

**TRACTAMENTS EFICAÇOS I CLÍNICAMENT ÚTILS,
EN DEMÈNCIES**
**TRATAMIENTOS EFICACES Y CLÍNICAMENTE ÚTILES,
EN DEMENCIAS**
*EFFECTIVE AND CLINICALLY USEFUL TREATMENTS,
IN DEMENTIA*

*Laura Estellés i Asensi**, *Talia Tomás i Boix**
*Núria Planagumà i Martínez***, *Itxaso Torrea Araiz****

DOI: 10.7203/anuari.psicologia.17.1.135

Resum

La població envellida augmenta en la nostra societat, amb el conseqüent increment de la prevalença de les demències i la inversió en assistència en aquesta població. El present estudi revisa l'eficàcia de les diverses intervencions no farmacològiques sobre els símptomes cognitius, conductuals i emocionals de la demència.

Els resultats mostren que diverses intervencions dirigides als pacients –estimulació cognitiva, reminiscència, validació, estimulació multisensorial, activitats recreatives, presència simulada, higiene centrada en la persona i musicoteràpia– tenen efectes en una o més de les àrees avaluades. No obstant això, no hi ha cap teràpia que tinga un efecte beneficiós i homogeni sobre totes les àrees afectades per la demència. Cap teràpia és més adequada que altra, ja que intervenen diversos factors en l'adequació de la intervenció. Cal establir protocols d'avaluació i tractament clars i estandarditzats per a ser fàcilment comparables i conèixer aquelles variables que modifiquen l'eficàcia de les teràpies, la qual cosa facilitarà conèixer la idoneïtat de cada teràpia segons les característiques del pacient.

Paraules clau: demència, intervenció, tractaments no farmacològics, revisió sistemàtica, eficàcia.

* Universitat de València. Correspondència: <estelles.asensi@gmail.com>.

** Universitat de Barcelona.

*** Euskal Herriko Unibertsitatea/Universidad del País Vasco (UPV/EHU).
(Les quatre autores són Màster en Psicologia General Sanitària.)

Resumen

La población envejecida está aumentando en nuestra sociedad con el consiguiente incremento de las demencias y la inversión en la asistencia a esta población. El presente estudio revisa la eficacia de las diversas intervenciones no farmacológicas sobre los síntomas cognitivos, conductuales y emocionales de la demencia.

Los resultados muestran que diversas intervenciones dirigidas a los pacientes –estimulación cognitiva, reminiscencia, validación, estimulación multisensorial, actividades recreativas, presencia simulada, higiene centrada en la persona y musicoterapia– tienen efectos en una o más de las áreas evaluadas. No obstante, no hay ninguna terapia que presente un efecto beneficioso y homogéneo sobre todas las áreas afectadas por la demencia. Ninguna de ellas es más adecuada que otra, ya que actúan diversos factores en la adecuación de la intervención. Hay que establecer protocolos de evaluación y tratamiento claros y estandarizados, para ser fácilmente comparables y conocer aquellas variables que modifican la eficacia de las terapias, lo cual facilitará conocer la idoneidad de cada una según las características del paciente.

Palabras clave: demencia, intervención, tratamientos no farmacológicos, revisión sistemática, eficacia.

Abstract

Aging people is increasing in our society, with the consequent increase in the prevalence of dementia and in the investment on assistance to this population. This article revises the efficacy of several non-pharmacological interventions on cognitive, behavioural and emotional symptoms of dementia.

The results show that interventions aimed at patients –cognitive stimulation, reminiscence therapy, validation therapy, multi-sensory stimulation, recreational activities, simulated presence therapy, person-centered hygiene and musicotherapy– have effects on one or more assessed domains. However, there is not any therapy that has a beneficial and homogeneous effect on all areas damaged by dementia. No one of them is more appropriate than another, as several factors are involved in the intervention's adequacy. In the future, we should establish clear and standardised assessment and treatment protocols to facilitate comparisons and meet those variables that change the therapies' efficacy, which will help discover the suitability of each therapy depending on patient's trait.

Key words: dementia, intervention, non-pharmacological treatments, systematic review, efficacy.

Introducció

En la societat s'ha produït un augment de la població envellida a causa de l'increment de l'esperança de vida, la qual cosa es correspon amb l'interès creixent i les publicacions envers aquesta àrea (Martí-Vilar i Estellés, 2014). S'estima que la població anciana presentarà la major taxa de població a Europa Occidental el 2040 (Ewijk C. Van i col., 2000), i la població major de seixanta anys arribarà als 2 bilions de persones el 2050 (ONU, 2002). Aquest canvi demogràfic que s'està produint genera una gran quantitat de despeses en el tractament i assistència d'aquesta població.

De manera més específica, la demència és una malaltia crònica que genera discapacitat i necessitat de cures entre les persones grans (Wimo, Jönsson, Bond, Prince i Winblad, 2010). A Europa, la prevalença de les demències en persones majors de 65 anys es troba entre el 5 i el 10%, a Espanya oscil·la entre el 5 i el 14,9% (Sistema Nacional de Salut, 2010). A la seua prevalença hem de sumar que arreu del món es gasten grans quantitats de diners en l'atenció a persones amb demència. El cost total a nivell mundial que va generar la demència l'any 2010 va ser de 604 bilions de dòlars i s'estima que augmentarà els pròxims anys (Wimo i col., 2010).

Per això és necessari augmentar la recerca i l'atenció a aquestes malalties. Només es podran anticipar i gestionar els futurs costos socials investigant i desenvolupant enfocaments rendibles per al diagnòstic i tractament precoç (Wimo i col., 2010). Des de la psicologia s'està investigant, cada vegada amb major auge, intervencions de tipus no farmacològic per a tractar les demències. A continuació, s'expliquen les intervencions no farmacològiques més emprades segons el Sistema Nacional de Salut (2010).

Teràpies psicocognitives

Són activitats que promouen la potenciació, manteniment o recuperació de les capacitats cognitives i/o afavoreixen la independència per a les Activitats de la Vida Diària (AVD) i la socialització. Alenteixen la deterioració cognitiva, i milloren la qualitat de vida de les persones amb demència (Agut, 2012).

Segons la Guia de Pràctica Clínica de la NICE (2010) les teràpies psicocognitives es classifiquen en estimulació cognitiva (implica fer activitats que requereixen algun tipus de processament cognitiu general, habitualment en grup amb un context social), entrenament cognitiu –focalitzades en un únic domini cognitiu– i rehabilitació cognitiva (que cobreix les necessitats d'un individu concret) (Woods, Aguirre, Spector i Orrell, 2012). Les tècniques principals són:

- *Teràpia d'orientació a la realitat*: és una tècnica grupal que aporta informació actualitzada i veraç de l'entorn per intervenir sobre els dèficits cognitius i conductuals i per comprendre allò que envolta la persona afectada. Pren consciència de la seua situació en el temps, en l'espai i de la seua pròpia persona (Spector, Orrell, Davies i Woods, 2005).
- *Teràpia de reminiscència*: revisa el passat del pacient per promoure la seua coherència i ajust amb l'entorn. Empra estímuls significatius i cerca millorar la memòria, augmentar la resocialització estimulando la conversa, i augmentar creativitat, autoestima, benestar i satisfacció personal i vital (Woods, Spector, Jones, Orrell i Davies, 2005).
- *Teràpia de validació*: estableix una comunicació amb els pacients amb demència basada a acceptar la realitat com és experimentada pel pacient (Neal i Barton, 2003).
- *Entrenament cognitiu*: exercita una funció cognitiva específica, repetint de manera supervisada una activitat en diferents entorns i formats –individual, grupal, computeritzada, etc.– i cerca millorar o mantenir la capacitat funcional en l'àrea entrenada (SNS, 2010).
- *Estimulació sensorial*: ofereix estímuls unisensorials –musicoteràpia, aromateràpia, massatges, etc.– o multisensorials (Snoezelen) per afavorir l'activitat cognitiva (SNS, 2010).

