



## **INTERVENCIÓN NO FARMACOLÓGICA EN PACIENTES CON DEMENCIA**

### **NONPHARMACOLOGIC INTERVENTION IN DEMENTIA PATIENTS**

Escarabajal Arrieta, M<sup>a</sup> Dolores  
Universidad de Jaén

[descara@ujaen.es](mailto:descara@ujaen.es)

#### **RESUMEN:**

En el tratamiento de pacientes con demencia, la utilidad de los recursos farmacológicos es evidente, sin embargo, es necesario un abordaje terapéutico multidimensional, que integre estrategias no farmacológicas con finalidad terapéutica. La importancia y efectividad de la terapia no farmacológica o intervención psicosocial, estriba en que entiende al paciente como un sujeto biopsicosocial, de forma que la intervención que se lleva a cabo en este ámbito repercute positivamente en su entorno social, familiar, etc., además de tratar sus alteraciones cognitivas y comportamentales. Sin embargo, ambos tipos de intervención persiguen los mismos objetivos: retrasar el deterioro, recuperar las funciones (cognitivas y conductuales) perdidas o mantener durante el mayor tiempo posible las que aún están preservadas, mejorar el control de los síntomas no cognitivos y aumentar, en lo posible, la calidad de vida del paciente. El sustrato teórico de las denominadas "terapias blandas" está en los conceptos de neuroplasticidad y reserva cognitiva. Los tipos de terapias no farmacológicas se pueden clasificar en cinco: terapias de enfoque emocional, terapias de aproximación conductual, terapias de enfoque cognitivo, terapias de estimulación y terapias orientadas hacia el/la cuidador/a. Finalmente, cabría indicar que a pesar de que cada día existe más desarrollo de técnicas de estimulación cognitiva, existen muchas dificultades metodológicas que no permiten determinar su eficacia específica, por lo que es un campo que requiere aún de investigación futura.

## INTERVENCIÓN NO FARMACOLÓGICA EN PACIENTES CON DEMENCIA

Dado que los pacientes con demencia presentan un amplio abanico de alteraciones, ya sea cognitivas, conductuales o del estado de ánimo (Tárraga, 2006), se hace necesario, además de los recursos farmacológicos, un abordaje terapéutico multidimensional, entendiendo en este contexto al paciente como un ser biopsicosocial.

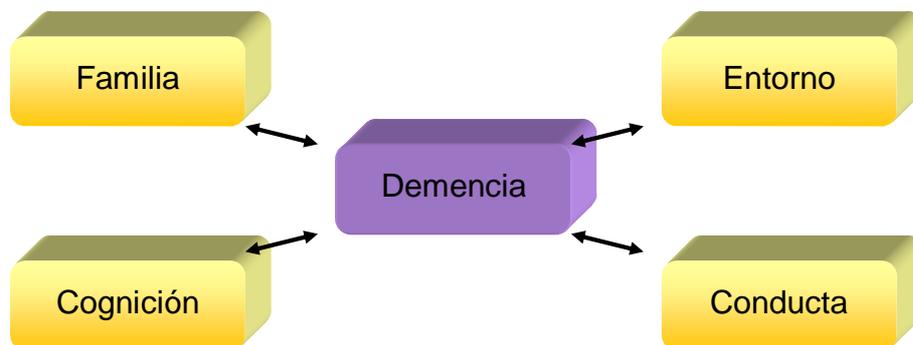


Fig. 1. Ámbitos de intervención en demencia mediante terapias no farmacológicas

El modelo en el que se basan las intervenciones psicosociales en las demencias está relacionado con la noción de "discapacidad excesiva" (Reifler, 1990). Las personas pueden mostrar un mayor grado de discapacidad que el que se espera a partir de los cambios neuropatológicos encefálicos.

Los modelos psicosociales se han apartado de los modelos tradicionales meramente sanitarios, que giran en torno a la enfermedad y cuyo objetivo principal es la curación, o aquellos basados en las consecuencias de la enfermedad que se centran en el deterioro, la discapacidad o los déficits derivados de la misma, y que tienen como objetivo principal compensar el déficit o la rehabilitación de las funciones alteradas. Por el contrario, los modelos psicosociales están orientados principalmente a las emociones (Tárraga, 2001).

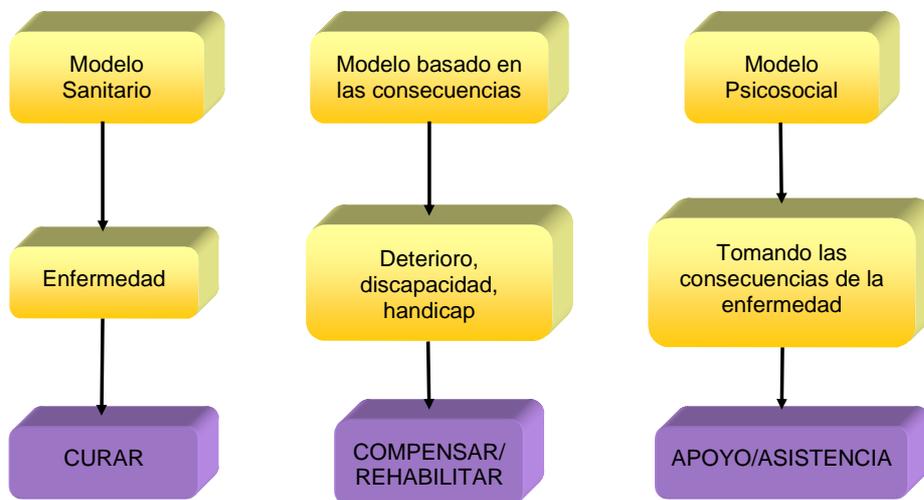


Fig. 2. Intervención y objetivo de los modelos sanitario, basado en las consecuencias y psicosocial

Según Kitwood (1997) en relación con los cuidados en demencia, un entorno social invalidante y deshumanizante interacciona con la fisiopatología cerebral para producir la conducta y la función observadas en las personas con demencia. Así, entorno puede incrementar la progresión de los cambios neuropatológicos formando una espiral de declive y degeneración.

Sin embargo, no se debe obviar que tanto la intervención farmacológica como la no farmacológica comparten los mismos **objetivos** (Tárraga, 2006):

## INTERVENCIÓN NO FARMACOLÓGICA EN PACIENTES CON DEMENCIA

- Retrasar el deterioro.
- Recuperar las funciones perdidas o mantener las preservadas.
- Mejorar el control de los síntomas no cognitivos.
- Conservar la autonomía en las actividades de la vida diaria.
- Aumentar la calidad de vida.

Por lo tanto, la mejor intervención será aquella que combine ambos tratamientos a fin de que la mejoría clínica que aportan los nuevos fármacos se vea incrementada cuando el paciente se encuentre en un medio protésico, activador y socializante, donde se administren dichas terapias (Boada y Tárraga, 1998).

Es decir, todas estas intervenciones deben estar destinadas a mantener y estimular las capacidades preservadas del individuo, intentando conseguir la mejor situación funcional posible y con ello ralentizar el declive que pudiera venir generado por factores externos.

Y así se contempla en todas las guías de demencias y sociedades científicas (Doody et al., 2001 y APA, 1997), en las que se habla de un tratamiento integral siendo necesaria la combinación tanto del tratamiento farmacológico como del no farmacológico, es decir, lo que se ha venido en denominar terapias combinadas y en las que se incluye tanto al paciente con demencia como a la familia (Tárraga, 2006; Barquero et al, 2000).

Dentro del campo del tratamiento no farmacológico se encuentran las **terapias blandas** que son el conjunto de estrategias terapéuticas dirigidas al tratamiento de los aspectos biopsicosociales en personas con demencia, con el fin de rehabilitar las capacidades cognitivas y modificadoras de la conducta (Tárraga, 1998).

Por otro lado, Olazarán y Muñiz (2004) hablan de la **estimulación cognitiva** como un conjunto de intervenciones que, actuando a través de la percepción sensorial y de las funciones intelectivas, tratan de atenuar el impacto personal y social de la demencia. En el sentido amplio, la estimulación cognitiva engloba las actuaciones dirigidas a mantener o mejorar las capacidades cognitivas propiamente dichas, las capacidades funcionales, la conducta y la afectividad.

En este contexto se concibe la atención psicosocial como el apoyo a los problemas mentales, afectivos y de conducta que se producen en el proceso de adaptación a las consecuencias de la demencia (Dröes, 1997).

Todos los **modelos psicosociales** comparten una serie de **características** (Tárraga, 2006):

- Adoptar un enfoque individual de las estrategias terapéuticas.
- Poner especial énfasis en la validación del enfermo, potenciando su autoestima, maximizando sus capacidades residuales y minimizando los déficits.
- Adoptar un enfoque multidimensional de los problemas conductuales.

El **objetivo principal** del modelo psicosocial propuesto por Sobren y Franssen y que sigue el esquema de Reisberg en 1988 es que la persona permanezca activa el mayor tiempo posible.

Como **objetivos específicos** en la intervención de las alteraciones cognitivas están (Peña Casanova, 1999):

- Estimular y 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.

## INTERVENCIÓN NO FARMACOLÓGICA EN PACIENTES CON DEMENCIA

- 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 y/o cuidadores.

Este enfoque tiene en cuenta las necesidades de la persona con demencia y sus emociones sin dejar de lado las capacidades cognitivas y funcionales residuales, lo que favorece una intervención más adecuada (Taft, 1997).

La fundamentación de las terapias no farmacológicas se basa en dos conceptos: el fenómeno de neuroplasticidad y la capacidad de reserva cognitiva (véase Stern, 2009).

La neuroplasticidad cerebral hay que entenderla como la respuesta que elabora nuestro cerebro para adaptarse a las demandas y restablecer el desequilibrio secundario a una disfunción cerebral. La neuroplasticidad constituye un concepto básico para comprender procesos como el aprendizaje y la recuperación de funciones cognitivas y motoras tras una lesión (Von Steinbüchel y Pöppel, 1993; Bergado-Rosado y Almaguer-Melian, 2000).

No obstante, aunque se ha atribuido una nula capacidad plástica al cerebro del paciente con enfermedad de Alzheimer, se sugiere que la presencia de neuritas anormales en las placas seniles son en realidad el resultado de intentos regenerativos fallidos (Masliah et al., 1994). Algunos autores evidencian que existe neuroplasticidad tanto en el cerebro del anciano como en el demente aunque en menor medida que en el cerebro evolutivamente más joven (Becker et al., 1996).

Finalmente, distintos estudios ponen de manifiesto que mediante el apoyo, las condiciones adecuadas y el tiempo suficiente, las personas con demencia tienen todavía la capacidad y la habilidad para aprender y retener alguna información a pesar de las dificultades existentes (Kopelman, 1985; Little, 1986; Bäckman, 1996; Bäckman, 1992 y Clare, 2007).

Cada vez son más numerosas las evidencias indirectas que sugieren que la estimulación cognitiva puede modificar el sustrato biológico de la demencia y de la enfermedad de Alzheimer en particular, bien a través de la creación de sinapsis, bien a través de la regeneración neuronal (Arkin, 2001 y Kempermann et al., 2002).

