

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID**  
**FACULTAD DE MEDICINA**



Efectividad de las Intervenciones Enfermeras y  
Tratamiento no farmacológico en personas con demencia:  
revisión narrativa

**TRABAJO DE FIN DE GRADO**

GRADO EN ENFERMERÍA

Curso académico 2017-2018

Autoría: Paula Rodríguez Cruz

Tutoría académica: Ana Isabel Parro Moreno



## **RESUMEN**

**Introducción.** El número de personas con demencia es cada vez mayor y esto tiene un importante impacto en el entorno familiar y socioeconómico. Actualmente no existe un tratamiento farmacológico curativo, por lo que se hace necesario un abordaje multidisciplinar que englobe intervenciones no farmacológicas.

**Objetivos.** Valorar la efectividad de las terapias no farmacológicas e intervenciones aplicadas por personal de enfermería en el manejo de pacientes con demencia y sus cuidadores.

**Metodología.** Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos PubMed, CUIDEN, Scielo y la plataforma ELSEVIER en 2018. El límite temporal fue de 5 años. Se buscaron las palabras clave en título y abstract.

**Resultados.** Se identificaron inicialmente 416 artículos, de los cuales se incluyeron en la revisión 17.

**Discusión.** Las intervenciones realizadas por enfermería en pacientes con demencia tipo Alzheimer, se pueden dividir en función del grupo diana al que van dirigidas. Las TNF dirigidas al paciente, ayudan a estabilizar o mejorar los déficits cognitivos y funcionales. Las intervenciones dirigidas a los cuidadores tienen la finalidad de apoyo y asesoramiento para promover el bienestar.

**Conclusiones.** Las TNF pueden y deben usarse por profesionales de enfermería por su competencia profesional e implicación en el cuidado de pacientes con patología crónica, en especial pacientes con demencias. A partir de esta revisión se puede concluir que estas terapias han demostrado ser efectivas y necesarias en la atención a pacientes con demencia.

**Palabras clave:** (3 -10): intervenciones no farmacológicas, demencia, enfermería, cuidados de enfermería, Alzheimer, cuidadores.

## **ABSTRACT**

**Introduction.** The number of people with dementia is increasing and this has an important impact on the family and socioeconomic environment. Nowadays, there is no curative pharmacological treatment, so a multidisciplinary approach involving non-pharmacological interventions is necessary.

**Objectives.** To assess the effectiveness of non-pharmacological therapies and interventions applied by nursing staff in the management of patients with dementia and their caregivers.

**Methodology.** A bibliographic search was carried out in the databases PubMed, CUIDEN, Scielo and the ELSEVIER platform in 2018. The time limit was 5 years. The keywords were searched in title and abstract.

**Results.** Initially 416 articles were identified, of which were included in the review 17.

**Discussion.** The interventions carried out by nursing in patients with Alzheimer's dementia can be divided according to the target group to which they are directed. NPTs directed to the patient help to stabilize or improve cognitive and functional deficits. Interventions aimed at caregivers are intended for support and counseling to promote well-being.

**Conclusions.** The NPT can and should be used by nursing professionals because of their professional competence and involvement in the care of patients with chronic pathology, especially patients with dementias. From this review it can be concluded that these therapies have proven to be effective and necessary in the care of patients with dementia.

**Keywords:** non-pharmacological interventions, dementia, nursing, nursing care, Alzheimer's, caregivers.

# ÍNDICE

<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	Pág.1
1.1 Definición, clasificación de las demencias y diagnóstico diferencial.....	Pág.1
1.2 Datos epidemiológicos.....	Pág.7
1.3 Afrontamiento institucional de la demencia.....	Pág.8
1.4 Terapias no farmacológicas.....	Pág.10
1.5 Justificación.....	Pág.13
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	Pág.14
<b>3. METODOLOGÍA</b> .....	Pág.15
3.1 Búsquedas en bases de datos.....	Pág.15
<b>4. MÉTODO</b> .....	Pág.18
<b>5. RESULTADOS</b> .....	Pág.19
<b>6. DISCUSIÓN</b> .....	Pág.25
6.1 Intervenciones enfermeras enfocadas al paciente con demencia.....	Pág.25
6.1.1 Estimulación cognitiva.....	Pág.25
6.1.2 Terapias multicomponentes.....	Pág.26
6.1.3 Estimulación sensorial.....	Pág.28
6.1.4 Ejercicio físico.....	Pág.30
6.1.5 Intervención grupal psicosocial.....	Pág.30
6.2 TNF enfocadas al cuidador del paciente con demencia.....	Pág.32
6.2.1 Programas de respiro.....	Pág.33
6.2.2 Educación y entretenimiento.....	Pág.34
<b>7. FORTALEZAS Y LIMITACIONES</b> .....	Pág.37
<b>8. APLICABILIDAD A LA PRÁCTICA CLÍNICA DE ENFERMERÍA</b> .....	Pág.38
<b>9. CONCLUSIONES</b> .....	Pág.39
<b>10. BIBLIOGRAFÍA</b> .....	Pág.40

# ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1. Criterios diagnósticos de la OMS de demencia (CIE-10).....	Pág.1
Cuadro 2. Criterios DSM- V para el trastorno neurocognitivo mayor o leve.....	Pág.2
Cuadro 3. Síndrome confusional frente a síntomas psicológicos y conductuales de la demencia (SPCD).....	Pág.6
Cuadro 4. TNF clasificadas en función al grupo diana.....	Pág.11
Cuadro 5. TNF recomendadas según la evidencia científica.....	Pág.12
Cuadro 6. Palabras clave; MeSH y DeCS.....	Pág.15
Cuadro 7. Proceso de selección de los estudios incluidos en la revisión.....	Pág.18
Cuadro 8. Características documentales y resultados de los documentos analizados.....	Pág.21

# ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Año de publicación de los documentos seleccionados.....Pág.19

Gráfico 2. Lugar de publicación de los documentos seleccionados.....Pág.19

Gráfico 3. Titulación de la autoría de los documentos seleccionados.....Pág.20





# 1. INTRODUCCIÓN

“Al principio pequeños olvidos, algunas palabras, problemas para orientarse con el coche. Luego se complica el escribir, el vestirse, los familiares se vuelven desconocidos y se olvidan las funciones básicas de la vida como ir al baño o cambiar de posición. Cambian las actitudes, el miedo se torna en agresión, desvarío, resistencia al cuidado, los enfermos están condenados a un presente constante irreconocible a medida que la enfermedad se come poco a poco sus recuerdos”.<sup>1</sup>

## 1.1 Definición, clasificación de las demencias y diagnóstico diferencial

El origen del término demencia proviene del latín *dementia* que significa “falta de juicio”.<sup>2</sup>

La demencia se define, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “síndrome -generalmente de naturaleza crónica o progresiva- caracterizado por el deterioro de la función cognitiva, más allá de lo que podría considerarse una consecuencia del envejecimiento normal. La demencia afecta a la capacidad para realizar actividades de la vida diaria, la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio”.<sup>3</sup>

Los criterios diagnósticos de demencia universalmente utilizados son los establecidos por la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM- V) de 2013 y los de la Organización Mundial de la Salud (OMS) CIE-10 de 1992.

Cuadro 1. Criterios diagnósticos de la OMS de demencia (CIE-10)

En el diagnóstico de demencia deben concurrir las siguientes premisas:

1. Deterioro de la memoria
  - Alteración de la capacidad para registrar, almacenar y recuperar información nueva.
  - Pérdida de contenidos mnésicos relativos a la familia o al pasado.
2. Deterioro del pensamiento y del razonamiento
  - Reducción del flujo de ideas.
  - Deterioro en el proceso de almacenar información (dificultad para prestar atención a más de un estímulo a la vez y dificultad para cambiar el foco de atención).
3. Interferencia en la actividad cotidiana.
4. Ausencia de la alteración de la conciencia
5. Duración de los síntomas al menos 6 meses

Fuente: J. Peña- Casanova (2007).<sup>2</sup>

Para referirse a la demencia en el DSM V hay una nueva nomenclatura; trastornos neurocognoscitivos mayores y leves.

Cuadro 2. Criterios DSM- V para el trastorno neurocognitivo mayor o leve

<p>A. Evidencia de un deterioro cognitivo significativo comparado con el nivel previo de rendimiento en uno o más dominios basada en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Preocupación por la persona que lo sufre, por un informante que lo reconoce o en el clínico</li> <li>b. Deterioro sustancial del rendimiento cognitivo, documentado por test neuropsicológico estandarizado o por evaluación clínica cuantitativa.</li> </ul>
<p>B. Los déficits cognitivos interfieren con la autonomía del individuo en las actividades de la vida diaria.</p>
<p>C. El deterioro no se explica exclusivamente en el contexto de un cuadro confusional.</p>
<p>D. Los déficits cognitivos no se explican por otros trastornos mentales.</p>
<p>Especificar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Subtipo etiológico: enfermedad de Alzheimer, enfermedad por cuerpos de Lewy, enfermedad vascular, enfermedad de Parkinson, etc.</li> <li>- Si tiene o no alteración del comportamiento clínicamente significativa como pueden ser síntomas psicóticos, alteración del estado de ánimo, agitación, apatía...</li> <li>- La gravedad actual: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Leve: dificultades con las actividades instrumentales cotidianas (por ejemplo, tareas del hogar, gestión del dinero).</li> <li>- Moderado: dificultades en actividades básicas de la vida diaria (por ejemplo, comer o vestirse).</li> <li>- Grave: totalmente dependiente.</li> </ul> </li> </ul>

Fuente: Manual Diagnóstico de los Trastornos Mentales de la American Psychiatric Association. DSM-V (2014).<sup>4</sup>

Algunos factores predisponentes de demencia son la edad avanzada, el sexo femenino, la inactividad física, la obesidad, el consumo de tabaco y el consumo de alcohol, la diabetes y la hipertensión. Otros factores de riesgo son la depresión, el bajo nivel educativo, el aislamiento social y la inactividad cognitiva.<sup>5</sup>

Los signos y síntomas de la demencia generan sufrimiento en el paciente y sus cuidadores, y precipitan la institucionalización. Los síntomas aparecen de forma muy variable ya que están determinados por factores psicológicos y ambientales. La conferencia de consenso convocada por la Asociación Internacional de Psicogeriatría en 1996 habló por primera vez del término “*behaviorial and psychological symptoms of dementia*”. Se habló de dos tipos de síntomas: los síntomas psicológicos que se obtienen a través de la entrevista con

el paciente o su familia (por ejemplo; depresión, ansiedad...) y los signos conductuales obtenidos mediante la observación directa del paciente (agresividad, desinhibición, hiperactividad motora...). Es de gran importancia que estos pacientes reciban un tratamiento interdisciplinar para mejorar el bienestar de la persona con demencia y de su familia.<sup>6</sup>

La demencia afecta a cada persona de forma diferente. Puede evolucionar de forma lenta o rápida e incluso se pueden mezclar signos y síntomas de las diferentes etapas. Existe una alteración funcional a nivel cognitivo (lenguaje, percepción), motor (habilidades básicas) y conductual (depresión, ansiedad, alteraciones del sueño...). Los signos y síntomas se dividen en tres etapas: <sup>3</sup>

- Etapa temprana: suele pasar desapercibida. Síntomas como tendencia al olvido (comienza por la memoria reciente), pérdida de la noción del tiempo, desubicación, insomnio (sin somnolencia diurna).