Intervenció en AVD

Comprenen el conjunt d'accions que una persona executa diàriament o quasi diàriament per viure de forma autònoma i integrada en el seu medi i per complir el seu paper social. Estan estructurades jeràrquicament segons la seua complexitat: les activitats bàsiques són imprescindibles per a sobreviure, les instrumentals permeten viure de manera independent i les avançades, aconseguir una vida socialment satisfactòria.

Igualment, la intervenció en AVD també cerca dotar els cuidadors d'estratègies per a maximitzar la independència funcional dels pacients, atès que la dependència funcional és un fenomen multicausal en què intervenen factors psicològics i contextuals, i que, a més, es relaciona positivament amb l'augment de l'edat, ja que les persones majors mostren més dependència funcional (Galiana, Sancho, Tomas i Gutiérrez, 2014).

Les tècniques d'intervenció sobre AVD (SNS, 2010) són:

- *L'assistència graduada*: proporciona la mínima ajuda necessària per a desenvolupar les AVD en cada moment –guies verbals, demostració de l'activitat, guia física, assistència física parcial i assistència física completa–.

- *Sessions de reentrenament de la funcionalitat*: la persona practica individualment unes conductes objectiu diferents vegades al dia, s’hi aplica reforç positiu i s’utilitza la pràctica intensiva, repetició i assistència graduada.
- *Utilització d’estratègies compensatòries*: adapten les AVD a les discapacitats dels pacients –utilització d’agendes, alarmes, bloc de notes, etc.–.
- *Modificacions ambientals*: modificacions físiques per a minimitzar la discapacitat –ús de pictogrames, cartells indicadors de la ubicació, espais, etc.–.
- *Formació al cuidador*: les respostes dels cuidadors a les reaccions negatives de les persones amb demència influeix en el seu comportament, i aquesta formació cerca augmentar la percepció de competència i control dels cuidadors sobre aquestes situacions (O’Connor, Ames, Gardner i King, 2009).

Tractaments dels símptomes conductuals i psicològics de la demència (SCPD)

No hi ha evidència respecte a les intervencions eficaces en aquest tipus de símptomes, però, com que els factors cognitius, comportamentals i anímics estan interrelacionats, es poden emprar quasi totes les tècniques o teràpies comentades anteriorment.

No obstant això, hi ha recomanacions comunes proposades pel SNS (2010): mantenir un to adequat de veu; mantenir contacte visual; mostrar pautes rutinàries d’exercici, de menjar i de bany; evitar passejar erràticament; mantenir el pacient orientat temporalment; evitar la hiperestimulació; disposar d’un entorn segur i il·luminat, evitar els miralls i ubicar notes identificadores a les portes; realitzar activitats de distracció i reorientació; i disposar música del seu grat durant algunes activitats.

Programes d’activitat física

Les activitats recreatives o psicosocials com ara exercicis, relaxació i moviments repetitius realitzades per professionals són eficaces a llarg termini per a mantenir la funcionalitat dels pacients amb demència. No obstant això, no hi ha evidència científica de l’eficàcia sobre aspectes cognitius i funcionals a curt termini i sense supervisió d’un professional (SNS, 2010).

Altres intervencions

Segons el SNS (2010), les estratègies comentades anteriorment són les més freqüents a l'hora d'intervenir en demències però, no obstant això, també hi ha altres intervencions que busquen reduir els símptomes d'aquesta malaltia i millorar la qualitat de vida de les persones que la pateixen.

Presència simulada: intenten reproduir la presència de familiars gravant-los, per proporcionar seguretat i comoditat en situacions d'estrès (O'Connor i col., 2009).

Tocs o massatges terapèutics: massatge suau a les extremitats, sobretot a les mans (SNS, 2010).

Micció induïda: accions per a restablir un patró normal de buidatge vesical dissociant el desig miccional de l'acció de buidatge voluntari i augmentant gradualment l'interval entre miccions (SNS, 2010).

Higiene programada: cerca que la persona realitzi la higiene bàsica en un ordre regular, reforçar-la quan ho fa i redirigir-la en cas contrari. Un subtipus és la «higiene al llit», les rutines de lavabo solen disparar l'agitació i l'agressió a causa de la incomoditat física, la por i la vergonya (SNS, 2010).

Atès que les opcions de tractament són molt diverses, l'objectiu d'aquest article és revisar l'eficàcia que tenen els diferents tractaments que s'utilitzen actualment per a intervenir sobre les manifestacions cognitives, conductuals i emocionals de la demència, i valorar la seua significació i utilitat clínica.

Mètode

Estratègia de recerca

Es van utilitzar les bases de dades electròniques: Psycarticles (APA), Psycodoc, *Center for Strategic and International Studies* (CSIS), *Campbell Systematic Reviews* (Campbell), Cochrane, *Literatura Latino-Americana y del Caribe en Ciencias de la Salud* (LILACS), *Medline*, *The National Institute for Health and Care Excellence* (NICE), *National Institute of Mental Health* (NIMH), *American Psychological Association Psycnet* (Psycinfo), *PubMed*, *Health and Medical Complete* (ProQuest), *Scopus*, i *National Registry of Evidence-based Programs and Practices* (NREPP).

El procés de recerca s'inicia amb la paraula *Dementia* –o *Demencia*, COP– al títol. Posteriorment es realitza un cribratge: s'inclou *Review* o *Meta-anal** al títol o paraula clau i, com que en alguns casos es tracta d'estudis farmacològics, s'inclou també *NOT Pharma** AND *Psycho** en el títol i/o resum. Finalment els estudis filtrats són avaluats segons els criteris de selecció.

Críteris de selecció

Els críteris inicials d'inclusió dels estudis van ser els següents:

- publicacions a partir de l'any 2000 –per evitar que els estudis recollits en les metanàlisis o revisions queden obsolets–,
- castellà o anglès –per garantir la comprensió dels estudis segons el domini lingüístic–,
- text complet –perdisposar de tota la informació–,
- metanàlisis o revisions sistemàtiques,
- intervencions no farmacològiques,
- estudis controlats aleatoritzats –dissenys experimentals, els resultats dels quals no estan influïts per variables pertorbadores sinó pel tractament que volem investigar–,
- mostres superiors a 30 subjectes –perquè siguin menors els marges d'error en extrapolar els resultats de la mostra a la població–.

Encara que posteriorment es van haver d'ampliar a causa de l'escassa informació obtinguda, tots els estudis emprats compleixen 5 dels 7 críteris. Així, alguns es caracteritzen per ser estudis clínics sense aleatoritzar, amb mesures pretest i posttest o amb mostres inferiors a 30 subjectes.

Estadístics emprats

Una vegada recollida la informació, hem considerat principalment, els estadístics següents:

- Grandària de l'efecte (TE)
- Interval de confiança (IC)
- Diferència de mitjanes estandarditzada (DME)
- Diferència de mitjanes (DM)
- Odds-ràtio (OR)
- Valor-p de contrast (p)
- Percentatges (%)

Resultats

Els resultats obtinguts de les cerques es mostren en la figura 1, i a continuació s'exposen els principals resultats dels metanàlisis i revisions utilitzades (taula 1).