### **TIPOS DE TERAPIAS NO FARMACOLÓGICAS**

La American Psychiatric Association (APA) ha clasificado los diferentes **tipos de intervención psicosocial** en cinco (Baltes y Baltes, 1993):

- Terapias de enfoque emocional: estimula la memoria y el estado de ánimo del paciente en el contexto de su historia personal. Lo componen terapias como la reminiscencia, psicoterapia de soporte, terapia de validación, integración sensorial, terapia de presencia-estimulada.
- Terapias de aproximación conductual: tratan de identificar las causas y consecuencias de conductas problemáticas para planificar cambios en el entorno que minimicen estas conductas y sus consecuencias.
- Terapias de enfoque cognitivo: incluye la terapia de orientación a la realidad o la psicoestimulación cognitiva.
- Terapias de estimulación: incluyen actividades o terapias recreativas (por ejemplo con mascotas o juegos) y terapias artísticas (por ejemplo, musicoterapia).
- Terapias dirigidas a los cuidadores: psicoterapia de apoyo, grupos de soporte, etc.

A continuación se expondrán las terapias no farmacológicas que más literatura han generado.

### **TERAPIAS DE ENFOQUE EMOCIONAL**

## 1.- TERAPIA DE REMINISCENCIA

Las terapias de recuerdo se incorporan en el tratamiento de la demencia hace más de 20 años (Norris, 1986), adoptando una gran variedad de formas. Básicamente se caracterizan por el recuerdo y la discusión de experiencias y vivencias del paciente, por "acercar" a la conciencia la historia personal del sujeto a través de los recuerdos. Se facilita el recuerdo con la utilización de material audiovisual, películas, fotografías, objetos, etc. (Woods, 2003).

El desarrollo de este tipo de estimulación se atribuye a Butler (1963) con su trabajo sobre "Revisión de la vida" en el que plantea que la persona considera su vida pasada y reflexiona sobre sus experiencias anteriores. Este concepto se incorporó como una forma de psicoterapia para las personas mayores ya que plantea que la revisión de la vida puede ser útil para promover el sentido de la integridad y la adaptación, convirtiéndose el recuerdo en un proceso dinámico de adaptación (Woods, et al. 2007).

Sin embargo, no podemos perder de vista que la terapia de revisión de la vida tiene sus raíces en la psicoterapia, e implica la evaluación de los recuerdos personales, agradables o dolorosos, por un terapeuta, generalmente en un contexto individual (Woods, 2003).

Por otro lado, el recuerdo general en un contexto grupal tiene el objetivo de reforzar la integración de una manera placentera y participativa.

Así pues, en ambas dimensiones se puede obtener una repercusión sobre el estado de ánimo y el bienestar.

Desde otro punto de vista, las tareas de recuerdo tienen un fundamento cognitivo. Las personas con demencia a menudo son capaces de recordar eventos de su niñez o juventud, es decir, recuerdan mejor su vida pasada (Morris, 1994). Así pues, esta estrategia podría aprovechar la reserva, aparentemente preservada, de la memoria remota (Woods, 2003).

El punto clave radica en que al establecer un vínculo con los aspectos cognitivos más fuertes de la persona, parece que puede mejorarse el nivel de comunicación ya que se le permite conversar con seguridad acerca de su vida y sus experiencias anteriores (Woods, et al. 2007).

Existen en la literatura numerosos estudios que utilizan este enfoque como tratamiento en los pacientes con demencia. En algunos casos se realiza en contexto grupal, en otros se realiza con el paciente y su familia, etc.

En cuanto a la eficacia de este tipo de terapia, existen pocos ensayos controlados. Una revisión *Cochrane* de Woods et al., (2007), encuentra cinco estudios que cumplen los siguientes criterios:

- Deben ser ensayos controlados aleatorios (ECA) que incluyan la terapia de recuerdo, de cualquier tipo, con intervención para la demencia. Los ECA de intervenciones psicosociales no pueden ser doble ciego ya que tanto los terapeutas como los participantes son conscientes de la naturaleza de la intervención. Sin embargo, los estudios de calidad incluyen una evaluación posterior al tratamiento por evaluadores ciegos al tratamiento asignado.

- Los participantes debían ser mayores de 55 años, con diagnóstico de demencia, deterioro cognitivo, síndrome mental orgánico, etc. Según los criterios del DSM-IV o la ICD-10.

- La intervención se daba en sesiones individuales o pequeños grupos regulares que incluyeran el proceso de recuerdo, posiblemente con ayuda de recursos como fotos, música, etc. Sólo se incluyen a los pacientes que asistieran a un mínimo de seis sesiones. Las sesiones se llevaron a cabo por parte de personal profesional como psicólogos, terapeutas ocupacionales, etc. o trabajadores de la salud con entrenamiento por parte de personal profesional.

## INTERVENCIÓN NO FARMACOLÓGICA EN PACIENTES CON DEMENCIA

-La intervención de control podía ser otros tipos de actividad (para controlar los efectos de la atención del personal o el contacto social) o ningún tratamiento.

-Las medidas del resultado que se consideran clave son:

- El bienestar, estado de ánimo y calidad de vida.
- Comunicación e interacción.
- Cognición, particularmente memoria autobiográfica.
- Repercusión sobre los cuidadores.

Las medidas de los cambios negativos se pueden evaluar mediante los cambios negativos en el estado de ánimo y el bienestar.

Los estudios que cumplen estos criterios son los de Braines (1987) con 15 pacientes, de Goldwassen (1987) con 30 pacientes, de Thorgrimsen (2002) con 22 participantes, de Lai (2004) con 36 pacientes y, finalmente, uno de Morgan (2000) con 17 residentes.

En cuanto a los resultados, cuatro de los estudios han mostrado, en comparación con el grupo sin tratamiento, mejorías significativas en medidas de desgaste de los cuidadores. También mejorías significativas en la cognición a las cuatro y seis semanas de seguimiento. No se obtuvieron diferencias evidentes en comunicación/interacción o en los problemas de comportamiento.

La revisión concluye que existen algunos efectos potencialmente beneficiosos de la terapia del recuerdo como son las mejorías en la cognición (memoria autobiográfica) y en el estado de ánimo. Siendo estos datos compatibles con los hallazgos del uso de este tipo de terapia en personas mayores sin demencia (Bohlmeijer, 2003). No obstante, estas mejorías fueron significativas solo de cuatro a seis semanas después de finalizar el periodo de intervención.

No se encontró ninguna indicación de cualquier daño o malestar para las personas con demencia que participaron.

A pesar de estos resultados, los autores concluyen que todavía no es posible proporcionar cualquier indicación sobre la eficacia de la terapia del recuerdo en comparación con otras intervenciones psicosociales.

### **2.- TERAPIA DE VALIDACIÓN**

La validación puede definirse como la aceptación de la realidad y la verdad personal de la experiencia ajena. Realmente la terapia de validación es en sí misma un elemento central de todas las terapias humanistas.

La terapia de validación se asigna a Naomi Feil, quien la describe como una forma discreta de terapia para comunicarse con ancianos con enfermedad de Alzheimer o demencias. De hecho esta autora dirige el Validation Training Institute en Cleveland, EE.UU., donde se entrena y acredita a los terapeutas que desean practicar la terapia de validación (Neal y Briggs, 2007).

Feil desarrolló el enfoque de la terapia de validación en un intento de superar las deficiencias de otros enfoques, como la orientación a la realidad, utilizada con personas que presentan demencia en fases más avanzadas (Feil, 1993; Woods, 2003). Esta terapia no se desarrolla a partir de una base teórica, sino que nace de un intento por proporcionar soluciones prácticas para las dificultades que enfrentan los pacientes y cuidadores.

Las creencias y valores que forman la base del enfoque de validación aunque no son exclusivos de esta terapia se pueden resumir en (Feil, 1993):

- Todas las personas son únicas y deben tratarse como individuos.
- Todas las personas son valiosas, independientemente de su grado de desorientación.

## INTERVENCIÓN NO FARMACOLÓGICA EN PACIENTES CON DEMENCIA

- Hay motivos detrás de la conducta de los ancianos desorientados.
- La conducta en la vejez es una función de los cambios neuroanatómicos y de la combinación de los cambios físicos, sociales y psicológicos que ocurren a lo largo de la vida.
- Los ancianos no pueden ser obligados a cambiar sus conductas, sólo puede hacerse si la persona lo desea.
- Los ancianos deben ser aceptados sin críticas.
- Ciertas tareas de la vida se asocian con cada etapa de la vida. La incapacidad de completar unas tareas en una etapa puede causar problemas psicológicos.
- Cuando falla la memoria más reciente, los ancianos tratan de reestablecer el equilibrio recuperando los recuerdos más antiguos.
- Los sentimientos dolorosos disminuirán si se expresa y reconocen y se validan por un oyente de confianza. Los sentimientos dolorosos que se ignoran adquieren fuerza.
- La empatía aumenta la confianza, reduce la ansiedad y restaura la dignidad.

La manera en que se aplican estos valores en las distintas intervenciones depende de la gravedad de la demencia en cada caso individual (Neal y Briggs, 2007).

Feil clasifica a los pacientes con deterioro cognitivo según la presencia de uno de los cuatro estadios de un continuo de demencia: mala orientación, confusión temporal, movimientos repetitivos y estado vegetativo. Se identifica a cada estadio de acuerdo con las características cognitivas y conductuales específicas.

Las intervenciones y técnicas específicas utilizadas en la terapia de validación se basan en métodos conductuales y psicoterapéuticos. Las 14 técnicas que describe Fiel (1993) son:

1. Centrarse en el individuo al que se va a validar.
2. Utilizar palabras agradables para crear confianza.
3. Parafrasear el discurso de la persona.
4. Utilizar polaridad: pedir a la persona que piense en el ejemplo más extremo de su queja.
5. Imaginar lo opuesto.
6. Recordar el pasado.
7. Mantener el contacto visual.
8. Utilizar la ambigüedad para responder cuando la persona con demencia utiliza palabras que no figuran en el diccionario.
9. Utilizar un tono de voz claro, bajo y cariñoso.
10. Observa y comparar los movimientos y emociones para crear confianza y establecer relaciones verbales y no verbales.
11. Vincular la conducta con la necesidad humana no satisfecha.
12. Identificar y utilizar el sentido preferido del paciente.
13. Tocar, aunque se debe ser cuidados con las personas que se encuentran en el primer estadio, no reaccionan bien al contacto físico.
14. Utilizar la música para desencadenar pensamientos y recuerdos del pasado.

Para esta autora, los beneficios que se obtienen de la intervención con la terapia de validación son:

- La restauración de la autoestima.
- La reducción de la necesidad de la contención química y física.
- La reducción del grado en que los pacientes se aíslan del mundo exterior.
- La promoción de la comunicación y la interacción con otras personas.
- La reducción del estrés y la ansiedad.
- La estimulación del potencial latente.
- La ayuda para resolver asuntos inconclusos de la vida.
- La facilitación de la vida independiente durante el mayor tiempo posible.

Revisando la literatura se obtiene que las técnicas planteadas por Feil han recibido críticas (Morton, 1999; Goudie, 1989) y elogios (Morton, 1997; Miller, 1995). Así como discrepancias en

cuanto a efectos positivos de la terapia (Bleathman, 1996; Babins, 1998) o ausencia de estos (Scanland, 1993; Buxton, 1996). Esto supone que respecto a la efectividad de la terapia de validación ésta sigue siendo limitada y no concluyente.