- Etapa intermedia: signos y síntomas más evidentes. Dificultades para llevar a cabo actividades básicas de la vida diaria (ABVD), olvidan acontecimientos recientes, dificultad en la comunicación, cambios de humor y comportamiento (apatía, agresividad), confusión en entornos familiares y depresión.

- Etapa tardía: la dependencia e inactividad son casi totales. Alteraciones graves de la memoria (dificultad para reconocer familiares y amigos) y signos físicos que se hacen más evidentes (incontinencia, dificultades para caminar). Alteraciones del comportamiento que pueden desembocar en agresiones. Delirios y alucinaciones.

A todo esto, hay que sumarle problemas de autoestima (dependencia, sentimientos de inutilidad), que van a afectar tanto al paciente como a su entorno familiar, produciendo además el cansancio del rol del cuidador.<sup>7</sup>

La demencia ha sido clasificada de acuerdo a diversos criterios para su diagnóstico diferencial, pero actualmente, la más utilizada es según su etiopatogenia: <sup>8,9</sup>

- Demencias degenerativas o primarias: el factor patogénico es el deterioro o pérdidas neuronales debido a alteraciones en su metabolismo (afectan al sistema nervioso central). Son las más prevalentes. Entre ellas están algunos ejemplos de demencias corticales como son la enfermedad de Alzheimer (EA), la demencia por cuerpos de Lewy y la demencia por degeneración del lóbulo frontotemporal donde la demencia es la manifestación

predominante. Encontramos también la enfermedad de Huntington y enfermedad de Parkinson como representantes del grupo de demencias subcorticales donde la manifestación inicial son los trastornos del movimiento. Los grupos de demencias mixtas (combinación de demencia cortical y subcortical) y las demencias focales (que cursan con alteración cognitiva), son formas menos frecuentes dentro del grupo de las demencias degenerativas.

- Demencias vasculares: es la segunda más frecuente tras las degenerativas. La clínica de esta demencia depende del calibre de los vasos de irrigación que estén afectados.

- Demencias secundarias: causadas por enfermedades de causas conocidas y algunas de ellas pueden ser reversibles si se tratan. Algunas de estas causas son: trastornos metabólicos, infecciones, enfermedades autoinmunes, traumatismos, tóxicos, etc.

- Demencias de etiología múltiple: son varias causas las que ocasionan la demencia. En edades avanzadas es frecuente la concomitancia por ejemplo de enfermedad cerebrovascular y EA.

La forma más común de demencia es el Alzheimer. Ésta enfermedad se diagnosticó por primera vez en 1906 y tiene este nombre por el primer médico que la diagnosticó, Alois Alzheimer.<sup>2</sup>

La enfermedad de Alzheimer es un trastorno neurodegenerativo que provoca una progresiva pérdida de memoria y de otras funciones cognitivas, con síntomas en la esfera conductual y psicológica, pérdida de autonomía progresiva hasta una dependencia total con un gran impacto familiar y social.<sup>2</sup>

Actualmente no se conoce la causa ni el tratamiento para erradicarla. Especial relevancia está adquiriendo en los últimos años la posibilidad de la predisposición genética. Los cromosomas 21, 14, 1 y el alelo E4 del cromosoma 19 aumentan la susceptibilidad de padecer Alzheimer, mientras que el alelo E2 del cromosoma 19 parece tener un efecto protector.<sup>5</sup>

Habitualmente, el comienzo de la Enfermedad de Alzheimer es insidioso, prolongándose durante meses e incluso años. El síntoma inicial suele ser la pérdida de memoria, añadiendo desorientación temporoespacial, alteraciones del lenguaje, alteraciones en la capacidad de juicio, en la capacidad de reconocimiento, en la ejecución de tareas y cambios en el carácter. Las identificaciones erróneas y la fragmentación del sueño suelen

ser frecuentes. A lo largo de la enfermedad pueden aparecer cambios en la personalidad, depresión (hasta en un 20% de los casos), hasta que en estadios avanzados de la enfermedad el paciente queda encamado e incontinente.<sup>2</sup>

Otras demencias como la demencia por cuerpos de Lewy, forman el 15% de las demencias, es de causa desconocida y más frecuente en varones. En estos pacientes son frecuentes las alucinaciones visuales. Cursa con deterioro cognitivo, aparición progresiva de dependencia, alteraciones del comportamiento y cada vez son más necesarios los cuidados por parte de familiares o cuidadores.<sup>10</sup>

Actualmente, para el diagnóstico de la demencia y según la evidencia, no es necesario un cribado sistemático en toda la población. Sin embargo, dado el aumento del número de personas que lo sufren y el gran impacto sociosanitario, se recomienda la aplicación de escalas y tests de cribado en los ancianos mayores de 75 años, en los mayores de 65 institucionalizados y aquellos que tengan limitaciones para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD).<sup>11, 12</sup>

Los profesionales de enfermería en Atención Primaria, atienden a un número muy elevado de la población mayor; por tanto, cuando van a consulta, se debería captar a estos pacientes y valorar aparición de primeros signos o síntomas sospechosos de deterioro cognitivo. Cuanto antes se detecte este problema, antes se podrá actuar sobre él.<sup>13</sup>

Para realizar el examen cognitivo, se debe valorar la memoria, la orientación temporoespacial, el lenguaje, la capacidad de juicio, la capacidad de abstracción y la existencia de apraxias y/o agnosias. Esta valoración se realiza con test validados para ello disponibles en Atención Primaria.<sup>14</sup>

El Miniexamen Cognoscitivo (MEC), es el más utilizado, por su validez, sencillez, rapidez de aplicación y por tener alta sensibilidad y especificidad. Es un test sencillo que evalúa la orientación temporoespacial, la memoria inmediata y anterógrada, la habilidad para el cálculo, la capacidad constructiva y el uso del lenguaje. Se tarda en realizar unos 10-15 minutos.<sup>14, 15</sup>

Otro test es el Short Portable Mental Status Questionnaire de Pfeiffer, adaptado y validado al castellano, que valora 4 parámetros: memoria a corto y largo plazo, orientación, información sobre hechos cotidianos y capacidad de cálculo.<sup>12,16</sup>

Otros test que pueden resultar de utilidad son el test del informador (se realiza a una persona cercana al paciente), el Set Test de Isaacs (sirve si el tiempo de consulta es un factor limitante) y el Test del Reloj de Shulman (puede servir en casos que existe dificultad para el lenguaje, se realiza en poco tiempo 2-3 minutos, pero sus inconvenientes son que no evalúa la memoria, por tanto, no nos sirve para detectar la enfermedad de Alzheimer).<sup>13</sup>

Una de las escalas más utilizadas en Atención Primaria para valorar los cambios que se producen en la evolución de un paciente ya diagnosticado es el Índice de Barthel.<sup>17</sup>

Para diferenciar la demencia de una alteración de la memoria asociada a la edad, se hace un seguimiento clínico del paciente cada 3 o 6 meses, para ver si el paciente se estabiliza, retrocede (si se corrige la causa del deterioro) o evoluciona hacia la demencia. La posibilidad de una causa médica añadida a la demencia siempre debe estar presente y es de gran importancia diferenciar una de otra.<sup>2</sup>

No todos los pacientes que presenten déficits en las áreas cognitivas tienen demencia. Para establecer ese diagnóstico, el paciente no puede tener ninguna alteración del nivel de conciencia y se debe descartar que los síntomas de deterioro sean causados por un síndrome confusional (diagnóstico diferencial).<sup>3</sup>

Cuadro 3. Síndrome confusional frente a síntomas psicológicos y conductuales de la demencia (SPCD).

	Síndrome confusional	SPCD
Inicio y curso	Agudo o subagudo, curso fluctuante, sin remisión espontánea	Progresivo, generalmente de larga evolución (meses), puede ser esporádico o intermitente
Atención	Dispersa, hiperalerta o con pérdida de respuestas, cambiante	Relativamente estable, con posibles patrones horarios
Conducta	Impredecible	Relativamente predecible
Signos físicos	Taquicardia, temblor, sudoración, cambios de coloración y temperatura	Ausentes
Causa y manejo	Modelo médico, manejo urgente	Modelo biopsicosocial

Fuente: J. Olazarán-Rodríguez, et al. (2012).<sup>6</sup>

## 1.2 Datos epidemiológicos

La demencia es más prevalente en personas mayores, pero no se considera una consecuencia normal del envejecimiento. Su prevalencia aumenta progresivamente con la edad (entre un 5-10% de las personas mayores de 65 años y un 20-40% de los mayores de 80 años).<sup>18</sup>

Los países desarrollados están definidos por un aumento de su población anciana.<sup>19</sup> Esto es causado por el avance de los sistemas sociosanitarios, incremento de la esperanza de vida y baja tasa de natalidad.<sup>20</sup>

Este envejecimiento va a hacer que las enfermedades crónicas sean cada vez más frecuentes como es el caso de las demencias. Actualmente, constituyen el tercer problema de salud de los ancianos, tras las enfermedades cardiovasculares y el cáncer, pero si sigue aumentando la esperanza de vida, probablemente lleguen a ocupar el primer lugar dentro de la patología geriátrica.<sup>19</sup>

La Asociación Internacional de la Enfermedad de Alzheimer informa que actualmente existen 50 millones de casos detectados con demencia a nivel mundial, presentando predicción de duplicar la cifra cada 20 años ya que la población cada vez es más envejecida.<sup>21</sup> Cada año se registran cerca de 10 millones de nuevos casos; un caso cada 3 segundos.<sup>3</sup>

Por tanto, al ser un síndrome ligado al envejecimiento se prevé que en 2030 se alcancen los 82 millones de personas con demencia y 152 millones en 2050. La OMS reconoce la demencia como una prioridad de salud pública.<sup>3</sup>

La forma más común de demencia es el Alzheimer, entre el 60-70 % de los casos, que es la que se desarrollará principalmente en este trabajo.<sup>3</sup>

El Alzheimer predomina en mujeres y en el grupo etario de 85 a 89 años.<sup>10</sup>

Según estimaciones de la OMS, las demencias, incluida la enfermedad de Alzheimer causan cada año en el mundo en torno a los 276.000 fallecimientos de los cuales 93.000 son hombres y 183.000 son mujeres.<sup>3</sup>

### 1.3 Afrontamiento institucional de la demencia

La OMS, en mayo de 2017, respaldó el Plan de acción mundial sobre la respuesta de salud pública a la demencia 2017-2025, que establece “medidas aplicables por los planificadores de políticas, los asociados internacionales, regionales y nacionales, y la propia OMS en ámbitos tales como: la sensibilización sobre la enfermedad y el establecimiento de iniciativas destinadas a promover la adaptación a la demencia; la reducción del riesgo de demencia; su diagnóstico, tratamiento y atención; la investigación e innovación o el apoyo a los cuidadores de las personas con demencia”.<sup>22</sup> Su objetivo es reducir el impacto de la demencia sobre pacientes, familiares, cuidadores, comunidades y países. Buscan lograr prevenir la demencia y que sus cuidadores vivan bien con el apoyo suficiente para realizar unos cuidados con dignidad, respeto, autonomía e igualdad.