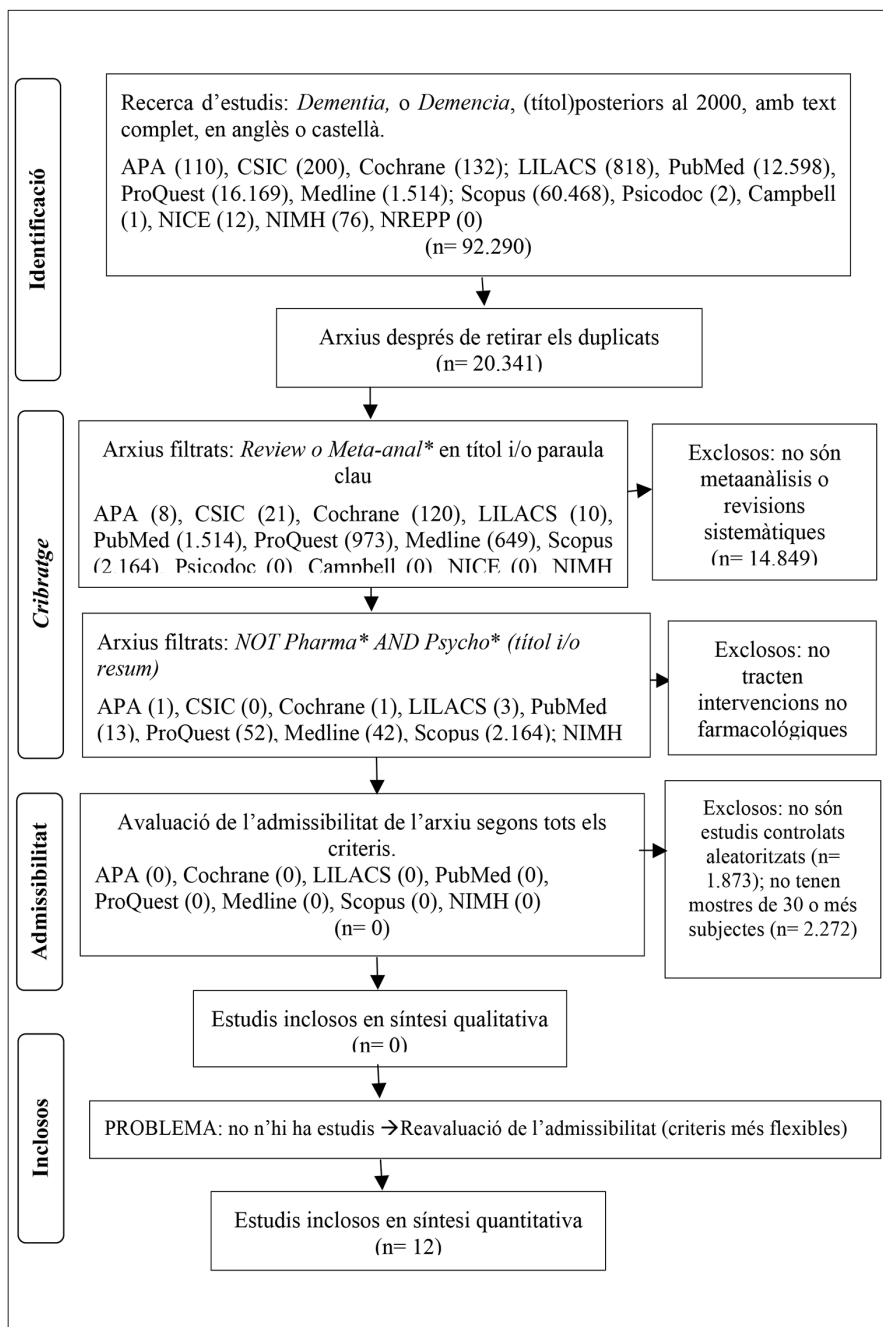


Figura 1. Procés de cerca i selecció d'estudis.

TAULA 1
Resultats obtinguts a partir de l'anàlisi dels estudis inclosos

INTERVENCIÓ	ESTUDIS	N	CRITERIS QUE NO ACOMPLEIX	RESULTATS		
				Cognició	Comport.	E. d'ànim F.
Estimulació cognitiva	Woods i col., 2012	15	C7 (n=15)	e.s.	no e.s.	no e.s.
Orientació a la realitat	Spector i col., 2000	6	C7 (n=13)	e.s.	e.s.	e.s.
	Spector i col., 2000	6	C7 (n=4)	e.s.	e.s.	e.s.
Teràpia de reminiscència	Woods i col., 2005	5	C7 (n=15)	e.s. (m. autobiogràfica i en seguiment)	e.s. (en seguiment)	e.s. (en seguiment)
Teràpia de validació	Neal i Barton, 2003	3	C7 (n=27)	no e.s.	no e.s.	no e.s.
Estimulació multisensorial	López-Almela i Gómez-Conesa, 2011	9	C6, C7 (n=5)	no e.s.	e.s. (curt termini)	no e.s.
Teràpia ocupacional	Kim, Yoo, Jung, Park i Park, 2012	9	C7 (n=24)	e.s.	e.s.	no e.s.
Activitat i recreació	O'Connor i col., 2009	12	C6, C7 (n=30)	e.s.	e.s.	e.s.
Presència simulada	O'Connor i col., 2005	25	C7 (n=30)	e.s.	no e.s.	no e.s.
	O'Connor i col., 2005	12	C7 (n=30)	e.s.	no e.s.	no e.s.
Musicoteràpia	Vasionyte i Madison, 2013	19	C7 (n=10)	e.s.	no e.s.	no e.s.
	O'Connor i col., 2009	25	C7 (n=13)	e.s.	no e.s.	no e.s.
	O'Connor i col., 2009	12	C6	e.s.	no e.s.	e.s.
Higiene al llit	O'Connor i col., 2009	25	C7 (n=15)	e.s.	no e.s.	no e.s.
Altres intervencions no farmacològiques	Spijker i col., 2008	15	C6	Menor probabilitat d'institucionalització.		
	Logsdon, McCurry i Teri, 2007	8	C7 (n=14)	Temps transcorregut major –però no e.s.). Programes de formació per a cuidadors: disminueixen els comportaments disruptius i la probabilitat d'institucionalització dels pacients.		

Nota. Comport. = Comportament; E.d'ànim = Estat d'ànim; F. = Fisiologia; C6 = estudis controlats aleatoritzats; C7 = mostres superiors a 30 subjectes; e.s. = estadísticament significatiu.

Estimulació Cognitiva (EC)

La metanàlisi *Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia –Review–* (Woods i col., 2012) arreplega quinze estudis i mesura l'efectivitat de la EC sobre diversos àmbits –cognició, estat ànomic, qualitat de vida, benestar, funcionament diari, conducta i interacció social– comparada amb: no-tractament, tractament estàndard o placebo.

Els resultats posttractament indiquen que, respecte al grup control, la EC millora l'acompliment cognitiu després de la intervenció –TE=0.41, IC del 95%: 0.25 a 0.57–. No obstant això, no és clar que a major durada del tractament, major efecte d'aquest, ja que es van observar grandàries de l'efecte mitjanes amb tractaments de cinc setmanes (Breuil i col., 1994) i de dos anys (Requena i col., 2006), fins i tot menors amb una exposició més llarga (Ferrario, Cappa, Molaschi, Rocco i Fabris, 1991). Resultats obtinguts a partir de tres estudis apunten que els efectes semblen tendir a mantenir-se durant el seguiment a curt termini –TE=0.57, IC del 95%: 0.01 a 1.14–.

Quatre estudis van reportar un efecte beneficiós en la comunicació i interacció social –TE=0.44, IC del 95%: 0.17 a 0.71–, així com en la qualitat de vida i benestar autoreportats –TE=0.38, IC del 95%: 0.11 a 0.65–. No obstant això, les mesures de seguiment no van mostrar diferències.

No es van trobar diferències significatives en les mesures de l'estat d'ànim ni comportamentals respecte al grup control.

Finalment, els resultats extrets de quatre estudis assenyalen que els participants que van rebre medicació i estimulació cognitiva van obtenir una puntuació 3.18 superior a la dels participants que van rebre només estimulació cognitiva –2.27 punts–.

Orientació a la realitat (OR)

Es van revisar els estudis *Reality orientation for dementia (Review)* (Spector, Orrell, Davies, i Woods; 2000) i *Reality Orientation for Dementia: A Systematic Review of the Evidence of Effectiveness from Randomized Controlled Trials* (Spector, Davies, Woods i Orrel, 2000). No difereixen en els estudis inclosos –sis– i mesuren l'efectivitat de OR sobre la cognició i el comportament respecte al no-tractament o un tractament alternatiu social.

