

UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ

FACULTAD DE MEDICINA

TRABAJO FIN DE MÁSTER EN TERAPIA OCUPACIONAL

EN NEUROLOGÍA



**LAS TERAPIAS NO FARMACOLÓGICAS, UNA ALTERNATIVA DE
TRATAMIENTO EN LAS DEMENCIAS**

AUTOR: HERRERA DÍEZ, MARÍA DE LOS ÁNGELES

Nº expediente: 90

TUTOR: BONETE LÓPEZ, BEATRIZ

Departamento y Área:

Departamento de Psicología de la Salud. Área de Psicología Básica

Curso académico 2016 - 2017

Convocatoria de: Septiembre 2017

Índice

RESUMEN	4
INTRODUCCIÓN	5
MATERIAL Y MÉTODOS	9
RESULTADOS	10
DISCUSION.....	11
CONCLUSIÓN	14
ANEXOS.....	14
BIBLIOGRAFÍA.....	19



RESUMEN

Introducción: La demencia puede ser definida como un síndrome caracterizado por la presencia de deterioro cognitivo, persistente que interfiere con la capacidad del individuo para llevar a cabo sus actividades de la vida diaria. A pesar de, ser una enfermedad con una alta prevalencia en la población aún no se conoce un tratamiento curativo. Existe tratamiento farmacológico y no farmacológico que se basa en terapias alternativas dirigidas a reducir el deterioro cognitivo que sufren estas personas.

Material y métodos: Se ha llevado a cabo una revisión de la literatura existente en la base de datos Dialnet. Utilizando los siguientes términos de búsqueda demencia, entrenamiento cognitivo, intervención cognitiva, rehabilitación cognitiva y estimulación cognitiva.

Resultados: Tras realizar la búsqueda se obtienen 222 documentos. Al realizar una valoración previa y una filtración por los criterios de inclusión, se seleccionan un total de 15.

Discusión: El tratamiento con nuevas tecnologías es novedoso y actual, pudiendo llegar a ser una herramienta complementaria a diferentes intervenciones que componen el tratamiento multidisciplinar de las personas con demencia. Las intervenciones cognitivas han obtenido mejoras significativas en la esfera cognitiva, conductual y la calidad de vida de los pacientes con demencia.

Conclusión: Las terapias no farmacológicas como la estimulación cognitiva benefician a la persona con demencia a disminuir y paliar su deterioro cognitivo, aumentando también su calidad de vida y autonomía.

PALABRAS CLAVE: Demencia, intervención cognitiva, tratamiento no farmacológico (TNF).

ABSTRACT

Introduction: The dementia can be defined as a syndrome characterized by the presence of cognitive, persistent deterioration that he interferes with the capacity of the individual to carry out his activities of the daily life. In spite of, to be a disease with a discharge prevalent in the population still a curative treatment is not known. There exists pharmacological and not pharmacological treatment that is based on alternative therapies directed to reducing the cognitive deterioration that these persons suffer.

Methods: There has been carried out a review of the existing literature in the database Dialnet. Using the following terms of search dementia, cognitive training, cognitive intervention, cognitive rehabilitation and cognitive stimulation.

Results: After realizing the search 222 documents are obtained. On having realized a previous valuation and a filtration for the criteria of incorporation, a total of 15 are selected.

Discussion: The treatment with new technologies is new and current, being able to manage to be a complementary tool to different interventions that compose the multidisciplinary treatment of the persons with dementia. The cognitive interventions have obtained significant improvements in the cognitive, behavioral sphere and the quality of life of the patients with dementia.

Conclusion: The not pharmacological therapies like the cognitive stimulation benefit the person with dementia to diminishing and relieving his cognitive deterioration, increasing also his quality of life and autonomy.

KEY WORDS: Dementia, cognitive intervention, treatment not pharmacologist (TNF).

INTRODUCCIÓN

La demencia puede ser definida como un síndrome caracterizado por la presencia de deterioro cognitivo, en adelante DC, persistente que interfiere con la capacidad del individuo para llevar a cabo sus actividades de la vida diaria, en adelante AVD, es independiente de la presencia de cambios en el nivel de conciencia (es decir, no ocurre debido a un estado confusional agudo o delirio) y es causada por una enfermedad que afecta al sistema nervioso central¹.

La demencia es una enfermedad adquirida. Es un síndrome que puede ser causado por muchas enfermedades y aunque a menudo tenga evolución lenta, progresiva e irreversible, puede instalarse de manera aguda o subaguda y ser reversible con el tratamiento específico de la enfermedad que la causa, cuando este está disponible y es administrado precozmente¹.

Existen varios tipos de demencia, se clasifican en demencias degenerativas, vasculares y sintomáticas o secundarias. El presente documento se centra en las demencias degenerativas que están compuestas por la enfermedad de Alzheimer, en adelante EA, que se caracteriza por el deterioro cognitivo y las alteraciones conductuales¹. Es considerada una de las enfermedades más costosas y comunes para el ser humano, siendo en 2016 la séptima causa de muerte, afectando a casi la mitad de las personas que llegan a los 85 años².

