

Eficacia de las terapias cognitivas en pacientes con Alzheimer.

Trabajo Fin de Grado



Centre adscrit a:



Estudiante: Alejandro Amor Martínez (aamor@edu.tecnocampus.cat)

Director: Dr. Josep Manuel Cancio Trujillo (jcancio@tecnocampus.cat)

Trabajo Final de Grado (TFG)

Grado en Enfermería

Curso: 2022-2023

Índice

1. Resumen/Abstract	3
2. Introducción	4
3. Objetivos	11
4. Metodología	12
4.1 Tipo de estudio	12
4.2 Población de estudio	12
4.3 Muestra	12
4.4 Criterios de inclusión	12
4.5 Criterios de exclusión	12
4.6 Variables del estudio	13
4.7 Estrategia de búsqueda	13
4.8 Gestor de referencias y análisis de datos	14
4.9 Limitaciones	15
4.10 Aspectos éticos	15
5. Resultados y discusión	15
6. Conclusiones	26
7. Implicación a la práctica profesional	26
8. Cronograma	28
9. Bibliografía	29

10. Anexos	36
11. Lista de abreviaturas	67
12. Índice de tablas y figuras	69

1. Resumen/Abstract

RESUMEN

Introducción: La Enfermedad de Alzheimer (EA), es la enfermedad neurodegenerativa más frecuente y la principal causa de deterioro cognitivo en todo el mundo. Tiene tres etapas según su estadio evolutivo: Deterioro Cognitivo Leve (DCL), Deterioro Cognitivo Moderado (DCM) y Deterioro Cognitivo Grave (DCG). Este tipo de demencia causa unos Síntomas Psicológicos y Conductuales (SCPD). Para tratar esta sintomatología existen tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, de estos últimos destacan las Terapias Cognitivas (TC).

Objetivo: Investigar la eficacia del tratamiento basado en el modelo de Terapia Cognitivo Conductual en los pacientes con DCL/DCM secundario a EA, para mantener la independencia de la funcionalidad.

Metodología: Revisión de la Literatura basada en estudios descriptivos obtenidos en las Bases de Datos MEDLINE, IBECs y Cochrane sobre la efectividad de las TC en pacientes que sufren DCL/DCM secundario a EA entre los años 2013 y 2023 en inglés y castellano. La muestra final constó de 22 artículos.

Resultados: El 77,27% de los artículos de esta revisión afirman que las TC son eficaces a la hora de mejorar las capacidades cognitivas de los pacientes con EA.

Conclusión: A día de hoy, las TC no pueden sustituir el tratamiento farmacológico pero sí que surgen como una terapia complementaria a este. Aunque se ha demostrado su efectividad, los datos no se pueden considerar representativos y es necesaria más investigación con estudios con seguimientos más prolongados y muestras con mayor número de pacientes. Enfermería cumple un rol indispensable en el uso de las TC, no limitándose a la valoración cognitiva de los pacientes sino a la aplicación de estas terapias.

Palabras clave: Terapias cognitivas, demencia, psicoterapia, tratamiento cognitivo y Enfermedad de Alzheimer.

ABSTRACT

Introduction: Alzheimer's disease (AD) is the most common neurodegenerative disease and the leading cause of cognitive impairment worldwide. It has three stages according to its evolutionary

stage: Mild Cognitive Impairment (MCI), Moderate Cognitive Impairment (MCI) and Severe Cognitive Impairment (SCID). This type of dementia causes Psychological and Behavioral Symptoms (PCBS). To treat this symptomatology there are pharmacological and non-pharmacological treatments, the latter include Cognitive Therapies (CT).

Objective: To investigate the efficacy of treatment based on the Cognitive Behavioral Therapy model in patients with MCI/MCI secondary to AD in maintaining functional independence.

Methods: Literature review based on descriptive studies obtained from MEDLINE, IBECs and Cochrane Databases on the effectiveness of CT scans in patients suffering from MCI/MCI secondary to AD between 2013 and 2023 in English and Spanish. The final sample consisted of 22 articles.

Results: 77.27% of the articles in this review state that CT scans are effective in improving cognitive abilities in patients with AD.

Conclusion: At present, CT cannot replace pharmacological treatment, but it is emerging as a complementary therapy to it. Although their effectiveness has been demonstrated, the data cannot be considered representative and more research with longer studies and larger samples is needed. Nursing plays an indispensable role in the use of CT, not only in the cognitive assessment of patients but also in the application of these therapies.

Keywords: Cognitive therapy, dementia, psychotherapy, cognitive treatment and Alzheimer disease

2. Introducción

La demencia “es una afección neurológica” que se caracteriza por una “disminución anormal del funcionamiento cognitivo”, que produce un empeoramiento progresivo en aspectos como la memoria, el lenguaje y la toma de decisiones ⁽¹⁾.

La Enfermedad de Alzheimer (EA), es la enfermedad neurodegenerativa más frecuente y la principal causa de demencia ⁽²⁾ en todo el mundo. Cursa como un trastorno cerebral progresivo. En fases iniciales, los enfermos olvidan cosas que han sucedido recientemente y se desorientan en tiempo y espacio. Cuando el deterioro cognitivo es medio, la persona pierde la capacidad para llevar a cabo

gran parte de sus actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y mantienen comportamientos inadecuados. En su fase final, el paciente sufre una dependencia total y cognitivamente está muy deteriorado ⁽¹⁾.

Después de haber estudiado y analizado, de manera post-mortem, cerebros de personas que han sufrido esta patología, se ha demostrado que las causas de este tipo de demencia se deben a la aparición de agrupaciones anormales de proteínas (conocidas como placas amiloides) y de un conjunto de fibras enredadas (conocidas como ovillos de tau) dentro de los espacios cerebrales ⁽³⁾.

“A medida que” la patología va progresando, los pacientes van desarrollando nuevos síntomas o empeorando los que ya padecen a nivel tanto cognitivo como motriz. La EA tiene tres etapas según su gravedad:

- EA Leve/Deterioro cognitivo leve (DCL):

Es la etapa inicial, y donde generalmente se suele diagnosticar la EA. El paciente presenta pérdidas de memoria cada vez mayores, cambios conductuales y otros problemas cognitivos como ralentización a la hora de realizar las ABVD. ⁽³⁾

- EA Moderado/Deterioro cognitivo moderado (DCM):

En esta etapa los problemas de memoria empeoran, y empiezan a aparecer problemas de “lenguaje, razonamiento, pensamiento consciente y procesamiento sensorial”. Empiezan a presentar dificultades para aprender cosas nuevas y “para reconocer a sus familiares y amigos”. En esta fase “las personas pueden tener alucinaciones, delirios y paranoia”. ⁽³⁾

- EA Grave/Deterioro cognitivo grave (DCG):

En esta fase los enfermos no son capaces de “comunicarse” y se vuelven completamente dependientes para su autocuidado. El deterioro es tan elevado que el paciente pasa la mayor parte del tiempo encamado e inicia su proceso de final de vida. ⁽³⁾

Para detectar y valorar la progresión de la cognición de los pacientes con EA se utilizan las Escalas de Valoración Cognitiva. Estas son “instrumentos estandarizados y validados” en los cuales se evalúan diferentes ítems que ofrecerán unas puntuaciones que serán posteriormente interpretadas y nos permitirán conocer el nivel de cognición de los pacientes. Algunos ejemplos serían: el Mini-Mental State Examination (MMSE), Escala de Deterioro Global (GDS) y la Escala Pfeiffer. ⁽⁴⁾

Según datos de la Sociedad Española de Neurología (SEN), actualmente unas 800000 personas padecen Alzheimer en España ⁽⁵⁾. Como se ha mencionado anteriormente, la EA es la principal causa

de demencia, pero también es la patología que más discapacidad produce entre la gente mayor y, por lo tanto, la que más incrementa los costes a nivel social ⁽⁵⁾.

En nuestro país, la SEN calcula que el coste medio de un paciente con Alzheimer oscila entre 17100 y 28200€ por persona al año. El cual se ve incrementado cuando más empeoramiento cognitivo presenta el enfermo, pudiendo llegar, hasta los 41700€ por persona al año, ya que una parte de los pacientes precisan institucionalización ⁽⁵⁾. El SEN también afirma que, en el año 2050, si la prevalencia actual de demencia se mantiene igual, habrá alrededor de 130 millones de personas que padecerán demencia generada por la EA ⁽⁵⁾.

Síntomas conductuales y psicológicos de las demencias (SCPD)

Como todo tipo de demencia causa, “además de las alteraciones cognitivas clásicas y funcionales secundarias, síntomas psicológicos y conductuales” (SCPD). Que son definidos por la Asociación Psicogeriátrica Internacional (IPA) como “alteraciones de la percepción, del contenido del pensamiento, del estado de ánimo o conducta que, en ocasiones, presentan los pacientes con demencia”⁽⁶⁾. Estos SCPD “disminuyen la calidad de vida, tanto del paciente, como de sus cuidadores, al tiempo que incrementan los costes asistenciales”. Estos síntomas “son los principales responsables de la carga que experimentan los cuidadores” y que favorecen “la institucionalización prematura de los pacientes”⁽⁷⁾.

Existen estudios que han demostrado la relación entre el grado de deterioro cognitivo y la frecuencia y severidad de estos síntomas ⁽⁶⁾. Según la clínica, los SCPD se pueden clasificar en dos grupos: conductuales o psicológicos. **(Tabla 1)**

Adaptado de Cummings 1994	
Síntomas conductuales	Síntomas psicológicos
Alteraciones de la actividad	Alteraciones afectivas
Comportamiento motriz aberrante	Ansiedad

Agitación	Euforia
Hiperactividad	Irritabilidad
Vagabundeo	Sintomatología depresiva
Caminar incesante	Depresión mayor
Inquietud	Labilidad emocional
Actitud inapropiada	Desinhibición
Abulia cognoscitiva	Apatía
Alteraciones verbales	Delirios y síndromes de identificación errónea
Alteraciones físicas	Ocultar o robar objetos
Trastornos del apetito	La casa hace ya tiempo que no es su hogar
Trastornos del consumo de alimentos	El cónyuge/cuidador para él/ella es: - “Un impostor” - “Desleal”
Alteración de los ritmos diurnos - Sueño/vigilia - Hora de acostarse	Delirio de abandono

Comportamiento socialmente inapropiado	Los familiares/conocidos supuestamente muertas están vivos
	Alucinaciones: <ul style="list-style-type: none">- Visuales- Auditivas- Olfativas- Táctiles

Tabla 1. Adaptado de Cummings. 1994 (elaboración propia)

La aparición de unos tipos de SCPD y otros depende de la fase de la enfermedad que presenta el paciente. Por ejemplo, los síntomas afectivos suelen aparecer en estadios tempranos, mientras que la agitación y los síntomas psicóticos son más frecuentes en pacientes que presentan un deterioro cognitivo moderado⁽⁶⁾.

Actualmente, para paliar estos síntomas existen dos tipos de tratamientos: los farmacológicos y los no farmacológicos.

Tratamientos farmacológicos

Son todas aquellas terapias que mediante el uso de fármacos pretenden curar o estabilizar los síntomas de una enfermedad.

Pese a que actualmente no existen fármacos que puedan curar o estabilizar de manera permanente la EA sí que se han autorizado para su uso dos grupos de fármacos:

- Inhibidores de la acetilcolinesterasa
- Antagonistas de los receptores N-metil-D-Aspartato⁽⁸⁾

- Inhibidores de la acetilcolinesterasa

Muchos años después del descubrimiento de la EA, científicos que estudiaban las posibles causas de esta patología, descubrieron que en los cerebros de los pacientes faltaba un neurotransmisor: la acetilcolina. Por tanto, se inició la búsqueda de un tratamiento basado en solucionar este déficit de acetilcolina. ⁽⁹⁾

Este grupo permite un aumento en la disponibilidad de acetilcolina al inhibir la acetilcolinesterasa, enzima que hidroliza la acetilcolina. Existen diversos estudios que demuestran que estos fármacos son capaces de mejorar el estatus cognitivo y en la función (realización de Actividades Básicas de la Vida Diaria) en personas con EA de grado leve a moderado.

Algunos ejemplos de medicamentos que pertenecen a este grupo de fármacos son: donepecilo, rivastigmina y galantamina ⁽⁸⁾.

- Antagonistas de los receptores N-metil-D-Aspartato

También se ha demostrado que “la disfunción neuronal puede derivarse en parte de la excitotoxicidad causada por valores de glutamato elevados de forma constante o por el aumento de los valores de la sensibilidad al glutamato”, esto provoca “un incremento del flujo de calcio que llega a las neuronas” y, por tanto, a la degeneración de las mismas. Para frenar este proceso se buscó el principal receptor del glutamato, el N-metil-D-Aspartato. ⁽¹⁰⁾

Son los fármacos más utilizados para la EA de grado moderado a severo. Pueden administrarse solos o de manera combinada con un inhibidor de la colinesterasa pese a que no hay estudios que demuestran que esta unión de medicamentos sea efectiva.

Un ejemplo de este grupo de medicamentos es la memantina ⁽⁸⁾.

Diversos estudios han demostrado que los tratamientos farmacológicos son eficaces a la hora de reducir la frecuencia y la gravedad de los SCPD, por lo tanto, son actualmente la vía de elección en el momento de tratar a un paciente con EA y que presente SCPD ⁽⁷⁾.