Posttractament respecte al grup control, la OR apunta millores significatives en l'àmbit cognitiu –DME=-0.586, IC del 95%: -0.952 a -0.220– i comportamental –DME=-0.659, IC del 95%: -1.268 a -0.050–. Els resultats no indiquen que a major durada del tractament major efecte d'aquest.

Teràpia de Reminiscència (TR)

La revisió *Reminiscence therapy for dementia –Review–* (Woods i col., 2005) arreplega cinc estudis que mesuren l'efecte de TR sobre: cognició, benestar, comportament, comunicació i interacció, i comparen el tractament amb grups control –que poden incloure altres activitats: OR, suport social o contacte social– o cap tractament –tractament habitual–.

En l'àmbit cognitiu solament es va trobar que la TR millorava la memòria autobiogràfica en un únic estudi –TE=1.04, IC del 95%: 0.01 a 2.08–. En l'àmbit comportamental es van trobar millores estadísticament significatives en l'autocura i mobilitat –DME=7.61, IC del 95%: 2.42 a 12.8–.

En el seguiment, l'àrea cognitiva sí que va millorar significativament –TE=0.50, IC del 95%: 0.07 a 0.92–, però aquest resultat no es pot generalitzar perquè està fortament influenciat per l'alt TE obtingut en la memòria autobiogràfica –TE=1.50, IC del 95%: 0.39 a 2.62–, fet esperable ja que és l'àrea més treballada amb la TR i pel fet de ser la memòria que perdura fins a estadis severos. Igualment no es van trobar diferències significatives en la comunicació i interacció en el seguiment, però sí en el benestar: va disminuir la simptomatologia depressiva –DME=3.69, IC del 95%: 1.65 a 5.73–. Les millores de comportament no es van mantenir.

Finalment, un estudi va obtenir que la TR produïa, durant el seguiment, una millora estadísticament significativa en la cognició –DME=4.37, IC de 95%: 0.72 a 8.02–, comportament, comunicació i benestar comparada amb un grup control que aplica contacte social.

Teràpia de Validació (TV)

La revisió sistemàtica *Validation therapy for dementia* (Neal i Barton, 2003) avalua la cognició, conducta, estat anímic i AVD dels pacients, comparant la TV amb grups control que ofereixen atenció habitual o una altra activitat –per exemple, OR o contacte social–.

La quantitat d'informació dels resultats és molt limitada i no es poden establir conclusions fermes respecte a l'efectivitat de la teràpia. Solament es van observar millores significatives en dos estudis: el primer refereix millores en el comportament després de sis setmanes de TV respecte a l'atenció habitual –DM=5,97, IC del 95%: -9,43 a -2,51– i el segon mostra una millora en els símptomes depressius després de dotze mesos de TV comparant-la amb contacte social –DM=-4,01, IC del 95%: -7,74 a -0,28–.

Estimulació multisensorial (EMM) o Snoezelen

S'analitza la metanàlisi *Intervención en demencias mediante estimulación multisensorial (Snoezelen)* (López-Almela i Gómez-Conesa, 2011) que avalua l'efectivitat de la EMM en l'àmbit conductual, cognitiu i anímic (depressió i ansietat), a curt i a llarg termini, comparant-la amb: grup control –activitats físiques i intel·lectuals–, cures habituals, activitat manual en grup i TR.

A curt termini, millora el comportament: es mantenen més atents ($p=0,03$), més actius ($p<0,000$) i es relacionen millor ($p<0,000$) que el grup control. A llarg termini no es troben resultats significatius. Comparada amb la TR, no hi ha diferències significatives, ambdues teràpies afecten positivament l'humor i el comportament a curt termini.

Només un estudi amb pacients diagnosticats d'Alzheimer en fase lleu obté resultats significatius en els apartats d'ansietat i depressió ($p=0,001$), però el seu nivell d'evidència és baix.

L'administració de EMM en la cura diària beneficia la comunicació verbal (disminueix la desaprovació ($p<0,05$) i la ira ($p<0,05$), augmenta l'autonomia per a opinar i elegir ($p<0,01$)), així com la comunicació no verbal –contacte visual i somriures més prolongats– ($p<0,05$ i $p<0,01$)).

Enl'apartat comportamental també hi han millores significatives: disminució d'estats apàtics ($p<0,05$), rebels ($p<0,05$), agressius ($p<0,05$) i depressius ($p<0,05$). Pelque fa al benestar, els pacients es mostren més feliços i amb millor humor.

En un altre estudi la EMM combinada amb la cura habitual va disminuir significativament l'agitació ($p=0,003$) i apatia ($p=0,04$), i va produir major nivell d'independència en les AVD ($p=0,04$), comparat amb un grup de cura habitual combinat amb activitat grupal manual.

Una secció de la revisió *Psychosocial treatments of behavior symptoms in dementia: a systematic review of reports meeting quality standards* (O'Connor i col., 2009) compara l'efecte de la EMM sobre la conducta amb activitats dirigides, però les diferències no són significatives. No obstant això, López-Almela i Gómez-Conesa (2011) troben que els pacients passaven significativament més temps que abans als passadissos enriquits ($p<0,01$), i mostraven una major activitat que aquells a qui s'aplica estimulació sensorial.

Teràpia ocupacional (TO)

El metanàlisi *A systematic review of the effects of occupational therapy for persons with dementia: a meta-analysis of randomized controlled trials* (Kim, Yoo, Jung, Park i Park, 2012) consta de nou estudis i avalua l'efectivitat de la

TO –basada en estimulació sensorial, modificació de l'ambient o tasques d'activitat funcional– sobre el comportament i la depressió.

La TO va millorar el comportament de forma estadísticament significativa i homogènia (ET=0,32, IC del 95%: 0,04 a 0,59) comparada amb el tractament general, però no va mostrar diferències significatives quan es va comparar amb la modificació de l'ambient. Sense resultats significatius sobre la depressió.

Activitat i recreació

Per a comprovar l'efecte i efectivitat de les activitats recreatives i exercicis en símptomes psicològics, s'utilitza la revisió *Psychosocial treatments of psychological symptoms in dementia: a systematic review of reports meeting quality standards* (O'Connor i col., 2009), que recull estudis que comparen tractaments entre si i amb condició control.

En Kolanowski, Litaker i Buettner (2005) tres grups experimentals –activitats recreatives segons els interessos dels residents, activitats adaptades als seus nivells d'habilitat i ambdues– es compara amb un grup control que rebia la cura habitual. En la condició combinada apareixen afectes positius més freqüentment que amb activitats només adaptades (TE=0,54, $p=0,02$). A més, les condicions combinades i centrades en interessos augmenten més l'afecte positiu respecte al grup control.

Beck i col. (2002) comparen la realització d'AVD per maximitzar l'autonomia, activitats psicossocials per promoure l'autoestima i l'expressió, i una combinació d'ambdues. En els tres grups hi ha major satisfacció i interès respecte al grup control ($p<0,05$), sense mostrar-se superior un o altre.

Suhr, Anderson i Tranel (1999) comparen la relaxació muscular i en imaginació. Als dos mesos de seguiment es redueix l'ansietat, depressió i hostilitat en ambdues condicions sense diferències significatives.

Les intervencions centrades a realitzar moviments repetitius en balancins per a comprovar si aquests exercien un efecte calmant no van mostrar diferències significatives respecte a seure en cadires convencionals (Watson, Wells i Cox, 1998).

Finalment, Williams i Tappen (2007) compararen un grup d'exercici integral (exercicis de flexibilitat, equilibri i força) amb un altre que camina i un grup control de conversa social. Les puntuacions de l'afecte negatiu del grup d'exercici es van reduir un 12% respecte al grup que caminava i un 21% respecte al de conversa social ($p<0,05$). Les puntuacions d'afecte positiu van ser un 15% majors en el grup d'exercici comparat amb el grup que caminava i un 9% respecte al grup de conversa ($p<0,05$).