En este mismo grupo, también se puede encontrar otros dos tipos de demencia menos conocidos como son la demencia fronto-temporal o enfermedad de Pick, es menos frecuente y se caracteriza por la disfunción de los lóbulos cerebrales temporales y frontales. Y también, la demencia por cuerpos de Lewy los síntomas son deterioro cognitivo muy similar a la EA, síntomas de parkinsonismo, alucinaciones y delirios².

El Informe Mundial sobre el Alzheimer de 2015 estima que, 46,8 millones de personas viven con demencia en el mundo en el año 2015. Se proyecta que este número se duplique cada 20 años, alcanzando los 74,7 millones en el 2030. Estas cifras calculadas recientemente significan un aumento de un 12%-13% más de las informadas en el Informe del año 2009³.

Cómo se puede observar el incremento de la prevalencia y la magnitud de los síntomas convierten a esta enfermedad en un problema de salud pública a nivel mundial.

La búsqueda de tratamientos efectivos que aminoren su evolución y contrarresten sus síntomas constituye una prioridad para los profesionales sociosanitarios⁴. A continuación, se citan los tratamientos que actualmente se vienen utilizando para paliar los síntomas de esta enfermedad que aún no tiene un tratamiento curativo.

En cuanto al tratamiento conocido, existe el farmacológico y el no farmacológico donde se encuentran las terapias alternativas que más adelante se explican. Los médicos recetan medicamentos para controlar la función del cerebro, los cambios de humor o los problemas de insomnio, siempre se recetan en base a las necesidades del paciente. Los más comunes son los inhibidores de colinesterasa (donepezil, tacrine..) para enlentecer el progreso de la enfermedad, y otros para controlar el estado de ansiedad, humor, insomnio y otros síntomas de la demencia⁵.

Cómo **terapias no farmacológicas** son las dirigidas a optimizar la cognición y la conducta de los sujetos con demencia. Intentando conseguir la mejor situación funcional posible en cada estadio de la enfermedad y con ello ralentizar el declive cognitivo.⁶

Un ejemplo de ellas, son: la estimulación cognitiva, rehabilitación cognitiva, entrenamiento cognitivo, reminiscencia, musicoterapia, apoyo al cuidador, ejercicio físico, arteterapia, terapia con animales entre otras⁷.

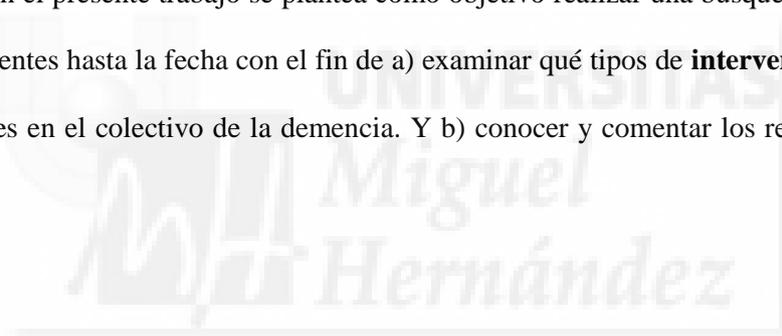
Este trabajo se centra en las intervenciones que se dirijan a la rehabilitación de las funciones cognitivas exclusivamente, como serían la **estimulación cognitiva**, en adelante EC, que haría referencia a la participación de actividades en grupo que son diseñadas con el propósito de incrementar el funcionamiento cognoscitivo y social de una población en particular, pero de una manera no específica. Por otra parte, la **rehabilitación cognitiva** implicaría programas individualmente adaptados, terapias específicamente diseñadas para cubrir las necesidades de un individuo concreto. Se centra en la mayoría de ocasiones en AVD. En tercer lugar, el **entrenamiento cognitivo** implica la intervención por medio de la práctica estructurada de tareas relevantes para el funcionamiento cognitivo.⁸

Y, por último, la **musicoterapia** que se describe como una intervención grupal o individual basada en la estimulación de las funciones cognitivas conservadas⁹.

El problema de estas intervenciones es, que no siempre se sustentan en una base científica, y no están basadas en una técnica sistematizada o estructurada, la cual se pueda medir y objetivar sus efectos positivos o negativos. A día de hoy, se está realizando un gran esfuerzo por evidenciar la eficacia real de estas intervenciones, y poder demostrar que sus beneficios son tangibles¹⁰.

A pesar de la labor y la investigación desarrollada en este campo, y en la actividad clínica habitual en la que se desarrollan los distintos programas de intervención no farmacológica mencionados anteriormente, existe poca evidencia sobre la eficacia real de los mismos. Además de cuantificar y optimizar el tiempo de intervención con estos medios para que se obtengan resultados fiables.

