que hoy en día afectan a la población mundial, es fundamental recalcar la importancia de la nuestra figura como responsables de llevar a cabo la TEC, demostrando y publicando los muchos beneficios que se obtienen a través de ella en la demencia.

9. ANEXOS

“Figura 1. Proceso de búsqueda y selección de artículos relativos a la Terapia de Estimulación Cognitiva en demencia.”



Fuente: elaboración propia.

“Tabla 1. Criterios de inclusión y exclusión.”

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Artículos con publicación comprendida entre 2006 y 2017.	Artículos que no incluyen los términos seleccionados.
Artículos publicaciones en lengua inglesa y castellana.	Artículos que utilicen la estimulación cognitiva para otras patologías.
Artículos de intervención sobre estimulación cognitiva en demencias.	Artículos del tipo carta o editorial.
Artículos a texto completo.	

“Tabla 2. Resultados de la búsqueda inicial.”

Base de datos	Pubmed	Scielo	OTseeker	Dialnet	PsicoDoc	Cuiden Plus	
("cognitive stimulation" AND "dementia" AND "intervention")	16	2	-	1	-	-	19
("cognitive therapy" AND "intervention" AND "dementia")	19	-	4	-	-	-	24
("cognitive training" AND "dementia" AND "intervention")	8	1	-	-	-	-	8
("cognitive stimulation therapy" AND "dementia" AND "intervention")	-	-	-	-	-	-	-
("cognitive rehabilitation" AND "dementia" AND "intervention")	2	-	-	-	-	-	2
("cognitive stimulation" AND "dementia" AND "intervention" AND "occupational therapy")	-	-	-	-	-	-	-
((("alzheimer" or "lewy") AND "cognitive stimulation" AND "intervention")	1	-	-	-	-	-	1
Total	47	3	4	1	-	-	54

Fuente: elaboración propia.

“Tabla 3. Estudios seleccionados.”

Título	Autores	Revista	Año
Neuropsychological benefits of a narrative cognitive training program for people living with dementia.	Batini et al.	Dement Neuropsychol	2016
Feasibility study of the BrightBrainer™ integrative cognitive rehabilitation system for elderly with dementia.	Burdea et al.	Disabil Rehabil Assist Technol	2015
Effectiveness of weekly cognitive stimulation therapy for people with dementia and the additional impact on enhancing cognitive stimulation therapy with a carer training program.	Cove et al.	Dovepress	2014
Maintenance cognitive stimulation therapy for dementia: single-blind, multicentre, pragmatic randomised controlled trial.	Orrell et al.	The British Journal of Psychiatry	2014
Mental Exercises for Cognitive Function: Clinical Evidence.	Kawashima R.	Journal of Preventive Medicine & Public Health	2013
Are the effects of a non-drug multimodal activation therapy of dementia sustainable? Follow-up study 10 months after completion of a randomised controlled trial.	Luttenberger et al.	BMC Neurology	2012
Non-pharmacological, multicomponent group therapy in patients with degenerative dementia: a 12-month randomized, controlled trial.	Graessel et al.	BMC Medicine	2011
Implementación de un programa de estimulación cognitiva en personas con demencia tipo Alzheimer: un estudio piloto en chilenos de la tercera edad.	Miranda-Castillo et al.	Universitas Psychologica	2013
Effects of a multidisciplinary cognitive rehabilitation program for patients with mild Alzheimer's disease.	Viola et al.	Clinics	2011