Tratamientos no farmacológicos

Este término se define, según el International Pharmacological Therapy Project, como “cualquier intervención no química, teóricamente sustentada, focalizada y replicable, realizada sobre el paciente o el cuidador y potencialmente capaz de obtener un beneficio relevante”⁽¹¹⁾.

Para este tipo de intervenciones es primordial el trabajo multidisciplinario basado en un modelo centrado en la persona, en el cual se decide qué tipo de tratamiento/s se le van a aplicar al paciente siguiendo el enfoque DICE en el cual se debe hacer un abordaje integral entre todos los profesionales que permita establecer qué medidas farmacológicas y no farmacológicas se le administrarán al paciente y que luego se puedan evaluar si han resultado o no efectivas ^(11,12).

Dentro de estos tratamientos no farmacológicos podemos encontrar las Terapias de Intervención Cognitiva.

Terapias cognitivas

Las Terapias Cognitivas (TC) son modelos de tratamiento que engloban diferentes trastornos mentales, con el objetivo que el paciente modifique sus pensamientos, emociones, conductas y respuestas fisiológicas disfuncionales por otras más adaptativas ⁽¹³⁾. Estas intervenciones surgen a raíz del modelo teórico del aprendizaje, basado en los principios del condicionamiento clásico, operante y el aprendizaje vicario ⁽¹⁴⁾. Según Ellis y Beck, “la terapia cognitiva está basada en el modelo cognitivo que postula que las emociones y conductas de las personas están influidas por su percepción de los eventos. No es una situación en y por sí misma la que determina lo que una persona siente, sino más bien la forma en que ella interpreta la situación”⁽¹⁵⁾. Las TC comprenden un conjunto de intervenciones que se ponen en práctica después de haber realizado una exhaustiva evaluación previa de las características biopsicosociales del paciente ⁽¹³⁾, de tal manera que se puedan decidir qué intervenciones serán más efectivas para el paciente centrándose en el problema que este sufre ^(13, 14).

Según Claire y Woods existen tres tipos de terapias cognitivas:

- El entrenamiento cognitivo, que se basa en la realización de tareas básicas de manera guiada, que tienen como objetivo aumentar las capacidades cognitivas.

- La rehabilitación cognitiva, son intervenciones individuales que se usan para tratar deficiencias cognitivas.
- La estimulación cognitiva, que son grupos de intervenciones, normalmente grupales, que tienen como objetivo la mejora y el mantenimiento de la actividad social y cognitiva ⁽¹⁶⁾.

Tal y como se ha mencionado anteriormente, la EA es una patología que verá incrementada su prevalencia con el paso del tiempo y de la que actualmente no se conoce un tratamiento efectivo para ralentizar o detener su evolución, ni contra los efectos neurológicos que padecen las personas que la sufren. Debido a que este tipo de enfermo es un paciente geriátrico al que se le asocian multi morbilidades y polimedicación, es de vital importancia investigar y testar la eficacia de tratamientos no farmacológicos que, conjuntamente con los fármacos que, a día de hoy, están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA en sus siglas en inglés) se logre el objetivo de ralentizar el avance de esta patología.

La presente Revisión de la Literatura (RL) se basa en la búsqueda de evidencia científica al respecto de la eficacia de las TC de los pacientes que sufren un Deterioro Cognitivo Leve (DCL) o Deterioro Cognitivo Moderado (DCM) por EA, así como identificar que TC son las más efectivas.

3. Objetivos

Objetivo general:

- Investigar la eficacia del tratamiento basado en el modelo de Terapia Cognitivo Conductual en los pacientes con DCL/DCM secundario a EA, para mantener la independencia de la funcionalidad.

Objetivos específicos:

- Identificar las Terapias Cognitivas más eficaces según la literatura actual.
- Conocer la medida del impacto sobre el consumo de fármacos ante la aplicación de TC en la población con DCL/DCM secundario a EA.
- Describir el impacto que la Terapia Cognitivo Conductual ha tenido en el abordaje enfermero de los pacientes con DCL/DCM secundario a EA.

4. Metodología

4.1 Tipo de estudio

Se realiza una Revisión de la Literatura sobre la efectividad de las TC en pacientes que sufren DCL/DCM secundario a EA entre los años 2013 y 2023.

4.2 Población de estudio

Estudios publicados entre los años 2013 y 2023 en las siguientes Bases de Datos (BD): MEDLINE (PubMed), IBECs y Cochrane.

4.3 Muestra

Todos aquellos artículos seleccionados de la población de estudio que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión.

4.4 Criterios de inclusión

- Los artículos tienen que haber sido publicados entre los años de 2013-2023.
- La población de estudio de los artículos tiene que ser mayor de 65 años y padecer un DCL o DCM secundario a la EA.
- Los artículos tienen que estar publicados en español, catalán o inglés.
- Los autores de los artículos deben haber utilizado para realizar el estudio alguna escala de valoración del deterioro cognitivo de la muestra.

4.5 Criterios de exclusión

- Todos aquellos estudios que valoren la efectividad de las TC en otro tipo de demencia.
- Los artículos que valoren la efectividad de otro tipo de tratamiento no farmacológico fuera de las TC.
- Estudios en los que la TC vaya dirigida al cuidador y no al enfermo.
- Artículos o estudios con un Impact Factor bajo o cuya temática no ha sido relevante para esta RL realizada.

4.6 Variables del estudio

- Año de publicación: Fecha en la que se publicó el artículo.
- Tipo de estudio: Tipología de estudio que se utiliza en cada artículo.
- Muestra: Cantidad de personas que participan en el estudio.
- Escala de valoración: Indicar que escala/s de valoración de la demencia se utilizan en el artículo.
- TC utilizada/s: Identificar qué terapia/s cognitivas se utilizan en el estudio.
- Resultados: Efecto de las intervenciones del estudio.
- Conclusión: Reflexión final a la que llegan los autores del estudio después del análisis de los datos y resultados.

4.7 Estrategias de búsqueda

Para hallar los artículos que se utilizaron para este estudio se utilizaron los siguientes términos MeSH y palabras clave (**tabla 2**), en la **tabla 3** se muestran las estrategias de búsqueda usadas en cada BD, junto con sus correspondientes operadores booleanos.

Palabras clave	Términos MeSH
Terapias cognitivas	Cognitive therapy
Demencia	Dementia
Psicoterapia	Psychotherapy
Tratamiento cognitivo	Cognitive treatment
Enfermedad de Alzheimer	Alzheimer disease

Tabla 2. Palabras clave y términos MeSH (elaboración propia)

Base de datos	Estrategia de búsqueda
PubMed	(((((psychotherapy[Title]) OR ("cognitive treatments"[Title]) OR ("cognitive treatment"[Title]) OR ("cognitive therapies"[Title]) OR (cognitive behavioral therapy[MeSH Major Topic]) OR (cognitive therapy[Title]) AND ((((((alzheimer[Title]) OR (alzheimer's[Title]) OR alzheimers[Title]) OR (Demented[Title]) OR (dementia[Title]) OR (Alzheimer disease[MeSH Major Topic]) OR (dementia[MeSH Major Topic]))
IBECS	terapia AND cognitiva AND alzheimer
Cochrane	(terapias cognitivas):ti,ab,kw OR (psicoterapia):ti,ab,kw AND (deterioro cognitivo leve):ti,ab,kw AND (alzheimer):ti,ab,kw

Tabla 3. Bases de datos y estrategias de búsqueda (elaboración propia)

4.8 Gestor de referencias y análisis de los resultados

Como gestor de las referencias del estudio se usó el programa de gestión Mendeley. El estilo de referencias bibliográficas escogido fue Vancouver.

Para el análisis y recogida de datos se creó una tabla con el programa informático *Microsoft Word 2019* en la cual se recogen todas las variables del estudio. (Anexo 1) Posteriormente se evaluó toda la información que consta en la tabla para desarrollar los resultados finales del estudio. Los resultados de las diferentes variables se transformaron en gráficos para mejorar su interpretación.

4.9 Limitaciones

Existen pocas Bases de Datos (BD) que analicen los instrumentos y estrategias de intervención cognitiva que podrían utilizarse según el déficit cognitivo del paciente en los estados patológicos de deterioro cognitivo ligero y demencia leve, como terapia rehabilitadora que posibilite retrasar o modificar el curso de la entidad clínica. La mayoría de estudios evalúa las TC en demencias en general o en otro tipo de demencia que no es la EA.

4.10 Aspectos éticos

Al ser una revisión bibliográfica mediante bases de datos de libre acceso y al haber hecho uso de estudios previamente publicados, no se vulneró ningún aspecto ético ya que no fue necesario ningún consentimiento informado para el tratamiento de los datos de los artículos.

5. Resultados y discusión

Aplicando las estrategias de búsqueda diseñadas para cada Base de Datos, se obtuvieron un total de 865 artículos. Posteriormente se eliminaron 711 artículos haciendo uso de los límites establecidos en el proceso de cribado, quedando un total de 154. Finalmente se descartaron 132 artículos por no cumplir los criterios de inclusión y exclusión, quedando una muestra final para esta Revisión de la Literatura de 22 artículos, tal y como se puede observar en el Diagrama de Flujo. **(figura 1)**

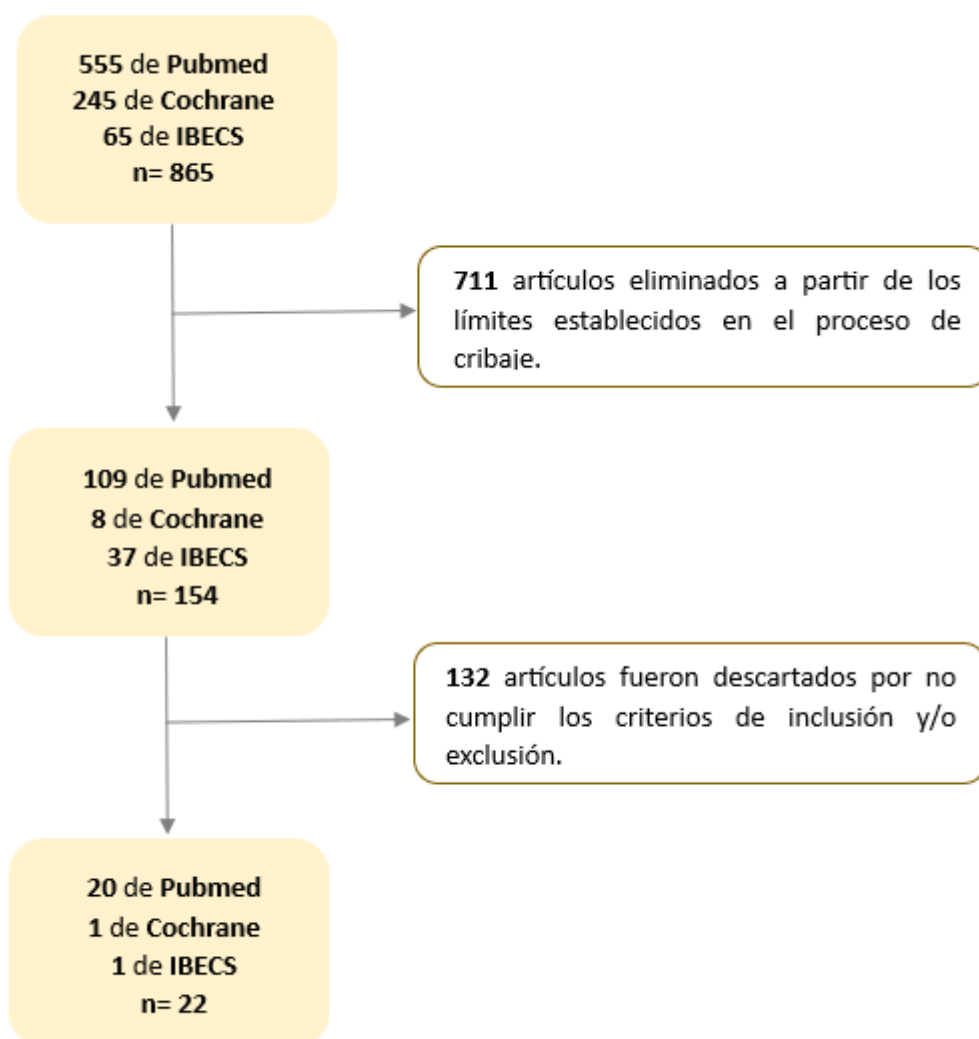


Figura 1. Diagrama de Flujo. Proceso de selección de la muestra de artículos (elaboración propia)

Características de los artículos de la muestra

Analizando los artículos de la muestra final, el 90,90% provienen de la Base de Datos Pubmed. Siendo las otras dos (Cochrane e IB ECS) la que menos artículos aporta a la presente Revisión de la Literatura. (figura 2) Esta diferencia puede deberse a que Pubmed es una de las BD más reconocidas y utilizadas en el ámbito de las Ciencias de la Salud.