Es por ello, que en el presente trabajo se plantea como objetivo realizar una búsqueda bibliográfica de los artículos existentes hasta la fecha con el fin de a) examinar qué tipos de **intervenciones cognitivas** son más habituales en el colectivo de la demencia. Y b) conocer y comentar los resultados de dichas intervenciones.



MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de una revisión de la literatura científica sobre el objeto de estudio anteriormente citado. Para ello se llevan a cabo cuatro búsquedas bibliográficas independientes en la **base de datos** Dialnet, utilizando los siguientes términos clave demencia y entrenamiento cognitivo, demencia y rehabilitación cognitiva, demencia e intervención cognitiva y demencia y estimulación cognitiva.

Se realizó en 4 búsquedas independientes para que se arrojase el mayor número de estudios posibles que se relacionaran con las diferentes técnicas de tratamiento no farmacológico que se aplica en demencias.

La **población de estudio** que se ha escogido han sido adultos mayores de 65 años y que presenten deterioro cognitivo leve o algún tipo de demencia leve o moderada diagnosticada.

Para la extracción de documentos se llevó a cabo una valoración según los criterios de inclusión y exclusión que aquí se citan:

Se **incluyeron** en la revisión:

- Artículos de revistas, revisiones sistemáticas o bibliográficas, ensayos clínicos y estudios experimentales.
- Artículos publicados entre 2007 y 2017.
- Deben incluir al menos un grupo de pacientes con demencia leve o moderada, o DC leve.
- Los pacientes deben tener una edad igual o superior a 65 años.
- Que incluyan el tratamiento no farmacológico como **intervención**. (Estimulación cognitiva, entrenamiento cognitivo, rehabilitación cognitiva e intervención cognitiva entre otros.).
- Que incluyan métodos de medición de los resultados estandarizados.

Fueron **excluidos**:

- Posters, artículos que solo mostraban el resumen, libros y capítulos de libros.
- Artículos que incluían exclusivamente en su muestra de estudio población sana.
- Artículos que no incluían una intervención no farmacológica.
- No cumplían los criterios de inclusión y no tenían relación con el tema a tratar.
- No tener accesibilidad a los artículos.

RESULTADOS

Tras la búsqueda se localizaron 222 documentos, tras realizarse una preselección basándose en la información de los resúmenes y el título, se quedan 34 documentos.

Para seguir reduciendo el número de documentos y ajustarse al objetivo planteado, se revisaron los artículos completos, valorándose nuevamente bajo los criterios de inclusión. Finalmente, la cifra se redujo a 15 documentos.

De ellos 4 fueron ensayos clínicos, 3 ensayos clínicos aleatorizados, 6 revisiones bibliográficas, un estudio clínico controlado y un estudio experimental. (*Figura 1: Flujograma de búsqueda*).

En la tabla 1 se detallan los resultados por orden alfabético y clasificados por búsqueda de los documentos seleccionados. (*Tabla 1: Resultados de búsqueda*).



DISCUSIÓN

De todos los documentos seleccionados se ha realizado una lectura exhaustiva con el fin de extraer información acerca de las terapias utilizadas y los resultados obtenidos.

En el campo de las **nuevas tecnologías** se han recuperado dos documentos, el modelo de intervención propuesto por Fernández Calvo¹² y la revisión de González Vallejo¹⁸. El primero demuestra que el programa de estimulación cognitiva con la herramienta Big Brain Academy (BBA), resultó ser más efectivo que un programa de estimulación cognitiva tradicional, de tal modo que los pacientes estimulados con el método BBA manifestaron una reducción significativa del declive cognitivo y de la sintomatología depresiva en relación al grupo de estimulación tradicional. Y el segundo revela que la estimulación cognitiva asistida con Tablet podría ser eficaz para mejorar las funciones cognitivas de personas con demencia.

Ambos estudios coinciden en que el tratamiento con nuevas tecnologías es novedoso y actual, pudiendo llegar a ser una herramienta complementaria a diferentes intervenciones que componen el tratamiento multidisciplinar de las personas con demencia. Sin embargo, existe escasa literatura que se relacione con este tema y avale los beneficios que se podrían obtener con esta técnica.

En el campo de la **terapia con música o musicoterapia** se han encontrado dos trabajos. María Jiménez¹⁵, tras la intervención con musicoterapia, consiguió disminuir el grado de agitación de los sujetos y con ello la necesidad de aumentar la dosis de tranquilizantes. También se ha visto mejorada la orientación y la memoria que se mantiene independiente del grado de severidad de la demencia.

En el segundo estudio realizado por María Gómez¹⁷, se dirige hacia las mejoras en los dominios cognitivos, donde se observa una mejoría progresiva a lo largo de las sesiones con música. Además, se ha observado que la terapia con música puede tener efecto inhibitor sobre las conductas desencadenantes por estrés ambiental, lo que garantiza un estado conductual del paciente más estable.

En el campo de la **estimulación cognitiva** se puede decir que, del total de artículos que contemplan la estimulación cognitiva como terapia de intervención, los nueve han obtenido mejoras significativas en

la esfera cognitiva, lo que quiere decir, que han conseguido disminuir o retrasar el declive cognitivo de los pacientes con demencia.