Cognitive Stimulation and Cognitive and Functional Decline in Alzheimer's Disease: The Cache County Dementia Progression Study.	Treiber et al.	Oxford University Press on behalf of The Gerontological Society of America.	2011
Eficacia del entrenamiento cognitivo basando en nuevas tecnologías en pacientes con demencia tipo Alzheimer.	Fernandez-Calvo et al.	Psicothema	2011
Cognitive stimulation therapy in the treatment of neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease: a randomized controlled trial.	Niu et al.	Clinical Rehabilitation	2010
Short-term effect of combined drug therapy and cognitive stimulation therapy on the cognitive function of Alzheimer's disease .	Matsuda et al.	The Official Journal of the Japanese Psychogeriatric Society	2010
El efecto del formato de intervención individual o grupal en la estimulación cognitiva de pacientes con enfermedad de Alzheimer.	Fernández-Calvo et al.	Revista de Psicopatología y Psicología Clínica	2010
Plasticidad cognitiva en personas con enfermedad de Alzheimer que reciben programas de estimulación cognitiva.	Zamarron et al.	Psicothema	2008
Community based occupational therapy for patients with dementia and their care givers: randomised controlled trial.	Graff et al.	BMJ	2006
Cognitive stimulation therapy for people with dementia: cost-effectiveness analysis.	Knapp et al.	British journal of psychiatry	2006

“Tabla 4. Resultados”

Autor y Año	Objetivo/s	Muestra	Material y Métodos		Resultados	Conclusión
			Intervención	Programa		
Batini, 2016 (20)	Investigar efectos de un programa de entrenamiento narrativo auditivo.	N = 8 Patologías degenerativas	GI: 60 sesiones, 5 días a la semana.	Programa de entrenamiento narrativo auditivo	Mejora la memoria inmediata y tardía.	Aumenta el resultado en las pruebas de memoria
Burdea, 2015 (21)	Describir el desarrollo del BrightBrainer™ y determinar la viabilidad clínica con pacientes con demencia.	N = 10 Demencia	16 sesiones, durante 8 semanas.	Programa BrightBrainer™	Mejora la tendencia a la depresión, la velocidad de procesamiento y la atención auditiva.	BrightBrainer™ es efectivo en demencia avanzada.
Cove, 2014 (22)	Evaluar la efectividad de la TEC una vez a la semana y determinar cualquier impacto adicional.	N = 68 Demencia. Grupo 1: 21 Grupo 2: 24 Grupo 3: 23	Grupo 1: los pacientes 14 sesiones de TEC y sus cuidadores entrenamiento en TEC. Grupo 2: 14 sesiones TEC. Grupo 3: -		No hubo diferencias entre los 3 grupos.	TEC semanal puede ser no suficiente para que se pueda demostrar una diferencia entre los grupos, y esto no se puede modificar entrenando a los cuidadores.
Orrell, 2014 (23)	Comparar el mantenimiento de la TEC frente al TAU.	N = 236 Demencia GI: 123 GC: 113	GI: 7 + 14 sesiones de TEC, durante 24 semanas. GC: 7 sesiones y TAU.		GI: Mejora en la calidad de vida y la realización de AVD. GC: no hubo variaciones.	El mantenimiento de la TEC es más efectivo que el TAU.

Kawashima, 2013 (24)	Examinar efectos de un programa de estimulación cognitiva, llamado TA.	Estudio 1: N = 32 EA GI: 16 GC: 16	5 días a la semana, durante 6 meses	Programa de intervención cognitiva → TA	Efecto beneficioso en la velocidad de procesamiento mental y las funciones ejecutivas	El entrenamiento cognitivo mantiene y mejora las funciones cognitivas en demencia y de los adultos mayores sanos.
		Estudio 2: N = 124 Personas mayores GI: 62 GC: 62	5 días a la semana durante 6 meses.	Programa de intervención cognitiva → TA		
Luttenberger, 2012 (25)	Examinar efectos de Terapia MAKS de 1 año, 10 meses después de que se completara la terapia.	N = 52 Demencia GI: 30 GC: 22	6 días a la semana, durante 12 meses.	GI: Programa Terapia MAKS GC: Cuidados de enfermería.	GI: mayor estabilización de la capacidad para realizar AVD que GC.	Terapia MAKS pospuso disminución de la capacidad cognitiva y en su capacidad para realizar AVD.
Graessel, 2011 (26)	Evaluar impacto de Terapia MAKS sobre la función cognitiva en con demencia y sobre su capacidad para llevar a cabo AVD.	N = 98 Demencia GI: 50 GC: 48	6 días a la semana, durante 12 meses.	GI: Programa Terapia MAKS GC: Tratamiento habitual	GI: Función cognitiva y capacidad para realizar AVD estables. GC: Función cognitiva y capacidad para realizar AVD disminuidas.	Recomienda realizarse Terapia MAKS continuamente, para mantener los beneficios.
Miranda-Castillo, 2011 (27)	Evaluar capacidad de la TEC en una muestra de personas chilenas.	N = 22 EA GI: 11 GC: 11	GI: 14 sesiones de TEC, 2 cada semana durante 7 semanas. GC: -		CI: rendimiento cognitivo y calidad de vida incrementado. En la funcionalidad sin efecto. GC: continuó su progresión de deterioro.	Resultados favorables en el rendimiento cognitivo global y la calidad de vida las la TEC.