Presència simulada

Per a comprovar els efectes de la presència simulada en diverses modalitats sobre el comportament i la simptomatologia depressiva de les persones amb demència es van utilitzar dues revisions anteriorment utilitzades (O'Connor, i col., 2009; O'Connor, i col., 2009).

En comparar l'efecte de cintes d'àudio de familiars amb els registres d'un periòdic, placebo (Camberg i col., 1999) no es van trobar diferències significatives.

En estudiar l'efecte de la música preferida (Garland, Beer, Eppingstall i O'Connor 2007) totes les condicions redueixen l'agitació física i verbal. En l'apartat físic, es va reduir un 30% amb presència simulada ($p=0,003$), 25% amb música preferida ($p=0,04$) i 15% durant el placebo-escolta de llibre gravat. L'agitació verbal es va reduir un 33% ($p=0,004$), 18% i 29% ($p=0,03$), respectivament. L'efecte de la presència simulada en aquest cas va ser baix-moderat ($TE=0,45$) respecte a la cura usual.

Cohen-Manfield i Werner (1997) comparen la presència simulada mitjançant cintes de vídeo amb el fet d'escoltar música preferida i amb un grup d'interacció social i activitat. En les tres condicions es redueixen els comportaments disruptius verbals ($p<0,001$): és major en el grup social, després presència simulada i, finalment, música. Després d'acabar la intervenció, els nivells conductuals es van restablir.

Camberg i col. (1999) van estudiar els símptomes depressius, sense trobar diferències significatives entre: tractament (cintes d'àudio de familiars), placebo (registres d'un periòdic) i atenció habitual, encara que es van reduir les conductes depressives.

Musicoteràpia

S'ha utilitzat la metanàlisi *Musical intervention for patients with dementia: a meta-analysis*. *Journal of Clinical Nursing* (Vasionyte i Madison, 2013) per a conèixer els efectes de la musicoteràpia sobre els símptomes afectius, conductuals, cognitius i fisiològics de la demència. Cal destacar que aquesta teràpia varia en cinc dimensions: musicoteràpia activa o receptiva, en viu o gravada, imposada o individualitzada, intervenció grupal o individual, i el tipus de música –clàssica o popular–.

Vuit estudis van analitzar l'efecte sobre el comportament: la mitjana dels TE és gran i homogènia però no significativa ($TE=1,16$, IC de 95%: -0,65 a 2,9). L'efecte sobre els problemes afectius, extret de sis estudis, tampoc va ser significatiu ($TE=0,38$, IC del 95%: -0,56 a 1,32).

No obstant això, per als problemes cognitius, quatre estudis van aconseguir efectes amplis, homogenis i significatius ($TE=1,56$ IC de 95%: 1,11 a 2,01) i per

als símptomes fisiològics es va obtenir un TE intermedi, homogeni i significatiu (TE=0,72, IC de 95%: 0,36 a 1,08). Els resultats generals mostren una gran efectivitat, significativa i homogènia (TE=1,04, IC de 95%: 0,81 a 1,27).

Respecte als efectes de les diferents dimensions, només els resultats de la intervenció individual van ser significatius i homogenis (TE=1,00, IC de 95%: 0,48 a 1,53). La intervenció grupal va mostrar un major efecte però no homogeni. Els TE de l'escolta de música, música gravada, sessió individual, música seleccionada i música clàssica de relaxació semblaven ser significatius, però van ser heterogenis d'acord amb l'estadístic Q, i indiquen que no tots els TE estimen la mateixa població. La resta de resultats per a les dimensions de la intervenció van ser homogenis però no significatius, i van mostrar efectes mitjans-alts en les persones amb demència. L'alta variabilitat de la grandària mostral es va resoldre a partir del pes de la variància inversa (w).

La revisió *Psychosocial treatments of behavior symptoms in dementia: a systematic review of reports meeting quality standards* (O'Connor, i col., 2009) analitza l'efectivitat de la musicoteràpia sobre els problemes conductuals en demències comparant el tractament amb un altre tipus de tractament i un grup control d'atenció.

Burgio, Scilley, Hardin, Hsu i Yancey (1996) van comparar l'escolta de sons de la naturalesa i l'escolta amb auriculars (sense especificar els sons). S'hi observa que els períodes en què els participants no parlaven eren significativament menors ($p < 0,001$) quan les cintes estaven en «on» (48%) en comparació del mode «off» (42%). Gerdner (2000) va enregistrar els comportaments durant i immediatament després de l'exposició a música relaxant, clàssica o a la seua preferida. Els comportaments agitats van disminuir un 49% respecte a la línia base durant la música clàssica i un 61% durant la música preferida. Amb aquesta última l'agitació es reduïa significativament (TE=1,19, $p < 0,000$).

No es troben diferències entre musicoteràpia i escolta de material sobre interessos dels pacients (Groene i col., 1993) ni entre massatges a la mà (Remington, i col., 2002).

Respecte als contextos, Ragneskog, Bräne, Karlsson i Kihlgren (1996) no van trobar diferències entre l'escolta de música mentre sopaven i sopar de manera habitual. Per contra, Clark, Lipe i Bilbrey (1998) van comparar els efectes d'escoltar la música preferida durant el bany amb el bany usual. En la primera condició els crits es van reduir un 64%, l'acaparament un 35% i els colps un 27%. Així, les conductes agressives observades es van reduir a la meitat ($p < 0,05$), amb un TE intermedi (0.47).

A més, en la revisió *Psychosocial treatments of psychological symptoms in dementia: a systematic review of reports meeting quality standards* (O'Connor, i col., 2009), es van analitzar els efectes de la musicoteràpia sobre els símptomes psicològics de la demència.

En l'estudi de Ragneskog i col. (1996) esmentat anteriorment, van comparar els diferents tipus de música (cançons melodioses suaus, jazz del 1930 i pop modernes) sobre els símptomes psicològics. Els resultats van ser estadísticament significatius: la irritabilitat va disminuir un 44% amb música suau, un 22% amb jazz i un 11% amb pop, i els símptomes depressius també van disminuir: un 73%, 27% i 53%, respectivament. Ajuntant les qualificacions d'irritabilitat, depressió i por es van obtenir TE estadísticament significatius (música suau, 0.73; per al jazz, 0.34, i per al pop, 0.44).

Higiene al llit

Per a analitzar l'efectivitat d'aquesta teràpia es va utilitzar la revisió d'O'Connor i col. (2009).

Dunn, Thiru-Chelvam i Beck (2002) comparen el bany al llit amb el bany habitual i es va trobar que la mitjana total de conductes agitades recomptades va ser 50% menor en la primera condició (TE=1,15, $p<0,001$)

D'altra banda, Sloane i col. (2004), comparen els efectes en tres condicions diferents: higiene al llit segons el bany centrat en la persona (complint les preferències, minimitzant molèsties i parlant amb calma), higiene en la dutxa amb el bany centrat en la persona, i atenció convencional. Les dues primeres condicions no van mostrar diferències, encara que la primera obté menys molèsties, va ser més ràpida i va eliminar tantes restes de pell i bacteris patògens com el bany a la dutxa. Ambdues condicions van disminuir més l'agitació i l'agressió: un 37% en la primera, un 32% en la segona i un 8% amb l'atenció convencional.

Institucionalització

En aquest àmbit, les intervencions s'enfoquen a retardar la institucionalització dels pacients, ja que s'ha observat una menor qualitat de vida en majors institucionalitzats (Galiana i col., 2014).

Per a avaluar l'efectivitat dels programes de suport no farmacològics s'ha emprat la metanàlisi *Effectiveness of Nonpharmacological Interventions in Delaying the Institutionalization of Patients with Dementia: A Meta-Analysis* (Spijker i col., 2008).