Los artículos^{16,14,19} también refieren que han logrado resultados positivos en la conducta de los sujetos, como pueden ser el estado de ánimo, reducción del estrés o la depresión. En cambio, el documento de Miranda²⁰ no ha encontrado resultados positivos en la esfera conductual, argumentando que es poco probable obtener mejoras significativas en el comportamiento conductual de un paciente, interviniendo únicamente desde el área cognitiva.

Además, también se ha encontrado un aumento de la calidad de vida percibida por los sujetos que se han sometido a las terapias de los documentos^{20,14}.

En referencia, a la forma en que se deben aplicar las terapias si de modo grupal o individual, se puede añadir que en la mayoría de los estudios de esta revisión la forma de intervención ha sido en grupos reducidos, y una minoría de forma individual.

Uno de los estudios¹⁶ se centraba en averiguar cuál de las dos intervenciones era más eficaz, y los resultados han desvelado que la intervención cognitiva individual beneficia más que la grupal. Por ello, aboga por una intervención individual en la que se satisfagan las dificultades cognitivas, emocionales y sociales del paciente¹⁶.

Hay dos autoras^{4,23} que creen que la estimulación cognitiva es beneficiosa para las personas con demencia, pero también lo es para sus cuidadores. Porque, al disminuir el proceso de deterioro, se conserva durante más tiempo la autonomía de estas personas y se reducen los síntomas psicológicos y conductuales. Lo que se traduce en una menor sobrecarga para el cuidador principal. Los familiares deben formar parte del proceso de tratamiento ya que también son ellos los que pueden ofrecer una parte de tratamiento en casa. La autora Inés Francés¹⁰ considera que todas las acciones destinadas al cuidado y mantenimiento de una persona con demencia y los cuidados ambientales que se proporcionan constituyen una intervención.

Cómo se puede ver las intervenciones cognitivas (estimulación, entrenamiento o rehabilitación) reportan numerosos beneficios a personas con demencia. Sin embargo, sigue planteando problemas en el momento de mostrar su eficacia o la evidencia científica. Esto es debido a que aún no existe un método de estimulación cognitiva estandarizado y universal.

Otro tipo de terapia, la **estimulación multisensorial**, EMS¹⁹, ha mostrado efectos positivos en la conducta de los sujetos intervenidos. Aunque estos efectos no se han mantenido tras la intervención.

Al hilo de lo anterior, hay que destacar que la mayoría de las intervenciones comentadas anteriormente tampoco han mantenido sus beneficios a largo plazo una vez ha cesado el tratamiento de estimulación cognitiva. Es decir, los pacientes reciben la terapia durante las sesiones y mejoran significativamente, pero una vez ha terminado la terapia y pasa el tiempo, los efectos obtenidos vuelven a disminuir y la enfermedad continua progresivamente su curso.

Por todo lo comentado anteriormente Cañabate²² propone la que ella intuye que sería la mejor herramienta no farmacológica en la lucha contra las demencias. “Sería una herramienta única, estandarizada y multidisciplinar que contenga: El MMSE como elemento de diagnóstico y estadio de la EA, un programa de estimulación cognitiva basado en las nuevas tecnologías para detener el progreso de la enfermedad y terapias funcionales para mejorar tanto la cdv de los pacientes como una mejoría a la hora de realizar las AVD/AIVD.

Como limitaciones del estudio se puede considerar la búsqueda de artículos en una única base de datos, lo que ha podido reducir el número de variedad en los documentos que se muestran y las terapias estudiadas. Otro problema es que no todos los estudios en los que se ha realizado intervención cognitiva lo han hecho con un programa estandarizado y específico. Por tanto, no se puede evaluar la efectividad de una intervención específica para personas con demencia.

CONCLUSIÓN

En relación al primer objetivo planteado en esta revisión de conocer las técnicas o terapias alternativas a la medicación que más se usan en la actualidad, se puede comentar que la intervención no farmacológica que más se utiliza actualmente en personas con demencia es la estimulación cognitiva. Aunque es cierto que, últimamente la terapia con nuevas tecnologías ha adquirido mucho protagonismo. Las facilidades que muestra de poder realizar la intervención desde el domicilio del paciente y ser supervisada por el terapeuta en la clínica es muy ventajoso para personas con movilidad reducida.

También se sigue viendo otro tipo de terapias que obtienen resultados positivos, aunque aún no existe literatura científica que avale su eficacia como son la musicoterapia y la estimulación multisensorial entre otras.

Para continuar respondiendo al segundo objetivo planteado que eran los resultados de estas intervenciones se debe destacar que, en la mayoría de las intervenciones se han obtenido mejoras en la calidad de vida del paciente y su entorno esto puede ser debido a que el usuario haya tenido más atención y motivación en una nueva actividad.

También la mayoría de las intervenciones que han tenido estimulación cognitiva en su tratamiento han mostrado una notable disminución en el declive cognitivo de la persona con demencia.