## **TERAPIAS DE APROXIMACIÓN CONDUCTUAL**

Este tipo de terapias abordan dos ámbitos diferenciados, por un lado, las terapias dirigidas a fomentar una mayor independencia del paciente y, por otro, las destinadas a minimizar las alteraciones de conducta.

### **1.- TERAPIAS PARA FOMENTAR LA INDEPENDENCIA**

Se trata de terapias que trabajan aspectos del cuidado personal, la movilidad, la continencia, la participación en actividades, etc. Es decir, la estimulación de las actividades de la vida diaria.

En la siguiente tabla se muestran algunas de las técnicas básicas de estimulación cognitiva para el fomento de las actividades de la vida diaria.

Tabla 1.

#### **Algunas técnicas básicas de estimulación cognitiva para el fomento de AVD**

(Modificado de Olazarán y Muñiz, 2004)

Objetivo	Tipo de estimulación	Técnica
Actividades de la vida diaria	Entrenamiento en AVD Básicas	Ayuda gradual
	Entrenamiento en AVD Instrumentales	Ayuda gradual, recuperación espaciada, pistas evanescentes

Para el fomento de las AVD instrumentales son especialmente útiles las técnicas de estimulación de las funciones cognitivas específicas como, por ejemplo, la recuperación espaciada y las pistas evanescentes ya que estas poseen un mayor peso cognitivo (Olazarán y Muñiz, 2004).

La recuperación espaciada consiste en el esfuerzo de la codificación y la recuperación. Se parte de la idea de que la recuperación supone por sí misma un elemento que refuerza la codificación, tanto más cuanto mayor esfuerzo haya sido requerido al paciente. Las pistas evanescentes se refieren al aprendizaje sin error.

Un ejemplo de la aplicación de estas técnicas, sería utilizar el recuerdo espaciado para que un paciente asocie la falta de audición con la colocación de su audífono.

Una aproximación distinta y que se apoya más en la memoria procedimental, es la técnica de la ayuda gradual. Esta técnica consiste en la repetición guiada y asistida de determinadas AVD. El cuidador propone distintos tipos de ayuda, que se van ofreciendo en orden decreciente de dificultad. El objetivo es que el paciente realice la actividad de manera autónoma o con la mínima ayuda necesaria (Dooby, 2001).

Las AVD básicas se recuperan más que las AVD instrumentales, probablemente debido a una mayor participación de la memoria procedimental frente a otras funciones cognitivas (McEvoy, 1986).

Podemos concluir que la mejoría obtenida tras la estimulación funcional es especialmente relevante, ya que repercute directamente en la vida diaria del paciente y del cuidador. Además, existen indicios de que el efecto entrenamiento se generaliza a las AVD no entrenadas, a la

afectividad e incluso a tareas de memoria implícita (McEvoy, 1986, Vogelpohl y Beck, 1997).

## 2.- TERAPIAS PARA MINIMIZAR LAS ALTERACIONES DE CONDUCTA:

Los enfermos con demencia además de los trastornos cognitivos también suelen presentar trastornos de conducta o neuropsiquiátricos como las reacciones catastróficas o la irritabilidad, la deambulación, la desinhibición, la suspicacia o ideas de perjuicio, etc.

Estas alteraciones de conducta interfieren de manera importante en el quehacer diario. Ya que tienen graves consecuencias negativas para los pacientes, como son el deterioro de la calidad de vida y una disfunción cada vez mayor en las actividades de la vida diaria. También constituyen la principal causa del estrés psicológico, la depresión y la sobrecarga que sufren los cuidadores (Rabins, 1982).

Aunque existe consenso respecto a que en la mayoría de los casos el enfoque no farmacológico puede funcionar de igual manera que el farmacológico y con menores efectos secundarios, en la práctica los médicos recurren a los fármacos como primera elección.

No obstante, no hay que perder de vista que el abordaje inicial cuando aparecen los trastornos de conducta debe consistir en intervenciones no farmacológicas como primer paso.

La conducta de los pacientes con demencia es altamente influenciada por los elementos del entorno. El análisis detallado de estos "factores contextuales" (antecedentes y consecuentes de conducta) permite la comprensión de la conducta y su posterior modificación (Del Ser, 1989).

La modificación del entorno permite prevenir o mejorar situaciones de discapacidad añadida (debidas a enfermedades, accidentes, limitaciones neurosensoriales), prevenir los síntomas psicológicos y conductuales asociados a la demencia y tratar los concretos.

A continuación, en la tabla 2, se muestran algunas técnicas básicas para la modificación del entorno.

Tabla 2.

### Algunas técnicas básicas de modificación del entorno (modificado de Olazarán y Muñiz, 2004)

Objetivo	Tipo de estimulación	Técnica
Problemas conductuales	Modificación del entorno	Simplificación de estímulos, estímulos irrelevantes, reducción de riesgos y distracciones, música ambiental, compensación de déficit físicos y neurosensoriales
	Manejo conductual	Análisis y modificación de antecedentes. Reforzamientos
	Manejo cognitivo	Pistas evanescentes

Las alteraciones de conducta en los enfermos de demencia vienen precedidas generalmente de unos antecedentes o desencadenantes. Algunos de los más comunes se pueden consultar en la tabla 3.

Tabla 3. **Desencadenantes generales más frecuentes**

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cambio de cuidador</li> <li>• Cambios en la vivienda</li> <li>• Tensión creada por ruido o actividad excesiva</li> <li>• No tener necesidades básicas cubiertas (sueño, hambre, sed, ...)</li> <li>• Problemas físicos (dolor, fiebre, ...)</li> <li>• Alteraciones de la rutina diaria o inactividad</li> <li>• Confusión temporal</li> <li>• Buscar algo o a alguien</li> <li>• Presencia de invitados</li> <li>• Un viaje</li> <li>• Hospitalización</li> <li>• Mantener rutinas pasadas y revivir roles del pasado</li> <li>• Presencia de alucinaciones y delirios</li> <li>• Demasiadas demandas o preguntas simultáneas</li> <li>• Realización de una tarea demasiado difícil</li> <li>• Recibir críticas o ser reprendido</li> <li>• El baño o cambio de ropa</li> </ul>
---

Cabe destacar que la modificación de los antecedentes es preferible a la modificación de los consecuentes por ser más sencilla y menos manipulativa (Olazarán y Muñiz, 2004).

Una vez han aparecido las conductas anómalas, los pasos a seguir por los cuidadores o las personas que se encuentran con el enfermo serán:

- a. Identificar el comportamiento anómalo.
- b. Buscar los antecedentes o desencadenantes de la conducta anómala.
- c. Adaptar el medio y los cuidados para evitar dicho desencadenante.

La correcta identificación del desencadenante permitirá seleccionar la mejor intervención.

Las pautas de intervención o actuación deben adecuarse a cada caso, pero como norma general sirven algunas de las siguientes:

<p><b>Pautas de intervención/actuación generales</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asegurar la fácil localización de los cuidadores.</li> <li>• Buscar el nivel óptimo de autonomía.</li> <li>• Centrarse en hechos agradables.</li> <li>• Corregir los déficits sensoriales.</li> <li>• Estructurar y regularizar las actividades.</li> <li>• Guiar y demostrar cómo se hace.</li> <li>• Hablar despacio.</li> <li>• No argumentar, no levantar la voz.</li> <li>• No enfrentarse al paciente.</li> <li>• No pedir al enfermo tareas que sobrepasen sus posibilidades mentales.</li> <li>• Permitir que camine por lugares seguros despejados de obstáculos con los que se pueda dañar.</li> <li>• Reaccionar con calma.</li> <li>• Reducir las opciones para simplificar la elección.</li> <li>• Reforzar los comportamientos adecuados.</li> <li>• Repetir siempre que sea necesario.</li> <li>• Retirarse y pedir permiso.</li> <li>• Simplificar el entorno y las costumbres.</li> <li>• Usar la distracción.</li> </ul>
--	---

## INTERVENCIÓN NO FARMACOLÓGICA EN PACIENTES CON DEMENCIA

También es posible adaptar el ambiente simplificando el entorno pero sin despersonalizarlo, establecer una rutina de funcionamiento y ofrecer al paciente un ambiente seguro evitando los peligros.

Para conseguir estos objetivos se plantean una serie de medidas para evitar caídas, accidentes, etc., (Agüera, 1998).

Algunos de los trastornos de conducta más frecuentes que suelen presentarse en los pacientes con demencia y que generan un importante malestar y conflictos entre los cuidadores son las reacciones catastróficas, la deambulación, los delirios, las alucinaciones, los trastornos del sueño, los trastornos de la alimentación y las alteraciones de la conducta sexual. A continuación se desarrollan brevemente cada una de estas alteraciones y algunas pautas concretas de actuación (Agüera, 1998).

Las **reacciones catastróficas** son arranques de enfado o agitación desproporcionados, con agitación psicomotriz, descontrol verbal y miedo intenso.

Se producen como consecuencia de situaciones muy variadas, ligadas generalmente a experiencias de fracaso o como respuesta a fenómenos psicóticos. Aparecen normalmente tras la acumulación de demasiadas demandas físicas o emocionales, o ante un exceso de preguntas, quejas o cansancio.

Pautas de actuación:

- Conservar la calma y no responder catastróficamente
- Interactuar pausadamente
- Mantener el contacto visual
- Hablar cariñosamente
- Establecer contacto físico si lo permite
- Trasladar a un ambiente poco ruidoso hasta que desaparezca el cuadro
- No es conveniente intentar hacerle razonar

La **deambulación** es una sensación de inquietud, de incapacidad para permanecer sentados, andar sin rumbo.

Obedece a una necesidad de calmar la angustia a través de la psicomotricidad. A pesar de que puede resultar muy irritante para el entorno y conlleva cierto peligro para el paciente por las posibles caídas, debe facilitarse un espacio para la deambulación.

Pautas de actuación:

- Permitir la deambulación en la medida de lo posible.
- Evitar que el paciente salga a la calle inadvertidamente.
- Favorecer los paseos regulares.
- Asegurar la fácil localización de los cuidadores.

Los **delirios** son creencias falsas como, por ejemplo, haber sido robado, que el hogar es distinto al propio, etc.

Por su propia esencia, los delirios no son susceptibles de cambiar por la argumentación lógica.

Pautas de actuación:

- No discutir.
- No rebatir las ideas delirantes, ni dar pie a seguir con el delirio.
- Usar la distracción.
- Tranquilizar con palabras sosegadas y/o caricias.

## INTERVENCIÓN NO FARMACOLÓGICA EN PACIENTES CON DEMENCIA

Las **alucinaciones** son impresiones sensoriales y perceptivas que aparecen sin que exista un estímulo real que las provoque.

En primer lugar, sería necesario descartar una causa distinta a la demencia que las justifique como, por ejemplo, un delirium, problemas de agudeza visual, provocada por fármacos o traumatismos craneoencefálicos inadvertidos.

Pautas de actuación:

- Reaccionar con calma.
- No discutir sobre la alucinación ni dar la razón.
- Contestar de forma neutra.
- Usar la distracción para que la olvide.

Los **trastornos del sueño** se refieren a los cambios del ritmo del sueño o al insomnio. Los pacientes duermen durante el día y por la noche permanecen mucho tiempo despiertos, se levantan muchas veces, etc.