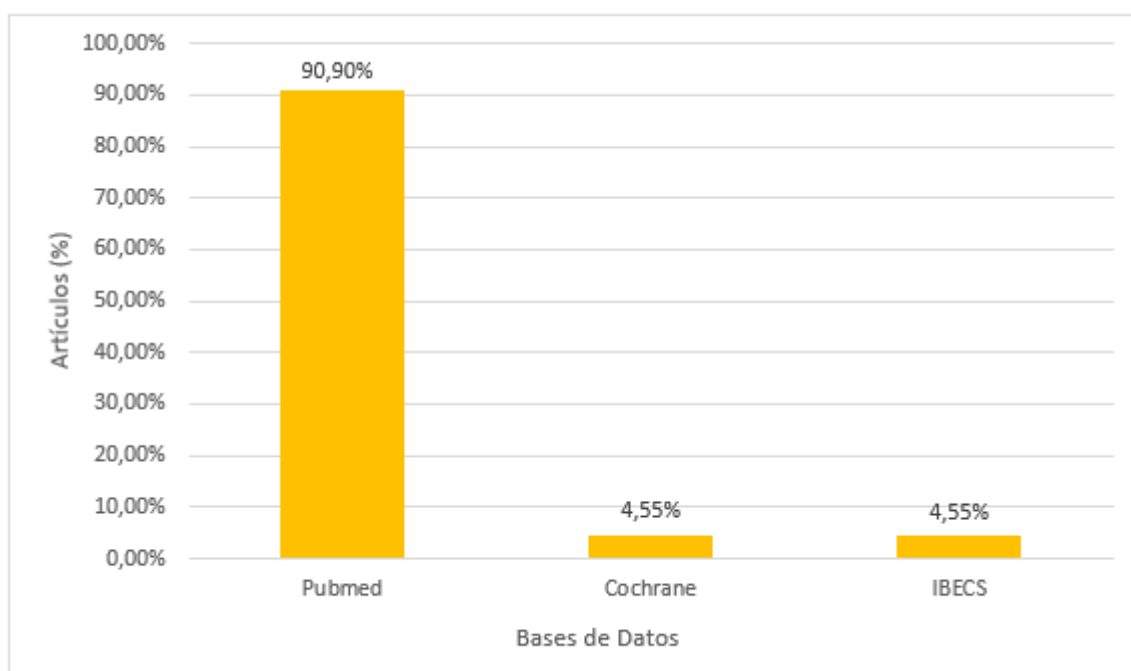


Figura 2. Bases de Datos de publicación (elaboración propia)

Esta revisión incluía artículos que hubiesen sido publicados entre los años 2013-2023. Tal y como se puede observar en la **figura 3** el 23% de los artículos fueron publicados durante el año 2015, mientras que no se obtuvo ningún artículo en los años de publicación 2021 y 2022. Este último dato nos da a entender que actualmente no se ha realizado una investigación activa en este problema, aún teniendo en cuenta, tal y como hemos comprobado anteriormente, las repercusiones que este tiene tanto a nivel social como económico en nuestra sociedad.

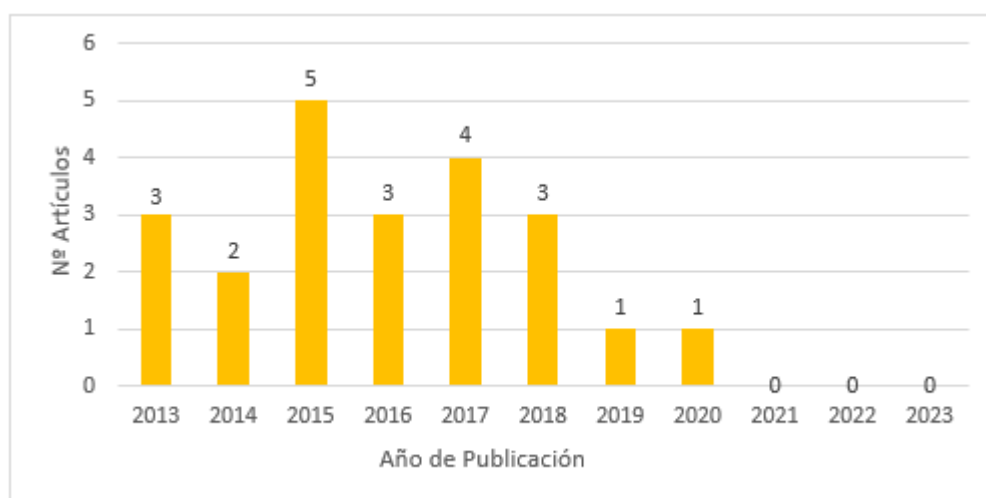


Figura 3. Años de publicación (elaboración propia)

En lo que respecta al idioma de publicación observamos en la **figura 4** que el 95% de los artículos incluidos en esta revisión fueron publicados en inglés, mientras que en español solo encontramos el 5% de la muestra. En el caso del catalán, no se halló ningún artículo publicado en este idioma.

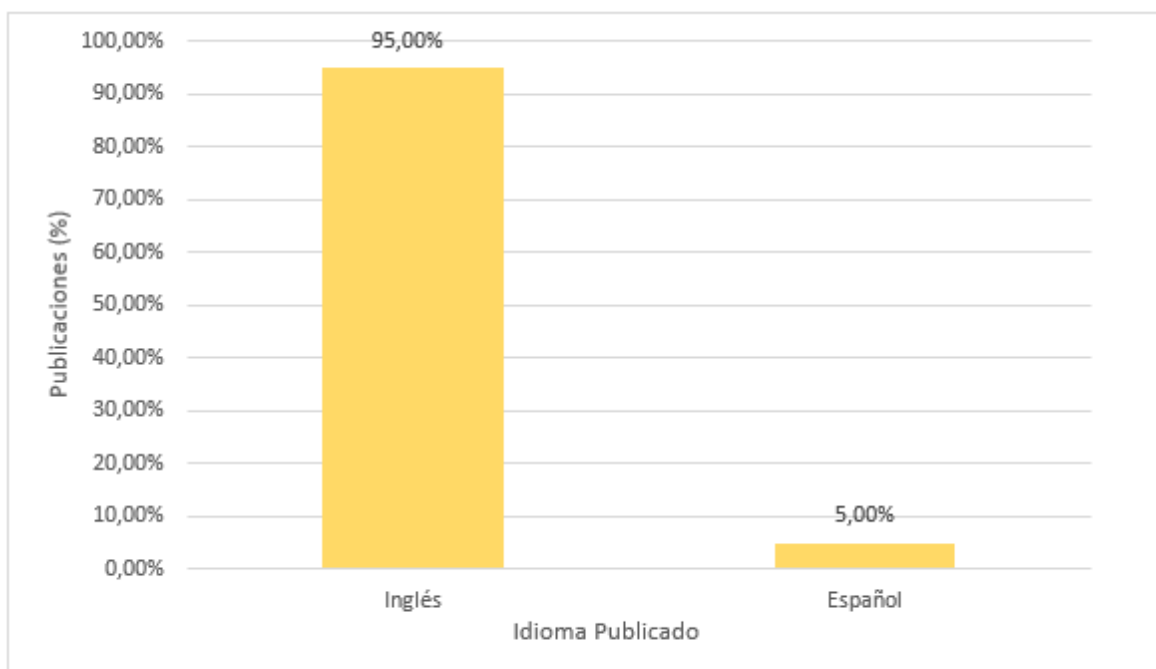


Figura 4. Idiomas de publicación (elaboración propia)

Si nos centramos en los países de publicación de los artículos que forman esta revisión, podemos observar en la **figura 5** que hay una gran variedad de países, la publicación es totalmente internacional. Pero los países que más artículos han aportado son Reino Unido e Italia, con el 18,18% de artículos publicados respectivamente y seguidos por España con el 13,63% de artículos. Que nuestro país se encuentre entre los tres primeros países que más investigan este problema es un dato de orgullo, ya que demuestra que estamos creciendo en el ámbito de la investigación.

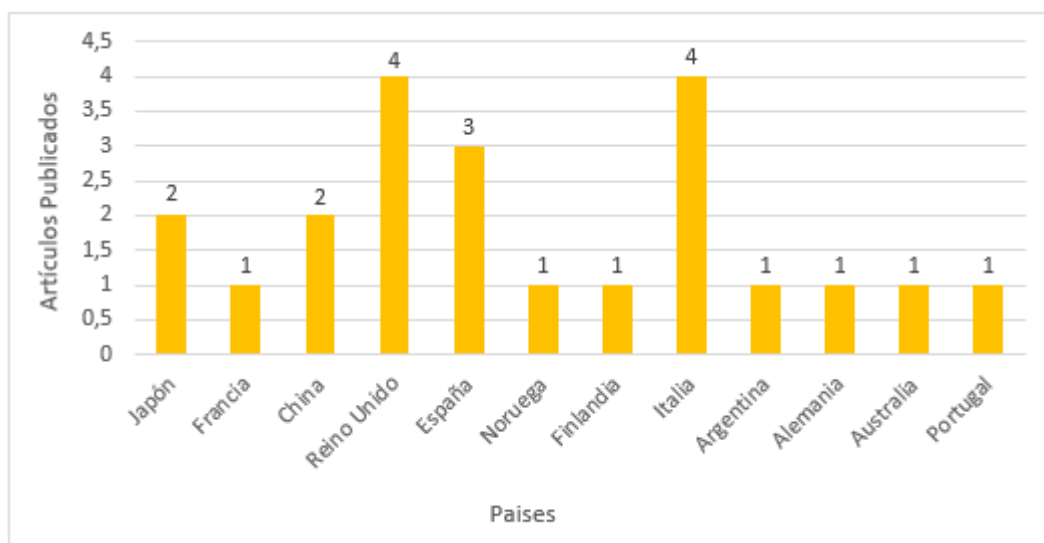


Figura 5. País de publicación (elaboración propia)

Si analizamos las revistas que más literatura han aportado a esta Revisión de la Literatura, vemos en la **figura 6** que han sido la *International Psychogeriatrics* con el 22,72% de los artículos, seguida por la *Journal of Alzheimer's Disease* con el 18,18% publicados.

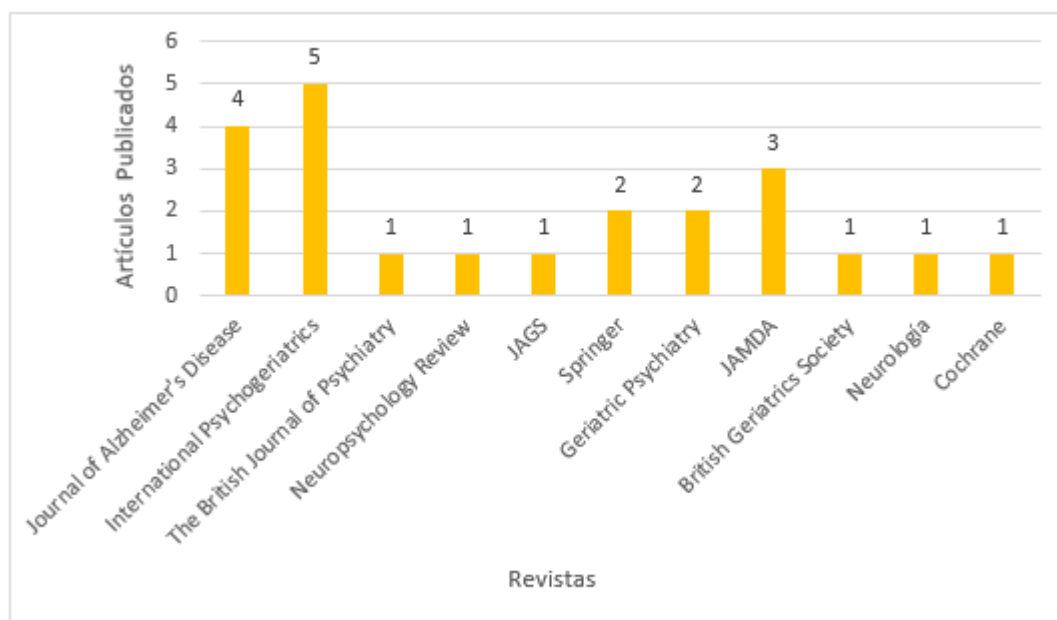


Figura 6. Revista de publicación (elaboración propia)

Finalmente, si observamos la **figura 7**, vemos que de los tipos de estudios utilizados en esta revisión destacan los Ensayos Controlados Aleatorizados (ECA), representando el 81,81% de los artículos. Este tipo de estudios son muy representativos para nuestra RL, ya que permite comparar de manera imparcial los efectos que el uso, o no, de las TC provoca en los participantes del ensayo.