También se creó el Observatorio Mundial de las Demencias, que es una plataforma internacional para vigilar, hacer un seguimiento e intercambiar información sobre las políticas relacionadas con la demencia, tanto a nivel de investigación, epidemiología como en la prestación de servicios.<sup>22</sup>

La OMS llevó a cabo el proyecto *iSupport*, que es un programa que sirve tanto para las personas que sufren demencia como para sus familias o cuidadores. Se expone información sobre cómo realizar los cuidados reduciendo el estrés y mejorando la salud mental de los cuidadores y de los pacientes. Da importancia al autocuidado, enseñando a los cuidadores los conocimientos básicos de la demencia y cómo realizar los cuidados diarios como puede ser la higiene o cómo manejar la agresión o la depresión. En esta línea se desarrolló *The Caregiver Connect*, que es un foro virtual donde los cuidadores pueden hablar entre ellos y contar sus propias experiencias para ayudar a otros.<sup>23</sup>

La demencia es una de las principales causas de discapacidad y dependencia entre las personas mayores en el mundo. Suele haber ausencia de concienciación y comprensión sobre este síndrome lo que lleva a una estigmatización y por tanto una disminución de la demanda de los servicios para realizar una correcta atención y un diagnóstico acorde. <sup>[3]</sup> Únicamente el 4% de las consultas de tipo neurológico atendidas por el médico de familia se ocupan en el diagnóstico o seguimiento de esta enfermedad.<sup>24</sup>

En nuestro país, el 70-80% de las personas con demencia permanecen en su domicilio y en la mayoría de los casos el cuidador principal es un familiar (mayoritariamente mujeres hijas o cónyuges) que no reciben retribución económica por este servicio.<sup>25</sup>



Con respecto al abordaje terapéutico en los pacientes con demencia es doble; hay que cuidar al paciente y a su familia. El papel de los profesionales de enfermería es crucial en el manejo de estos pacientes, pues además de atender los problemas de salud, realizará actividades educativas y preventivas.<sup>26,27</sup>

Conforme avanza la enfermedad, la carga recae sobre la familia que es la pieza clave para garantizar la provisión y continuidad de los cuidados. Según el Consejo Internacional de Enfermería,<sup>28</sup> el cuidado de la familia es una función intrínseca a la profesión, lo que significa que los profesionales tienen la responsabilidad de dirigir su atención hacia la salud familiar, asegurando respuestas inclusivas y equilibradas a las necesidades y las capacidades de todos sus miembros. Para ello es importante escuchar activamente a la familia, permitiendo que puedan expresar sus sentimientos, dudas, preocupaciones.<sup>29</sup>

La mayoría de los cuidadores de pacientes con demencia lo hacen diariamente y llevan una media de 6 años dedicados al paciente. Aproximadamente la mitad de los cuidadores realizan supervisión directa o cuidados durante 18-24 horas al día. La mayoría de los pacientes con demencia y sus familiares no disponen de ningún recurso de apoyo ni en el domicilio ni en un centro de día.<sup>28</sup>

La demencia a parte de un problema sanitario, es también socioeconómico y familiar ya que son las familias las que asumen la mayor parte del gasto (87% en total) y dedicación (una media de 70 horas semanales, unas 286 horas al mes).<sup>28</sup>

Los recursos sanitarios con los que cuentan Europa y España son escasos para las personas con demencia. Los debates y las iniciativas políticas dirigidas al apoyo y protección de la labor de la familia como cuidadora han sido hasta ahora prácticamente inexistentes.<sup>28</sup>

Es necesaria una mayor formación y tiempo para la asistencia de pacientes con demencia en Atención Primaria. Sería deseable una mayor disponibilidad y acceso a los recursos sociosanitarios (centros de día y programas para cuidadores) ya que actualmente las instituciones no están preparadas para la previsión de aumento de personas con demencias.<sup>25</sup>

Los centros de día poseen profesionales que apoyan a los cuidadores ante la importante demanda de formación y apoyo y también reducen el tiempo de cuidados, pero sólo acuden a estos centros un 18% de los pacientes con demencia moderada o grave.

Lamentablemente, sólo un 10% de los cuidadores se benefician de los programas de apoyo al cuidador, que realizan las asociaciones de familiares, los servicios sociales o los centros de Atención Primaria. Estos programas ayudan a mejorar el bienestar psicológico y retrasan la institucionalización.<sup>25</sup>

Con lo expuesto anteriormente se muestra la necesidad de crear nuevos modelos asistenciales dirigidos a la persona con demencia y a toda la unidad familiar para proporcionar un cuidado continuo y proactivo.

#### 1.4 Terapias no farmacológicas

Actualmente, las demencias neurodegenerativas como el Alzheimer no tienen una causa que se pueda tratar y resolver con fármacos. Los fármacos como los inhibidores de la acetilcolinesterasa han demostrado eficacia en el control temporal de los síntomas cognitivos, conductuales y funcionales, pero, ante la ausencia de tratamiento farmacológico curativo, se hace insuficiente, y es necesario que se complemente del abordaje terapéutico no farmacológico, con un enfoque multidimensional.<sup>10</sup>

El concepto de terapias no farmacológicas (TNF) se refiere a intervenciones que, a través de agentes primarios no químicos, pretenden mejorar la calidad de vida de las personas sanas o enfermas. Estas terapias comenzaron a aplicarse en las demencias por parte de varios grupos profesionales (entre ellos enfermería) como un intento de paliar los efectos de estas enfermedades, a falta de tratamientos curativos. El campo de aplicación de las TNF es muy amplio; se refiere a técnicas de índole física, físico-química, psicosocial, motora y ambiental.<sup>30</sup>

Entre las primeras medidas generales no farmacológicas aplicables a personas con demencias y que pueden mejorar las actividades de la vida diaria están incentivar a participar en actividades grupales, favorecer y estimular su comunicación. También organizar horarios como puede ser el aseo siempre a la misma hora es una estrategia que tiene buenos resultados. Se ha demostrado que los sonidos naturales mejoran en algunos casos la conducta en la comida y que la luz diurna mejora el descanso nocturno. En la reducción de trastornos de la conducta es eficaz el uso de música del gusto del paciente ya que reduce la agitación, las agresiones y alteraciones del estado de ánimo. El paseo y otras formas de ejercicio ligero tienen efectos positivos ya que reducen el vagabundeo, la

agresividad y la agitación. El masaje con sustancias aromáticas agradables (aromaterapia) ha demostrado disminuir la agitación.<sup>1</sup>

Por otra parte, el entrenamiento psico-educativo para los cuidadores es beneficioso para los pacientes. Es importante liberar a los cuidadores mediante breves internamientos del paciente en instituciones adecuadas ya que supone un descanso para la familia y aumenta las probabilidades de que puedan seguir con sus funciones de forma correcta y no lleguen al diagnóstico enfermero de cansancio del rol de cuidador. En la misma línea pueden ser de utilidad el uso de las nuevas tecnologías para facilitar la formación y apoyo a los cuidadores, al igual que los programas de apoyo telefónico.<sup>1</sup>

Cuadro 4. TNF clasificadas en función al grupo diana

Paciente	Familiar cuidador	Cuidador profesional
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estimulación cognitiva</li> <li>- Entrenamiento cognitivo</li> <li>- Rehabilitación cognitiva</li> <li>- Ayudas externas</li> <li>- Entrenamiento actividades de la vida diaria</li> <li>- Reminiscencia</li> <li>- Validación</li> <li>- Musicoterapia</li> <li>- Apoyo y psicoterapia</li> <li>- Intervenciones conductuales</li> <li>- Intervenciones sensoriales</li> <li>- Ejercicio físico</li> <li>- Estimulación eléctrica transcutánea</li> <li>- Terapia de luz</li> <li>- Relajación</li> <li>- Masaje y tacto</li> <li>- Acupuntura</li> <li>- Terapia con animales</li> <li>- Arteterapia</li> <li>- Terapia recreativa</li> <li>- Intervención multi-componente para el paciente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apoyo al cuidador</li> <li>- Educación y entrenamiento</li> <li>- Asesoramiento y gestión de casos</li> <li>- Cuidados de respiro</li> <li>- Intervención multi-componente para el cuidador</li> <li>- Intervención muti-componente para paciente y cuidador.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrenamiento en los cuidados generales</li> <li>- Prevención de sujeciones físicas o químicas.</li> </ul>

Fuente: Muñiz R, et al (2013).<sup>30</sup>

El principio activo de las TNF es el conjunto de interacciones humanas entre el profesional que realiza la terapia y la persona con demencia o su cuidador. Estas interacciones desencadenarían procesos (psicológicos y biológicos) destinados a mantener y rehabilitar funciones, reducir conductas no deseadas y mejorar estados afectivos saludables. Diversos profesionales consideran en primer lugar las TNF para

tratar síntomas conductuales y psicológicos, antes que los fármacos puesto que tienen similar efecto y estos últimos tienen efectos secundarios claramente superiores.<sup>30</sup>

Se ha demostrado que apoyando al cuidador en el domicilio de personas con demencia no sólo hay mejoría en las actividades de la vida diaria del paciente, sino que mejora la afectividad, calidad de vida del paciente y un ahorro en los costes inmediatos. Si estas intervenciones se llevarán a cabo, con el tiempo se retrasaría la institucionalización.<sup>30</sup>

Los objetivos principales de una buena atención son diagnóstico precoz para un tratamiento precoz y óptimo, optimizar la salud física, cognitiva y el bienestar, detectar y tratar los síntomas y proporcionar información y apoyo al paciente y a los cuidadores.<sup>3</sup> Para poder realizar todo esto, y mientras los fármacos no consigan avances significativos, se debería usar TNF.