Pautas de actuación:

- Incrementar la actividad física diurna para asegurarnos que se cansen físicamente.
- Evitar siestas largas durante el día.
- Evitar que tome mucho líquido antes de ir a dormir y llevarlo al lavabo antes de acostarse.
- Poner luces tenues durante noche.
- Retirar la ropa de día.

Los **trastornos alimentarios** suponen un aumento o disminución del apetito, alteración de la conducta en el momento de comer, como manipular la comida con las manos, etc.

Pautas de actuación:

- Establecer un horario
- Simplificar el acto de comer, favorecer que utilice los cubiertos aunque no lo haga correctamente
- Utilizar platos de plástico o con ventosa para evitar que se rompan
- Guardar en lugares en los que el enfermo no tiene acceso para evitar que como entre horas o alimentos que no debe

Los **trastornos de la conducta sexual** pueden ser por disminución o aumento del interés sexual o por exposición del cuerpo en público.

Pautas de actuación:

- Reaccionar con calma
- No ponerse nervioso y actuar fríamente
- Usar la distracción
- Llevar al paciente a un lugar privado
- Usar prendas que eviten ciertas conductas: pantalones sin bragueta

### **TERAPIAS DE ENFOQUE COGNITIVO**

#### **1.- ORIENTACIÓN A LA REALIDAD**

La terapia de orientación a la realidad (TOR) cuenta con una larga tradición. Fueron Taulbee y Folsom quienes la describieron en 1966. Aunque nació como una técnica para rehabilitar a veteranos de guerra seriamente trastornados y no al ámbito del trabajo geriátrico.

El contenido de los programas de orientación a la realidad pueden variar pero todos ellos se basan en la idea de que determinado tipo de información de orientación básica es esencial en los pacientes confusos y necesaria para el desarrollo de otras funciones cognitivas. Enfatizan, principalmente la información referente al espacio y lugar donde se halla el paciente, el tiempo en el

## INTERVENCIÓN NO FARMACOLÓGICA EN PACIENTES CON DEMENCIA

que vive, y los datos personales y circunstanciales relevantes para el paciente (García-Sánchez et al., 2002). Se considera que esto proporciona a la persona una mayor comprensión de aquello que le rodea, y posiblemente produce un aumento en la sensación de control y en la autoestima.

El objetivo fundamental es reducir el impacto de la desorientación temporal, espacial y personal por medio del suministro constante de información que facilite la orientación y de claves externas que permitan optimizar el rendimiento.

Esta técnica ha demostrado ser efectiva para la consecución de cambios en la cognición y el comportamiento. Tanto si se realiza individual o grupalmente, puede mejorar significativamente el grado de desorientación y comunicación del paciente.

No obstante, esta terapia se recomienda generalmente como método inicial o paralelo a otros métodos de estimulación cognitiva siempre que el paciente esté desorientado (Baynes et al., 1987; Koh et al., 1994; Powell-Proctor y Miller, 1982).

Una revisión sistemática realizada por Spector et al. (2000), examina la evidencia acerca de la efectividad de las sesiones de Orientación a la Realidad en personas con demencia.

En este estudio se incluyeron seis estudios controlados aleatorizados. La duración de la intervención era por un periodo mínimo de tres semanas con un número mínimo de 10 sesiones.

Los resultados mostraron un efecto positivo a favor del tratamiento tanto en el área cognitiva como en la conductual, aunque no llegaron a tener significación estadística. Sólo un estudio, el de Breuil et al., (1994) mostró resultados estadísticamente significativos en la esfera cognitiva a favor de la intervención.

Respecto a los efectos sobre la repercusión funcional, los trabajos aportaron pocos datos, y tampoco proporcionan evidencias acerca de los beneficios a largo plazo de la orientación a la realidad.

Pero estudios posteriores sí que han mostrado cómo el mantenimiento de la intervención en el tiempo puede proporcionar más beneficios. Zanetti et al., (1998) demostraron que personas con enfermedad de Alzheimer moderada sometidos a ciclos repetidos de orientación a la realidad mostraban un menor declinar cognitivo al cabo de un año de seguimiento comparados con aquellos que habían asistido sólo a un ciclo de orientación a la realidad durante cuatro semanas.

Los trabajos estudiados en esta revisión no mostraron efectos secundarios. Sin embargo, hay autores que señalan que si no es aplicada con la suficiente sensibilidad puede conducir a la frustración y a un aumento del estrés del paciente (Dietch et al., 1989).

### **2.- PSICOESTIMULACIÓN COGNITIVA**

La psicoestimulación cognitiva pretende desarrollar capacidades que están en la base de los procesos cognitivos, combinando técnicas clásicas de rehabilitación y entrenamiento.

De hecho los avances en la comprensión del funcionamiento de la memoria y de las funciones cognitivas relacionadas y de los mecanismos de aprendizaje, han facilitado el desarrollo de abordajes más específicos para ayudar a mantener o mejorar el funcionamiento cognitivo y el bienestar de las personas con demencia (Clare et al., 2007).

Existen diferentes términos que se utilizan indistintamente para referirse al fomento de las funciones cognitivas, entre ellos podemos señalar el entrenamiento cognitivo: se centra en la práctica guiada de un conjunto de tareas diseñadas para reflejar funciones cognitivas particulares. El supuesto fundamental es que la práctica tiene el potencial para mejorar o al menos mantener de un dominio en particular y que cualquier efecto de la práctica se generaliza (Clare et al., 2007).

## INTERVENCIÓN NO FARMACOLÓGICA EN PACIENTES CON DEMENCIA

Otro concepto relevante en este marco es el de rehabilitación cognitiva, que hace referencia al abordaje individualizado para ayudar a las personas con deficiencias cognitivas en las cuales los afectados, las familias y los profesionales colaboran para identificar los objetivos personalmente pertinentes y crear estrategias para abordarlos. El énfasis no está en mejorar el desempeño de las tareas cognitivas como tales, sino en mejorar el funcionamiento en el contexto diario.

Aunque la rehabilitación cognitiva se ha centrado principalmente en los pacientes con daño cerebral, en los últimos años también se está aplicando a los pacientes con demencia.

En relación con las dificultades de memoria, una de las primeras funciones afectadas en la demencia, la rehabilitación cognitiva se plantea dos formas de intervención:

- Aprovechar al máximo la capacidad de memoria remanente o realizar actividades prácticas e importantes de la vida real.
- Buscar maneras de compensar las dificultades.

En este tipo de intervención se intentan abordar directamente las dificultades, centrándose en situaciones diarias de la vida real, ya que no hay ninguna suposición implícita de que los cambios de un entorno determinado se generalicen (Clare et al., 2007).

Los principios generales para la estimulación cognitiva en la enfermedad de Alzheimer según Olazarán y Muñiz (2004) son:

- Priorizar la estimulación de las áreas relativamente preservadas.
- Ofrecer la mínima ayuda necesaria, en orden de dificultad.
- Reforzar la codificación y la recuperación.
- Evitar los errores.
- Individualizar los objetivos y el tipo de intervención.

Además es posible señalar algunos principios básicos (véase Escarabajal, 2009):

- Toda intervención no farmacológica debe basarse en una exploración neuropsicológica exhaustiva que permita determinar las capacidades afectadas y las preservadas y en qué grado lo están.
- Debe ser un profesional experto en Neuropsicología el que realice la evaluación neuropsicológica y diseñe el plan de intervención.
- Es importante tener en cuenta tanto la flexibilidad como la personalización (individualización) en la evaluación y la intervención cognitiva.

La estimulación cognitiva es aconsejable iniciarla desde los estadios precoces de la enfermedad. Debe ser implementada por profesionales entrenados y cualificados (neuropsicólogos o terapeutas ocupacionales). Además, es importante no sólo el trabajo realizado en la sesión, sino la extensión de este trabajo a las tareas en el domicilio a través de consignas dadas al cuidador por los profesionales.

Una revisión (Clare et al., 2007) sobre rehabilitación cognitiva y entrenamiento cognitivo para la enfermedad de Alzheimer y la demencia vascular en estadio temprano, trata de evaluar la efectividad y la repercusión del entrenamiento cognitivo y las intervenciones de rehabilitación cognitiva para mejorar el funcionamiento de la memoria de las personas en las primeras etapas de la enfermedad de Alzheimer o demencia vascular.

Se consideraron todos los estudios con ensayos controlados aleatorizados, de los cuales sólo seis cumplieron los criterios de inclusión (Davis, 2001; Koltai, 2001, de Vreese, 1998; Quayhagen, 1995; Quayhagen, 2000; Heiss, 1994).

Los resultados del metaanálisis no demostraron ningún efecto estadísticamente significativo en ningún dominio, aunque había indicaciones de algunos efectos modestos y no significativos en

diversos dominios del funcionamiento cognitivo.

Las limitaciones con las que se ha encontrado esta revisión han sido la gran variabilidad en el número de sesiones semanales, totales y la duración de las mismas, la falta de homogeneidad en el tipo de intervenciones (individuales, en grupo, con participación de la familia, etc.), así como importantes limitaciones metodológicas que no han permitido hacer comparaciones directas entre los estudios.

Por otro lado, estudios individuales como el del grupo de Linda Clare (2003), muestran que los programas de intervención neuropsicológica temprana en las iniciales de la enfermedad ayudan al refuerzo de las estrategias de afrontamiento de los problemas de memoria.

Otro estudio muy interesante de Olazarán et al., (2004) evidencia que un tratamiento que combine la intervención cognitivo-motora con fármacos colinérgicos en pacientes con enfermedad de Alzheimer en fases iniciales produce beneficios cognitivos y posiblemente también afectivos.

## 2.1.- ESTIMULACIÓN COGNITIVA INFORMAL

Es posible describir algunas guías de actuación para situaciones en las que no es posible que el enfermo de demencia reciba estimulación cognitiva formal o cuando ésta no se puede llevar a cabo cada día. En este caso es importante dar a la familia pautas de actuación para que estimulen, en la medida de lo posible, al enfermo.

En primer lugar, es importante crear una rutina de trabajo, por lo que lo aconsejable es que el enfermo realice las mismas tareas aproximadamente a la misma hora todos los días, debería pautarse un total de una hora diaria de estimulación cognitiva (según el grado de evolución de la enfermedad), teniendo en cuenta el efecto de la fatiga por lo que se deberían incluir descansos y siendo recomendable distribuir los periodos de estimulación a lo largo de todo el día.

Además, debe permitirse que el enfermo tenga días malos, es decir, la estimulación tiene que ser una actividad agradable y no una obligación.

Finalmente, es sumamente importante ajustar el nivel de dificultad de las tareas a las capacidades del paciente, que no sean demasiado difíciles como para frustrarles, ni demasiado sencillas como para que se aburran y no implique cierto esfuerzo.

En la siguiente tabla (nº 4) se muestran algunas pautas de fomento de estimulación cognitiva informal para que la familia pueda desarrollarlas en el domicilio.

Tabla 4.

### Fomento de pautas de estimulación cognitiva informal

- Aficiones previas: manualidades, jardinería, ornitología, completar colecciones, canto, pintura, costura, "ganchillo", etc.
- Actividades sociales: acudir a tertulias o a conciertos, bailar, etc.
- Actividades lúdicas: jugar a cartas, dominó, hacer labores, etc.
- Leer y escribir (hacer resúmenes, copiar textos).
- Hacer cuentas mentalmente o por escrito.
- Completar pasatiempos: sopas de letras, sudokus, etc.
- Comentar fotografías antiguas, revivir situaciones del pasado agradables...
- Hacer puzzles, copiar dibujos, etc.