Por tanto, a modo de conclusión se puede decir que las terapias no farmacológicas como la estimulación cognitiva benefician a la persona con demencia a disminuir y paliar su deterioro cognitivo, aumentando también su calidad de vida y autonomía.

Para un futuro, se pretende ampliar la búsqueda bibliográfica a más bases de datos con el fin de obtener más documentos y evidencia de cuál es la mejor técnica para intervenir en personas con demencia y con cuánto tiempo de tratamiento empezamos a ver resultados.

Además de, dirigir el objeto de estudio hacia cuántas sesiones serían necesarias de estimulación cognitiva y durante cuánto tiempo serían necesarias para obtener beneficios y si éstos se conservarían.

ANEXOS

Figura 1: Flujograma de búsqueda

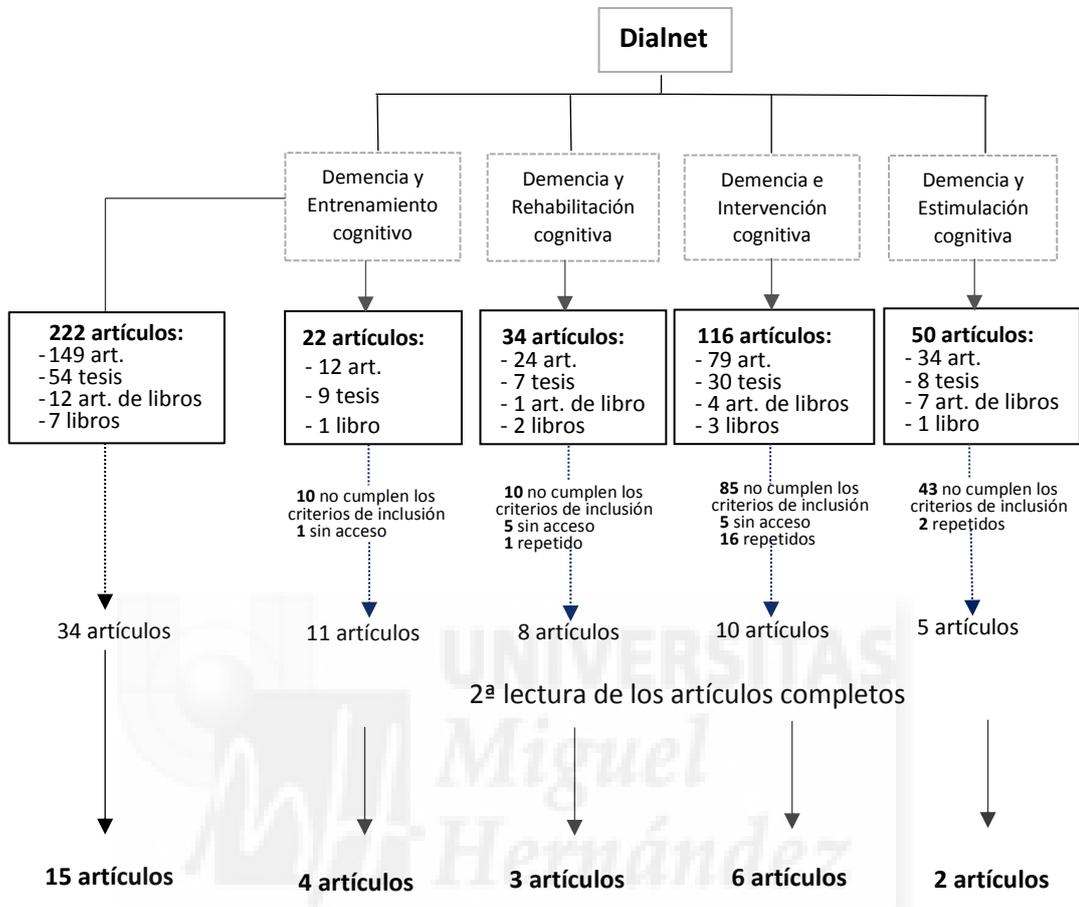


Tabla 1: Resultados de búsqueda

Autor/Año	Diseño	Muestra	Tipo de intervención	Sesiones	Objetivo	Resultados	Medición Resultados
Búsqueda: Demencia y entrenamiento cognitivo (4 documentos)							
Doménech S. (2004)¹¹	Ensayo clínico: grupo intervenido y otro que no.	24 pacientes con EA.	Programa de entrenamiento específico de memoria. "Taller de memoria".	96 sesiones de 90 minutos.	Evaluar un programa de entrenamiento estructurado de la memoria.	El TM resulto efectivo en el rendimiento cognitivo global de los EA. Efecto positivo en la estimulación de la memoria.	Medición a los 3,6,9 y 12 meses. Cognición: MMSE, Adas-cog, Rivermead. Familiares: RDRS-2, NPI.
Fernández B. et al. (2011)¹²	ECA	45 pacientes con EA leve	1. Big brain academy 2. Programa psicoestimulación integral 3. EANT (control)	3 s. de 1 hora por semana, 12 semanas = 36 sesiones.	Comprobar la eficacia del BBA frente a un PPI.	BBA más efectivo que PPI. Reducción significativa del declive cognitivo en relación al grupo PPI. Las técnicas de EC enlentecen el DC. Los programas lúdico-recreativos aumentan motivación.	Cognitiva: MMSE (Folstein) Adas- Cog Conductual: NPI (abrev.) EDC (depresión) Funcional: RDRS, Linn y Linn.
Requena C. (2007)¹³	ECA	46 usuarios divididos en 4 grupos. 1. EC 2. Fármacos 3. Combinado 4. Sin tto.	3 tipos de TTO 1 farmacológico mediante donepezilo a dosis diaria 10mg 2 un programa de EC, 3 combinación de los anteriores.	5 sesiones x semana de 45 minutos. 2 años	Tratamiento combinado de fármacos y estimulación en períodos moderadamente avanzados de la EA, el deterioro global del estatus cognitivo se producirá de un modo más gradual y menos intenso.	Los que presentan deterioro cognitivo moderado y han recibido tratamiento combinado mejoran las pruebas de MMSE, ADAS-Cog y FAST. El grupo control muestra una puntuación menor.	MMSE, ADAS-Cog, y FAST
Solera E. (2009)¹⁴	Ensayo clínico: un grupo intervenido y el otro no.	45 personas (23 intervención, 22 control)	8 sesiones EC, 8 sesiones entrenamiento de psicomotricidad y 8 de entrenamiento de atención,	24 sesiones	Evaluar eficacia combinada de distintos procedimientos de intervención (TOR, Entrenamiento cognitivo de memoria, de atención y de psicomotricidad).	El programa de entrenamiento es eficaz para mejorar distintas variables relacionadas con la calidad de vida, estado de ánimo y funciones cognitivas, manteniéndose las mejoras en los seguimientos tras haber finalizado el tratamiento.	Medidas pre y post. MEC (Lobo) Escala Depresión Geriátrica, Yesavage, Escala de Ansiedad y Depresión HAD, Cuestionario Breve de Calidad de vida.