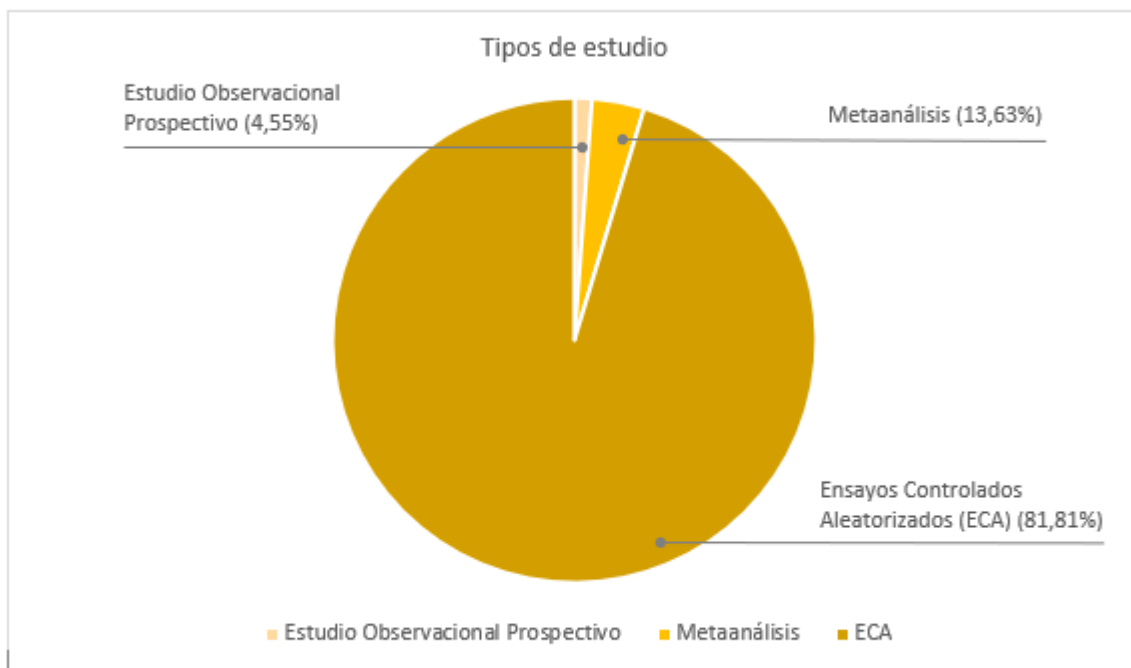


Figura 7. Tipos de estudio (elaboración propia)

Resultado de las variables cuantitativas del estudio

Muestra

Si consultamos la Tabla de las Variables (**Anexo 1**), podemos observar que existe mucha disparidad en lo que se refiere al tamaño de las muestras de cada estudio. Como podemos observar en la **figura 8**, la más grande consta de 2012 participantes, mientras que la más pequeña solamente de 9. Hay que destacar que los tamaños de muestra grande corresponden a Metaanálisis, mientras que los tamaños de muestra más pequeño se corresponden a ECAs. Todos los participantes que componen la muestra son adultos mayores con diagnóstico de demencia tipo Alzheimer y que están siendo, o no, tratados con tratamiento farmacológico.

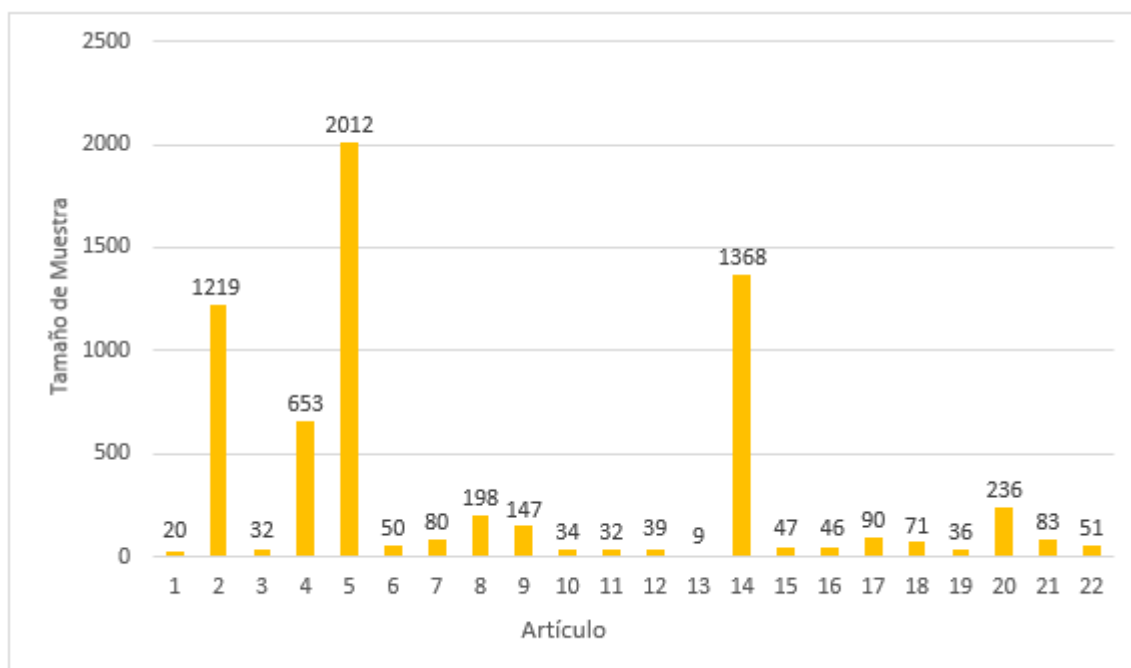


Figura 8. Cantidad de muestra (elaboración propia)

Escala de valoración cognitiva

Tal y como podemos observar en la **figura 9**, las escalas de valoración más utilizadas son la *Mini Mental State Examination* (MMSE), en el 68,18% de los artículos, la Escala de Evaluación de la Enfermedad de Alzheimer (ADAS-Cog), en el 36,36% de los artículos, y la *Global Deterioration Scale* (GDS), en el 27,27% de los artículos.

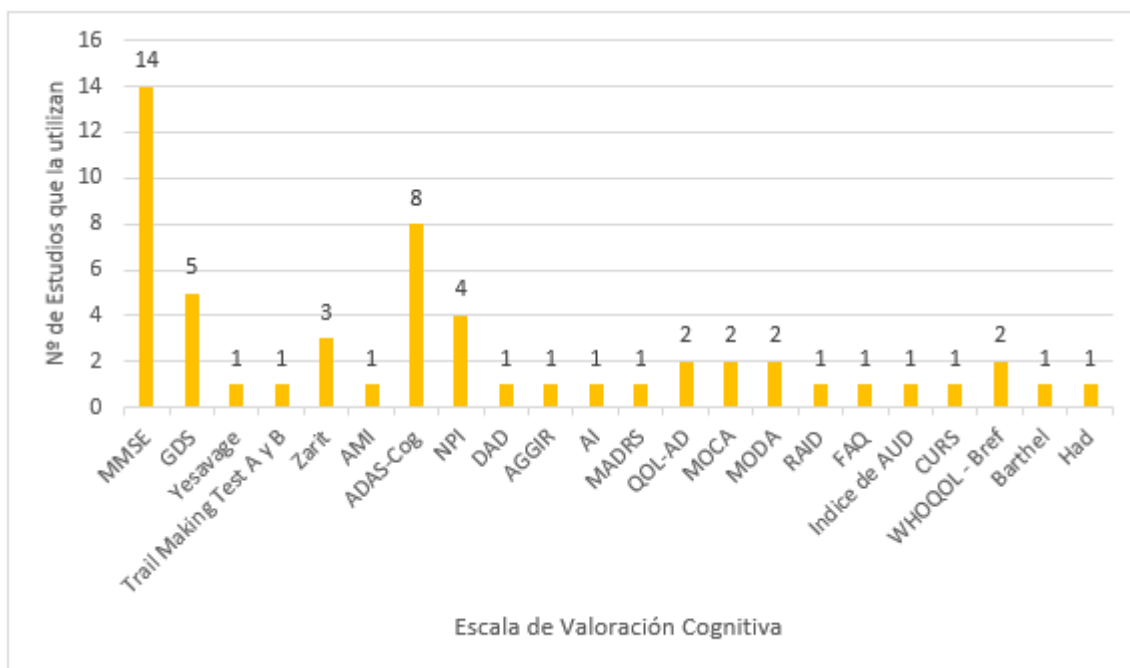


Figura 9. Escalas de valoración utilizadas (elaboración propia)

Terapias cognitivas

De todas las terapias cognitivas utilizadas en los artículos analizados en esta revisión, la **figura 10** nos afirma que la más utilizada fue, con el 45,45% de las muestras, la Terapia de Entrenamiento Cognitivo. La segunda más utilizada son las Terapias de Estimulación Cognitiva (27,27%) y la tercera las Terapias de Reminiscencia (22,72%).

- Entrenamiento Cognitivo: Este tipo de terapias “utilizan un conjunto de tareas y simulan actividades diarias con la ayuda de varios recursos” con las que el paciente, al realizarlas, estimula sus funciones cognitivas como: el lenguaje, la memoria, la atención.³⁹
- Estimulación Cognitiva: Es un “conjunto de técnicas y estrategias que” mejoran la funcionalidad “de las capacidades y funciones cognitivas (percepción, atención, razonamiento) mediante” la realización “de actividades concretas”.⁴⁰
- Terapia de Reminiscencia: Implica la discusión de actividades, eventos y experiencias pasadas, normalmente mediante el uso de indicaciones tangibles (fotografías, objetos domésticos y otros artículos familiares del pasado).¹⁸

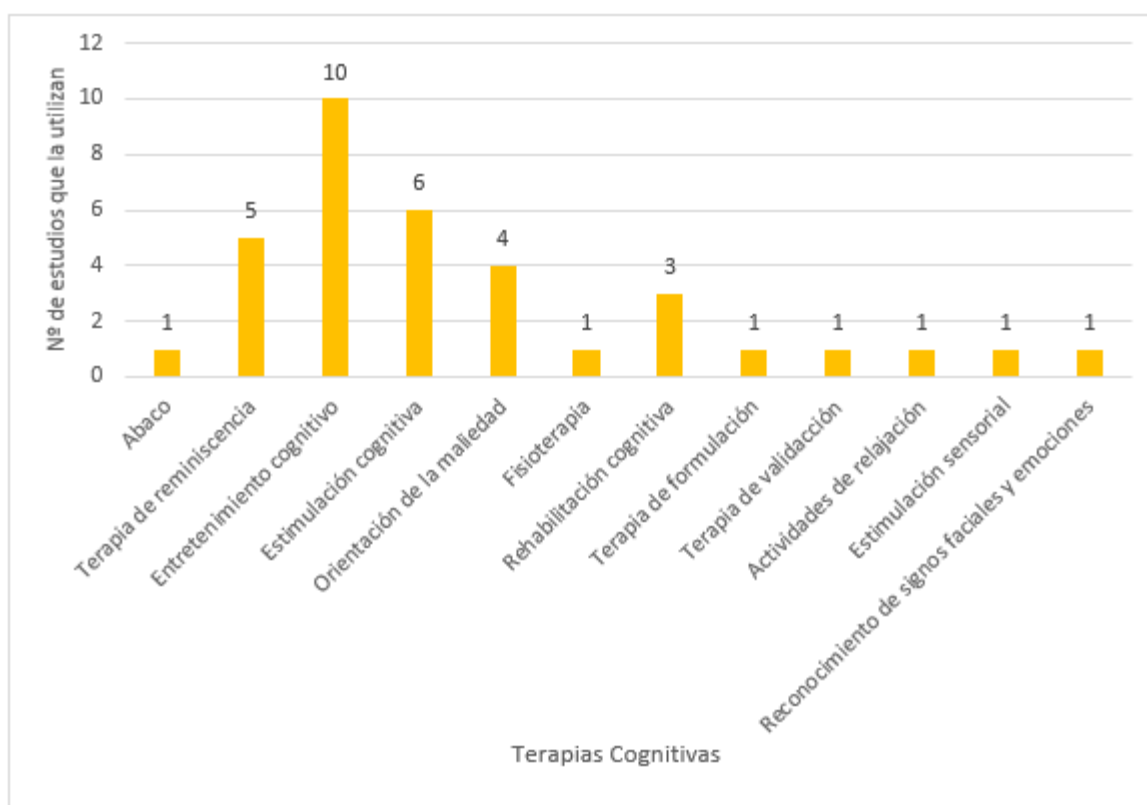


Figura 10. Terapias Cognitivas utilizadas (elaboración propia)

Fármacos vs Terapias Cognitivas

En 5 de los artículos de la muestra de esta RL compararon cuales eran los efectos de las TC junto con el uso de terapias farmacológicas, con el objetivo de determinar si estas podían convertirse en el tratamiento principal ante este tipo de pacientes.

Todos hallaron mejoras significativas. Aunque solo tres fueron a nivel cognitivo, las otras dos hallaron disminución del estado de ansiedad y de los síntomas depresivos.

Stella-Maria Paddick et. al, realizaron un ECA que tenía por objetivo “evaluar la viabilidad y la eficacia clínica de la Terapia de Estimulación Cognitiva (CST) en las zonas rurales de Tanzania”. Los 34 participantes “fueron asignados en cuatro grupos de CST”, ninguno tenía pautado tratamiento farmacológico. Al finalizar el estudio, “se observaron mejoras sustanciales en la cognición, la ansiedad y los síntomas conductuales”.⁽²⁶⁾

Susanna Bergamaschi et. al, afirmaron que “investigaciones recientes sugieren que una combinación de tratamientos farmacológicos” y el uso de las TC “mejora la cognición en pacientes con EA”. Para

confirmarlo, realizaron un ECA que “evaluó la efectividad de un entrenamiento cognitivo (CT) comparando el desempeño cognitivo de 16 pacientes con EA tratados con CT e inhibidores de la colinesterasa con el desempeño de 16 pacientes tratados” únicamente con inhibidores de la colinesterasa. “Después de 1 año de tratamiento, el grupo experimental” mostró un aumento significativo en las puntuaciones del MMSE mientras que el grupo control mostró una disminución significativa de la puntuación del MMSE. ⁽²⁷⁾

Por otra parte, Grazia D’Onofrio et. al, realizaron un ECA que buscaba “evaluar la eficacia de un tratamiento integrado con parche transdérmico de Rivastigmina y estimulación cognitiva en pacientes con EA”. Para ello, se incluyeron 90 pacientes con EA aleatorizados en dos grupos. El primero recibió estimulación cognitiva junto con tratamiento con parche de Rivastigmina (grupo experimental), mientras que el segundo grupo sólo recibió el tratamiento con parche de Rivastigmina (grupo control). Al final del estudio, todos los participantes del grupo experimental mejoraron los resultados a nivel de cognición en comparación con los resultados iniciales. ⁽³³⁾

Resultado de las variables cualitativas del estudio

Resultados

Tal y como podemos observar en la **figura 11**, el 77,27% de los artículos que conforman la muestra de esta revisión afirman que las TC son eficaces a la hora de mejorar las capacidades cognitivas de los pacientes con EA.