Viola, 2011 (28)	Evaluar efectos de un programa multidisciplinar sobre la cognición, la calidad de vida y los síntomas neuropsiquiátricos en pacientes con EA.	N = 41 EA GI: 25 GC: 16	24 sesiones. 2 veces por semana durante 12 semanas.	CI: Programa de Intervención Multimodal GC: -	GI: función cognitiva estable, mejora síntomas depresivos y calidad de vida de los pacientes y el cuidador. También disminución de la angustia del cuidador. GI: no hubo variaciones.	El programa se asoció con estabilidad cognitiva, mejora en la calidad de vida, en los síntomas depresivos y en la carga del cuidador.
Treiber, 2011 (29)	Examinar participación en las actividades de estimulación cognitiva en el deterioro cognitivo y funcional en EA.	N = 187 Demencia	Durante 2,7 años Actividades de ocio, cognición y capacidad funcional.		Beneficios en la cognición para EA.	A través de la participación activa en actividades estimulantes se mejoran capacidades cognitivas.
Fernandez-Calvo, 2011 (30)	Evaluar eficacia del BBA, frente al EAPI en pacientes con EA.	N = 45 EA GI: 30 GC: 15	GI: 36 sesiones, 3 semanales de BBA o PPI.	GI: BBA o PPI. GC: sin tratamiento.	CI: reducción síntomas neuropsiquiátricos y los que recibieron BBA frente PPI mayor reducción de los síntomas depresivos.	BBA reduce el declive cognitivo y la sintomatología depresiva.
Niu, 2010 (31)	Determinar eficacia TEC en el tratamiento de los síntomas neuropsiquiátricos en EA.	N = 32 EA GI: 16 GC: 16	GI: sesiones de TEC, durante 10 semanas. GC: un ejercicio de comunicación.		GI: beneficio en las áreas de depresión y apatía.	TEC eficacia significativa en la reducción de la apatía y la depresión.
Matsuda, 2010 (32)	Examinar efectos combinados de IAcE (TAU) y la TEC en la progresión del deterioro cognitivo en EA.	N = 49 EA GI: 31 GC: 18	GI: 7 sesiones de TEC y IAcE GC: IAcE		GI: Aumento de la puntuación HDS de la que media las capacidades cognitivas. GC: no mostraron cambios.	TEC es una estrategia no farmacológica importante en el tratamiento de la EA.

Fernández-Calvo, 2010 (33)	Comprobar si el formato de la intervención individual o grupal, aplicado en un P MEC, repercute en la evolución y las alteraciones de las conductas asociadas en EA.	N = 45 EA	36 sesiones, 3 semanales durante 3 meses.	GI: P MEC (individual o grupal) GC: lista de espera	GI: P MEC redujo el declive cognitivo y mejoró el ajuste psicológico y conductual. El GI individual mejora en actividades funcionales y obtuvo beneficios cognitivos.	TEC individual es más eficaz que la TEC grupal.
Zamarron 2008 (34)	Investigar potenciales cambios en plasticidad cognitiva tras entrenamientos de psicoestimulación en EA.	N = 26 EA GI: 17 GC: 9	GI: sesiones diarias de PPI durante 6 meses GC: no recibieron el programa.	GI: PPI	GI: mayor disminución de la puntuación en la evaluación cognitiva que el GC.	El PPI no mejora las funciones cognitivas, pero si la capacidad de aprendizaje de los sujetos.
Graff, 2006 (35)	Determinar eficacia de la TO en el funcionamiento diario en demencia y el sentido de competencia de sus cuidadores.	N = 135	GI: 10 sesiones cognitivas y conductuales de TO, durante 5 semanas. GC: sin sesiones de TO.		GI: Los sujetos se sentían más competentes en el funcionamiento diario, y en los cuidadores aumentó el sentimiento de competencia.	La TO mejoró el funcionamiento diario de los pacientes y redujo la carga en el cuidador.
Knapp, 2006 (36)	Investigar coste-beneficio de un programa de TEC en demencia.	N = 161 Demencia GI: 90 GC: 71	GI: 14 sesiones del programa de TEC. 2 semanalmente, durante 7 semanas. GC: TAU	PTEC	Beneficios de la TEC en aspectos cognitivos y en la calidad de vida.	TEC ventajas de eficacia en demencia y puede ser más rentable frente al TAU.