Consta de quinze estudis en què es comparen grups de tractament –psicoeducació, teràpia cognitivoconductual, modificació de l'ambient, entrenament en habilitats i en solució de problemes, serveis de relleu dels cuidadors, gestió de casos i entrenament de la memòria de la persona amb demència– amb grups control –cura habitual, rutines mèdiques usuals, infermeria comunitària convencional, assessorament habitual, suport informal de requeriment baix, serveis convencionals i prestacions habituals dins de l'atenció de la comunitat–.

Els resultats mostren menors probabilitats d'institucionalització dels pacients del grup experimental –OR=0,66, IC del 95%: 0,43 a 0,99–. Considerant els estudis amb alta qualitat metodològica s'obtenen efectes significatius similars –OR=0,60, IC del 95%: 0,43 a 0,85–. El temps mitjà transcorregut fins a la institucionalització és significativament més gran en les persones dels grups experimentals –DME=1,44, IC del 95%: 0,07 a 2,81–, amb una diferència de 4,9 mesos. No obstant això, considerant solament els estudis amb alta qualitat metodològica, els resultats no són significatius.

De la mateixa manera, en l'estudi *Evidence-Based Psychological treatments for disruptive behaviors in individuals with dementia* (Logsdon, McCurry i Teri, 2007) s'obté que el fet d'introduir programes de formació sobre els cuidadors provoca la disminució dels comportaments disruptius, la qual cosa disminueix al seu torn la probabilitat d'institucionalització dels pacients i redueix així els costos generats pel tractament i l'atenció d'aquests pacients.

Discussió

L'objectiu d'aquest treball és conèixer l'efectivitat de les diferents teràpies no farmacològiques que s'empren per a intervenir en les persones amb demència, tenint en compte la utilitat clínica i la significació d'aquestes. D'aquesta manera, és important esmentar que la demència té un curs gradual en què diferents dèficits van augmentant progressivament; per tant, grandàries petites de l'efecte poden interpretar-se com a rellevants. A més, l'objectiu de tota intervenció en persones amb demència és mantenir les capacitats residuals, està enfocada a intentar contenir el deteriorament i millorar la qualitat de vida més que a incorporar nous dominis i recuperar habilitats perdudes.

S'ha trobat que l'estimulació cognitiva millora el rendiment cognitiu de les persones amb demència, i sembla millorar la comunicació i el benestar de la persona (Woods i col., 2012). Els efectes cognitius d'aquesta teràpia semblen mantenir-se a curt termini, no obstant això, no es van trobar millores en l'estat d'ànim ni en el comportament. Aquests resultats són congruents tant amb l'àrea de funcionament en què es centra, àrea cognitiva, com amb els seus objectius, alentir el deteriorament cognitiu i preservar les funcions que encara no s'han deteriorat (Yanguas, Buiza i González, 2009).

Aplicant l'orientació a la realitat s'albira una millora en la cognició i el comportament de les persones amb demència, si bé no podem afirmar-ho amb seguretat (Spector i col., 2000; Spector i col. 2000). Es tracta d'evitar la confusió i la desorientació i això facilita l'adequació de les conductes a un context determinat (Froján, 2009) i, conseqüentment, s'estimulen les àrees cognitives i capacitats de resposta preservades (Martí i col., 2004).

Respecte a la teràpia de reminiscència, sembla millorar la memòria autobiogràfica, el comportament i la simptomatologia depressiva (en el seguiment) (Woods i col., 2005), mentre que la teràpia de validació aparenta beneficiar les àrees de comportament i depressió (Neal i Barton, 2003). Aquest resultat poden ser explicats per les bases i processos que subjauen. Ambdues teràpies giren al voltant de fets de la pròpia vida personal: la reminiscència es basa en l'evocació d'informació autobiogràfica (memòria remota), i la validació, a formular preguntes que porten el pacient a fer reminiscències positives (Martí i col., 2004). Recordar el passat permet reafirmar els seus valors positius alhora que resoldre conflictes anteriors (Martí i col., 2004) i adaptar-se a les pèrdues que es produeixen durant aquesta etapa de la vida (Bonafont, 2014). A més, la segona teràpia emfatitza la validació dels sentiments dolorosos que experimenta la persona, i això disminueix el seu efecte negatiu, genera confiança i redueix l'ansietat i restableix la dignitat (Martí i col., 2004).

Usant l'estimulació multisensorial es millora el maneig de la conducta amb persones en estadis moderats i severos de demència (López-Almela i Gómez-Conesa, 2011). Possibilita intervenir en estadis avançats perquè no requereix processos cognitius complexos i aprofita les capacitats sensoriomotrius residuals (López-Almela i Gómez-Conesa, 2011). Els resultats poden explicar-se per l'ús combinat d'extinció dels comportaments disruptius i reforç dels comportaments positius (Teri, Montorio i Izal, 1999). També la teràpia ocupacional millora els problemes de comportament (Kim i col., 2012), ja que promou, manté i facilita l'autonomia de la persona (Olivera i Ortega, 2004).

Les activitats recreatives semblen promoure l'afecte positiu –plaer, interès i satisfacció– i millorar l'autonomia (O'Connor i col., 2009). Probablement pel fet que alliberen ansietat i estrès, potencien moments de diversió i treballen capacitats funcionals (Martí i col., 2004). L'exercici també apunta millores en els afectes positius i en redueix els negatius (O'Connor i col., 2009). Reforça la seguretat i l'autoestima de la persona major, augmenta la socialització i millora l'autoimatge positiva (Olivera i Ortega, 2004).

La presència simulada sembla reduir els comportaments disruptius, tant conductuals com verbals (O'Connor i col., 2009; O'Connor i col., 2009).

Pel que fa a modalitat d'higiene, la higiene centrada en la persona disminueix l'agitació i l'agressió. Sembla que el contacte social és el que produeix els efectes d'aquesta tècnica, més que el context en el qual es realitza la higiene –bany– (Sloane i col., 2004; O'Connor i col., 2009).

La musicoteràpia produeix una millora en els problemes cognitius, així com en els símptomes fisiològics, i sembla disminuir els comportaments agitats i els símptomes depressius i d'irritabilitat (O'Connor i col., 2009; O'Connor i col., 2009; Vasionyte i Madison, 2013). Resultats provocats per l'efecte a escala multimodal, es treballen alhora diverses àrees –cognitives, emocionals, psico-

socials, motrius i funcionals–, i és una activitat distractora i que genera motivació (Martí i col., 2004).

Encara que totes les intervencions semblen millorar en una o diverses àrees, no hi ha cap teràpia que tinga un efecte beneficiós i homogeni sobre totes les àrees.

Respecte a les intervencions per a retardar la institucionalització, sembla que aquelles efectives són les que combinen la participació del cuidador i l'elecció entre les estratègies i serveis de suport disponibles (Logsdon i col., 2007; Spijker i col., 2008). Influeixen sobre aspectes que modulen els efectes negatius de la cura –conflictes familiars, problemes laborals, disminució del temps d'oci...–, milloren les condicions del cuidador i, en conseqüència, millora l'atenció que rep la persona dependent (Crespo i López, 2008).

Els resultats no mostren una relació entre la quantitat de la intervenció i el resultat cognitiu (Spector i col., 2000). A mesura que augmenta la durada de la teràpia, també evoluciona la demència i això pot disminuir els efectes de les intervencions. Es necessiten més dades i proves dels efectes de les teràpies a llarg termini.

A l'hora de seleccionar la intervenció més adequada per a cada pacient, cal tenir en compte altres aspectes com les característiques del pacient, la fase de la demència en la qual es troba, l'evolució d'aquesta, les àrees més afectades, l'entorn del pacient, etc. Altres aspectes importants és el cost –ja que el d'algunes teràpies pot ser molt elevat, com és el cas de la Snoezelen, mentre que d'altres són més econòmiques, com la musicoteràpia, la teràpia de reminiscència o la teràpia de validació–, la necessitat de preparació per part del terapeuta –escassa complexitat de la presència simulada o teràpia de validació– i el grau de participació dels familiars. A més, cal ressaltar que les teràpies explicades no provoquen efectes secundaris adversos si s'apliquen adequadament, al contrari del que ocorre en els tractaments farmacològics.