Por ejemplo, Paolo Salotti et. al, en su ECA, que tenía por objetivo “evaluar la eficacia de una intervención de rehabilitación cognitiva” que engloba dos TC (Terapia de Orientación a la Realidad y Entrenamiento Cognitivo) manifestó que las puntuaciones *post-hoc* de las escalas “MODA y MMSE” presentaban una mejora significativa en el grupo experimental en comparación con el grupo control, así como, “en la función cognitiva, que también se detectó una diferencia significativa en los sujetos del grupo experimental. ⁽²⁹⁾

En cambio, Roberto Muñoz et al, en su ECA de 2014, que tenía por objetivo “evaluar un programa de Intervención Cognitiva-Motora en pacientes con DCL de EA”, observó que las funciones cognitivas tanto del grupo experimental como del grupo control “mostraron un deterioro progresivo” durante todas las evaluaciones *post-hoc* que se realizaron. ⁽²³⁾

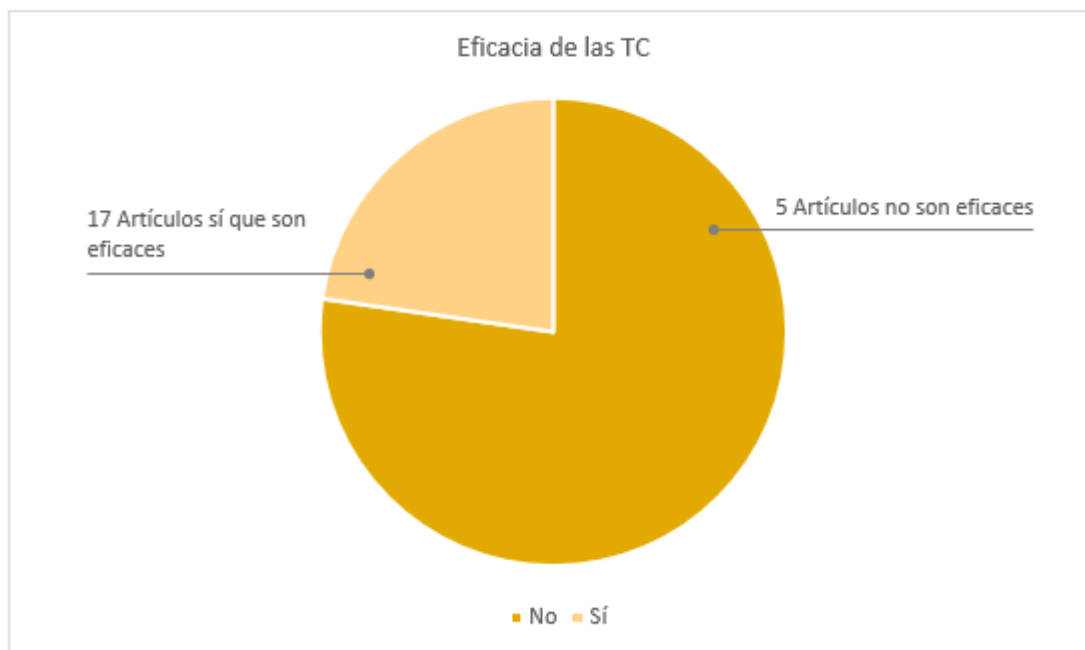


Figura 11. Eficacia de las Terapias Cognitivas según la literatura (elaboración propia)

Conclusiones

En este apartado podemos destacar que, el 100% de los artículos que se usaron para la presente revisión, manifiestan que se necesita más investigación al respecto con estudios más largos y/o con un tamaño de muestra más elevado.

Tal y como dicen Wu Rong-Kun et. al, en su metaanálisis no incluyeron “numerosos estudios” debido a su “calidad deficiente”, por lo tanto atestiguan que, los datos que usaron fueron “extremadamente limitados”.⁽³⁰⁾

Abordaje de enfermería

Debido a que el uso y la aplicación de las TC pertenece al campo de profesionales como psicólogos/as, terapeutas ocupacionales y neuropsiquiatras. No se encontró demasiada bibliografía respecto al rol que pueden desempeñar los profesionales de enfermería a la hora de aplicar este tipo de terapias no farmacológicas en pacientes que padecen la EA. A destacar también en este sentido que, 7 artículos de la muestra, no especifican qué tipo de profesional sanitario lleva a cabo las intervenciones y/o valoraciones.

Únicamente se encontraron dos artículos que nombran al profesional de enfermería. En el estudio de Johanne B Tonga et. al afirman que se utilizaron enfermeras que “fueron capacitadas para valorar y aplicar pruebas cognitivas” a los sujetos del estudio, así como la realización de entrevistas previas a los mismos.⁽²⁴⁾ Eeva-Liisa Kallio et al utilizaron en su estudio a “dos enfermeras ciegas del estudio” que “evaluaron medidas de resultado como la Escala MMSE”.⁽²⁵⁾

Por tanto podemos afirmar que el rol del profesional sanitario relacionado con la aplicación de TC en pacientes con EA únicamente no se limita únicamente a la valoración cognitiva mediante escalas de valoración como la MMSE, sino que estos también pueden, con una formación previa, hacer uso de este tipo de tratamiento no farmacológico en sus pacientes con demencia tipo Alzheimer.

6. Conclusiones

- Las Terapias Cognitivas surgen como una alternativa de terapia no farmacológica que pueden, o no, ser aplicadas junto con los tratamientos farmacológicos.
- Las Terapias Cognitivas más estudiadas actualmente son: el Entrenamiento Cognitivo, la Estimulación Cognitiva y la Terapia de Reminiscencia.
- Se ha demostrado que este tipo de terapia no farmacológica tiene un nivel de eficacia alta, aunque estos datos no son, a día de hoy, representativos, ya que la calidad de los estudios actuales es deficiente y es necesaria más investigación al respecto, con estudios más largos y un tamaño de muestra más elevado.
- Enfermería cumple un rol indispensable. No solo se limita a la valoración cognitiva de los pacientes mediante el uso de escalas de valoración, si no que, con una formación previa como la ofrecida dentro del plan de estudio de la Enfermera Interna Residente (EIR) de Geriatría, también están capacitados/as para aplicar este tipo de terapias a los enfermos.
- Existen en la actualidad pocas Bases de Datos relevantes que contengan información al respecto.
- A día de hoy no podemos hacer uso de las Terapias Cognitivas para sustituir el tratamiento farmacológico, pero sí como una terapia complementaria a este.

7. Implicación a la práctica profesional

Como hemos mencionado anteriormente, el uso y la aplicación de las TC pertenece al campo de profesionales como psicólogos/as, terapeutas ocupacionales y neuropsiquiatras. Aunque eso no quita que el profesional de enfermería no cumple un papel importante, como la valoración de la función cognitiva de los pacientes mediante escalas validadas de valoración cognitiva como el

MMSE y el ADAS-Cog, así como, tras recibir una formación previa de este tipo de terapias, la aplicación de las TC en los enfermos.

Porque en realidad, excluir a enfermería de los profesionales que pueden hacer uso de las TC es un error por diversos motivos.

Este tipo de terapias se pueden relacionar “con el lenguaje estandarizado en cuidados, los diagnósticos NANDA y las intervenciones de enfermería (NIC). Existen diversos dominios NANDA que contienen relación con “problemas psicológicos y psicosociales” que pueden llevar a la aplicación de las TC (“5: percepción/cognición, 6: autopercepción, 9: afrontamiento/tolerancia al estrés”)⁽⁴¹⁾

Si nos centramos en las “intervenciones NIC” podemos observar que, las terapias cognitivas conductuales, ya existen como una intervención a realizar.⁽⁴¹⁾

Es más, si nos centramos en las competencias que adquieren los profesionales en la especialización de Enfermería Geriátrica, el Boletín Oficial del Estado (BOE) en su apartado 5.4.4 que define la “capacidad para administrar con seguridad fármacos y otras terapias complementarias contemplando las especificidades de la persona anciana” ya nombra la “utilización de terapias complementarias”, como las TC, como una opción de tratamiento.⁽⁴²⁾

Todo ello nos lleva a entender que los profesionales de enfermería tienen las capacidades necesarias para llevar a cabo este tipo de terapias.⁽⁴¹⁾

“La principal limitación”, tal y como hemos comentado anteriormente, es la falta de “formación de los profesionales en dichas técnicas”. Es por ello que es muy importante el “entrenamiento de las mismas y el desarrollo de habilidades de comunicación” que permitan integrar la aplicación de las TC a los pacientes como una función de enfermería. Esta incorporación “debe ser similar a lo que ocurre con la interiorización de otras técnicas”. Si este tipo de terapias fueran “aplicadas por enfermeras entrenadas” podríamos afirmar que se tratan “de competencias asumidas por las enfermeras de práctica clínica avanzada”⁽⁴¹⁾

Esta nueva visión del rol de enfermería en el uso de las TC “abre una puerta hacia el abordaje de problemas psicosociales en distintos ámbitos asistenciales, como “las consultas de enfermería en Atención Primaria”. También conlleva la obligación de continuar investigando “sobre la aplicación de las” TC.⁽⁴¹⁾

8. Cronograma

ACTIVIDAD	SEPTIEMBRE			OCTUBRE				NOVIEMBRE					DICIEMBRE					ENERO					FEBRERO					MARZO					ABRIL				MAYO				JUNIO										
	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	S13	S14	S15	S16	S17	S18	S19	S20	S21	S22	S23	S24	S25	S26	S27	S28	S29	S30	S31	S32	S33	S34	S35	S36	S37	S38	S39	S40											
Presentación del TFG	■																																																		
Elección del tema		■	■																																																
Entrega de la solicitud del TFG					■																																														
Asignación provisional							■																																												
Asignación definitiva												■																																							
Entrega del contrato de aprendizaje													■																																						
Tutorías con el director													■											■																											
Primera búsqueda bibliografica														■																																					
Introducción																				■	■	■																													
Elaboración de los objetivos																																																			
Jornada TFG																																																			
Redacción de la metodología																																																			
Entrega de la Memoria de Seguimiento																																																			
Selección de artículos (Diagrama de Flujo)																																																			
Análisis de los artículos (Elaboración de tabla)																																																			
Redacción de los resultados y discusión																																																			
Redacción de las conclusiones																																																			
Redacción del Abstract																																																			
Entrega Memoria Final																																																			
Preparación de la defensa																																																			
Defensa TFG																																																			

■	Tutorías con el director
■	Sesiones del TFG
■	Entregas TFG
■	Trabajo individual
■	Asignaciones de la comisión del TFG

9. Bibliografía

1. Begali VL. Neuropsychology and the dementia spectrum: Differential diagnosis, clinical management, and forensic utility. *NeuroRehabilitation*. 2020;46(2):181-194. [consultado el 10 de enero del 2023]. Disponible en: <https://www.elsevier.com/es-es/connect/ciencia/la-cura-del-alzheimer,-por-que-cada-vez-es-tamos-mas-cerca>
2. ¿Qué son las enfermedades neurodegenerativas? [Internet]. Fundación Pasqual Maragall. [consultado el 10 de enero de 2023]. Disponible en: <https://blog.fpmaragall.org/enfermedades-neurodegenerativas>
3. Hoja informativa sobre la enfermedad de Alzheimer [Internet]. NIH. [consultado el 12 de enero de 2023]. Disponible en: <https://www.nia.nih.gov/espanol/hoja-informativa-sobre-enfermedad-alzheimer>
4. De Hoyos Alonso MC, Tapias Merino E, García de Blas González F. Demencia. *AMF* 2012; 8 (9): 484-495. Disponible en: https://amfsemfyc.com/web/article_ver.php?id=1062
5. El 35% de los casos de Alzheimer se pueden atribuir a nueve factores de riesgo modificables [Internet]. Sociedad Española de Neurología (SEN). 2019 [consultado el 13 de enero de 2023]. Disponible en: <https://www.sen.es/saladeprensa/pdf/Link280.pdf>
6. Cristofol Allué R, Barneto Soto M, Barranco Rubia E, Bertran Galofré S, Espinosa Val C, Fort Albiñana I, et al. Síntomas conductuales y psicológicos de las demencias. 3.^a ed. Cristofol Allué R, editor. Barcelona: Esmón Publicidad SA; 2013. 11-14 p. (consultado el 17 de enero del 2023)
7. García Alberca J. Las terapias de intervención cognitiva en el tratamiento de los trastornos de conducta en la enfermedad de Alzheimer. Evidencias sobre su eficacia y correlaciones neurobiológicas. *Neurología* [Internet]. 2016;30(1):8-15. [consultado el 17 de enero del 2023] Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021348531200271X?via%3Dihub>

8. López Locanto O. Pharmacological therapy of Alzheimer's disease and other dementias. *Med Interna (Bucur)* [Internet]. 2015;37(2):61-7. [consultado el 20 de enero del 2023] Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2015000200003
9. Alpizar, C; Morales C. La enfermedad de Alzheimer y los inhibidores de la colinesterasa. *Acta Med Costarric* [Internet]. 2003;45(2). [consultado el 20 de enero del 2023] Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022003000200005
10. Carretero M. Tratamiento de la enfermedad de Alzheimer moderada. *Offarm* [Internet]. 2006;25(4):100-2. [consultado el 20 de enero del 2023] Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-tratamiento-enfermedad-alzheimer-moderada-13086782>
11. Callejo Matey A. Tratamiento No Farmacológico en la Enfermedad de Alzheimer [Internet]. Universidad Pontificia; 2020. [consultado el 21 de enero del 2023] Disponible en: [https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/41319/TFG - Callejo Matey%2C Ana.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/41319/TFG_Callejo_Matey%2C_Ana.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
12. Ahunca Velásquez LF. Beyond Cognitive Impairment: Neuropsychiatric Symptoms in Neurodegenerative Dementias. *Rev Colomb Psiquiatr* [Internet]. 2017;46(1). [consultado el 21 de enero del 2023] Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502017000500051
13. Puerta Polo, Juliana Vanessa; Padilla Díaz DE. Terapia cognitiva-conductual (TCC) Como tratamiento para la depresión: Una revisión del estado del arte. *Duazary* [Internet]. 2011;8(2):251-7. [consultado el 22 de enero del 2023] Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=512156315016>
14. Ibáñez-Tarín, C; Manzanera-Escartí R. Easily implemented cognitive behaviour techniques in Primary Care (Part 1). *Med Fam Semer* [Internet]. 2012;38(6):377-87.