Cuadro 5. TNF recomendadas según la evidencia científica.

Grado de recomendación	Paciente	Cuidador familiar	Cuidador profesional
A		Intervención multi-componente	
B	Estimulación cognitiva, entrenamiento actividades de la vida diaria, musicoterapia, intervenciones conductuales, ejercicio físico, masaje y tacto	Educación y entrenamiento, asesoramiento y gestión de casos	Educación general, programas para prevenir sujeciones mecánicas
C	Ayudas externas, reminiscencia, validación, apoyo y psicoterapia, intervenciones sensoriales, terapia de luz, terapia con animales, arteterapia, terapia recreativa, intervenciones multi-componente	Apoyo, cuidados de respiro	

Fuente: Muñiz R, et al (2013).<sup>30</sup>

Destaca la Intervención multi-componente como Grado A de recomendación ya que se ha demostrado que mejora el estado anímico del cuidador y retrasa la institucionalización más de un año. Muchas de las intervenciones que ahora tienen Grado de recomendación B y C, subirían de nivel si hubiera más financiación de investigaciones de calidad sobre el tema.

## 1.5 Justificación

Los datos demográficos actuales informan del aumento de la población de avanzada edad. Esto conlleva un aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas como la demencia, que suponen un problema prioritario de salud pública, por su impacto a nivel sociosanitario y económico. Actualmente, existe una falta de recursos que permitan un correcto abordaje interdisciplinar del paciente con demencia y su entorno. Además, y pese a las previsiones de aumento en la prevalencia de la demencia, el sistema sanitario no está realizando las gestiones necesarias para adaptarse a ello.

Las demencias como el Alzheimer, en las que no existe actualmente una terapéutica farmacológica curativa, se deben valorar las TNF, que consiguen mejoras eficaces sin ser invasivas ni perjudiciales. Se ha demostrado que son positivas y mejoran el bienestar del paciente y del cuidador principal. Con esto, sería recomendable, potenciar el desarrollo este tipo de terapias en profundidad; con una mayor implicación de instituciones, capaces de potenciar la investigación en estas de intervenciones, permitiendo que estas TNF, con mucho potencial según los estudios actuales, alcancen su puntuación real en cuanto a nivel de recomendación, permitiendo así ayudar a mejorar el bienestar de pacientes y cuidadores.

Los profesionales de enfermería forman parte del grupo de profesionales que están cualificados, tienen los conocimientos y las actitudes para llevar a cabo este tipo de terapias. Se podría incluir TNF en los planes de cuidados realizados por enfermería que se realizan para personas con demencias tipo Alzheimer. El desarrollo del conocimiento enfermero basado en la evidencia relacionado con el cuidado de personas y cuidadores con demencia, ha aumentado en los últimos años por su pertinencia con la práctica enfermera y por la demanda asistencial de la sociedad actual.

Por todo ello, consideramos justificado realizar una revisión de la literatura, que aporte mayor conocimiento sobre aquellas intervenciones no farmacológicas susceptibles de ser aplicadas por los profesionales de enfermería. Con esta revisión se buscará la posibilidad de facilitar la replicabilidad de dichas intervenciones.

## **2. OBJETIVOS**

Se definen como objetivos del presente trabajo los siguientes:

### **A) Objetivo general:**

Valorar la efectividad de las terapias no farmacológicas e intervenciones aplicadas por personal de enfermería en el manejo de pacientes con demencia y sus cuidadores.

### **B) Objetivos específicos:**

a. Describir las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes que recibieron estas terapias.

b. Describir las características sociodemográficas y de salud de los cuidadores principales de estos pacientes.

c. Analizar el tipo de intervenciones aplicadas por personal de enfermería en pacientes con demencia.

### 3. METODOLOGÍA

Se llevó a cabo una revisión narrativa a través de la búsqueda de documentos en bases de datos bibliográficas de ciencias de la salud.

#### 3.1 BÚSQUEDAS EN BASES DE DATOS

Se revisaron las siguientes bases de datos: PubMed, CUIDEN, Dialnet, Cinahl, Scielo y la plataforma ELSEVIER.

Para la búsqueda se han utilizado los Descriptores de Ciencias de la Salud (DeSc) y los términos del lenguaje controlado Medical Subject Heading (Mesh) en español e inglés respectivamente como se muestra en el siguiente cuadro (cuadro 7).

Al realizar las búsquedas se han utilizado las siguientes palabras claves: demencia, terapias no farmacológicas, cuidados enfermeros, enfermera; y los términos en inglés son: dementia, non-pharmacological interventions, nursing care, nurse.

Cuadro 6. Palabras clave; MeSH y DeCS

DeCS	MeSH
Demencia	Dementia
Cuidados de enfermería	Nursing care
Terapias complementarias	Complementary Therapies
Cuidadores	Caregivers
Musicoterapia	Music Therapy

Fuente: Elaboración propia.

Todas las palabras clave se combinaron con el operador booleano AND. Como filtros se han utilizado la fecha de publicación (artículos publicados en los últimos 6 años) y el idioma: inglés y español. Estos dos filtros se han utilizado en todas las bases de datos.

Los criterios de inclusión y exclusión utilizados para la selección de los artículos fueron:

*Criterios de inclusión:*

1. Se incluyeron aquellos documentos que versaban sobre terapias no farmacológicas e intervenciones aplicadas por personal de enfermería.
2. Se seleccionaron sólo artículos originales.
3. Textos en inglés y español.

*Criterios de exclusión:*

1. Se excluyeron aquellos documentos que abordaban la demencia a través de terapias farmacológicas.
2. Se excluyeron aquellos documentos donde se hacía un abordaje terapéutico de la demencia, pero no había una participación explícita de los profesionales de enfermería.

*3.1.1 Búsquedas en PubMed*

<i>Sentencia de búsqueda</i>	<i>Filtros</i>	<i>Resultados</i>	<i>Artículos seleccionados</i>
“Non-pharmacological interventions” AND “Dementia” AND “Nursing” (Búsqueda libre)	- Últimos 6 años. - Idioma: inglés y español.	59	4
"Dementia"[Mesh] AND "Nursing Care"[Mesh]	- Últimos 6 años - Idioma: inglés y español.	222	4
“Complementary therapies” [Mesh] AND “Dementia” [Mesh] AND “Nursing” [Mesh]	- Últimos 6 años - Idioma: inglés y español.	21	1



### 3.1.2 Búsquedas en CUIDEN

<i>Sentencia de búsqueda</i>	<i>Filtros</i>	<i>Resultados</i>	<i>Artículos seleccionados</i>
“Intervenciones enfermeras” AND “Demencia”	- Últimos 5 años - Idioma: inglés, español.	8	1

### 3.1.3 Búsquedas en DIALNET

<i>Sentencia de búsqueda</i>	<i>Filtros</i>	<i>Resultados</i>	<i>Artículos seleccionados</i>
“Tratamiento no farmacológico” AND “Demencia”	- Últimos 6 años. - Idioma: inglés y español.	25	2

### 3.1.4 Búsquedas en Cinahl

<i>Sentencia de búsqueda</i>	<i>Filtros</i>	<i>Resultados</i>	<i>Artículos seleccionados</i>
“Non-pharmacological interventions” AND “Dementia”	- Últimos 6 años - Idioma: inglés y español	60	1

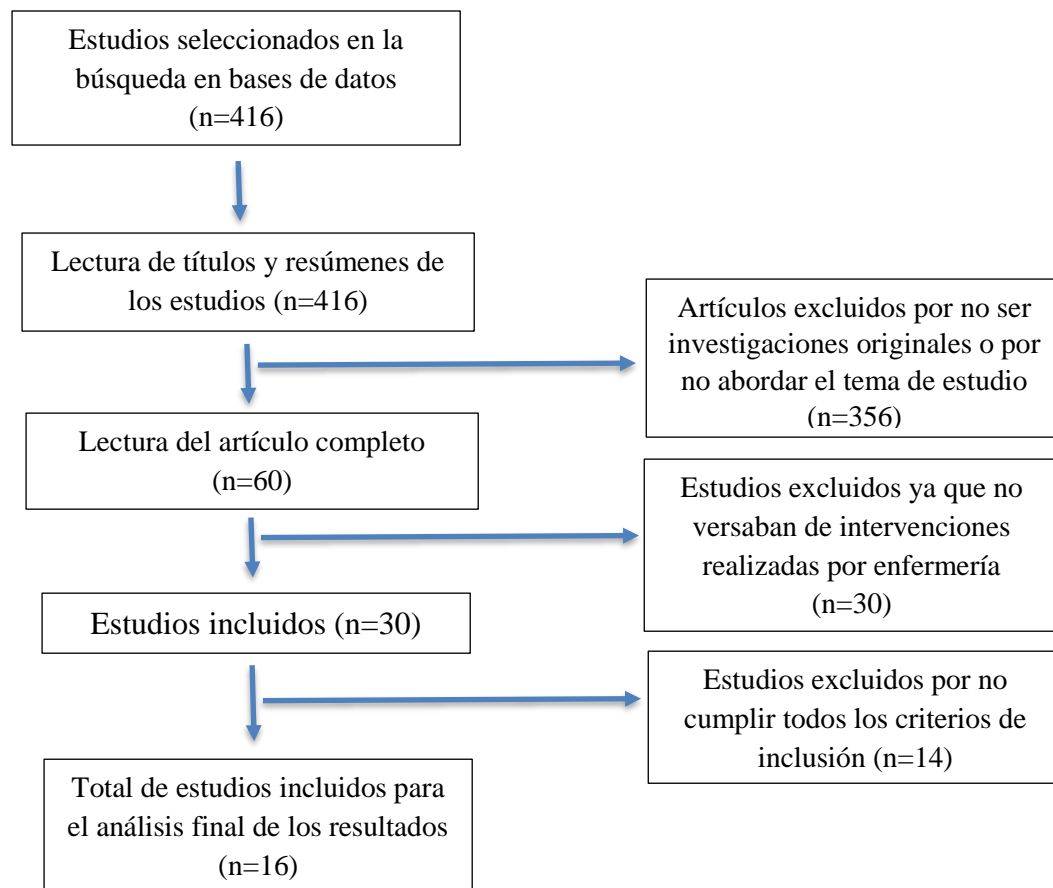
### 3.1.5 Búsquedas en Scielo

<i>Sentencia de búsqueda</i>	<i>Filtros</i>	<i>Resultados</i>	<i>Artículos seleccionados</i>
“Demencia” AND “Enfermería”	- Últimos 6 años - Idioma: inglés y español	21	3

#### 4. MÉTODO

Se identificaron inicialmente 416 artículos recuperados mediante las búsquedas previamente especificadas en las diferentes bases de datos utilizadas, se seleccionaron 60 tras la lectura de sus títulos y resúmenes y 30 tras la lectura del artículo completo.