Demencia y rehabilitación cognitiva (3 documentos)							
Francés I, et al. (2003)¹⁰	Revisión bibliográfica	14 artículos	-TOR -Terapia de reminiscencia -Psicoestimulación -Nuevas Tecnologías -Rhb de memoria Productos de Apoyo	-	Describir algunas de las intervenciones para mejorar la cognición en pacientes con demencia.	-La EC muy útil para disminuir la discapacidad en EA. -Escasa literatura sobre intervenciones cognitivas. Aunque algunas muestran la eficacia de esta técnica.	-

						-Más estudios que permitan definir su eficacia y cómo debe aplicarse.	
Jiménez M. et al. (2013)¹⁵	Revisión bibliográfica	10 artículos	Musicoterapia como tratamiento	-	Beneficios de la musicoterapia a nivel cognitivo y/o conductual de personas con demencia.	La musicoterapia mejora en las personas con demencia su nivel conductual, cognitivo y de comportamiento social.	-
Matilla R. et al. (2015)⁴	Revisión bibliográfica	25 artículos	Diversos tratamientos: -Desempeño ocupacional, estimulación cognitiva, estimulación sensorial, modificación del entorno.	-	Conocer la utilidad de la Terapia Ocupacional y otras técnicas no farmacológicas en el DC en la EA.	Eficacia y efectividad en las intervenciones no farmacológicas en el retraso en la progresión de la disfunción. Intervención y formación al cuidador más eficaz que solo tratar al paciente. Más ensayos clínicos y estudios para confirmar.	-
Demencia e intervención cognitiva (6 documentos)							
Calvo B. et al. (2012)¹⁶	Estudio experimental	45 pacientes con demencia leve	PMEC (Programa de estimulación cognitiva multimodal)	3 s. semanales de una hora, durante 3 meses. (36 sesiones)	Analizar si hay beneficios en un PEMEC en EA. Y donde hay más si en formato individual o grupal.	El PEMEC disminuyó el declive cognitivo y mejorar el ajuste psicológico y conductual, de los pacientes con EA. Es más beneficiosa la intervención individual en EA.	Cognición: MMSE, ADAS-COG, NPI-Q, EDC, Funcionalidad: RDRS-2
Gómez M, Gómez J. (2015)¹⁷	ECA	42 pacientes con demencia leve.	Programa de musicoterapia.	2 s. semanales de 1 hora.	Efecto de la intervención con musicoterapia en EA.	Beneficios en la esfera cognitiva. Además, la música actúa como inhibidora de conducta de estrés.	Evaluación pre, durante y post. MMSE, NPI, HAD, IB
González E. (2016)¹⁸	Revisión bibliográfica	2 artículos	PEC asistida a través de la Tablet.	-	Búsqueda de todos los artículos e investigaciones sobre la EC asistida con la Tablet en personas con demencia publicados.	La EC asistida con Tablet podría ser eficaz para mejorar las funciones cognitivas de personas con demencia. Resultados limitados por el número de estudios.	-
Marante P. (2015)¹⁹	ECA longitudinal	27 usuarios con demencia moderada	Estimulación multisensorial (G.I) y Actividad (G.C)	2 s. semanales de 30 min. (32 s.)	Evaluar la EMS a largo plazo sobre conducta, cognición, funcional y emocional.	No hemos encontrado efectos significativos. No existe evidencia suficiente.	Comportamiento: NPI-NH, Escala Cohen Emocional: EDC Cognitivo: MMSE, GDS. Funcional: IB, PA
Miranda C. et al. (2012)²⁰	Ensayo clínico	22 personas con demencia leve.	TEC	14 sesiones de 45 minutos de TEC en el GI. 2 s. por semana.	Comprobar los efectos de un PEC en personas con EA.	Resultados positivos en el rendimiento cognitivo global y cdv tras la TEC. Ausencia de cambios en la funcionalidad.	Evaluación pre y post. Cognición: MMSE, ADAS-COG. CDV: QoL-AD Funcionalidad: IB