-
- [consultado el 24 de enero del 2023] Disponible en:
<https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-tecnicas-cognitivo-conductuales-facil-aplicacion-atencion-S113835931200069X>
15. Ibáñez-Tarín, C; Manzanera-Escartí R. Easily implemented cognitive behaviour techniques in primary care (part 2). Med Fam Semer [Internet]. 2014;40(1):34-41. [consultado el 24 de enero del 2023] Disponible en:
<https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-tecnicas-cognitivo-conductuales-facil-aplicacion-asistencia-S1138359313002207>
16. Gómez-Soria, Isabel; Andrés Esteban, Eva María; Gómez Bruton, Alejandro; Peralta-Marrupe P. Long-term effect analysis of a cognitive stimulation program in mild cognitive impairment elderly in Primary Care: A randomized controlled trial. Atención Primaria [Internet]. 2021;53(7). [consultado el 26 de enero del 2023] Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656721000871?via%3Dihub>
17. Matías-Guiu, J.A; Pérez-Martínez D. Estudio piloto de un nuevo método de estimulación aritmética empleando el ábaco en ancianos sanos y con trastorno cognitivo. El Sevier [Internet]. 2016;31(5):326-31. [consultado el 20 de febrero del 2023] Disponible en:
<https://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-295-articulo-estudio-piloto-un-nuevo-metodo-S021348531500033X>
18. Woods, B; O'Philbin, L; Farrell, E M; Spector, A E; Orrell M. Reminiscence therapy for dementia. Cochrane Libr [Internet]. 2018; [consultado el 22 de febrero del 2023] Disponible en:
<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001120.pub3/full>
19. Won Han, J; Lee, H; Woo Hong, J; Kim, K; Kim, T; Jin Byun, H; Won Ko, J; Chul Youn, J; Ryu, S; Lee, N; Pae, C; Woong Kim K. Multimodal Cognitive Enhancement Therapy for Patients with Mild Cognitive Impairment and Mild Dementia: A Multi- Center, Randomized, Controlled, Double-Blind, Crossover Trial. J Alzheimer's Dis [Internet]. 2017;55:787-96. [consultado el 23 de febrero del 2023] Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27802233/>

20. Amieva, Hélène; Robert, P H; Grandlueir, A S; Meillon, C; De Rotrou, J; Andrieu, S; Berr, C; Desgranges, B; Dubois, B; Girtanner, C; Joël, M E; Lavallart, B; Nourhashemi, F; Pasquier, F; Rainfray, M; Touchon, J; Chêne, G; Dartigues JF. Group and individual cognitive therapies in Alzheimer's disease: the ETNA3 randomized trial. *Int Psychogeriatrics* [Internet]. 2016;28(5):707-17. [consultado el 25 de febrero del 2023] Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26572551/>
21. Wang, Y Y; Yang, L; Zhang, J; Zeng, X T; Wang, Y; Jin YH. The Effect of Cognitive Intervention on Cognitive Function in Older Adults With Alzheimer's Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Neuropsychol Rev* [Internet]. 2022;32(2):247-73. [consultado el 26 de febrero del 2023] Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33893905/>
22. Spector, A; Charlesworth, G; King, M; Lattimer, M; Sadek, S; Marston, L; Rehill, A; Hoe, J; Qazi, A; Knapp, M; Orrell M. Cognitive-behavioural therapy for anxiety in dementia: pilot randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* [Internet]. 2015;206:1-8. [consultado el 28 de febrero del 2023] Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25698766/>
23. Muñiz, R; Masegú, C; Reisberg, R; Rojo, J M; Del Ser, T; Peña, J; Olazarán J. Cognitive-motor intervention in Alzheimer's disease: long-term results from the Maria Wolff trial. *J Alzheimer's Dis* [Internet]. 2015;45(1):295-304. [consultado el 28 de febrero del 2023] Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25547632/>
24. Tonga, J B; Šaltytė, J; Arnevik, E A; Werheid, K; Korsnes, M S; Ulstein ID. Managing depressive symptoms in people with mild cognitive impairment and mild dementia with a multicomponent psychotherapy intervention: a randomized controlled trial. *Int Psychogeriatrics* [Internet]. 2021;33(3):217-31. [consultado el 2 de marzo del 2023] Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32131911/>
25. Kallio, E V; Öhman, H; Hietanen, M; Soini, H; Strandberg, T E; Kautiainen, H; Pitkälä KH. Effects of Cognitive Training on Cognition and Quality of Life of Older Persons with Dementia. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 2018;66(4):664-70. [consultado el 4 de marzo del 2023] Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29345724/>

26. Paddick, S M; Mkenda, S; Mbowe, G; Kisoli, A; Gray, W K; Dotchin, C L; Ternent, L; Ogunniyi, A; Kissima, J; Olakehinde, O; Mushi, D; Walker RW. Cognitive stimulation therapy as a sustainable intervention for dementia in sub-Saharan Africa: feasibility and clinical efficacy using a stepped-wedge design. *Int Psychogeriatrics* [Internet]. 2017;29(6):979-89. [consultado el 5 de marzo del 2023] Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28222815/>
27. Bergamashi, S; Arcara, G; Calza, A; Villani, D; Orgeta, V; Mondini S. One-year repeated cycles of cognitive training (CT) for Alzheimer's disease. *Aging Clin Exp Res* [Internet]. 2013;25(4):421-6. [consultado el 5 de marzo del 2023] Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23784727/>
28. Capotosto, E; Belacchi, C; Gardini, S; Faggian, S; Piras, F; Mantoan, V; Salvalaio, E; Pradelli, S; Borella E. Cognitive stimulation therapy in the Italian context: its efficacy in cognitive and non-cognitive measures in older adults with dementia. *Int J Geriatr Psychiatr* [Internet]. 2017;32(3):331-40. [consultado el 8 de marzo del 2023] Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27272538/>
29. Salotti, P; De Sanctis, B; Clementi, A; Fernández, M; De Silvestris T. Evaluation of the efficacy of a cognitive rehabilitation treatment on a group of Alzheimer's patients with moderate cognitive impairment: a pilot study. *Aging Clin Exp Res* [Internet]. 2013;25(4):403-9. [consultado el 9 de marzo del 2023] Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23760946/>
30. Liang, J; Li, J; Jia, R; Wang, Y; Wu, R; Zhang, H; Hang, L; Xu, Y; Pan C. Comparison of Cognitive Intervention Strategies for Older Adults With Mild to Moderate Alzheimer's Disease: A Bayesian Meta-analytic Review. *J Am Medicals Dir Assoc* [Internet]. 2019;20(3):347-55. [consultado el 11 de marzo del 2023] Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30459116/>
31. Kawashima, R; Lewis, D; Sereda, S; Antonczak, M; Serger, K; Gannon, D; Ito, S; Otake, H; Yunomae, D; Kobayashi, A; Muller, C; Murata, H; FallCreek S. SAIDO learning as a cognitive intervention for dementia care: a preliminary study. *J Am Medicals Dir Assoc*

- [Internet]. 2015;16(1):56-62. [consultado el 11 de marzo del 2023] Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25528280/>
32. Rojas, G; Villar, V; Iturry, M; Harris, P; Serrano, C; Herrera, J; Allegri R. Efficacy of a cognitive intervention program in patients with mild cognitive impairment. *Int Psychogeriatrics* [Internet]. 2013;25(5):825-31. [consultado el 11 de marzo del 2023] Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23414646/>
33. D’Onofrio, G; Sancarlo, D; Addante, F; Ciccone, F; Cascavilla, L; Paris, F; Chiara, A; Nuzzaci, C; Picoco, M; Greco, A; Panza, F; Pilotto A. A pilot randomized controlled trial evaluating an integrated treatment of rivastigmine transdermal patch and cognitive stimulation in patients with Alzheimer’s disease. *Int J Geriatr Psychiatr* [Internet]. 2015;30(9):965-75. [consultado el 12 de marzo del 2023] Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25504466/>
34. Middelstāt, J; Folkerts, A; Blawath, S; Kalbe E. Cognitive Stimulation for People with Dementia in Long-Term Care Facilities: Baseline Cognitive Level Predicts Cognitive Gains, Moderated by Depression. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 2017;4(54):253-68. [consultado el 12 de marzo del 2023] Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27497474/>
35. Garcia, J; Goñi, M; Perea, M; Soto, F; Smith, S; Calvo, S; Franco M. The Efficacy of Emotion Recognition Rehabilitation for People with Alzheimer’s Disease. *J Alzheimer’s Dis* [Internet]. 2017;57(3):937-51. [consultado el 12 de marzo del 2023] Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28304290/>

36. D'Amico, F; Rehill, A; Knapp, M; Aguirre, E; Donovan, H; Hoare, Z; Joe, J; Russell, I; Spector, A; Streater, A; Whitaker, C; Woods, R; Omega R. Maintenance cognitive stimulation therapy: an economic evaluation within a randomized controlled trial. *J Am Medicals Dir Assoc* [Internet]. 2015;16(1). [consultado el 12 de marzo del 2023] Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25528281/>
37. Law, L; Barnett, F; Yau, M; Gray M. Effects of functional tasks exercise on older adults with cognitive impairment at risk of Alzheimer's disease: a randomised controlled trial. *Aging Clin Exp Res* [Internet]. 2014;43(6):813-20. [consultado el 12 de marzo del 2023] Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24850540/>
38. Silva, A; Salomé, M; Macedo, L; Moulin, C; Caldeira, S; Firmino H. It is not only memory: effects of sensecam on improving well-being in patients with mild alzheimer disease. *Int Psychogeriatrics* [Internet]. 2017;29(5):741-54. [consultado el 15 de marzo del 2023] Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28124633/>
39. Fernandes, R; De Lima I. COGNITIVE TRAINING IN THE ELDERLY AND ITS EFFECT ON THE EXECUTIVE FUNCTIONS. *Acta Colomb Psicología* [Internet]. 2016;19(2):177-97. [Consultado el 17 de marzo del 2023] Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0123-91552016000200008&script=sci_arttext&tlng=es
40. Muñoz D. Cognitive stimulation as a strategy for psychogerontological care for the elderly with dementia. *Rev Cuba Salud Pública* [Internet]. 2018;44(3). [Consultado el 17 de marzo del 2023] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662018000300006
41. González, M; Duarte G. Terapia cognitivo-conductual y enfermería. A propósito de un caso. *Rev Enferm* [Internet]. 2014;8(1). [Consultado el 18 de marzo del 2023] Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2014000100010

42. BOE. Orden SAS/3225/2009, de 13 de noviembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Geriátrica [Internet]. BOE. 2009. [Consultado el 18 de marzo del 2023] Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2009-19139

6. Anexos

Anexo 1. Tabla de análisis de datos (elaboración propia)

Variables de estudio							
Título	Año	Estudio	Muestra	Escala	TC	Resultado	Conclusión
Estudio piloto de un nuevo método de estimulación aritmética empleando el ábaco en ancianos sanos y con trastorno cognitivo ¹⁷	2015	Estudio observacional, prospectivo	Se incluyó a 20 pacientes mayores de 65 años divididos en tres grupos: 1. 6 sujetos sanos sin quejas cognitivas ni alteraciones funcionales en su vida diaria. 2. 6 pacientes con diagnóstico de	Mini Mental State Examination (MMSE). Global Deterioration Scale (GDS). Escala de depresión	Mediante un ábaco se aplicó un método que tenía por objetivo potenciar la cognición a partir de la utilización de un programa basado en 3	Se observaron cambios significativos en MMSE (pre-intervención: 23,1; post-intervención 24,9), no se observaron diferencias significativas en TMT-A y B,	El estudio demuestra que la estimulación cognitiva aritmética mediante ábaco es aplicable, con y sin deterioro cognitivo. Se necesitan futuros estudios comparativos, aleatorizados y con un tiempo de seguimiento mayor para evaluar la eficacia de dicho método sobre la cognición y