Cuadro 7. Proceso de selección de los estudios incluidos en la revisión.



Fuente: Elaboración propia.

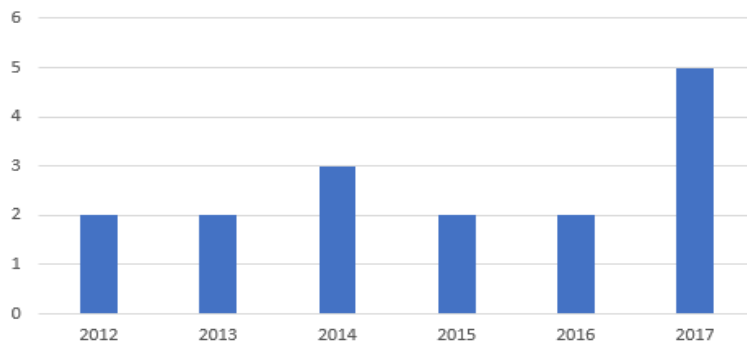
## 5. RESULTADOS

Una vez excluidos los que no cumplían los criterios de inclusión finalmente se analizaron 16 artículos, todos ellos son trabajos originales.

De acuerdo al diseño: 2 son ensayos clínicos, 8 son estudios experimentales, 4 son estudios descriptivos y 2 son estudios cualitativos.

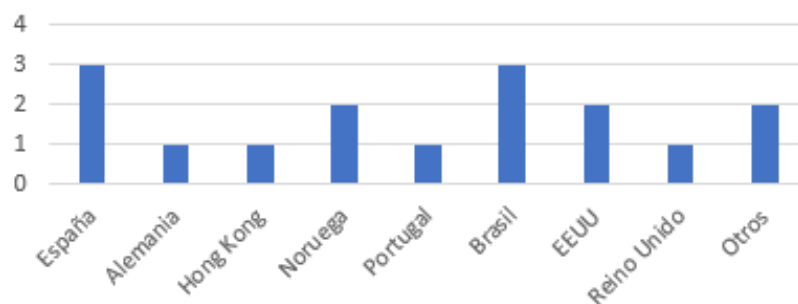
Se observó que la mayoría de los artículos fueron publicados en el año 2017, representando éstos un 32% del total, seguidos por aquellos publicados en 2014, con un 17%.

Gráfico 1. Año de publicación de los documentos seleccionados.



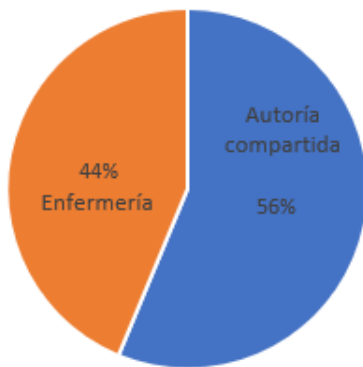
Por otro lado, se comprobó que el lugar de publicación de los documentos era mayoritariamente en España y Brasil, seguido por EEUU y Noruega.

Gráfico 2. Lugar de publicación de los documentos seleccionados.



En relación con la autoría de los trabajos, en un 56%, fueron trabajos realizados por grupos interdisciplinarios y en un 44%, fueron trabajos realizados por profesionales de enfermería.

Gráfico 3. Titulación de la autoría de los documentos seleccionados.



En relación a la población/objeto de estudio en cada documento, está relacionado con el grupo diana al que va dirigida la TNF que se investiga. De los 16 artículos seleccionados 9 se referían a TNF e intervenciones dirigidas al paciente con demencia (56%) y 7 son las intervenciones dirigidas al cuidador (44%). En estas dos categorías de análisis se va a organizar la discusión de este trabajo.

Cuadro 8. Características documentales y resultados de los documentos analizados.

Referencia	País	Titulación autoría	Tipología documental	Población/ Objeto de estudio	Principales resultados del proyecto
De la Rubia Ortí JE et al. (2014) <sup>31</sup>	España	Autoría compartida (enfermería, medicina, farmacia)	Ensayo clínico (estudio prospectivo)	25 adultos mayores de 65 años (7 hombres y 18 mujeres)	Un grupo de sanitarios muestran los beneficios de la musicoterapia en personas con Alzheimer. Disminuye la ansiedad, el estrés, la depresión y la tristeza. Es una herramienta muy eficaz para mejorar la felicidad y el bienestar de estos pacientes.
Straubmeier M et al. (2017) <sup>32</sup>	Alemania	Autoría compartida (psicología, psiquiatría, enfermería)	Ensayo aleatorizado (estudio prospectivo)	362 personas con deterioro cognitivo leve y moderado de 32 centros de día	Un grupo de sanitarios investigan los efectos positivos de la terapia de grupo multicomponente MAKs que mejoran las actividades de la vida diaria y las habilidades motoras, cognitivas y sociales.
Lai CK et al. (2016) <sup>33</sup>	Hong Kong	Autoría compartida (enfermería, musicoterapeuta, trabajadores sociales)	Primera etapa de una investigación cuantitativa (ensayo controlado aleatorio)	17 profesionales voluntarios de dos centros sociales	Se define un protocolo a través de un enfoque interdisciplinario para que los profesionales puedan enseñar al paciente y su familia musicoterapia con movimiento. Esto está basado en la investigación de los efectos de la musicoterapia con movimiento como intervención para reducir la ansiedad, depresión y promover el sueño mejorando el bienestar y la calidad de vida.
Husebo BS et al. (2015) <sup>34</sup>	Noruega	Autoría compartida (enfermería y medicina)	Investigación cuantitativa y cualitativa (ensayo controlado aleatorio)	416 participantes de 67 residencias mayores de 65 años	Se realiza por parte de profesionales sanitarios un ensayo de la implementación de una intervención multicomponente denominada COSMOS. Tiene la intención de mejorar la calidad de vida en pacientes con demencia mediante una mejor comunicación, evaluación sistemática y tratamiento del dolor, revisión de medicamentos y organización de actividades. Esta intervención tiene como objetivo mejorar la salud mental y física de las personas, la seguridad y la relación costo-eficacia y reducir la ingesta innecesaria de

					medicamentos y la hospitalización.
Sarabia Cobo CM et al. (2017) <sup>35</sup>	España	Autoría: enfermería	Investigación cuantitativa. Diseño experimental aleatorizado longitudinal	30 participantes con diagnóstico de demencia moderada/grave	Enfermeras estudian la eficacia de la estimulación multisensorial o Snoezelen sobre los pacientes con demencia. Parece ser una intervención eficaz en la mejora del estado funcional, cognitivo, emocional y conductual. Esto trae beneficios en las actividades diarias, en su comunicación con el entorno y sus cuidadores, y una mejora de su independencia.
Sotto Mayor M et al. (2013) <sup>36</sup>	Portugal	Autoría: enfermería	Estudio exploratorio transversal	50 cuidadores de ancianos dependientes diagnosticados de demencia	Los profesionales de enfermería tienen un papel crucial en cuanto a la reducción de la sobrecarga de los cuidadores. En el estudio se realizó una valoración individual de los cuidadores evaluando sus necesidades, se realizaron diagnósticos enfermeros y en función de estos diagnósticos se llevaron a cabo unas intervenciones basadas en la escucha activa (apoyo emocional), información, resaltar recursos comunitarios como los cuidados de respiro... Todo esto tiene una gran repercusión en beneficio del paciente y del cuidador.
Laakkonen ML et al. (2012) <sup>37</sup>	Finlandia	Autoría compartida: medicina y enfermería	Ensayo aleatorizado prospectivo	160 pacientes con demencia y sus cónyuges	Profesionales sanitarios investigan sobre la eficacia del programa de apoyo de autogestión, en la calidad de vida de pacientes con demencia y sus cuidadores conyugales. Demostrando una mejora del empoderamiento de los participantes, mejora de las habilidades de autoeficacia y autogestión.
Stephan A et al. (2014) <sup>38</sup>	Europa	Autoría: enfermería	Estudio transversal	1160 cuidadores informales de personas con demencia	Profesionales de enfermería muestran la necesidad de comprender de forma detallada las perspectivas y la carga percibida por cuidadores de pacientes con demencia para desarrollar TNF en función de sus necesidades. Expresan la necesidad de desarrollar estrategias de asesoramiento apropiadas para los cuidadores informales.
De Oliveira Pires FR et al. (2017) <sup>39</sup>	Brasil	Autoría: enfermería	Investigación cualitativa	19 personas (9 cuidadores informales, 5 voluntarios familiares, 5 profesionales de	Profesionales de enfermería investigan sobre los beneficios de un grupo de ayuda mutua para familiares de adultos con demencia. Tiene efectos positivos tanto para los cuidadores como para los profesionales. Se crea un espacio

				enfermería)	terapéutico donde se intercambian ideas y experiencias que se fortalecen con el conocimiento científico. Sirve como aprendizaje, pero también como ejercicio para saber escuchar y reflexionar.
Elfrink TR et al. (2017) <sup>40</sup>	Países Bajos	Autoría compartida: psicología, medicina	Ensayo controlado aleatorizado	106 pacientes con demencia temprana y sus cuidadores	Profesionales de la salud muestran “One Life Story Book” que es una aplicación de salud electrónica sobre todo con uso en pacientes con demencia leve para prevenir o disminuir los síntomas neuropsiquiátricos en estos pacientes. Esta aplicación está basada en la teoría de la Reminiscencia y sus beneficios son para el paciente y su familia.
Greenwood N et al. (2012) <sup>41</sup>	Reino Unido	Autoría compartida: enfermería, trabajo social	Investigación cualitativa	12 cuidadores informales de pacientes con demencia	Diversos profesionales investigan sobre la importancia y los beneficios del cuidado de respiro. Es importante ofrecer apoyo a los cuidadores para ayudarles a mantener la calidad del cuidado y evitar efectos adversos como estrés, ansiedad, depresión y aislamiento social. Pudiendo afectar a la salud física y emocional del cuidador hay que valorar positivamente esta intervención. Los cuidados de respiro tienen beneficios para el cuidador y para el paciente cuidado.
Quinn L et al. (2016) <sup>42</sup>	Nueva York	Autoría compartida: medicina y enfermería	Ensayo controlado aleatorizado	32 pacientes con Enfermedad de Huntington	Profesionales sanitarios muestran los beneficios de la terapia física en la enfermedad de Huntington, aunque sus beneficios positivos se consideran extrapolables en las demencias neurodegenerativas en general. Mejora la calidad de vida, efecto positivo en el sistema cardiorrespiratorio y a nivel cognitivo, mejora la fuerza muscular, la depresión. La intensidad y el tipo de ejercicio deberá ir marcado en función de los gustos y la fase de la enfermedad en la que se encuentren.
Leite BS et al. (2017) <sup>43</sup>	Brasil	Autoría: enfermería	Estudio descriptivo transversal	92 cuidadores de pacientes con demencia	Profesionales de enfermería muestran la necesidad de atender al cuidador de personas con demencia. La sobrecarga del cuidador expone al paciente en situación de vulnerabilidad y por ello las enfermeras deben centrarse en cuidar al cuidador y valorar intervenciones de prevención y promoción de la salud (terapias no farmacológicas) como puede ser la terapia de respiro.
Figueiro	EEUU	Autoría compartida:	Investigación	14 pacientes de una residencia	Profesionales sanitarios investigan sobre una intervención de iluminación