Serrano R. (2014)²¹	Ensayo clínico controlado	27 personas con deterioro cognitivo.	Se han llevado a cabo 3 programas: intervención cognitiva, actividades de la vida diaria y terapia funcional.	5 sesiones semanales de 1 h. Además de las sesiones individuales diarias de 15 minutos de las AVD básicas.	Cómo influye un programa de autonomía personal en personas con deterioro cognitivo institucionalizadas en el mantenimiento o recuperación de la capacidad funcional o cognitiva.	No se han encontrado cambios significativos en la esfera cognitiva.	Cognición: MEC Funcionalidad: IB
Demencia y estimulación cognitiva (2 documentos)							
Cañabate MC. (2015)²²	Revisión bibliográfica	12 artículos	PEC en EA	-	Analizar los estudios sobre los beneficios de la EC.	Intuimos que la mejor herramienta no farmacológica contra el Alzheimer sería: única y estandarizada y multidisciplinar que contenga: el MMSE como elemento de diagnóstico. Un PEC basado en las NT para detener el progreso del EA. Y terapias funcionales.	-
Heredia MC. Et al.²³	Revisión bibliográfica	13 artículos	Tratamiento de estimulación cognitiva a pacientes con demencia.	-	Conocer los beneficios de la estimulación cognitiva en demencias.	La EC es beneficiosa para pacientes con demencia y también lo es para sus familiares. No podemos evaluar la efectividad porque no se trata de intervenciones específicas.	-

Abreviaturas:

BBA: Big Brain Academy

EA: Enfermedad de Alzheimer

HAD: Escala hospitalaria de ansiedad y depresión

NPI-Q: Inventarios neuropsicológico

TEC: terapia de estimulación cognitiva

CDV: Calidad de vida

EC: Estimulación Cognitiva

IB: Índice de Barthel

NT: nuevas tecnologías

TOR: Terapia orientada a la realidad

DCL: Deterioro cognitivo leve

EDC: Escala de depresión de Cornell

MMSE: Mini-mental examination

PEC: Programa de estimulación cognitiva

BIBLIOGRAFÍA

1. Nitrini R, Brucki SM. Demencia: definición y clasificación. Revista Neuropsicología, neuropsiquiatría y neurociencias [Internet]. 2012 [citado 23 jul 2017]; 12(1):75-98
Disponible en: <https://es.scribd.com/document/343806615/demencia-definicion-y-clasificacion-pdf>
2. Moya LA, Mamani CR. Demencia. Rev. Act. Clin. Med. [Internet]. 2013 [citado 23 jul 2017]; 35. Disponible en: http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S2304-37682013000800005&script=sci_arttext
3. Informe Mundial sobre el Alzheimer 2015 - El Impacto Global de la Demencia: Análisis de prevalencia, incidencia, coste y tendencias Informe Mundial sobre el Alzheimer. 2015 [Internet]. [citado 23 jul 2017]. Disponible en: <https://www.alz.co.uk/sites/default/files/pdfs/World-Report-2015-Summary-sheet-Spanish.pdf>.
4. Matilla R, Martínez-Piédrola RM, Fernández J. Eficacia de la terapia ocupacional y otras terapias no farmacológicas en el deterioro cognitivo y la enfermedad de alzheimer. Rev Esp Geriatr Gerontol. [Internet]. 2016 [citado 23 jul 2017]; 51(6):349-356. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-eficacia-terapia-ocupacional-otras-terapias-S0211139X15002085>
5. Tratar a la demencia. Dementia Care Central [Internet]. [citado 23 jul 2017]. Disponible en: <https://www.dementiacarecentral.com/caregiverinfo/tratar-a-la-demencia/>
6. Francés I, Barandiarán M, Marcellán T, Moreno L. Estimulación psicocognoscitiva en las demencias. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. diciembre de 2003;26(3):383-403.
7. Muñoz R, Olazarán J. Mapa de Terapias No Farmacológicas para Demencias Tipo Alzheimer. Centro de Referencia Estatal (CRE). [Internet]. [citado 23 jul 2017].
Disponible en:

http://www.crealzheimer.es/InterPresent2/groups/imsero/documents/binario/mapaygua_iniciacintnfalzhpapr.pdf