			<p>deterioro cognitivo leve (DCL).</p> <p>3. 8 pacientes con diagnóstico de EA leve.</p>	<p>geriátrica de Yesavage.</p> <p>Trail Making Test A y B.</p> <p>Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit.</p>	<p>herramientas claves: cálculo con ábaco, aritmética mental y actividades didácticas.</p>	<p>escala de Yesavage y escala de Zarit.</p> <p>Estos resultados se mantuvieron cuando se analizó únicamente a los pacientes con DCL o EA (MMSE pre-intervención: 21,5; MMSE post-intervención: 23,35).</p>	<p>la conducta de los pacientes.</p>
Reminiscence therapy for dementia ¹⁸	2018	Metaanálisis	Para la cognición, analizaron datos de 14 estudios en los que	La cognición fue medida por el	La terapia de reminiscencia	Hubo una ligera mejoría	La terapia de reminiscencia es efectiva a la hora de

			<p>participaron 1219 personas con demencia, en los que 679 recibieron algún tipo de terapia de reminiscencia y 540 se asignaron a grupos de control.</p>	<p>MMSE y la Entrevista de Memoria Autobiográfica (AMI) usando la Subescala de Memoria Semántica Personal (PSS).</p>	<p>implica la discusión de actividades, eventos y experiencias pasadas, normalmente mediante el uso de indicaciones tangibles (fotografías, objetos domésticos y otros artículos familiares del pasado.</p>	<p>en la cognición en la subescala PSS después de una intervención de reminiscencia, pero el efecto fue pequeño y de importancia clínica incierta.</p> <p>En el MMSE hubo una mejoría estadísticamente significativa después de la reminiscencia en comparación</p>	<p>mejorar la función cognitiva de las personas con demencia, pero sus efectos son inconsistentes y se precisará de nuevos estudios con un tamaño de muestra más grande para concretar esa eficacia.</p>
--	--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

						con el grupo control.	
Multimodal Cognitive Enhancement Therapy for Patients with Mild Cognitive Impairment and Mild Dementia: A Multi-Center, Randomized, Controlled, Double-Blind, Crossover Trial ¹⁹	2017	Ensayo clínico cruzado de dos periodos, multicéntrico, doble ciego, aleatorizado, controlado con placebo.	De los 32 pacientes con demencia que participaron en el estudio, 28 tenían la Enfermedad de Alzheimer. Los pacientes fueron aleatorizados en dos grupos, uno para recibir Terapia de mejora cognitiva multimodal (TMCM), y el otro Terapia Simulada (TS).	Para valorar la función cognitiva se utilizaron el MMSE y la Escala de Evaluación de la Enfermedad de Alzheimer (ADAS-Cog)	La TMCM consiste en entrenamiento cognitivo, estimulación cognitiva, orientación de la realidad, fisioterapia, terapia de reminiscencia y musicoterapia. Se llevó a cabo en forma de terapia de	En el grupo TMCM la mayoría de los participantes mostraron una mejora científicamente significativa tanto en las puntuaciones de la escala MMSE como en la de ADAS-Cog. En cambio en el grupo de la TS los sujetos no	La TMCM mejoró la cognición global en los pacientes con DCL de manera más efectiva que las actividades convencionales de mejora cognitiva que se emplean actualmente.

					<p>grupo para 8 participantes, que constaba de tres sesiones de 3 horas por semana durante 8 semanas.</p> <p>La TS también consistió en tres sesiones de 3 horas por semana durante ocho semanas pero en las cuales los participantes visualizaban</p>	<p>mostraron mejoras científicamente significativas en ninguna de las dos escalas.</p>	
--	--	--	--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------	--

					videos sobre problemas de salud, realizaban ejercicios de gimnasia y conversaciones no estructuradas.		
Group and individual cognitive therapies in Alzheimer's disease: The ETNA3 randomized trial <small>20</small>	2016	Ensayo multicéntrico, estratificado, de grupos paralelos, con aleatorización equilibrada.	653 pacientes diagnosticados con la Enfermedad de Alzheimer en la etapa leve a moderada, no institucionalizados y con un cuidador familiar identificado, fueron asignados al azar a un grupo de intervención. Fueron seguidos a los 3, 6, 12, 18 y 24	MMSE GDS ADAS-COG Neuropsychiatric Inventory (NPI)	Cada grupo recibió un tipo de intervención: 1. Terapia de entre namis	El único grupo que evidenció un menor declive funcional fue el que recibió la terapia de rehabilitación	Ninguna intervención demostró ser eficaz sobre la cognición de los pacientes con Alzheimer, aunque se admite que el tamaño de la muestra fue inferior al objetivo inicial, lo que podría haber contribuido a

			meses después del inicio de la terapia.	<p>Disablement as evaluation for dementia (DAD)</p> <p>Grille d'autonomie gérontologique-groupe s</p> <p>Iso-Ressources (AGGIR)</p> <p>Apathy Invententory (AI)</p>	<p>ento cognitivo.</p> <p>2. Terapia de reminiscencia.</p> <p>3. Terapia de rehabilitación cognitiva.</p> <p>4. Grupo control. Atenc</p>	cognitiva individualizada	debilitar el poder estadístico del estudio.
--	--	--	-----------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------	---------------------------------------------

				Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS)	ión médica habitual.		
				Quality of Life-Alzheimer's Disease Scale (QoL-AD)	Cada intervención consistió en sesiones semanales de 1 hora y media de duración durante los tres primeros meses y sesiones de mantenimiento o realizadas cada seis		
				Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit			

					semanas durante los siguientes 21 meses.		
The Effect of Cognitive Intervention on Cognitive Function in Older Adults With Alzheimer’s Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis ²¹	2019	Revisión sistemática y metaanálisis.	25 estudios se incluyeron en la revisión sistemática y 17 en el metaanálisis.	MMSE Evaluación Cognitiva de Montreal (MOCA) Evaluación General de la Demencia de Milán (MODA) ADAS-Cog	1169 con EA recibieron intervenciones cognitivas y 843 pacientes con EA recibieron el mismo tratamiento farmacológico o la misma rutina. La duración de las	El entrenamiento cognitivo puede generar mejoras claramente beneficiosas en la función cognitiva global después de intervenciones a corto, mediano o largo plazo.	El entrenamiento cognitivo puede producir mejoras claras en la función cognitiva global. Sin embargo, se necesitan más ECA de alta calidad y a mayor escala para confirmar los efectos reales de la intervención cognitiva.

					intervenciones varió de 4 a 48 semanas.	Aunque esta efectividad se vio reducida durante el periodo de seguimiento post intervención.	
Cognitive-behavioural therapy for anxiety in dementia: pilot randomised controlled trial ²²	2015	Ensayo Controlado Aleatorizado (ECA) simple ciego multicéntrico.	50 participantes con DCL o DCM participaron en el estudio. Fueron asignados al azar en dos grupos: el primero recibió TC en diez sesiones semanales con una duración de una hora, el segundo recibió el tratamiento estándar.	MMSE Rating Anxiety in Dementia (RAID)	Terapia de formulación basada en el modelo cognitivo de ansiedad de Beck & Clark.	La cognición se mantuvo igual en ambos grupos, aunque los resultados de la RAID disminuyeron en comparación con los	Se requiere un ECA más grande y totalmente potenciado para evaluar la efectividad de la TC para la ansiedad en la demencia.

						obtenidos al inicio del estudio.	
Cognitive-Motor Intervention in Alzheimer's Disease: Long-Term Results from the Maria Wolff Trial ²³	2015	ECA	80 sujetos con DCL por EA fueron aleatorizados en dos grupos: el grupo control y el grupo de intervención a los cuales se les ofreció un programa de sesiones de estimulación cognitiva-motora de 3,5 horas, dos veces por semana	ADAS-Cog Cuestionario de Actividades Funcionales (FAQ) Índice de ABVD Escala de Depresión Geriátrica (GDS) Entrevista de Carga	Se diseñó un programa de estimulación cognitiva en el cual, en cada sesión, se enfocó una de un conjunto de seis funciones cognitivas (atención, lenguaje, memoria, habilidad visuoespacial,	No se hallaron mejoras a nivel cognitivo en ninguno de los dos grupos ni durante ni después de la intervención.	No se ha demostrado que una terapia de estimulación cognitivo-motora sea eficaz a la hora de mejorar la cognición en pacientes con DCL por EA.

					funciones frontales/ejecutivas y capacidad numérica).		
Managing depressive symptoms in people with mild cognitive impairment and mild dementia with a multicomponent psychotherapy intervention: a randomized controlled trial ²⁴	2020	ECA	Se incluyeron 198 personas con DCL o demencia tipo alzheimer. Se dividieron en dos grupos de manera aleatoria. El grupo de intervención recibió 11 sesiones semanales individuales del programa CORDIAL y los del grupo control el tratamiento habitual.	Neuropsiquiatrico (NPI-Q)	La intervención se basó en el estudio alemán CORDIAL en el cual los participantes del grupo de intervención realizaron 11 sesiones semanales, el programa se	El grupo de intervención vio reducido de manera significativa los resultados previos de la MADRS aunque la intervención no demostró eficacia en la reducción de los síntomas	El programa CORDIAL redujo los síntomas depresivos en personas con DCL y demencia.

					dividió en módulos con actividades teórico-prácticas sobre qué son y cómo paliar los síntomas depresivos, rehabilitación cognitiva y terapia de reminiscencia	neuropsiquiátricos ni en el aumento de la calidad de vida de los participantes.	
Effects of Cognitive Training on Cognition and Quality of Life of Older Persons with Dementia ²⁵	2018	ECA simple ciego	147 personas mayores con demencia Alzheimer leve a moderada.	ADAS-Cog Instrumento de 15 dimensiones (15D) para la calidad de	Programa de entrenamiento sistemático de 12 semanas centrado en:	No se encontraron diferencias significativas en la cognición	El entrenamiento cognitivo no tuvo efecto sobre la cognición global o la CVRS en personas con demencia leve a moderada.

				vida relacionada con la salud (CVRS)	la atención, la memoria de trabajo, flexibilidad cognitiva y planificación. El grupo de intervención se sometió a entrenamiento cognitivo dos veces por semana durante 45 minutos y el grupo control realizó su actividad diaria habitual.	global entre los dos grupos.	
--	--	--	--	--------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------	--

<p>Cognitive stimulation therapy as a sustainable intervention for dementia in sub-Saharan Africa: feasibility and clinical efficacy using a stepped-wedge design ²⁶</p>	<p>2017</p>	<p>ECA</p>	<p>34 participantes con demencia leve/moderada fueron asignados a cuatro grupos de Terapia de Estimulación Cognitiva (CST)</p>	<p>Escala de calidad de vida breve de la OMS (WHOQOL-Bref) Escala de Barthel ADAS-Cog Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD)</p>	<p>Cada programa de CST constaba de 14 sesiones, realizadas dos veces por semana durante siete semanas. La terapia incluye elementos de orientación a la realidad, terapia de validación y terapia de reminiscencia</p>	<p>Se observaron mejoras significativas en la cognición, la ansiedad y los síntomas conductuales después de la CST.</p>	<p>Se ha demostrado la factibilidad de esta intervención no farmacológica. Se requiere demostrar la eficacia en estudios multicéntricos más grandes.</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------	------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>One-year repeated cycles of cognitive training (CT) for Alzheimer's disease ²⁷</p>	<p>2013</p>	<p>ECA simple ciego</p>	<p>16 pacientes con EA tratados con entrenamiento cognitivo e inhibidores de la colinesterasa, frente a 16 pacientes con EA tratados con un tratamiento cognitivo inespecífico e inhibidores de la colinesterasa</p>	<p>MMSE</p>	<p>El grupo experimental participó en cinco ciclos de Entrenamiento Cognitivo con un descanso de 4 semanas entre cada ciclo.</p>	<p>El grupo experimental mostró un aumento significativo en las puntuaciones del MMSE, mientras que el grupo de control mostró una disminución significativa</p>	<p>Los ciclos repetidos de Entrenamiento Cognitivo pueden ser una terapia útil para las personas con EA leve y moderado, aunque deben interpretarse con cautela debido al pequeño tamaño de la muestra</p>
<p>Cognitive stimulation therapy in the Italian context: its efficacy in cognitive and</p>	<p>2016</p>	<p>ECA multicéntrico</p>	<p>39 adultos mayores con demencia leve a moderada fueron asignados aleatoriamente a dos</p>	<p>MMSE ADAS-Cog</p>	<p>Se llevaron a cabo 14 sesiones grupales</p>	<p>Después de la intervención, el grupo experimental</p>	<p>Se confirma la eficacia, al menos a corto plazo, de la terapia de estimulación cognitiva en el</p>