MG et al. (2014) <sup>44</sup>		medicina y enfermería.	cuantitativa	con demencia de leve a moderada	diseñada para aumentar la estimulación circadiana diurna así mejorando la calidad del sueño y el comportamiento de pacientes con demencia (depresión y agitación).
Cruz TJP et al. (2015) <sup>45</sup>	Brasil	Autoría: enfermería	Estudio de caso descriptivo, utilizando un enfoque cualitativo	5 ancianos con Alzheimer (demencia leve- moderada) y sus cuidadores	Este estudio aborda la estimulación cognitiva en personas mayores con Alzheimer, aplicada por cuidadores y supervisada por enfermeras.
Ferré-Grau C et al. (2013) <sup>46</sup>	España	Autoría: enfermería	Ensayo clínico; método cuantitativo y cualitativo	122 cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas como la demencia	Enfermeras destacan el papel preventivo y la importancia de la técnica de resolución de problemas como herramienta para reducir el malestar emocional de los cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas como la demencia (disminuye la ansiedad y la depresión). Es un elemento de prevención de la claudicación familiar.

Fuente: elaboración propia.



## **6. DISCUSIÓN**

### **6.1 Intervenciones enfermeras enfocadas al paciente con demencia**

Estas técnicas combinadas con el tratamiento farmacológico pueden ayudar a estabilizar o mejorar los déficits cognitivos y funcionales.

#### **6.1.1 Estimulación cognitiva**

La estimulación cognitiva consiste mayoritariamente en el conjunto de actividades para mantener la función cognitiva y ralentizar su deterioro. Incluye algunas actividades como orientación a la realidad a través del uso de calendarios o relojes y reminiscencia, donde se usan recuerdos pasados para revivir momentos valiosos. En pacientes con demencia, la estimulación cognitiva está destinada a activar las funciones existentes para que puedan compensar las que están comprometidas.<sup>45</sup> Dentro de la taxonomía NANDA, están identificadas las siguientes intervenciones enfermeras relacionadas con la estimulación cognitiva; Estimulación cognitiva [4720], Orientación a la realidad [4820], Terapia de reminiscencia [4860] y Entrenamiento de la memoria [4760].<sup>47</sup>

Esta terapia debería ser considerada como una herramienta para el cuidado de enfermería en ancianos con demencia como se muestra en el trabajo de Cruz et al.<sup>45</sup> en el que realizaron un estudio descriptivo cuyo objetivo principal fue conocer la influencia de la estimulación cognitiva en el domicilio, llevada a cabo por cuidadores de personas con Enfermedad de Alzheimer y supervisada por profesionales de enfermería. Se llevó a cabo un estudio de caso de cinco casos, donde se enseñó a los cuidadores principales a realizar la estimulación cognitiva sobre sus familiares a través de diversos recursos como pueden ser; figuras, identificación de objetos, calendario, reloj, estímulo manual (bordado), ocio (deportes, juegos...) y actividades intelectuales (leer libros, periódicos...). A los 3 meses se identificaron los principales resultados del estudio que fueron mejoras a nivel cognitivo del paciente con demencia, mejora el rendimiento y del comportamiento en las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD). Esta mejoría fue gracias a la plasticidad cerebral (capacidad para adaptarse a las circunstancias). Al ser una intervención que realiza el cuidador pero que es supervisada por la enfermera, al familiar le sirvió también para expresar sentimientos de tristeza, abandono, soledad y comprensión del proceso; también disminuyeron los episodios de ansiedad en los cuidadores.<sup>45</sup>

En esta línea, el estudio experimental de Elfrink et al.<sup>40</sup> cuyo objetivo fue estudiar los efectos de un libro de historia de vida “*Online Life Story Book (OLSB)*” en los síntomas psiquiátricos de personas con demencia y sus familiares. El grupo control recibía el tratamiento habitual y en el grupo intervención se aplicó la intervención que consistía en crear un libro de historia de vida que permitiera compartir digitalmente recuerdos (historias, imágenes, vídeo, películas, música, recetas de cocina...) a través de una aplicación de salud electrónica, de forma temporalmente dinámica. Los principales resultados fueron que en el grupo de intervención con respecto al grupo de control se reducían los síntomas neuropsiquiátricos como la apatía, agitación, depresión, ansiedad e ideas delirantes. Hubo una mejoría de la salud mental del paciente y del proceso de recordar recuerdos autobiográficos. Estos afectaban a la calidad de vida del paciente y aumentaban la carga de cuidado. Por tanto, esta intervención obtuvo beneficios para los pacientes y cuidadores sobre todo con demencia leve-moderada.<sup>40</sup>

### **6.1.2 Terapias multicomponentes**

Se han encontrado trabajos de *terapias multicomponentes* en personas con deterioro cognitivo leve-moderado, donde participaban los profesionales de enfermería aplicando intervenciones consistentes en activar las habilidades motrices, ABVD y también a nivel cognitivo y social. Hay diversas investigaciones en este campo.

En el trabajo de Husebo et al.<sup>34</sup> en el que se realizó un estudio experimental cuyo objetivo principal fue describir el desarrollo, el contenido, el proceso y la finalidad de implementación de la intervención *COSMOS*. Se desarrollaron dos grupos al azar, uno de control (donde se realizó la mejor práctica habitual) y otro de intervención *COSMOS*.

*COSMOS* consistió en una intervención multicomponente dirigida al paciente y al cuidador realizada por enfermeras, donde se llevaba a cabo un programa de educación con capacitación teórica, práctica, discusiones de casos y juegos de roles. Su objetivo fue mejorar la calidad de vida, mejorando los síntomas neuropsiquiátricos, las ABVD, el dolor, el sueño, el ingreso hospitalario y la mortalidad. Se llevó a cabo a través de intervenciones semanales relativas a los siguientes aspectos:<sup>34</sup>

- Comunicación: comprensión de la enfermedad y de los posibles tratamientos, hacer partícipe al paciente en la toma de decisiones con respecto a su propia enfermedad, hablar de sus creencias y deseos.

- Evaluación sistemática del dolor, valorando la localización, la intensidad, observando expresiones faciales...
- Revisión de medicamentos, optimizando la terapia farmacológica y previniendo interacciones.
- Organización de actividades, en función de las necesidades individuales del paciente.
- Mejora de la seguridad, previniendo el deterioro innecesario y que se puede prevenir,

Los resultados obtenidos posibilitan al paciente y su familia tomar decisiones, ser independientes y capaces de comprender la complejidad de diagnóstico y el tratamiento actual, mejorar la evaluación, el manejo y el tratamiento del dolor. También se incluye una mejoría en la calidad de vida, en los síntomas neuropsiquiátricos, ABVD, depresión, sueño, mejor uso de medicamentos y retraso del ingreso hospitalario.<sup>34</sup>

Otro ejemplo de las terapias multicomponentes es el estudio experimental que se llevó a cabo por Straubmeier et al.<sup>32</sup> cuyo objetivo fue evaluar los beneficios de aplicar la terapia MAKS en pacientes con demencia. Se crearon dos grupos, uno de control, y otro de intervención que son los que recibieron la terapia MAKS.

La terapia MAKS consistió en una intervención que buscaba potenciar el desarrollo motor, cognitivo, social y de las ABVD en personas con demencia. Las sesiones se realizaron 2 horas al día durante 6 meses y se estructuraban de la siguiente manera:

- Calentamiento social (ronda de saludos, por ejemplo). 10 minutos.
- Activación sensoriomotora. Donde se trabaja la percepción sensorial, juegos de movilidad, equilibrio... 30 minutos.
- Activación cognitiva. memorización, reconocimiento, habilidades cognitivas especiales (pensamiento lógico, comprensión del lenguaje...). 30 minutos.
- Parte final. Activación de las ABVD. Desarrollo de actividades motoras finas y gruesas y la memoria de procedimiento (tareas domésticas o manualidades). 40 minutos.

Los resultados mostraron que, las ABVD y las habilidades cognitivas se estabilizaban o mejoraban en los pacientes con demencia tras 6 meses con terapia MAKS. Por el contrario, los pacientes que no recibieron esta terapia se deterioraron. No se puede esperar mejora en el rendimiento cognitivo de pacientes con enfermedad neurodegenerativa, pero

el objetivo óptimo y realista es que el rendimiento cognitivo se establezca durante un tiempo determinado (evitar que avance rápidamente), y para ello, la terapia MAKS sí resultó ser efectiva. Sería interesante determinar durante cuánto tiempo las habilidades cognitivas y ABVD se mantienen estables con esta terapia. Debería haber estudios futuros en esta línea con periodos de intervención más largos para determinar la duración total del efecto estabilizador de MAKS en las habilidades del paciente.<sup>32</sup>

### **6.1.3 Estimulación sensorial**

La sala de *Snoezelen* o estimulación multisensorial consiste en una terapia de aplicación de estímulos sensoriales para los sentidos primarios: vista, oído, tacto, gusto y olfato, a través del uso de efectos de luz, superficies táctiles, música meditativa y el aroma de aceites relajantes. Es una intervención no farmacológica dirigida a los pacientes con demencia y sus cuidadores, que se lleva a cabo por profesionales de enfermería y es eficaz para establecer puentes de comunicación y disminuir conductas disruptivas como pueden ser agitación, apatía y la depresión.<sup>35</sup>

La sala *Snoezelen* o multisensorial está especialmente adaptada con material preparado que proporciona experiencias sensoriales diversas y que promueven las sensaciones de bienestar y ocio, facilitando la interacción y comunicación con el medio y disminuyendo el estrés. Todo esto promueve una mejor interacción con los cuidadores. Esta terapia no requiere obligatoriamente de una sala específica, ya que se basa en cualquier elemento que pueda favorecer la estimulación sensorial, por tanto, es de fácil implementación en cualquier domicilio.<sup>35</sup>

Sarabia Cobo et al.<sup>35</sup> realizaron un estudio experimental con grupo control, donde la intervención multisensorial era aplicada por los profesionales de enfermería. El objetivo de la investigación era estudiar los efectos de dicha intervención en el comportamiento, estado emocional, cognitivo y funcional de pacientes con demencia. Se llevó a cabo durante 2 meses. Los del grupo experimental recibían la intervención con estimulación multisensorial en talleres de media hora dos veces por semana.