GI: Grupo de intervención. GC: Grupo de control. TEC: Terapia de Estimulación Cognitiva. EA: enfermedad de Alzheimer. EP: enfermedad de Parkinson. TEC: Terapia de Estimulación Cognitiva. IAcE: acetilcolinesterasa. TA: Terapia de Aprendizaje. AVD: Actividades de la Vida Diaria. PPI: Programa de Psicoestimulación Integral. BBA: Big Brain Academy. PTEC: Programa de terapia de estimulación cognitiva. HDS-R: Hierarchic Dementia Scale. EAPI: Programa de Estimulación Tradicional. P MEC: Programa de Multimodal de Estimulación Cognitiva. TO: Terapia Ocupacional. TAU: Tratamiento habitual.

“Tabla 5. Cronograma”

Actividades / Meses	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril
Búsqueda bibliográfica en las bases de datos	✓	✓	✓	✓	
Lectura detenida de los artículos			✓	✓	
Cribado de artículos				✓	
Redacción del trabajo				✓	✓
Aplicación del formato adecuado del trabajo					✓

11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹Who.int [Internet]. Ginebra: OMS; 1994 [actualizado abril 2016; citado 18 feb 2017].

Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/en/>

²Castagnola G, Manes F. Diagnóstico diferencial de las demencias en la práctica clínica. Acta

Psiquiatr Psicol Am Lat [Internet]. 2008 [citado 2 feb 2017];54(4):236-249. Disponible en:

<http://www.intramed.net/log.asp?retorno=/contenidover.asp?contenidoID=61193>

³M. Ruiz-Sánchez de León. JM. Estimulación cognitiva en el envejecimiento sano, el deterioro

cognitivo leve y las demencias: estrategias de intervención y consideraciones teóricas para la

práctica clínica. Rev Logop Fon Audiol [Internet]. 2012 [citado 4 feb 2017];32(2):57-66.

Disponible en: [http://www.elsevier.es/es-revista-revista-logopedia-foniatria-audiologia-309-](http://www.elsevier.es/es-revista-revista-logopedia-foniatria-audiologia-309-articulo-estimulacion-cognitiva-el-envejecimiento-sano-S0214460312000332)

[articulo-estimulacion-cognitiva-el-envejecimiento-sano-S0214460312000332](http://www.elsevier.es/es-revista-revista-logopedia-foniatria-audiologia-309-articulo-estimulacion-cognitiva-el-envejecimiento-sano-S0214460312000332)

⁴Nitrini R, Brucki SMD. Demencia: Definición y Clasificación. Revista Neuropsicología,

Neuropsiquiatría y Neurociencias [Internet]. 2012 [citado 6 feb 2017];12(1):75-98. Disponible

en: http://neurociencias.udea.edu.co/revista/PDF/REVNEURO_vol12_num1_9.pdf

⁵Ferri C et al. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. Lancet [Internet]. 2005

[citado 8 feb 2017];366(9503):2112–2117. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2850264/pdf/nihms-190462.pdf>

⁶⁻⁷Flier WM, Scheltens P. Epidemiology and risk factors of dementia. J Neurol Neurosurg

Psychiatry [Internet]. 2005 [citado el 15 feb 2017];76(Suppl V):v2–v7. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1765715/pdf/v076p000v2.pdf>

⁸Who.int [Internet]. Ginebra: OMS; 1994 [actualizado abril 2016; citado 18 feb 2017].

Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/en/>

⁹Nitrini R, Brucki SMD. Demencia: Definición y Clasificación. Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias [Internet]. 2012 [citado 7 feb2017];12(1):75-98. Disponible en: http://neurociencias.udea.edu.co/revista/PDF/REVNEURO_vol12_num1_9.pdf

¹⁰González E. Estimulación cognitiva asistida con dispositivos Tablet en demencia: revisión bibliográfica. TOG (A Coruña) [Internet]. 2016 [citado 4 feb 2017];13(23):14. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5536326>

¹¹García-Alberca JM. Terapias no farmacológicas en el alzhéimer. Mente y Cerebro. 2016 [citado 15 feb 2017];52(81):44-49. Disponible en: <http://www.investigacionyciencia.es/files/26424.pdf>

¹²Peña-Casanova J. Intervención cognitiva en la enfermedad de Alzheimer: fundamentos y principios generales. 2nd ed. Barcelona: Fundación “la Caixa”; 1999 [actualizado; citado 29 mar 2017]. Disponible en: https://cvirtual.org/sites/default/files/site-uploads/document/u16/intervencion_cognitiva_alzheimer_I.pdf

¹³National Collaborating Centre for Mental Health. Dementia: A NICE-SCIE Guideline on Supporting People With Dementia and Their Carers in Health and Social Care. British Psychological Society [Internet]. 2007 [citado 8 mar 2017];1(42). Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0015356/pdf/PubMedHealth_PMH0015356.pdf

¹⁴⁻¹⁵Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias [Internet]. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut de Catalunya; 2010. [citado 27 abr 2017]. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_484_Alzheimer_AIAQS_compl.pdf

Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención Integral a las Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias. Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad [Internet]. 1nd ed. Ministerio de Ciencia e Innovación

¹⁶Martin et al. Cognition-based interventions for healthy older people and people with mild cognitive impairment. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2011 [citado 18 mar 2017];19(1).

Disponible

en:

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006220.pub2/abstract;jsessionid=1F6383B74853A244E166852E9CFD32B9.f02t02>

¹⁷M. Ruiz-Sánchez de León. JM. Estimulación cognitiva en el envejecimiento sano, el deterioro cognitivo leve y las demencias: estrategias de intervención y consideraciones teóricas para la práctica clínica. Rev Logop Fon Audiol [Internet]. 2012 [citado 4 feb 2017];32(2):57-66.

Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-logopedia-foniatria-audiologia-309-articulo-estimulacion-cognitiva-el-envejecimiento-sano-S0214460312000332>

¹⁸National Collaborating Centre for Mental Health. Dementia: A NICE-SCIE Guideline on Supporting People With Dementia and Their Carers in Health and Social Care. British Psychological Society [Internet]. 2007 [citado 8 mar 2017];1(42). Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0015356/pdf/PubMedHealth_PMH0015356.pdf

¹⁹Serrano A. Estimulación cognitiva y envejecimiento. Geritricarea [Internet]. 2015 [citado 8 mar 2017]. Disponible en: <http://geriatricarea.com/estimulacion-cognitiva-y-envejecimiento/>

²⁰Batini F et al. Neuropsychological benefits of a narrative cognitive training program for people living with dementia. Dement Neuropsychol [Internet]. 2016 [citado 2 abr 2017];10(2):127-133. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/dn/v10n2/1980-5764-dn-10-02-00127.pdf>

²¹Burdea et al. Feasibility study of the BrightBrainer™ integrative cognitive rehabilitation system for elderly with dementia. Disabil Rehabil Assist Technol [Internet]. 2015 [citado 28 mar 2017];10(5):421-432. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4942847/pdf/nihms-617944.pdf>