<p>non-cognitive measures in older adults with dementia²⁸</p>			<p>programas: uno participó en la terapia de estimulación cognitiva y el otro participó en actividades generales alternativas</p>	<p>Prueba de extensión de dígitos hacia atrás Prueba de lenguaje narrativo Escala de Cornell Inventario Neuropsiquiátrico</p>	<p>estructuradas , dos veces por semana durante 7 semanas. Cada sesión se estructuraba de la siguiente manera: introducción (donde se discutía el tema musical que armonizaría la sesión, principales actividades</p>	<p>mantuvo sus puntuaciones previas en el MMSE mientras que el grupo control mostró un deterioro. El grupo intervención también mostró mejoría en algunas de las medidas cognitivas, del estado de ánimo y las de calidad de vida</p>	<p>mantenimiento de las funciones cognitivas y la calidad percibida en adultos mayores con demencia</p>
----------------------------------------------------------------------------------	--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

					de estimulación cognitiva y una conclusión de la sesión		
Evaluation of the efficacy of a cognitive rehabilitation treatment on a group of Alzheimer's patients with moderate cognitive impairment: a pilot study <small>29</small>	2013	ECA	9 pacientes del sexo femenino con una edad media de 80,1 años diagnosticados de demencia tipo Alzheimer	Evaluación general de demencia de Milán MMSE Test de Evaluación Cognitiva Montreal (MOCA)	Los pacientes se sometieron a una serie de estimulaciones grupales específicas 3 días a la semana. Cuatro de ellos (grupo experimental) , en los últimos 12	Tanto en los resultados del MOCA como en los del MMSE se halló una diferencia significativa entre el grupo experimental y el grupo control	Este estudio sugirió una mejora estadísticamente significativa en la función cognitiva a partir de los 9 meses de la terapia

					meses, también se sometieron a estimulación cognitiva basada en una combinación de dos terapias, terapia de orientación a la realidad (ROT) y el entrenamiento cognitivo (CT), tres veces por semana. Los cinco sujetos		
--	--	--	--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

					restantes (grupo control) continuaron con sus actividades habituales de estimulación cognitiva inespecífica		
Comparison of Cognitive Intervention Strategies for Older Adults with Mild to Moderate Alzheimer's Disease: A Bayesian Meta-analytic Review ³⁰	2018	Revisión sistemática y metaanálisis	Se incluyeron 22 estudios en diferentes Bases de Datos que incluyeron a 1368 participantes	MMSE	Se buscaron estudios que hablen sobre la efectividad de 3 intervenciones cognitivas principales de la EA:	Se halló que el entrenamiento cognitivo y la rehabilitación cognitiva podrían mejorar de manera significativa las	El estudio indicó que la TC podría ser el mejor método para mejorar la función cognitiva de los pacientes con EA

					entrenamiento o cognitivo, estimulación cognitiva y rehabilitación cognitiva	puntuaciones de la escala MMSE en el grupo de intervención, mientras que la estimulación cognitiva fue menos eficaz	
SAIDO Learning as a Cognitive Intervention for Dementia Care: A Preliminary Study ³¹	2015	ECA	23 residentes de hogares de ancianos con demencia fueron asignados al grupo de intervención y otras 24 personas con demencia de otra residencia como grupo control. 13 participantes del grupo de intervención y 6 del grupo	MMSE Batería de Evaluación Frontal al lado de la cama (FAB)	SAIDO Learning es un programa de entrenamiento de la memoria de trabajo que utiliza problemas	Los participantes con EA del grupo de intervención mostraron una mejora estadísticamente significativa en la función	SAIDO Learning es una intervención cognitiva efectiva y útil para el cuidado de la demencia

			control tenían diagnosticada la EA		básicos sistematizados de aritmética y lenguaje, incluida la lectura en voz alta y la escritura	cognitiva en comparación con el grupo control. Las puntuaciones del FAB realizadas a los 6 meses post intervención tendieron a mejorar	
Efficacy of a cognitive intervention program in patients with mild cognitive impairment ³²	2013	ECA	46 participantes con DCL fueron incluidos en este estudio y seguidos durante un año. 24 sujetos (grupo experimental) se sometieron al programa de intervención cognitiva (CIP) durante seis meses, mientras 22 (grupo	MMSE Clinical Dementia Scale Boston Naming Test Diseño de bloques	La intervención se centró en la enseñanza de estrategias cognitivas, entrenamiento cognitivo y	Se hallaron mejoras estadísticamente significativas en todas las puntuaciones post	Las personas con deterioro cognitivo leve pueden mejorar su rendimiento en las medidas cognitivas y funcionales cuando se les proporciona un entrenamiento cognitivo temprano y, este, podría

			control) no recibieron tratamiento	Razonamiento matricial Fluidez semántica	uso de ayudas externas, en sesiones de dos horas, dos veces por semana durante seis meses	intervención de las escalas de valoración utilizadas en el estudio	persistir en un seguimiento a largo plazo
A pilot randomized controlled trial evaluating an integrated treatment of rivastigmine transdermal patch and cognitive simulation in patients with Alzheimer's disease	2014	ECA simple ciego	90 pacientes mayores de 65 años diagnosticados de EA fueron aleatorizados en dos grupos: Grupo 1 tratados con parche transdérmico de rivastigmina (RTP) y estimulación cognitiva (CS). Grupo 2: solo tratados con RTP.	MMSE Clinical Dementia Rating (CDR) Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D) GDS NPI	Todos los sujetos del grupo 1 participaron en sesiones de entrenamiento o individuales, cada una con una duración	Después de 6 meses de seguimiento, hubo diferencias significativas entre ambos grupos. Todos los resultados a nivel de cognición del	El tratamiento integrado de RTP con CS en pacientes con EA durante 6 meses mejoró significativamente la cognición, los síntomas depresivos y neuropsiquiátricos, el estado funcional y el riesgo de mortalidad en comparación con un grupo

			Todos los participantes fueron evaluados al inicio del estudio y a los 6 meses de finalización		de 90 minutos una vez a la semana durante 2 ciclos. Cada ciclo duraba 2 meses y estaba separado del siguiente por una parada de 2 meses. El CS consistía en la terapia de orientación a la realidad (ROT)	grupo 1 mejoraron	de pacientes con EA que recibieron solo RTP
--	--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------	---------------------------------------------

<p>Cognitive Stimulation for People with Dementia in Long-Term Care Facilities: Baseline Cognitive Level Predicts Cognitive Gains, Moderated by Depression ³⁴</p>	<p>2016</p>	<p>ECA</p>	<p>71 personas con demencia leve a moderada fueron asignadas aleatoriamente al grupo experimental que visitó un programa de CS dos veces por semana durante ocho semanas, o al grupo control que estaba recibiendo cuidado usual. Se realizó una valoración cognitiva antes, después y a las seis semanas de la finalización del estudio</p>	<p>ADAS-Cog QoL-AD</p>	<p>El programa CS estaba compuesto por diferentes fases de distintas actividades para fomentar la cognición. Ejercicios de funciones cognitivas, actividades de relajación y estimulación sensorial</p>	<p>No hubo efectos de interacción significativos a nivel cognitivo</p>	<p>Este estudio proporciona datos sobre los perfiles de los pacientes que tienen más probabilidades de beneficiarse de la intervención de CS</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------	------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>The Efficacy of Emotion Recognition Rehabilitation for People with Alzheimer’s Disease ³⁵</p>	<p>2017</p>	<p>ECA</p>	<p>36 participantes con EA fueron asignados a una de tres condiciones: grupo experimental, que recibió 20 sesiones de rehabilitación de reconocimiento de emociones y 20 sesiones de terapia de estimulación cognitiva. Un grupo control que recibió 40 sesiones de terapia de estimulación cognitiva. Y un grupo de tratamiento habitual</p>	<p>La capacidad cognitiva se evaluó con el MMSE</p>	<p>El programa de intervención constó de 12 sesiones divididas en tres módulos de reconocimiento de signos faciales y emociones</p>	<p>No se hallaron correlaciones significativas en la cognición</p>	<p>Los resultados del estudio sugieren que existe capacidad para mejorar el reconocimiento de las expresiones faciales de las emociones a través de la rehabilitación específica en personas con EA</p>
<p>Maintenance Cognitive Stimulation Therapy: An Economic Evaluation Within a Randomized Controlled Trial ³⁶</p>	<p>2015</p>	<p>ECA pragmático, simple ciego, multicéntrico</p>	<p>236 participantes con demencia leve a moderada recibieron terapia de estimulación cognitiva durante 7 semanas. Fueron asignados al azar en dos grupos: realizar la terapia de</p>	<p>MMSE</p>	<p>Los participantes completaron 7 semanas de terapia de estimulación</p>	<p>La terapia de estimulación cognitiva en combinación con inhibidores de</p>	<p>Es probable que la continuación de la terapia de estimulación cognitiva sea rentable para las personas con demencia de leve a moderada</p>

			mantenimiento más la atención habitual o atención habitual durante 24 semanas		cognitiva estándar.	la acetilcolinesterasa ofreció ganancias de rentabilidad cuando el resultado se midió como cognición	
Effects of functional tasks exercise on older adults with cognitive impairment at risk of Alzheimer's disease: a randomized controlled trial ³⁷	2014	ECA simple ciego	83 adultos mayores de 60 años con DCL fueron asignados al azar a un grupo de ejercicios de tareas funcionales o a un grupo de entrenamiento cognitivo activo durante 10 semanas. Todas las medidas de resultado se realizaron al inicio. Después	Examen del estado cognitivo neuroconductual Prueba de creación de senderos Prueba de aprendizaje verbal de la versión china	Grupo de ejercicios de tareas: Implicó un total de 13 sesiones en 10 semanas. Todas ellas comenzaron	El grupo de intervención mostró diferencias significativas en las funciones cognitivas generales, la memoria, la	Un programa de ejercicios de tareas funcionales es factible para mejorar las funciones cognitivas y el estado funcional de los adultos mayores con DCL

			de la intervención y a los 6 meses de finalizar	<p>Prueba de aprendizaje verbal de categoría</p> <p>Escala de actividades instrumentales de la vida diaria de Lawton</p> <p>Problemas en la vida cotidiana</p>	<p>con un calentamiento de 5 a 10 minutos de estiramiento ligero, seguido de un programa de tareas funcionales simuladas básicas de 30 minutos más un enfriamiento posterior de 5 a 10 minutos</p> <p>Grupo funciones cognitivas:</p>	<p>función ejecutiva, el estado funcional y la capacidad de resolución de problemas. Las mejoras se mantuvieron en el tiempo a los 6 meses de seguimiento</p>	
--	--	--	-------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

					<p>Programa de entrenamient o cognitivo de seis sesiones durante 10 semanas. Cada sesión incluyó 30 minutos de entrenamient o cognitivo basado en computadora y 30 minutos de entrenamient o de estrategia cognitiva. Cada sesión</p>		
--	--	--	--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

					se complementó con tareas en casa con lápiz y papel		
It is not only memory: effects of sensecam on improving well-being in patients with mild alzheimer disease ³⁸	2017	ECA	Cincuenta y un pacientes con EA leve fueron asignados aleatoriamente en tres grupos de entrenamiento cognitivo	Escala de Depresión Geriátrica Evaluación Funcional de Adultos y Adultos Mayores WHOQOL-OLD	Memo+: Programa de entrenamiento de la memoria basado en el uso de papel y lápiz SenseCam: Cámara portátil utilizada como ayuda	Los grupos de intervención redujeron significativamente los síntomas depresivos y mejoraron las capacidades funcionales en comparación con el grupo control	Dos tipos de rehabilitación de la memoria pueden mejorar la sintomatología depresiva y las actividades instrumentales de la vida diaria y, por ende, estimular la cognición

					de memoria externa pasiva		
					Diario escrito (grupo control):		
					Realización de un diario personal		

11. Lista de abreviaturas

ABVD: Actividades Básicas de la Vida Diaria

SEN: Sociedad Española de Neurología

EA: Enfermedad de Alzheimer

SCPD: Síntomas Conductuales y Psicológicos de la Demencia

IPA: Asociación Psicogerítrica Internacional

TC: Terapias Cognitivas

FDA: Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos

RL: Revisión de la Literatura

DCL: Deterioro Cognitivo Leve

DCM: Deterioro Cognitivo Moderado

BD: Bases de Datos

ECA: Ensayo Controlado Aleatorizado

MMSE: Mini Mental State Examination

ADAS-Cog: Escala de Evaluación de la Enfermedad de Alzheimer

GDS: Global Deterioration Scale

NANDA: North American Nursing Diagnosis Association

NIC: Nursing Interventions Classification

BOE: Boletín Oficial del Estado

AMI: Entrevista de Memoria Autobiográfica

PSS: Subescala de Memoria Semántica

NPI: Neuropsychiatric Inventory

DAD: Disablement As evaluation for Dementia

AGGIR: Grille d'autonomie gérontologique-groupes Iso-Ressources

AI: Apathy Inventory

MADRS: Montgomery-Asberg Depression Rating Scale

QoL-AD: Quality of Life-Alzheimer's Disease Scale

MOCA: Evaluación Cognitiva de Montreal

MODA: Evaluación General de la Demencia de Milán

RAID: Rating Anxiety in Dementia

FAQ: Cuestionaria de Actividades Funcionales

15D: Instrumento de 15 Dimensiones

CVRS: Calidad de Vida Relacionada con la Salud

WHOQOL-Bref: Escala de Calidad de Vida Breve de la OMS

OMS: Organización Mundial de la Salud

HAD: Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria

FAB: Batería de Evaluación Frontal al lado de la cama

CDR: Clinical Dementia Rating

HAM-D: Hamilton Rating Scale for Depression

CST: Terapia de estimulación cognitiva

12. Índice de tablas y figuras

Tabla 1: Adaptado de Cumming de 1994	8
Tabla 2: Palabras claves y términos MeSH	13
Tabla 3: Bases de datos y estrategias de búsqueda	14
Figura 1: Diagrama de Flujo	16
Figura 2: Bases de datos de publicación	17
Figura 3: Años de publicación	17
Figura 4: Idiomas de publicación	18
Figura 5: País de publicación	19
Figura 6: Revista de publicación	19
Figura 7: Tipos de estudios	20
Figura 8: Cantidad de muestra	21
Figura 9: Escalas de Valoración utilizadas	22
Figura 10: Terapias Cognitivas utilizadas	23
Figura 11: Eficacia de las TC según la literatura	25