Obtuvieron unos beneficios altamente positivos, ya que esta TNF fue eficaz en pacientes con demencia grave para la mejora del estado funcional, cognitivo, emocional y conductual de los pacientes con demencia avanzada. En las conclusiones del trabajo se recomienda incorporar esta intervención en las rutinas diarias del paciente, durante el aseo o las comidas, ya que sus efectos son muy positivos en las actividades diarias, en la

comunicación con el entorno y sus cuidadores, mejorando incluso la independencia para el autocuidado.<sup>35</sup>

Dentro del grupo de terapias de estimulación sensorial, también he querido incluir **la musicoterapia**, que consiste en “la utilización de la música para conseguir objetivos terapéuticos: la restauración, mantenimiento y mejora de la salud mental y física”. En pacientes con demencia se realiza con el fin de facilitar cambios en la conducta, facilitar y promover cambios en la comunicación, mejorar la movilización y la expresión.<sup>31</sup> Dentro de la taxonomía NANDA, se recoge como intervención enfermera: Musicoterapia [4400].<sup>47</sup>

De la Rubia Ortí et al.<sup>31</sup> realizaron un ensayo clínico cuyo objetivo era valorar el impacto fisiológico de la musicoterapia en la depresión, ansiedad, y bienestar del paciente con demencia tipo Alzheimer. Se realizó la intervención sobre 25 pacientes. Se obtuvieron beneficios altamente satisfactorios; disminución de la depresión y la ansiedad relacionadas con el estrés y aumento del nivel de felicidad (bienestar).<sup>31</sup> Esta intervención está contemplada dentro de las competencias de los profesionales de enfermería.

En esta misma línea de investigación hay otras intervenciones relacionadas con la música, pero, les añaden los beneficios del movimiento (música con movimiento). La intervención música con movimiento se refleja en el estudio experimental realizado por Lai et al.<sup>33</sup> cuyo objetivo era examinar el efecto de la música con movimiento en la reducción de la ansiedad, las alteraciones del sueño y mejora del bienestar de las personas con demencia. Se realizó la intervención sobre 17 pacientes con demencia durante 5 semanas. Esta intervención es particularmente adecuada para personas con demencia porque su capacidad motora gruesa se conserva hasta la última etapa de la demencia. Para realizarla, no se requiere coordinación muscular ni habilidad verbal ya que sólo implica el movimiento de los músculos corporales más grandes con la música que cada paciente quiera. Los beneficios en el estudio fueron dobles; una disminución de la ansiedad, las alteraciones del sueño y mejora el bienestar gracias a la música, pero también los beneficios del movimiento como fueron: una mejora del equilibrio, la movilidad, el bienestar psicosocial y de las interacciones sociales. Estos beneficios fueron sobre todo en personas con demencia precoz ya que tenían mayor probabilidad de ansiedad e insomnio. También repercutió disminuyendo la carga de cuidado de las familias.<sup>33</sup>

Dentro del grupo de terapias de estimulación sensorial, también añadido la **terapia de luz**. Es una intervención no farmacológica que usada adecuadamente puede producir beneficios en pacientes con demencia. Figüero et al.<sup>44</sup> realizaron un estudio experimental cuyo objetivo fue valorar la efectividad de una intervención de iluminación para personas con demencia en residencias. Se usó una luz blanca-azulada de bajo nivel para favorecer mayor estimulación circadiana durante el día. Durante la intervención, se iluminó la habitación del paciente durante 8-10 horas diurnas con una lámpara. Se encendían automáticamente entre las 6 y las 8 de la mañana y se apagaban a las 6 de la tarde. Esta intervención se llevó a cabo durante 4 semanas.

La intervención con terapia de luz aumentó significativamente el tiempo total de sueño y la eficiencia del mismo. Los resultados de este estudio demostraron una mejora en la calidad del sueño y una disminución de la agitación y la depresión en los pacientes con demencia. La agitación es uno de los problemas más importantes a los que se enfrentan diariamente los cuidadores principales por tanto esta terapia tendría efectos beneficiosos para ellos también. Las desventajas de esta terapia son el aumento de los costos de la luz y la incomodidad en los ojos.<sup>44</sup>

#### **6.1.4 Ejercicio físico**

Los beneficios del ejercicio físico multi-modal son conocidos para enfermedades neurodegenerativas ya que tienen efecto positivo en el sistema cardio-respiratorio, en la fuerza muscular, en la depresión y a nivel cognitivo.<sup>42</sup> Dentro de la taxonomía NANDA, se recoge como intervención enfermera: Terapia de actividad [4310] y Terapia de entrenamiento [5360].<sup>47</sup>

En esta línea, Quinn et al.<sup>42</sup> realizaron un estudio experimental con el objetivo de valorar la factibilidad, viabilidad y beneficios de la terapia de ejercicio multimodal en pacientes con demencia por enfermedad de Huntington. Realizaron dos grupos, uno de control, que recibieron los cuidados habituales y otro grupo de intervención, que realizaron ejercicio multimodal durante 12 semanas. Realizaron ejercicios de intensidad progresiva en función de la evolución en la tolerancia del grupo, fortaleciendo el tren superior e inferior. Para facilitar la adherencia de los pacientes a esta intervención se tuvieron en cuenta las preferencias del paciente, así como su tolerancia.<sup>42</sup>

Los resultados fueron que estos pacientes pudieron hacer ejercicio aeróbico de forma segura y realizar ejercicios de fortalecimiento progresivos a pesar de la presencia de

deficiencias motoras a veces avanzadas. Estos ejercicios reducen el riesgo de caídas, la agitación y el peso y mejoran función física, mental (depresión) y aumentan el bienestar. Es importante considerar una intervención temprana ya que estos ejercicios tienen el potencial para modificar el avance de la enfermedad.<sup>42</sup>

### **6.1.5 Intervención grupal psicosocial**

Tras el diagnóstico de demencia, los pacientes y su familia tienen preocupaciones sobre la enfermedad y su curso, que, si no se resuelven, afectan de forma negativa a nivel psicológico y disminuye la calidad de vida del paciente y sus cuidadores.

Laakkonen et al.<sup>37</sup> reanalizaron un estudio experimental cuyo objetivo fue examinar la eficacia de un programa de soporte de habilidades de autogestión para pacientes recién diagnosticados de demencia y sus cuidadores. Realizaron dos grupos, uno de control, que recibieron la atención comunitaria habitual, y un grupo intervención, donde se realizaba la intervención grupal psicosocial. Se llevó a cabo con sesiones una vez a la semana durante 8 semanas con los diferentes temas; servicios comunitarios, estilo de vida activo, prevención del deterioro cognitivo, relación conyugal, planificación futura y bienestar emocional.<sup>37</sup>

Este programa de autogestión busca un apoyo del profesional al paciente con un enfoque centrado en el paciente. Apoyando su autonomía, la toma de decisiones, las habilidades de resolución de problemas y la responsabilidad. Los profesionales de la salud actúan empoderando al paciente y reforzando los conocimientos que necesitan. Ayudan al paciente y cuidador a identificar problemas, a desarrollar sus propias habilidades para resolverlos y mejorar su autoeficacia.<sup>37</sup>

Como resultados obtuvieron una mejora de las habilidades de autocuidado en el hogar en pacientes con demencia y sus cuidadores aumentando las actividades placenteras y disminuyendo las intervenciones agresivas. Los cuidadores mejoraron sus fortalezas, sus habilidades para resolver problemas y sus conocimientos ya que se les proporciona medios, herramientas para adaptarse y hacer frente a la demencia.<sup>37</sup>

## **6.2 TNF enfocadas al cuidador del paciente con demencia**

Ser cuidador, puede tener efectos beneficiosos como el sentimiento de satisfacción, pero también puede tener aspectos negativos como el estrés, la depresión y ansiedad que pueden afectar a la salud física y mental y a las redes sociales provocando un aislamiento social.

Los profesionales de la salud y en concreto los de enfermería, juegan un papel decisivo en apoyar a los cuidadores informales y deben comprender las perspectivas y la carga percibida y en función de eso desarrollar intervenciones y TNF basadas en sus necesidades.<sup>38</sup>

Los profesionales de enfermería deben prestar intervenciones de apoyo y asesoramiento a las familias y cuidadores con el fin de reducir los trastornos entre los miembros de la familia, promoviendo el bienestar. La sobrecarga del cuidador interfiere en la calidad de atención ofrecida a la persona con demencia por ello debería incluirse en el plan de cuidados al cuidador principal.<sup>45</sup> Deben empoderar, informar, orientar, aclarar dudas, ofrecer estrategias y capacitar a los cuidadores. Las intervenciones dirigidas a la familia, podrían incluirse dentro de la taxonomía NANDA en la intervención enfermera de Apoyo a la familia [7140].<sup>47</sup>

Con respecto al perfil sociodemográfico y clínico de los cuidadores, se identifica la figura de un cuidador principal que asume la responsabilidad principal de los cuidados, estos no suelen ser repartidos entre el resto de miembros de la familia.<sup>43</sup> La demanda de cuidado es intensa y cada vez mayor. El cuidador principal suele estar presente en la rutina del paciente siendo testigo de todas las manifestaciones de la demencia y con la responsabilidad de cuidar de esa persona.<sup>43</sup>

La mayoría de cuidadores son mujeres mayores de 60 años, generalmente suelen ser mujeres e hijas las que cuidan. La mayoría cuida unas 84 horas a la semana de forma ininterrumpida durante un tiempo prolongado (más de 5 años).<sup>43</sup>

La escala de Zarit es una herramienta útil y factible para valorar la sobrecarga en el cuidador, explorando como el cuidado impacta en sus vidas. Algunos de los diagnósticos de enfermería, según la taxonomía NANDA, más frecuentes del cuidador principal son: cansancio del rol de cuidador [00061], estrés por sobrecarga [00177], aislamiento social [00053], procesos familiares disfuncionales [00063], ansiedad [00146], deterioro de la



interacción social [00052], fatiga [00093], conocimientos deficientes [00126] y afrontamiento ineficaz [00069].<sup>43,47</sup>

Se ha demostrado que a mayores horas de cuidado a la semana aumenta la sobrecarga (mayor puntuación en la escala Zarit). Esta sobrecarga expone al cuidador a condiciones de vulnerabilidad biológica y psicológica, por ello los profesionales de enfermería deben centrarse en los cuidados dirigidos a los cuidadores e implementar aquellas TNF con resultados beneficiosos en los cuidadores principales.<sup>43</sup>

### **6.2.1 Programas de respiro**

Para cuidar al cuidador, se deberían realizar actividades de promoción y prevención, no solo hay que actuar cuando el cuidador tiene una sobrecarga extrema. Para ello están los cuidados de respiro, que pueden ser de mayor o menor duración en función de las necesidades.