8. Martin, M., Clare, L., Altgassen, A. M., Cameron, M. H., & Zehnder, F. (2011). Cognition-based interventions for healthy older people and people with mild cognitive impairment. [citado 23 jul 2017].
9. CRE Alzheimer. Centro de Referencia Estatal de Atención a Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias de Salamanca: Musicoterapia [Internet]. [citado 23 jul 2017]. Disponible en: http://www.crealzheimer.es/crealzheimer_01/terapias_no_farmacologicas/musicoterapia/index.htm
10. Francés I, Barandiarán M, Marcellán T, Moreno L. Estimulación Psicocognoscitiva en las Demencias. An. Sist. Sanit. Navar. [Internet]. 2003 [citado 23 jul 2017]; 26(3):405-422. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=769543>
11. Doménech A. Aplicación de un Programa de Estimulación de Memoria a Enfermos de Alzheimer en Fase Leve. 2004 [citado 30 ago 2017]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=3446>
12. Fernández B, Rodríguez-Perez R, Contador I, Rubio-Santorum A, Ramos F. Eficacia del Entrenamiento Cognitivo Basado en Nuevas Tecnologías en Pacientes con Demencia Tipo Alzheimer. Psicothema. [Internet] 2011 [citado 30 ago 2017]; 23(1):44-50. Disponible en: <http://www.psicothema.com/PDF/3848.pdf>
13. Requena C, Maestú F, Campo P, Fernández A, Gil P et al. Efectos del Tratamiento Combinado de Fármaco más Estimulación Cognitiva en la Demencia Moderada: Seguimiento de Dos Años. Rev Esp Geriatr Gerontol. [Internet] 2007 [citado 30 ago 2017]; 42 (1): 3-10. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-efectos-del-tratamiento-combinado-farmaco-13099317>

14. Solera E. Eficacia de un Programa Combinado de Entrenamiento Cognitivo y Psicomotriz en Personas Mayores. 2009 [citado 30 ago 2017]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=43575>
15. Jiménez-Palomares M, Rodríguez-Mansilla et al. Beneficios de la Musicoterapia como Tratamiento no Farmacológico y de Rehabilitación en la Demencia Moderada. Rev Esp Geriatr Gerontol. [Internet] 2013. [citado 30 ago 2017]; 48 (5):238-242. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-beneficios-musicoterapia-como-tratamiento-no-S0211139X13000632>
16. Fernández B, Contador I. Efecto del Formato de Intervención Individual o Grupal en la Estimulación Cognitiva de Pacientes con Enfermedad de Alzheimer. RPPC [Internet] 2010. [citado 30 ago 2017]; 15(2)115-123. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3361252>
17. Gómez M, Gómez J. Musicoterapia en la Enfermedad de Alzheimer: Efectos Cognitivos, Psicológicos y Conductuales. Neurología [Internet] 2017. [citado 30 ago 2017]; 32(5):300-308. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-295-articulo-musicoterapia-enfermedad-alzheimer-efectos-cognitivos-S0213485316000049>
18. González E. Estimulación Cognitiva Asistida con Dispositivos Tablet en Demencia: Revisión Bibliográfica. TOG [Internet] 2016. [citado 30 ago 2017]; 13 (23) 1-14. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5536326>
19. Marante P. Intervención No Farmacológica a Través de la Estimulación Multisensorial en Personas Mayores con Deterioro Cognitivo. 2015 [citado 30 ago 2017]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=46623>
20. Miranda C, Mascayano F, Roa A, Maray F, Serrano L. 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 30 ago 2017];12(2):445-455. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/647/64728763012.pdf>
21. Serrano R. Investigación Clínica de las Posibilidades Terapéuticas de un Programa de Autonomía Personal en Personas con Deterioro Cognitivo Institucionalizadas. TOG

[Internet] 2014. [citado 30 ago 2017]; 11(19):1-16. Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4711977>

22. Cañabate MC. Beneficios de los Programas de Estimulación Cognitiva (PEC) en Pacientes con Demencia tipo Alzheimer. Cuidados, Aspectos Psicológicos y Actividad Física en Relación con la Salud del Mayor. Vol.1. 2015. [citado 30 ago 2017].
23. Heredia MC, Lorenzo B, Egea CM. Beneficios de la Estimulación Cognitiva en la Demencia: Revisión Sistemática. Calidad de Vida, Cuidadores e Intervención para la Mejora de la Salud en el Envejecimiento. [Internet] 2015. [citado 30 ago 2017]; 3:431-435. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5222880>