También forma parte de la estimulación cognitiva el fomento de las actividades de la vida

# INTERVENCIÓN NO FARMACOLÓGICA EN PACIENTES CON DEMENCIA

diaria. En este caso puede ser necesario adaptar las situaciones o el ambiente o bien utilizar ayudas técnicas para favorecer que el enfermo pueda desenvolverse en estas situaciones y mantenga la autonomía.

Para facilitar la orientación espacial y temporal podemos utilizar estrategias ambientales, como colocar un calendario y un reloj en un lugar visible.

Por otro lado, por el deterioro progresivo que presentan estos pacientes, puede ocurrir que no sean capaces de desarrollar actividades complejas completas. Pudiendo desglosar cada actividad en sus múltiples elementos para que el enfermo pueda realizar cada una por separado. Por ejemplo poner la mesa, mejor si le pedimos primero que ponga el mantel, luego que saque los cubiertos, los vasos y así sucesivamente.

## **3.- PROGRAMAS DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA**

### **1.-PROGRAMA DE PSICOESTIMULACIÓN INTEGRAL**

El Programa de Psicoestimulación Integral (PPI) se define como una estrategia terapéutica fundamentada en la presencia de la neuroplasticidad neuronal y basada en la neuropsicología cognitiva, en la terapia de modificación de conducta y en el estado biopsicosocial del individuo, con el fin de retrasar el proceso clínico-evolutivo a corto y medio plazo (Tárraga, 1994 y 1995).

Establece pautas de actuación individual y grupal y ofrece una atención integral e integradora al paciente y sus familias en el contexto de una intervención biopsicosocial.

Las técnicas que utiliza el PPI son muy variadas e incluyen desde la estimulación cognitiva, la gimnasia pasiva y activa, la cinesiterapia, la musicoterapia, la relajación o las actividades ocupacionales de las AVD entre otras.

A la hora de personalizar un programa de intervención se tienen en cuenta aspectos como (Tárraga, 2006):

- Protocolo diagnóstico: neurológico, neuropsicológico y social.
- Estado psicoafectivo y del comportamiento.
- Grado de escolarización.
- Bagaje cultural y profesión.
- Habilidades y capacidad promórbidas.
- Aficiones.
- Entorno social y familiar.

Además las actividades que se proponen deben reunir unas condiciones:

- Tener sentido para la persona.
- Reforzar el papel de la persona con demencia.
- Maximizar el potencial residual.
- Ser confortables y agradables.
- Propiciar el contacto social.
- Fomentar la autoestima.
- Dignificar a la persona.

El PPI es una estrategia terapéutica que mantiene prácticamente estable durante un año la evolución clínica del deterioro y las AVD (Tárraga, 2006).

### **2.-MÉTODO MONTESSORI**

El método Montessori se basa en la filosofía de trabajo original de María Montessori para el aprendizaje con niños con dificultades.

## INTERVENCIÓN NO FARMACOLÓGICA EN PACIENTES CON DEMENCIA

Actualmente, se ha adaptado esta forma de trabajo para crear un plan de intervención con pacientes con demencia grave (estadios 5-6 de la escala GDS de Reisberg), en los que resulta difícil intervenir con los métodos tradicionales de estimulación no farmacológica. Este método permite mantener o mejorar las habilidades necesarias para la realización de actividades básicas de la vida diaria.

La diferencia entre éste y otros tratamientos no farmacológicos es que Montessori se basa en actividades útiles para la vida diaria, yendo de lo simple a lo complejo y de lo concreto a lo abstracto. Además, es el terapeuta el que debe adaptar la intervención a las capacidades y ambiente concreto en el que está el paciente, y no a la inversa.

Además, se utilizan materiales cercanos y cotidianos, objetos que están en todas las casas (legumbres, lana, jarras, etc.).

En la intervención se desarrollan una serie de actividades en base a un programa según el que se trabajan todas las áreas cognitivas (memoria, lenguaje, abstracción, funcionamiento motor, atención, visoespacialidad, etc.) en el nivel adecuado a cada persona. Siempre con escaso uso del lenguaje, por la dificultad que entraña éste en los enfermos con deterioro cognitivo grave.

Algunas de las actividades que se trabajan en este método se pueden clasificar de la siguiente manera (Buiza et al., 2007):

- Discriminación sensorial
- Actividades de coger
- Actividades de verter
- Actividades de prensar
- Actividades de motricidad fina
- Cuidado del entorno
- Cuidado personal
- Actividades de clasificación
- Actividades de seriación

En un estudio de Buiza et al., (2004) que intentó validar este método en la población española, obtuvo resultados alentadores que demuestran que los tratamientos no farmacológicos no resultan eficaces incluso en fases avanzadas de la demencia. Poniéndose de manifiesto la eficacia del programa en la reducción de alteraciones conductuales, el fomento de la autonomía del paciente y la mejora de algunas funciones cognitivas (lenguaje, memoria y aritmética) al cabo de seis meses de intervención.

### **3.-ENTRENAMIENTO DE LA MEMORIA**

La mayoría de los programas de entrenamiento de la memoria se han utilizado con personas ancianas sin demencia. No obstante algunas de las estrategias empleadas pueden ser utilizadas en personas con demencia.

En estos tratamientos se pretende estimular mediante el entrenamiento y la realización de diversos ejercicios la concentración, el lenguaje, la capacidad de memorización o aprendizaje, la denominación y el desarrollo de la capacidad para resolver problemas.

Existen múltiples técnicas y ejercicios de aprendizaje así como estrategias mnemotécnicas para mejorar el registro, el almacenamiento y la recuperación de la información como son la visualización, la categorización, el método de cadena, el agrupamiento, las palabras gancho, etc. (Forn y Mallol, 2005).

## **El Método UMAM**

La unidad de memoria del Ayuntamiento de Madrid ha creado un programa de entrenamiento de la memoria, el método UMAM.

Los objetivos fundamentales son mejorar la calidad de vida, mantener la capacidad funcional y conseguir la autonomía y la independencia de las personas mayores de 65 años con trastornos de memoria.

Este programa pretende compensar y disminuir los déficit mnésicos mediante la aplicación de diversos módulos de tratamiento, estimulando distintos procesos cognitivos (atención, concentración, percepción, etc.), enseñando estrategias específicas de memoria (visualización, asociación, organización, categorización, etc.), y a su vez aporta nociones sobre conceptos de memoria y la aplicación a la vida diaria de los conocimientos y las estrategias aprendidas y practicadas en las sesiones.

## **4.- PROGRAMAS POR ORDENADOR**

Los programas de psicoestimulación y de rehabilitación neuropsicológica, deben cumplir unos requisitos para conseguir utilidad clínica (Franco y Orihuela, 1998):

- Ser flexibles.
- Dinámicos.
- Sencillos.
- Económicos.
- Fácilmente disponibles.
- Útiles.

La aplicación de las nuevas tecnologías cumple con estos requisitos de manera evidente dado el entorno actual cada vez más familiarizado con estos avances, siendo imprescindible el reciclaje en las formas de intervención en demencia. Aunque es claro, que estas técnicas sólo pretenden servir a modo de complemento de los clásicos sistemas de papel y lápiz (Tárraga, 2006).

### **4.1.- PROGRAMA GRADIOR**

Este programa ha sido desarrollado en España, y por lo tanto está adaptado a nuestro entorno cultural. Es un programa tanto de estimulación como de rehabilitación que se basa en el método clásico de la estimulación, consiste básicamente en la aplicación sistemática y reiterada de ejercicios y pruebas seleccionadas por el terapeuta según el nivel de dificultad necesario, dirigidos a paliar las deficiencias.

Como ventaja, el programa permite conocer la progresión del paciente en el tiempo. Además, el programa emite refuerzos positivos y negativos según corresponda, tratando en todo momento de evitar que el paciente se sienta frustrado en sus respuestas y motivando a éste a continuar con las pruebas, así como a mantener unos niveles de atención suficientes (Fundación Intrás, 1999).

### **4.2.- SMARTBRAIN**

Es un instrumento interactivo para realizar psicoestimulación cognitiva en pacientes con enfermedad de Alzheimer en fase leve y moderada, que también puede utilizarse para personas con DCL y pacientes con otras demencias.

Los objetivos del programa son potenciar y acelerar los efectos de la psicoestimulación en el campo de la enfermedad de Alzheimer.

El programa consta de actividades interactivas que fomentan la autonomía del paciente en el contexto del tratamiento. Los ejercicios se integran en seis categorías, atención, memoria, cálculo,

orientación, lenguaje y agnosias. Cada actividad consta de 15 niveles de dificultad distintos que son prefijados por el terapeuta o que se modifican por el propio programa según sea la ejecución del paciente (Tárraga, 2006).

### **TERAPIAS DE ESTIMULACIÓN**

El interés por proporcionar más estimulación y actividad a las personas con demencia comienza a mitad de los años 50, cuando comienzan a aparecer estudios sobre actividad general y estimulación (Cosin et al. 1958).

Hasta del momento las personas afectadas de demencia se ubicaban en un ambiente monótono, sin ningún tipo de estimulación ambiental (Woods, 2003). En los últimos tiempos el énfasis se pone en los efectos de formas más específicas de estimulación sensorial y ejercicio físico.

#### **1.- MUSICOTERAPIA**

La musicoterapia se define como el uso de la música o de sus elementos musicales (sonido, ritmo, melodía y armonía) por parte de un musicoterapeuta capacitado con un grupo o un sujeto, en un proceso diseñado para facilitar y promover la comunicación, las relaciones, el aprendizaje, la movilización, la expresión, la organización y otros objetivos terapéuticos significativos para satisfacer las necesidades físicas, emocionales, mentales, sociales y cognitivas (Vinks et al., 2007).

Muchos de los enfoques terapéuticos que se plantean dependen de la comunicación, cuando ya no es posible hablar, la musicoterapia ofrece posibilidades para la comunicación con personas con demencia.

Por lo tanto, el **objetivo general** de la musicoterapia será procurar desarrollar potenciales o restaurar las funciones de la persona para que pueda lograr una mejor integración intrapersonal y/o interpersonal y en consecuencia mejorar la calidad de vida.

Como **objetivos concretos** cuando se aplica a enfermos con demencia, están:

- estimular la interacción social.
- reducir la agitación.
- enfrentar los problemas emocionales.

Los musicoterapeutas deben tener habilidades tanto de terapeutas como de músicos para poder aplicar los parámetros musicales adecuadamente. El musicoterapeuta puede utilizar la musicoterapia receptiva que significa que el terapeuta interpreta o canta música, o selecciona música grabada para los receptores. O la musicoterapia activa, donde los receptores participan activamente en el proceso de creación de música utilizando pequeños instrumentos.

Vinks et al. (2007) revisaron la eficacia de la musicoterapia como tratamiento de los problemas conductuales, sociales, cognitivos y emocionales de los ancianos con demencia.

-Incluyen solamente ensayos controlados aleatorios que comparan la musicoterapia con placebo o formas alternativas de tratamiento o con ningún tratamiento.

-Los participantes son ancianos con diagnóstico de demencia según los criterios del DSM-IV y la CIE-10 de todo tipo de gravedad.