Finalment, és rellevant mencionar les limitacions específiques dels estudis tractats. Hi ha un risc de sobreestimació dels efectes, ja que només s'inclouen estudis que han sigut publicats i aquests tendeixen a reportar efectes positius –biaix de publicació–. Hi ha una gran variabilitat de la qualitat metodològica: en alguns estudis no es presenten tots els estadístics requerits i no es poden obtenir resultats concloents; el rang de taxa de deserció és ampli, 0%-39% (Woods i col., 2012); el format de les intervencions varia àmpliament respecte a la longitud, rang de tres setmanes (Spector i col., 2012) a sis anys (Anouk i col., 2008), la durada entre trenta i noranta minuts (Woods i col., 2012) i la freqüència de les sessions entre una i cinc vegades per setmana (Woods i col., 2005). Cal destacar l'heterogeneïtat de les condicions dels grups controls i dels instruments utilitzats; per exemple, dins d'una mateixa àrea –benestar– es mesuren constructes diferents –depressió (Woods i col., 2005) i qualitat de vida– (Woods i

col., 2012). Aquestes limitacions es poden minimitzar establint protocols d'avaluació i tractament clars i estandarditzats –variabilitat en la modalitat i el format de les teràpies, la condició/ons dels grups control i els instruments d'avaluació–. Al seu torn també minimitzaria l'efecte de variables externes. Establir protocols clars i comparables que diferisquen només en un d'aquests aspectes –durada, freqüència i longitud– ens ajudaria a esclarir com es relacionen aquestes variables amb la grandària de l'efecte, i això ens permetria delinear els paràmetres en què les diferents teràpies són més efectives.

Per concloure, cal comentar que a causa de l'extensió d'aquest treball, no s'ha pogut exposar intervencions dirigides als cuidadors de les persones amb demència, les quals mostren efectes sobre els símptomes de la malaltia. Igualment és necessari subratllar la importància de prevenir l'aparició de la demència com a primera línia de defensa davant d'aquesta malaltia (Sierpina, 2005). La prevenció comença per fomentar l'envelliment actiu en la població i per identificar i intervenir en aquelles persones que presenten un major risc de desenvolupar-la.

Referències

- Aguirre, E.; Woods, R. T.; Spector, A. i Orrell, M. (2013). Cognitive stimulation for dementia: A systematic review of the evidence of effectiveness from randomised controlled trials. *Ageing Research Reviews*, 12(1), pp. 253-262, doi: 10.1016/j.arr.2012.07.001.
- Agut, D. (2012). El paper de l'estimulació cognitiva en les persones majors. Aplicació d'un programa. *Anuari de Psicologia de la Societat Valenciana de Psicologia*, 12(1), pp. 199-204.
- Anouk, M. A. i col. (2008). Effectiveness of Nonpharmacological Interventions in Delaying the Institutionalization of Patients with Dementia: A Meta-Analysis. *Journal of Gerontology*, 56, pp. 1116-1128, doi: 10.1111/j.1532-5415.2008.01705.
- Ballard, C. i Corbett, A. (2010). Management of Neuropsychiatric Symptoms in People with Dementia. *CNS Drugs*, 24(9), pp. 729-739, doi: 10.2165/11319240-000000000-00000.
- Beck, C. K. i col. (2002). Effects of behavioral interventions on disruptive behavior and affect in demented nursing home residents. *Nursing Research*, 51, pp. 219-228, doi: 10.1097/00006199-200207000-00002.
- Bonafont, A. (2014). Paradigma del curso de la vida. La narrativa, el enfoque biográfico y el relato de vida en la práctica de la atención centrada en la persona. En Rodríguez, P. i Vilà, A. (Coord.), *Modelo de atención integral y centrada en la persona. Teoría i práctica en ámbitos de envejecimiento y discapacidad*, pp. 237-252. Madrid: Editorial Tecnos.

- Breuil, V.; De Rotrou, J.; Forette, F.; Tortrat, D.; Ganansia Ganem, A.; Frambourt, A. i col. (1994). Cognitive stimulation of patients with dementia: Preliminary results. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 9(3), pp. 211-217. doi: 10.1002/gps.930090306.
- Burgio, L.; Scilley, K.; Hardin, J. M.; Hsu, C. i Yancey, J. (1996). Environmental «white noise»: an intervention for verbally agitated nursing home residents. *Journal of Gerontology*, 51, pp. 364-373, doi: 10.1093/geronb/51B.6.P364.
- Camberg, L. i col. (1999). Evaluation of simulated presence: a personalized approach to enhance well-being in persons with Alzheimer's disease. *Journal of the American Geriatrics Society*, 47(4), pp. 446-452. doi: 10.1111/j.1532-5415.1999.tb07237.
- Clark, M. E.; Lipe, A. W. i Billbrey, M. (1998). Use of music to decrease aggressive behaviors in people with dementia. *Journal of Gerontological Nursing*, 24(7), pp. 10-17, doi: 10.1016/S0965-2299(99)80145-9.
- Cohen-Mansfield, J. i Werner, P. (1997). Management of verbally disruptive behaviours in nursing home residents. *Journal of Gerontology*, 52, pp. 369-377.
- Crespo, M. i López, J. (2008). El estrés en cuidadores de mayores dependientes. Cuidarse para cuidar. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Dunn, J. C.; Thiru-Chelvam, B. i Beck, C. H. M. (2002). Bathing: pleasure or pain? *Journal of Gerontological Nursing*, 28(11), pp. 6-13, doi: 10.3928/0098-9134-20021101-05.
- Ewijk, C.; Van, B.; Kuipers, H.; Ter Rele, M.; Van de Ven i Westerhout, E. (2000). Ageing in the Netherlands, CPB, The Hague.
- Ferrario, E.; Cappa, G.; Molaschi, M.; Rocco, M. i Fabris, F. (1991). Reality orientation therapy in institutionalized elderly patients: Preliminary results. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 12(2), pp. 139-142. Disponible en: <<http://psycnet.apa.org/psycinfo/1991-28124-001>>.
- Froján, M. J. (2009). Trastornos de conducta. En Fernández-Ballesteros, R. (dir.), *Psicología de la Vejez, Una psicogerontología Aplicada*, pp. 117-136. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Galiana, L.; Sancho, P.; Tomás, J. M. i Gutiérrez, M. (2014). El rol mediador de l'envelliment actiu sobre la satisfacció i la salut percebudes: un model estructural en majors anglesos. *Anuari de Psicologia de la Societat Valenciana de Psicologia*, 15(1), pp. 29-43. Disponible en: roderic.uv.es/handle/1055/39025.
- Garland, K.; Beer, E.; Eppingstall, B. i O'Connor, D. W. (2007). A comparison of two treatments of agitated behavior in nursing home residents with dementia: simulated presence and preferred music. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 15, pp. 514-521, doi: 10.1097/01.JGP.0000249388.37080.b4.