²²Cove et al. Effectiveness of weekly cognitive stimulation therapy for people with dementia and the additional impact of enhancing cognitive stimulation therapy with a carer training program. Dovepress [Internet]. 2014 [citado 19 mar 2017];2014(9):2143-2150. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4267515/pdf/cia-9-2143.pdf>

²³Orell et al. Maintenance cognitive stimulation therapy for dementia: single-blind, multicentre, pragmatic randomised controlled trial. The British Journal of Psychiatry [Internet]. 2014 [citado 3 abr 2017];204(6):454-461. Disponible en: <http://bjp.rcpsych.org/content/204/6/454.long>

²⁴Kawashima R. Mental Exercises for Cognitive Function: Clinical Evidence. J Prev Med Public Health [Internet]. 2013 [citado 3 abr 2017];46(1):22-27. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3567314/pdf/jpmph-46-S22.pdf>

²⁵Luttenberger et al. Are the effects of a non-drug multimodal activation therapy of dementia sustainable? Follow-up study 10 months after completion of a randomised controlled trial. BMC Neurology [Internet]. 2012 [citado en 22 mar 2017];5(12):151. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3527171/>

²⁶Graessel et al. Non-pharmacological, multicomponent group therapy in patients with degenerative dementia: a 12-month randomized, controlled trial. BMC Medicine [Internet]. 2011 [citado en 3 abr 2017];9(1):129. Disponible en:

<http://bmcmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/1741-7015-9-129>

²⁷Miranda-Castillo et al. Implementación de un programa de estimulación cognitiva en personas con demencia tipo Alzheimer: un estudio piloto en chilenos de la tercera edad. Univ. Psychol

[Internet]. 2013 [citado en 28 abr 2017];12(2):445-455. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v12n2/v12n2a12.pdf>

²⁸Viola et al. Effects of a multidisciplinary cognitive rehabilitation program for patients with mild Alzheimer's disease. Clinics [Internet]. 2011 [citado en 1 abr 2017];66(8):13951400. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21915490>

²⁹Treiber et al. Cognitive Stimulation and Cognitive and Functional Decline in Alzheimer's Disease: The Cache County Dementia Progression Study. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci [Internet]. 2011 [citado en 8 abr 2017];66(4):416-425. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21441386>

³⁰Fernandez-Calvo et al. Eficacia del entrenamiento cognitivo basando en nuevas tecnologías en pacientes con demencia tipo Alzheimer. Psicothema [Internet]. 2011 [citado en 1 abr 2017];23(1):44-50. Disponible en: <http://www.psicothema.com/pdf/3848.pdf>

³¹Niu et al. Cognitive stimulation therapy in the treatment of neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease: a randomized controlled trial. Clinical Rehabilitation [Internet]. 2010 [citado 1 abr 2017];24(12):1102-1111. Disponible en: http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0269215510376004?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%3dpubmed

³²Matsuda et al. Short-term effect of combined drug therapy and cognitive stimulation therapy on the cognitive function of Alzheimer's disease. Psychogeriatrics [Internet]. 2014 [citado en 28 mar 2017];10(4):167-172. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21159050>

³³Fernandez-Calvo et al. 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 [Internet]. 2010 [citado en 8 abr 2017];15(2):115-123. Disponible en: http://www.aepcp.net/arc/03_2010_n2_calvo_contador_serna_menezes_ramos.pdf

³⁴Zamarrón et al. Plasticidad cognitiva en personas con enfermedad de Alzheimer que reciben programas de estimulación cognitiva. *Psicothema* [Internet]. 2008 [citado en 22 mar 2017];20(3):432-437. Disponible en: <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=3504>

³⁵Graff et al. Community based occupational therapy for patients with dementia and their care givers: randomised controlled trial. *BMJ* [Internet]. 2006 [citado en 1 abr 2017];333(9):7580. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17114212>

³⁶Knapp et al. Cognitive stimulation therapy for people with dementia: cost-effectiveness analysis. *Br J Psychiatry* [Internet]. 2006 [citado en 28 mar 2017];188(6):574-580. Disponible en: <http://bjp.rcpsych.org/content/188/6/574.long>