-La intervención es cualquier tipo de musicoterapia con un mínimo de cinco sesiones.

-Las medidas evaluadas son comportamientos problemáticos como la deambulación, agitación verbal, etc.; la cognición, el bienestar emocional y los comportamientos sociales.

-Tan solo cinco estudios cumplían los criterios para ser incluidos en el meta-análisis. Tres de ellos utilizaron la musicoterapia para reducir los problemas conductuales: Clark (1998), Gerdner (2000), Groene (1993), Brotons (2000) investigó si la musicoterapia afecta el funcionamiento del lenguaje; y, Lord (1993) evaluó la mejoría del funcionamiento social, cognitivo y emocional.

-Sin embargo, no fue posible obtener resultados concluyentes debido a la heterogeneidad de los estudios y la deficiente calidad metodológica de los mismos.

## 2- AROMATERAPIA

La aromaterapia es una parte de la disciplina de la fitoterapia (uso de plantas con propósitos medicinales), que utiliza los aceites esenciales de las plantas aromáticas para ayudar a aliviar los problemas de salud y mejorar la calidad de vida en general (OnHealth, 2000).

Pertenece a las terapias complementarias como los masajes, la acupuntura o la medicina a base de hierbas, que se hicieron más populares durante la última década y que se han aplicado a una amplia gama de problemas de salud. Siendo la aromaterapia el tratamiento más utilizado por el National Health Service británico (Lundie, 1994).

La aromaterapia se utiliza comúnmente en mecheros de aceite, en el agua del baño o masajeados en la piel, así el aroma del aceite esencial se evapora y estimula el olfato. Entre algunas de las propiedades curativas de la aromaterapia se incluyen la promoción de la relajación y el reposo, el alivio del dolor y la reducción de los síntomas depresivos (Halycon, 2000), ya que los aceites esenciales poseen efectos tranquilizantes y antiestrés.

Con frecuencia la aromaterapia se combina con otros enfoques terapéuticos, como, por ejemplo, el masaje, aumentando el costo de la terapia y la vulnerabilidad de los receptores (Thorgrimsen et al., 2007). Asimismo, todavía existen algunas inquietudes respecto a la seguridad de la aromaterapia, ya que se ha visto de algunos aceites esenciales tienen un efecto significativamente tóxico en roedores (Tisserand, 1996).

Al igual que la musicoterapia, esta terapia se utiliza en la intervención con personas que conservan pocas o ninguna función del lenguaje y con sujetos confusos o para los que la intervención verbal es complicada y la medicina convencional proporciona un beneficio mínimo (Thorgrimsen et al., 2007).

Por consiguiente, la aromaterapia se ha utilizado en personas con demencia para reducir las alteraciones de conducta, promover el reposo y estimular el comportamiento motivacional.

Una revisión Cochrane sobre esta terapia realizada por Thorgrimsen et al., (2007) encuentra dos estudios (Ballard, 2002 y Smallwood, 2001) con un total de 93 pacientes que cumplían criterios para ser incluidos en el meta-análisis.

-Se incluyeron tan solo los ensayos controlados aleatorizados. Los pacientes presentaban demencia de cualquier tipo o gravedad, y se consideraron todas las dosis, frecuencias y fragancias.

-Las medidas de resultado que se evaluaron fueron: función cognitiva, rendimiento funcional, comportamiento, calidad de vida, relajación, errante, reposo y estado de ánimo.

-El análisis de estos estudios revela que dadas las deficiencias metodológicas no es posible extraer conclusiones. Aunque uno de los estudios incluidos ofrece un efecto considerable a favor de la intervención sobre medidas de agitación y síntomas neuropsiquiátricos.

Sin embargo, también se pone de manifiesto, que la presunción de que la aromaterapia al menos no es perjudicial, no es del todo cierta, necesitando pruebas adicionales para asegurar su efectividad (Thorgrimsen et al., 2007).

## 3.- SNOEZELLEN

El Snoezelen se introdujo en la década de los años setenta como una intervención para personas con discapacidades en el aprendizaje, y se basa en la reducción de los efectos desagradables de la privación sensorial.

Se entiende por Snoezelen una estimulación multisensorial, en la que se proporcionan estímulos sensoriales para agudizar los cinco sentidos primarios mediante el uso de efectos de iluminación, superficies táctiles, música meditativa y perfume de aceites esenciales relajantes

# INTERVENCIÓN NO FARMACOLÓGICA EN PACIENTES CON DEMENCIA

(Pinkney, 1997).

Las **metas** de este tratamiento son (Baker, 1997 y Slevin, 1999):

- Promover los comportamientos positivos
- Reducir los comportamientos no adaptativos

Durante la última década, la aplicación clínica del Snoezelen se ha extendido al campo de las demencias. Estas personas comparten algunas características con los sujetos que presentan discapacidades en el aprendizaje como, por ejemplo, tener las funciones cognitivas reducidas y las capacidades comunicativas disminuidas (Chung et al., 2007).

Moffat et al (1993) fueron pioneros en el uso del Snoezelen para personas con demencia moderada y grave, encontrando que los pacientes disfrutaban de los estímulos sensoriales y permanecían tranquilos durante las sesiones.

En el campo de la demencia, esta modalidad terapéutica se utiliza básicamente en **cuatro áreas**:

- Reducción de los comportamientos de mala adaptación y aumento de los comportamientos positivos.
- Promoción de un estado de ánimo y estado afectivo positivos.
- Posibilidad de interacción y comunicación.
- Promoción de una relación de atención y reducción del estrés en la atención.

No obstante, existe una gran heterogeneidad en cuanto a la forma, los principios, la duración y los grupos de sujetos.

Una revisión Cochrane realizada por Chung et al. (2007) tan solo incluye dos estudios (Baker et al., 1997 y Kragt et al., 1997) que cumplan los criterios de ensayo controlado aleatorizado, en el que se realice un programa de Snoezelen o de estimulación multisensorial en personas con demencia.

-Los sujetos debían ser mayores de 60 años, diagnosticados de cualquier tipo de demencia según los criterios del DSM-IV, ICD-10 o NINCDS-ADRDA.

-Las medidas de los resultados serán el comportamiento, el estado de ánimo, el habla y la cognición.

-Los resultados de los dos estudios incluidos no demostraron un resultado significativo a favor del Snoezelen, aunque de manera independiente sí lo mostraron.

No obstante, desde una perspectiva práctica, se han demostrado resultados positivos inmediatos al reducir los comportamientos desadaptativos y promover los comportamientos positivos.

A pesar de todo ello, no es posible llegar a una conclusión firme sobre la efectividad clínica del Snoezelen siendo necesario llevar a cabo más estudios.

## **TERAPIAS DIRIGIDAS A LOS CUIDADORES**

El envejecimiento de la población y la aparición de enfermedades asociadas a esta como las demencias, pone en primera línea la cuestión o el fenómeno de la dependencia (véase De la Fuente, 2009). Nos referimos al conjunto de personas que necesitan algún tipo de ayuda para desenvolverse en su vida diaria tanto por la complejidad del abordaje como por las implicaciones personales, sociales, de salud, económicas, etc. (Yanguas y Pérez, 2001).

En la actualidad los cuidadores informales son los principales proveedores de cuidados a las personas mayores en situación de fragilidad (Rodríguez y Sancho, 1995). Entendemos por cuidador

a la persona, dentro de la familia, que asume la mayor parte de la responsabilidad en la tarea del cuidado y atenciones del enfermo.

El apoyo informal, como recurso, se caracteriza por su capacidad de adaptación a los diferentes niveles y necesidades del cuidado, ajustándose progresivamente a los requerimientos del aumento de la dependencia en las personas con demencia.

La función de los cuidadores familiares en la atención a las personas con demencia juega un doble papel, por un lado, favorece el mantenimiento de la persona mayor en la comunidad y, por otro, es lo suficientemente versátil como para adaptarse a las necesidades cambiantes de la persona de modo independiente a los recursos formales de apoyo (Yanguas y Pérez, 2001).

Por todo esto, el cuidado de una persona con demencia produce una serie de efectos en el cuidador que deberían ser abordados y tratados para que éste siga manteniéndose saludable (Thomas et al., 1998; Muñoz et al., 2002a,b).

Para ello, se han creado los programas psicosociales que tienen un doble objetivo general, por una parte, disminuir la carga que experimentan los cuidadores, el estrés y el malestar asociados y, por otra, mejorar la calidad de los cuidados que reciben los ancianos (Montorio et al., 1995).

Estos programas utilizan una amplia gama de procedimientos, estrategias, técnicas, etc., como, por ejemplo, los grupos de soporte, la psicoterapia de apoyo, etc. Aquí tan sólo comentaremos de manera breve alguno de ellos.

### 1.- PSICOTERAPIA DE APOYO

Como ya se ha expuesto anteriormente, el cuidado de una persona con demencia, es una tarea muy absorbente que genera un importante estrés personal y emocional en el cuidador de la misma.

El apoyo y asesoramiento a la familia y al cuidador principal es fundamental. Estos necesitan información tanto como el paciente atención médica (Agüera, 1998).

En primer lugar, es importante que el cuidador comprenda los propios sentimientos, los reconozca y los acepte para poder tolerarlos y controlarlos mejor, no dejando que interfieran en la atención a las propias necesidades, lo que resultará indispensable para poder atender a las del enfermo.

Algunas de los sentimientos que aparecen frecuentemente en el cuidador y que deben abordarse como normales pueden verse en la tabla 5.

Tabla 5.

#### **Sentimientos frecuentes en los cuidadores de pacientes con demencia**

Pena	Es una respuesta natural para alguien que haya experimentado una pérdida. Ante un paciente con demencia cada día se pierde un poco de la persona que era.
Culpa	Es común sentirse culpable ante el comportamiento de la persona enferma, enojarse con ella, sentir que ya no se puede aguantar más, etc.
Enojo	El enfado puede dirigirse hacia el enfermo, el médico, el propio cuidador o hacia la situación que se vive.
Vergüenza	Cuando el enfermo tiene un comportamiento inadecuado en público.
Soledad	Muchos cuidadores terminan apartándose de la sociedad y se limitan a estar con el enfermo. Esto supone perder contactos sociales, y la soledad dificulta el poder sobrellevar los problemas.

Dentro de la terapia de apoyo se pretende dar soporte emocional para intentar normalizar la

## INTERVENCIÓN NO FARMACOLÓGICA EN PACIENTES CON DEMENCIA

situación dramática que está viviendo la familia, y pautar también la necesidad de cuidarse del propio cuidador.

Algunas de las **recomendaciones** para el cuidador son (Cayton et al., 2003):

- Aceptar la ayuda de otros miembros de la familia y que los cuidados no recaigan en una sola persona.
- Compartir los sentimientos y experiencias como cuidador. Percibir que la situación que se está viviendo es una respuesta natural a la nueva situación puede facilitar el manejo de la misma.
- Pensar con cierta anticipación para tener a alguien a quien se pueda recurrir, esto, en caso de emergencia, evitará la sobrecarga.
- Dedicar tiempo a uno mismo para mantener aficiones, contactos sociales, etc.
- Conocer los propios límites y pedir ayuda cuando estos se sobrepasen.
- Evitar tomarse de manera personal los enfados o las acusaciones del enfermo, recordar que se deben a la enfermedad evitará sentimientos de frustración e impotencia.