- Gerdner, L. A. (2000). Effects of individualized versus classical «relaxation» music on the frequency of agitation in elderly persons with Alzheimer's disease and related disorders. *International Psychogeriatrics*, 12, pp. 49-65, doi: 10.1017/S1041610200006190.
- Groene, R. W. (1993). Effectiveness of music therapy 1:1 intervention with individuals having senile dementia of the Alzheimer's type. *Journal of Music Therapy*, 30, pp. 138-157, doi: 10.1093/jmt/30.3.138.
- Grup de treball de l'Organització de Nacions Unides, Departament d'Afers Socials i Econòmics, Divisió Poblacional (2002). World Population Ageing (1950-2050). ONU.
- Grup de treball del National Institute for Health and Care Excellence (2010). Dementia quality standard. NICE.
- Grup de treball del Sistema Nacional de Salud (2010). Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Ministerio de Ciencia e Innovación: Guías de Práctica Clínica en el SNS.
- Kim S.; Yoo E.; Jung M.; Park S. i and Park J. (2012). A systematic review of the effects of occupational therapy for persons with dementia: A meta-analysis of randomized controlled trials. *NeuroRehabilitation*, 31(2), pp. 107-115, doi: 10.3233/NRE-2012-0779.
- Kolanowski, A. M.; Litaker, M. i Buettner, L. (2005). Efficacy of theory-based activities for behavioral symptoms of dementia. *Nursing Research*, 54, pp. 219-228, doi: 10.1080/03601277.2014.937217.
- Logsdon, R.; McCurry, S. M. i Teri, L. (2007). Evidence-Based Psychological Treatments for Disruptive Behaviors in Individuals With Dementia. *Psychology and Aging*, 22(1), pp. 28-36, doi: 10.1037/0882-7974.22.1.28.
- López-Almela, A. i Gómez-Conesa, A. (2011). Intervención en demencias mediante estimulación multisensorial (snoezelen). *Fisioterapia*, 33(2), pp. 79-88, doi: 10.1016/j.ft.2011.02.004.
- Martí, P.; Mercadal, M.; Cardona, J.; Ruiz, I.; Sagristá, M. i Maños, Q. (2004). Intervención no farmacológica en las demencias y la enfermedad de Alzheimer: miscelánea. En Deví, J. i Deus, J. (coord.). *Las demencias y la enfermedad de Alzheimer: una aproximación práctica e interdisciplinar*, pp. 559-588. Barcelona: ISEP.
- Martí-Vilar, M. i Estellés, L. (2014). Psychology and Aging (2003-2012): productividad y rasgos desde los artículos originales. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 5(2), pp. 367-388, doi: 10.21501/22161201.1418.
- Neal, M. i Barton Wright, P. (2003). Validation therapy for dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, pp. 1-28, doi: 10.1002/14651858.CD001394.

- O'Connor, D. W.; Ames, D.; Gardner, B. i King M. (2009). Psychosocial treatments of behavior symptoms in dementia: a systematic review of reports meeting quality standards. *International Psychogeriatrics*, 21(2), pp. 225-240, doi: 10.1017/S1041610208007588.
- O'Connor, D. W.; Ames, D.; Gardner, B. i King, M. (2009). Psychosocial treatments of psychological symptoms in dementia: a systematic review of reports meeting quality standards. *International Psychogeriatrics*, 21(2), pp. 241-251, doi: 10.1017/S1041610208008223.
- Olivera, C. i Ortega, M. (2004). Terapia ocupacional y fisioterapia en geriatría y en las demencias. En Deví, J. i Deus, J. (coord.). *Las demencias y la enfermedad de Alzheimer: una aproximación práctica e interdisciplinar*, pp. 589-612. Barcelona: ISEP.
- Ragneskog, H.; Brane, G.; Karlsson, I. i Kihlgren, M. (1996). Influence of dinner music on food intake and symptoms common in dementia. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 10, pp. 11-17, doi: 10.1111/j.1471-6712.1996.tb00304.x.
- Remington, R. (2002). Calming music and hand massage with agitated elderly. *Nursing Research*, 51, pp. 317-323, doi: 10.1097/00006199-200209000-00008.
- Requena, C.; López-Ibor, M. I.; Maestu, F.; Campo, P.; López-Ibor, J. J. i Ortiz, T. (2006). Effects of cholinergic drugs and cognitive training on dementia. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 18, pp. 50-54, doi: 10.1159/000095600.
- Sierpina, V. S.; Sierpina, M.; Loera, J. A. i Grumbles, L. (2005). Complementary and Integrative Approaches to Dementia. *Southern Medical Association*, 98(6), pp. 636-645, doi: 0038-4348/05/9806-0636.
- Sloane, P. D. i col. (2004). Effect of person-centred showering and the towel bath on bathing-associated aggression, agitation, and discomfort in nursing home residents with dementia: a randomized, controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52, pp. 1795-1804. Disponible en: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15507054>>.
- Spector A.; Davies S.; Woods B. i Orrell M. (2000). Reality Orientation for Dementia: A systematic Review of the Evidence of Effectiveness from Randomized Controlled Trials. *The Gerontological Society of America*, 40(2), pp. 206-212.
- Spector A.; Orrell, M.; Davies S. i Woods B. (2000). Reality Orientation for Dementia. *The Cochraine Database of Systematic reviews*, 3, doi: 10.1002/14651858.CD001119.pub2.
- Spector, A.; Orrell, M. i Hall, L. (2012). Systematic Review of Neuropsychological Outcomes in Dementia from Cognition-Based Psychological Interventions. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 34, pp. 244-255, doi: 10.1159/000343931.

- Spijker, A.; Vernooij-Dassen, M.; Vasse, E.; Adang, E.; Wollersheim, H.; Grol, R. i Verhey, F. (2008). Effectiveness of Nonpharmacological Interventions in Delaying the Institutionalization of Patients with Dementia: A Meta-Analysis. *Journal The American Geriatrics Society*, 56(6), pp. 1116-1128, doi: 10.1111/j.1532-5415.2008.01705.x.
- Suhr, J.; Anderson, S. i Tranel, D. (1999). Progressive muscle relaxation in the management of behavioural disturbance in Alzheimer's disease. *Neuropsychological Rehabilitation*, 9, pp. 31-44, doi: 10.1080/713755590.
- Takeda, M.; Tanaka, T.; Okochi, M. i Kazui, H. (2012). Non-pharmacological intervention for dementia patients. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 66(1), pp. 1-7, doi: 10.1111/j.1440-1819.2011.02304.x.
- Teri, L.; Montorio, I. i Izal, M. (1999). Intervención en problemas de comportamiento asociados a la demencia. En Montorio, I. i Izal, M. (Ed.), *Intervención psicológica en la vejez. Aplicaciones en el ámbito clínico y de la salud*, pp. 179-203. Madrid: Editorial Síntesis.
- Vasionyte, I. i Madison, G. (2013). Musical intervention for patients with dementia: a meta-analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 22, pp. 1203-1216, doi: 10.1111/jocn.12166.
- Watson, N. M.; Wells, T. J. i Cox, C. (1998). Rocking chair therapy for dementia patients: its effect on psychosocial well-being and balance. *American Journal of Alzheimer's Disease*, 13, pp. 296-308, doi: 10.1177/153331759801300605.
- Williams, C. L. i Tappen, R. M. (2007). Effect of exercise on mood in nursing home residents with Alzheimer's disease. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 22, pp. 389-397, doi: 10.1177/1533317507305588.
- Wimo, A.; Jönsson, L.; Bond, J.; Prince, M. i Winblad, B. (2010). The worldwide economic impact of dementia 2010. *Alzheimer's and Dementia*, 9, pp. 1-11, doi: 10.1016/j.jalz.2012.11.006.
- Woods, B.; Aguirre, E.; Spector, A. E. i Orrell, M. (2012). Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia (Review). *The Cochrane Library*, 2, doi: 10.1002/14651858.CD005562.pub2.
- Woods, B.; Spector, A. E.; Jones, C. A.; Orrell, M. i Davies, S. P. (2005). Reminiscence therapy for dementia (Review). *The Cochrane Library*, 2, doi: 10.1002/14651858.CD001120.pub2.
- Yaguas, J.; Buiza, C. i González, M. F. (2009). Programas de psicoestimulación en demencias. En Fernández-Ballesteros, R. (dir.), *Psicología de la vejez. Una psicogerontología aplicada*, pp. 187-214. Madrid: Ediciones Pirámide.

Data de recepció: 04-02-2016

Data d'acceptació: 05-06-2016