### **REFLEXIONES SOBRE LAS TERAPIAS NO FARMACOLÓGICAS:**

Los estudios sobre la eficacia de la rehabilitación cognitiva y el entrenamiento cognitivo evidencian beneficios moderados aunque no significativos en algunos de los dominios del funcionamiento cognitivo para este último, no siendo posible extraer conclusiones respecto a la terapia de rehabilitación cognitiva. Y los últimos estudios sobre este tipo de terapia no farmacológica apuntan hacia una estabilización cognitiva durante la intervención, así como una mejoría significativa de las habilidades cognitivas entrenadas.

También se han obtenido buenos resultados con los programas informáticos, resultados contradictorios respecto a las medidas de conducta y, en general, beneficios a largo plazo en el estado de ánimo y la calidad de vida.

En cuanto a la reminiscencia, se han observado efectos potencialmente beneficiosos aunque no se puede indicar su eficacia en comparación con otras intervenciones psicosociales.

La terapia de validación y el Snoezelen no han demostrado, por el momento, eficacia en el tratamiento de las personas con demencia o deterioro cognitivo.

Por lo que respecta a la aromaterapia, se han evidenciado datos a favor de la intervención sobre medidas de agitación y síntomas neuropsiquiátricos.

En cuanto a la musicoterapia no existen pruebas ni para apoyar ni para desalentar su uso en pacientes con demencia.

Y por lo que se refiere a la terapia de orientación a la realidad, existen beneficios respecto al rendimiento cognitivo.

A pesar del trabajo que se está realizando en este campo y la actividad clínica habitual en la que se desarrollan diferentes programas de intervención (psicosociales, cognitivos, etc.) existe poca evidencia sobre la eficacia real de los mismos.

Parece claro que se está realizando un esfuerzo importante por aplicar la metodología de los ensayos clínicos a las intervenciones psicosociales, pero existen importantes problemas metodológicos:

- La propia naturaleza de la enfermedad, progresiva y clínicamente heterogénea condiciona la aplicación de los diferentes programas y la evaluación de su eficacia.
- La dificultad de estandarizar y comparar resultados con protocolos de intervención grupal, que sean al mismo tiempo individualizados.

## INTERVENCIÓN NO FARMACOLÓGICA EN PACIENTES CON DEMENCIA

- La elección de parámetros de eficacia adecuados, capaces de medir el efecto de la intervención, no sólo en el área cognitiva, sino también conductual y funcional. Son estos aspectos funcionales y el impacto sobre la calidad de vida del paciente y de los cuidadores, los que mejor pueden demostrar el beneficio real del tratamiento.
- Las dificultades en el diseño de estudios multicéntricos, aleatorizados con un grupo control y ciegos, con un número suficiente de pacientes que permita obtener conclusiones acerca de la eficacia del método empleado.

Todo esto supone que los estudios llevados a cabo para evaluar las diferentes intervenciones propuestas se estén realizando con muestras pequeñas. Por otra parte, dada la heterogeneidad clínica y el amplio rango de severidad de las demencias, se acepta la necesidad de intervenciones altamente individualizadas, diseñadas en función de las necesidades de los pacientes, argumento que apoya la necesidad de estudios de caso único bien diseñados, sin que esta metodología deba ser rechazada a favor de los ensayos controlados.

### BIBLIOGRAFÍA

- Agüera, I.F. *Demencia. Una aproximación práctica*. Barcelona. Masson. 1988.
- American Psychiatry Association: Practice guideline for the treatment of patients with Alzheimer's disease and other dementias of late life. *American Journal of Psychiatry* 1997; 154: 1-39.
- Arkin, S.M. Alzheimer rehabilitation by students: interventions and outcomes. *Neuropsychol Rehab* 2001; 11: 273-317.
- Ayuda para cuidadores de personas con demencia. *Alzheimer's Disease Internacional*. 1994.
- Babins, L.H. Conceptual Analysis of Validation Therapy. *International Journal of Aging and Human Development* 1998; 26(3):161-168.
- Bäckman, L. Memory training and memory improvement in Alzheimer's disease: rules and exceptions. *Acta Neurologica Scandinavica* 1992; suppl 139:84-89.
- Bäckman, L. Utilizing compensatory task conditions for episodic memory in Alzheimer's disease. *Acta Neurologica Scandinavica* 1996; suppl 165:109-113.
- Baker, R.; Dowling, Z.; Wareing, L.A.; Dawson, J. y Assey, J. Snoezelen: Its long-term and short-term effects on older peoples with dementia. *British Journal of Occupational Therapy* 1997; 60(5):213-218.
- Ballard, C.G.; O'Brien, J.T.; Reichelt, K.; Perry, E.K. Aromatherapy as a safe and effective treatment for the management of agitation in severe dementia: the results of a double-blind placebo-controlled trial with Melissa. *Journal of Clinical Psychiatry* 2002; 63(7):553-558.
- Baltes, P.B. y Baltes, M.M. Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. (1993). En: Baltes P.B. y Baltes, M.M. (eds.). *Successful Aging. Perspectives from the Behavioral Science*. Cambridge: Cambridge University Press. 1-34.
- Barquero, M.S.; Marcos, A.; Tárraga, L. (col.) (2000). Unidades de día para pacientes con demencia. En: Grupo de Estudio de Neurología de la Conducta y Demencias. Sociedad Española de Neurología. *Guía en Demencia. Conceptos, criterios y recomendaciones para el estudio del paciente con demencia*. Masson. 213-227
- Baynes, S.; Saxby, P.; Ehler, K. Reality Orientation and reminiscence Therapy. A controlled cross-over study of Elderly confused People. *British Journal of Psychiatry* 1987; 151:222-31.
- Becker, J.T.; Mintun, M.A.; Aleva, K. et al. Compensatory reallocation of brain resources supporting verbal episodic memory in Alzheimer's disease. *Neurology* 1996; 46:692-700.
- Bergado-Rosado, J.A.; Almaguer-Melian, W. Mecanismos celulares de la neuroplasticidad. *Rev Neurol* 2000; 31: 1074-95.
- Bleathman, C.; Morton, I. Validation therapy: a review of its contribution to dementia care. *British Journal of Nursing* 1996; 5(14):866-868.
- Boada, M. y Tárraga, L. El tratamiento longitudinal de la enfermedad de Alzheimer. *Continua Neurológica* 1998; 1 (1): 82-106
- Bohlmeijer, E.; Smit, F. y Cuijpers, P. Effects of reminiscence and life review on late-life depression: a meta-analysis. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2003; 18: 1088-1094.
- Breuil, V. ; De Rotrou, J. ; Forette, F. ; Tortrat, D. ; Ganancia-Ganem, A. ; Frambourt, A. et al. Cognitive stimulation of patients with dementia: preliminary results. *Int J Geriatr Psychiatry*

## INTERVENCIÓN NO FARMACOLÓGICA EN PACIENTES CON DEMENCIA

- 1994; 9: 211-217.
- Brotons, M.; Koper, S.M. The impact of music therapy on language functioning in dementia. *Journal of Music Therapy* 2000; 37(3):183-195.
- Buiza, C.; Etxeberria, I.; Yanguas, J.J. y Camps, C. (2007). *Actividades basadas en el método Montessori para personas con demencia*. Vol I. España: Laboratorios Andrómaco.
- Buiza, C.; Etxeberria, I.; Yanguas, J.J.; Palacios, V.; Yanguas, E.; Zulaica, A. Una alternativa de intervención para personas con deterioro severo: al método Montessori. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2004; 39 Supl. 2:119.
- Butler, R.N. The life review: an interpretation of reminiscence in the aged. *Psychiatry*. 1963; 26:65-76.
- Buxton. The effects of running a validation therapy group on staff-client interactions in a day center for the elderly. *University of East Anglia PhD*.
- Cayton, H.; Graham, N. y Warner, J. *Demencia. La enfermedad de Alzheimer y otras demencias*. Barcelona: Prous Science. 2003.
- Chung, J.C.C.; Lai, C.K.Y.; Chung, P.M.B.; French, H.P. Snoezelen para la demencia. (Revisión traducida) En: *La biblioteca Cochrane plus* 2007. Oxford: Update Software.
- Clare, L.; Woods, R.T.; Moniz Cook, E.D.; Orell, M.; Spector, A., Rehabilitación cognitiva y entrenamiento cognitivo para la enfermedad de Alzheimer y la demencia vascular de estadio temprano (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2007 nº2. Oxford: Update Software Ltd
- Clark, M.E.; Lipe, A.W.; Bilbrey, M. Use of music to decrease aggressive behaviors in people with dementia. *Journal of Gerontological Nursing* 1998; 24(7):10-17.
- Cosin, L.Z.; Mort, M.; Post, F.; Westropp, C. y Williams, M. Experimental treatment of persistent senile confusion. *International Journal of Social Psychiatry* 1958; 4; 24-42.
- Davis, R.N.; Massman, P.J.; Doody, R.S. Cognitive intervention in Alzheimer Disease: a randomized placebo-controlled study. *Alzheimer Disease and Associated Disorders* 2001; 15:1-9.
- De Vreese, L.P.; Verlato, C.; Emiliani, S.; Schioppa, S.; Belloi, L.; Salvioli, G.; Neri, M. Effect size of a three-month drug treatment in AD when combined with individual cognitive retraining: preliminary results of a pilot study. *Neurobiology of Aging*. 1998; 19 (4S):S213.
- Del Ser, T. (1989). Tratamientos conductuales en la enfermedad de Alzheimer. En: Acarín, N.; Alom, J. (eds.). *Marcadores biológicos y perspectivas terapéuticas en la enfermedad de Alzheimer*. Barcelona: MCR.
- Dietch, J.T.; Hewett, L.J.; Jones, S. Adverse effects of reality orientation. *JAGS* 1989; 37: 974-976.
- Doody, R.S.; Stevens, J.C.; Beck, C. et al. Practice parameter: management of dementia (an evidence-based review). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology* 2001; 56: 1154-1166.
- Dröes, R.M. Psychomotor group therapy for demented patients in the nursing home. (1997). En: Miesen, B.M.L.; Jones, G.M.M. (eds.) *Care-giving in dementia, research and applications*, vol 2. London/New York: Routledge. 95-118.
- Feil, N. The validation breakthrough: simple techniques for communicating with people with "Alzheimer's-type dementia". *Baltimore, Health Promotion Press* 1993.
- Forn, C. y Mallol R. Proceso de rehabilitación cognitiva en un caso de infarto bitalámico. *Revista de Neurología*. 2005. 41 (4): 209-215.
- Franco, M.A. y Orihuela, T. (1998). *Programa AIRE: sistema multimedia de evaluación y entrenamiento cerebral*. Valladolid: Intras.
- Fundación Intras. Curso de Rehabilitación neuropsicológica del deterioro cognitivo. Aplicación de nuevas tecnologías (Programa Grador). En: *Presupuestos teóricos de la rehabilitación neuropsicológica*. Valladolid, 1999.
- García-Sánchez, C.; Estévez-González, A. y Kulisevsky, J. (2002). Estimulación cognitiva en el envejecimiento y la demencia. *Rev Psiquiatría Fac Med Barna* 2002; 29(6):374-378.
- Gerdner, L.A. Effects of individualized versus classical "relaxation" music on the frequency of agitation in elderly persons with Alzheimer's disease and related disorders. *International Psychogeriatrics* 2000; 12(1):49-65.
- Goudie, F. Understanding confusion, reality orientation and validation therapy. *Nursing Times*. 1989;85(39): 35-37.
- Graham, K.S.; Hodges, J.R.; Differentiating the roles of the hippocampal complex and the neocortex in long-term memory storage: evidence from the study of semantic dementia and Alzheimer's

## INTERVENCIÓN NO FARMACOLÓGICA EN PACIENTES CON DEMENCIA

- disease. *Neuropsychology* 1997; 11: 77-89.
- Groene, R.W. Effectiveness of music therapy 1:1 intervention with individuals having senile dementia of the alzheimer's type. *Journal of Music Therapy* 1993; 30(3):138-157.
- Halycon. Aromatherapy Matrix of Essential Oils. <http://www.halycon.com/kway/matrix> 2000.
- Heiss, W.D.; Kessler, J.; Mielke, R.; Szelies, B.; Herholz, K. Long-term effects of phosphatidylserine, pyritinol and cognitive training in Alzheimer's disease. *Dementia* 1994; 5:88-98.
- Kempermann, G.; Gast, D.; Gage, F.H. Neuroplasticity in old age: sustained five fold induction of hippocampal neurogenesis by long-term environmental enrichment. *Ann Neurol* 2002; 52: 135-143.
- Kitwood, T. (1997). *Dementia Reconsidered: The person comes first*. Buckingham: Open University Press.
- Koh, K.; Ray, R.; Lee, J. et al. Dementia in Elderly patients: Can the 3R mental stimulation programme improve mental status? *Age and Aging* 1994; 23:195-9.
- Koltai, D.C.; Welsh-Bohmer, K.A.; Smechel, D.E. Influence of anosognosia on treatment outcome among dementia patients. *Neuropsychological Rehabilitation* 2001; 11(3/4):455-475.
- Kopelman, M.D. Rates of forgetting in Alzheimer-type dementia and Korsakoff's syndrome. *Neuropsychologia* 1985; 23: 623-638.
- Kragt, K.; Holtkamp, C.C.M.; van Dongen, M.C.J.M.; van Rossum, E. y Salentijn, C. *Verpleegkunde* 1997; 12(4):227-236.
- Kral, V.A: Senescent forgetfulness: benign and malignant. *J Can Med Assoc* 1962; 86:257-260.
- Laurrieu, S.; Letenneur, L.; Orgogozo, J.M. et al. Incidence and outcome of mild cognitive impairment in a population-based prospective cohort. *Neurology* 2002; 59: 1594-1599.
- Little AG, Volans PJ, Hemsley DR, Levy R. The retention of new information in senile dementia. *British Journal of Clinical Psychology* 1986; 25:71-72.
- Lord, T.R.; Garner, J.E. Effects of music on Alzheimer patients. *Perceptual and Motor Skills* 1993; 76(2):451-455.
- Lundie, S. Introducing and applying aromatherapy within the NHS. *The Aromatherapist* 1994;2:20-35.
- Masliah, E.; Honer, W.G.; Mallory, M. et al. Topographical distribution of synaptic-associated proteins in the neuritic plaques of Alzheimer's disease hippocampus. *Acta Neuropathol* 1994;87:135-42.
- McEvoy, C.L. y Patterson, R.L. Behavioral treatment of deficit skills in dementia patients. *Gerontologist*. 1986; 26: 475-478.
- Miller, L. The human face of elderly care? Validation therapy. *Complementary Therapies in Nursing & Midwifery*. 1995;1(4):103-105.
- Moffat, N.; Barker, P.; Pinkney, L.; Garside, M. y Freeman, C. *Snoezelen: An experience for people with dementia*. Chesterfield: Pompa, 1993.
- Montorio, I., Díaz, P. Izal, M. Programas y servicios de apoyo a familiares cuidadores de ancianos dependientes. *Rev. Esp Geriatr Gerontol* 1995; 30 (3): 157-168.
- Morton, I. Beyond Validation. In: Norman, I.N.; Redfern, S.J., editor(s). *Mental Health for Elderly People*. New York: Churchill Livingstone, 1997:371-393.
- Morton, I. *Person-Center Approaches to Dementia Care*. Winslow, 1999.
- Muñoz F, Espinosa JM, Portillo J, Rodríguez G. La familia en la enfermedad terminal (I). *Medicina de Familia (And)* 2002; 3: 190-199.
- Muñoz F, Espinosa JM, Portillo J, Rodríguez G. La familia en la enfermedad terminal (II). *Medicina de Familia (And)* 2002; 4: 262-268.
- Neal, M. y Briggs, M. Terapia de validación para la demencia (Revisión traducida). En: *La biblioteca Cochrane plus* 2007. Oxford: Update Software.
- Norris, A.D. (1986). *Reminiscence with Elderly People*. London: Winslow.
- Olazarán, J. y Muñiz, R. (2004). Estimulación cognitiva posible y recomendable. En: Martínez-Lage, J.M. y del Ser Quijano, T. *Alzheimer 2004: la pragmática necesaria*. Madrid: Aula Médica. 361-374
- Olazarán, J.; Muñiz, R.; Reisberg, B.; Peña-Casanova, J.; del Ser, T. et al. Benefits og cognitive-motor intervention in MCI and mild to moderate Alzheimer disease. *Neurology* 2004, 63:2348-2353.
- OnHealth Network Company. Alternative Practices. <http://www.onhealth.com/alternative/resource/althealth> 2000.

## INTERVENCIÓN NO FARMACOLÓGICA EN PACIENTES CON DEMENCIA

- Peña-Casanova J. (1999). *Intervención cognitiva en la enfermedad de Alzheimer. Fundamentos y principios generales*. Barcelona: Fundació "La Caixa".
- Pinkney, L. A comparison of the Snoezelen environment and a music relaxation group on the mood and behaviour of patients with senile dementia. *British Journal of Occupational Therapy* 1997; 60(5):209-218.
- Quayhagen, M.P.; Quayhagen, M.; Corbeil, R.R.; Hendrix, R.C.; Jackson, J.E.; Snyder, L.; Bower, D. Coping with dementia: evaluation of four nonpharmacologic interventions. *International Psychogeriatrics* 2000;12:249-265.
- Quayhagen, M.P.; Quayhagen, M.; Corbeil, R.R.; Roth, P.A.; Rodgers, J.A. A dyadic remediation program for care recipients with dementia. *Nursing Research* 1995; 44(3):153-159.
- Rabins, P.V.; Pearlson, G.D.; Strauss, M.E. (1993). Cognitive impairment in psychiatric síndromes. En: Whitehouse, P.J. (Ed.). *Dementia*. Philadelphia: F.A. Davis Co.
- Reifler, B.V.; Larson, E. En Light E, Lebowitz BD, Eds. (1990). *Alzheimer's Disease Treatment and Family Stress*. New York: Hemisphere.
- Reisberg, B.; Franssen, E.H. Borenstein, J.; Ferris; S.H. Functional assessment staging (FAST). *Psychopharmacol Bull.* 1988; 24: 653-659.
- Scanland, S.G.; Emershaw, E.L. Reality orientation and validation therapy: Dementia, depression, and functional status. *Journal of Gerontological Nursing* 1993; 19(6):7-11.
- Slevin, E.; McClelland, A. Multisensory environments: are they therapeutic? A single subject evaluation of the clinical effectiveness of a multisensory environment. *Journal of Advanced Nursing* 1999; 8(1):48-56.
- Smallwood, J.; Brown, R.; Coulter, F.; Irvine, E.; Copland, C. Aromatherapy and behaviour disturbances in dementia: a randomized controlled trial. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2001; 16:1010-1013.
- Spector, A.; Orrell, M.; Davies, S.; Woods, B. *Orientación a la realidad para la demencia* (Revisión Cochrane traducida). En: *La biblioteca Cochrane plus*. Update Software. Oxford 2000.
- Taft, L.B.; Fazio, S.; Seman, D.; Stansell, J. A psychosocial model of dementia care: theoretical and empirical support. *Arch Psychiatr Nurs.* 1997; XI: 13-20.
- Tárraga, L. (1995). La psicoestimulación, instrumento terapéutico en el tratamiento del enfermo con demencia. En: Boada, M. y Tárraga, L. (Eds.). *El médico ante la demencia y su entorno*. Barcelona: Profármaco. 151-167.
- Tárraga, L. (2001). El enfoque terapéutico integral de los pacientes con demencia. En: Martínez-Lage y Robles. *Alzheimer 2001: teoría y práctica*. Madrid: Aula Médica.
- Tárraga, L. Estrategia no farmacológica del deterioro cerebral senil y demencia. *Medicine* 1994; oct.: 44-53.
- Tárraga, L. Terapias blandas: Programa de Psicoestimulación Integral. Alternativa terapéutica para las personas con enfermedad de Alzheimer. *Rev Neurol* 1998; 27 (1):s51-s62
- Tárraga, L. Tratamiento no farmacológico de las demencias (2006). En: Alberca, R. y López-Pousa, S. *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias*. Tomo I. Madrid: Panamericana. 307-322.
- Thomas, P.; Hazif-Thomas, C.; Arroyo-Anlló, E. Una mirada sistémica sobre la enfermedad de Alzheimer. Hacerse cargo de la familia de enfermos dementes. *Rev Mult Gerontol* 1998; 8, 5-12.
- Thorgrimsen, L.; Spector, A.; Wiles, A.; Orrell, M. Aromaterapia para la demencia (Revisión Cochrane traducida). En: *La biblioteca Cochrane plus* 2007. Oxford: Update Software.
- Tisserand, R. Essential oil safety. *The International Journal of Aromatherapy* 1966; 7(3):28-32.
- Vinks, A.C.; Birks, J.S.; Bruinsma, M.S.; Scholten, R.J.S. Musicoterapia para personas con demencia (Revisión Cochrane traducida). En: *La biblioteca Cochrane plus* 2007. Oxford: Update Software.
- Vogelpohl, T.S. y Beck, C.K. Affective response to behavioral interventions. *Seminars Clin Neuropsychiatry* 1997; 2:102-112.
- Von Steinbüchel N, Pöppel E. Domains of rehabilitation: a theoretical perspective. *Beh Brain Res* 1993; 56:1-10.
- Woods, B.; Spector, A.; Jones, C.; Orrell, M. y Davies, S. Terapia de recuerdo para la demencia (Revisión Cochrane traducida). En: *La biblioteca Cochrane plus* 2007. Oxford: Update Software.
- Woods, R. (2003). Non-pharmacological Techniques. En Qizilbash, N.; Scheneider, L.S.; Chui, H.; Tariot, P.; Brodaty, H.; Kaye, J. y Erkinjuntti, T. (Eds). *Evidence-based. Dementia Practice*.

## INTERVENCIÓN NO FARMACOLÓGICA EN PACIENTES CON DEMENCIA

Backwell Science Ltd. Oxford.

Yanguas, J.J. y Pérez, M. Apoyo informal y demencias: ¿es posible descubrir nuevos caminos? Matia Fundazioa. 2001. [www.matiáf.net/profesionales/articulos](http://www.matiáf.net/profesionales/articulos).

Zanetti O, Metitieri T, Bianchetti A, Trabucchi M. Reality orientation therapy for patients with dementia: a longitudinal study. *Neurobiol Aging* 1998; 19 (Suppl 4): 102-103.