Para los profesionales es esencial comprender las barreras sociales y emocionales involucradas en el cuidado para proporcionar una mayor calidad de vida y una menor carga para los cuidadores, mejorando así la atención brindada. Los cuidados de respiro pueden provocar sentimientos en función de las creencias sociales de libertad o alivio, o, por el contrario, de culpa y ansiedad. Por tanto, el respiro debe ser adaptado a cada situación y flexible y puede llevarse a cabo por profesionales de la salud o por otros familiares. La falta de conocimiento, el miedo, la sensación de descuidar a su familiar lleva al cuidador a no delegar la tarea. También es necesario que los cuidadores tengan confianza para saber con quién dejan a su familiar ya que, si no, no van a valorar este cuidado de respiro como beneficioso, es decir, la confianza es un papel fundamental en la aceptación del respiro.<sup>41</sup>

Greenwood et al.<sup>41</sup> realizaron un estudio cualitativo cuyo objetivo era investigar las experiencias y las percepciones de 12 cuidadores que recibieron un programa de respiro. Los resultados muestran que el respiro en el hogar les proporcionaba tiempo para alejarse de su rol de cuidado y dedicar tiempo para ellos mismos y para otras actividades. Uno de los beneficios del respiro es el alivio del sentimiento de responsabilidad constante y el descanso tanto emocional como físico, por tanto, aumenta la calidad de vida.

La mayoría de los cuidadores usaron estos cuidados de respiro para realizar tareas domésticas y no lo solían usar para actividades sociales.<sup>41</sup> Los cuidadores sólo se sintieron

beneficiados del programa de respiro si su familiar obtuvo beneficios de ello. Esta intervención ayudó a que el cuidador siguiera cuidando y retrasó la institucionalización. En este estudio hay una frase de uno de los cuidadores entrevistados, que puede retratar los beneficios de esta intervención: *“Me devolvió mi vida y mantuvo mi cordura. Necesitas ese tiempo, si no te volverás loco”*.<sup>41</sup>

### **6.2.2 Educación y entrenamiento**

La consulta de enfermería es uno de los espacios donde se puede realizar una valoración al cuidador principal y a partir de ella emitir diagnósticos enfermeros y decidir qué intervención es la más adecuada para proporcionar beneficios para la salud permitiendo que el cuidado de una persona con demencia sea una experiencia satisfactoria. Según Sotto Mayor et al.<sup>36</sup> realizaron un estudio descriptivo en una muestra de cuidadores principales de personas con demencia. Entre los resultados identificaron un mapa de necesidades:

- Información para prestar cuidados de forma segura y con calidad. Orientación sobre el diagnóstico, opciones de tratamiento y recursos disponibles.
- Información y entrenamiento en técnicas facilitadoras como técnicas de movilización, comunicación y necesidad de estimulación física y cognitiva para preservar capacidades y retardar su deterioro.
- Ayuda en la gestión de emociones, escuchando activamente sus emociones, angustias y sentimientos.

En el estudio también se exploraron los resultados tras la aplicación de intervenciones en función de las necesidades identificadas, estos fueron una mejoría de los conocimientos de la enfermedad, de los síntomas y de la interacción con el paciente, así como, mayor adhesión al régimen terapéutico, menor número de errores en la medicación y mejor gestión de los síntomas.

Uno de los resultados identificado como muy importante fue que estas intervenciones redujeron la sobrecarga del cuidador gracias al apoyo emocional prestado en la consulta de enfermería.<sup>36</sup>

En esta línea, Oliveira Pires et al.<sup>39</sup> realizaron un estudio cualitativo cuyo objetivo fue comprender los beneficios y la causa de que los cuidadores de pacientes con demencia participaran en grupos de ayuda mutua. Para responder a este objetivo, realizaron entrevistas y observación de los cuidadores que recibieron esta intervención.<sup>39</sup>

El grupo de ayuda mutua para familiares de adultos con demencia es un espacio terapéutico formado por personas que comparten situaciones similares en la vida, en este caso, cuidar de un familiar diagnosticado de demencia, donde van a compartir experiencias en una atmósfera en la cual desarrollan confianza para expresarse con libertad sin ser juzgados compartiendo sus situaciones y experiencias. Los profesionales de enfermería parten de las experiencias que comparten los cuidadores, las contrastan y fortalecen con el conocimiento científico. Sirve como una importante estrategia de soporte para los cuidadores. Al trabajar en grupo y tener las mismas experiencias, ejercen una capacidad de ayuda mutua, sienten satisfacción por ayudar a otras personas y desarrollan un sentido de pertenencia. Los cuidadores reflexionan y ven su realidad desde otras perspectivas mejorando estrategias en el manejo del familiar con demencia y adquiriendo mayor grado de conocimientos. Los resultados del estudio fueron que los cuidadores fortalecieron la autoestima y autoconfianza, disminuyó el aislamiento (favoreciendo la inserción social). Mejoraron también los conocimientos (importancia del autocuidado del cuidador), las habilidades y el bienestar de los cuidadores. Hubo una disminución del agotamiento y de la sobrecarga.<sup>39</sup> En esta intervención grupal, se crea un potencial para el aprendizaje y se produce una construcción horizontal de conocimiento, rompiendo con la jerarquía del poder biomédico. El proceso de construcción de conocimiento es colectivo.

A partir de este estudio puede concluirse que los grupos de ayuda mutua suponen una intervención efectiva y de bajo costo.<sup>39</sup>

En esta línea de empoderar al cuidador hay otro ensayo clínico realizado por Ferré-Grau et al.<sup>46</sup> donde las enfermeras realizan una intervención basada en la técnica de resolución de problemas para el cuidado de cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas como la demencia. La intervención consistía en:<sup>46</sup>

- Aclaración y definición de problemas. En esta fase las enfermeras ayudan al cuidador a identificar el problema o situación que lo causa. Suelen ser con respecto a las emociones, la comunicación, los recursos o con su vida personal.

- La enfermera y el cuidador evalúan ventajas y desventajas de cada alternativa y miran su eficacia y efectividad.
- Se implementa la solución elegida por parte del cuidador y la enfermera estimula y refuerza las habilidades del cuidador para implementar esa solución.
- Por último, se comprueba la efectividad de la solución elegida, valorar depresión y ansiedad ya que deberían disminuir con una buena solución. Si es necesario se vuelve a empezar el proceso.

El resultado del estudio fue que esta técnica es una herramienta importante para reducir el sufrimiento de los cuidadores; ayudó a reducir la ansiedad y la depresión en los cuidadores principales y por tanto fue un elemento de prevención de la claudicación familiar. Es una terapia personalizada, en función de las dificultades y problemas que expresen. También los cuidadores mostraron satisfacción porque se sienten escuchados. Esta terapia puede ser aplicada por profesionales de enfermería en su práctica diaria porque no necesita más tiempo del habitual en una visita domiciliaria.<sup>46</sup>

Estas intervenciones son eficaces y fáciles de implementar por profesionales de enfermería. En el caso de no realizar TNF e intervenciones dirigidas al cuidador, puede aumentar la ansiedad alcanzando niveles que dificultan el cuidado, llegando a un cansancio del rol de cuidador, que podría generar claudicación familiar. La labor de los cuidadores principales debe ser reconocida y valorada. Los profesionales de enfermería deben apoyar a los cuidadores a través de una escucha activa, empatía y asertividad y transmitiendo conocimientos, habilidades y actitudes.

## **7. FORTALEZAS Y LIMITACIONES**

Una de las fortalezas principales del presente trabajo es que se ha establecido una estrategia de búsqueda lo que ha servido para minimizar el riesgo de exclusión de la evidencia existente.

La búsqueda empleada ha pretendido ser exhaustiva al incluir un número importante de fuentes, así como que uno de los criterios de selección haya sido la inclusión de trabajos primarios le confiere un mayor interés científico.

Sin embargo, como limitaciones del trabajo, destacan que no se ha hecho una selección de los trabajos originales a partir de la aplicación de parrillas de lectura crítica según la tipología del trabajo como hubiera sido deseable, así como la inclusión de otros trabajos no publicados lo que hubiera aumentado la confiabilidad de la evidencia aportada. Por ello, sería interesante realizar una revisión sistemática que incluya todos estos aspectos.

Los estudios de esta revisión suelen ser con un tamaño muestral bajo y el seguimiento en el tiempo es escaso, por tanto, sería interesante realizar futuras investigaciones con mayor tamaño muestral y a lo largo de un periodo de tiempo mayor.

## **8. APLICABILIDAD A LA PRÁCTICA CLÍNICA DE ENFERMERÍA**

Actualmente la incidencia de la demencia es elevada. Con respecto a la prevalencia aumenta con la edad, por tanto, debido al creciente aumento de la población anciana, la previsión en un futuro próximo es que el número de pacientes con demencia muestre una tendencia al alza.

En España, la atención a las personas con enfermedades crónicas como la demencia y su familia, debe establecerse como una prioridad en las políticas sociosanitarias. Esta atención debe incluir un cuidado continuo, integral y multidisciplinario en el cual los profesionales de enfermería tienen las competencias para proporcionar capacitación y asesoramiento a los cuidadores y pacientes con demencia. Esto se debe llevar a cabo mediante TNF dirigidas al paciente y al cuidador. Estas intervenciones dan autonomía a nuestra profesión, son parte del lado humano de enfermería y son competencia nuestra, por tanto, se debería apostar por este tipo de terapias.

Las TNF son efectivas y pueden y deben llevarse a cabo por profesional de enfermería, pero las investigaciones actuales son escasas y mejorables, en un campo potencialmente prometedor y necesario para el futuro de la sociedad. Se deben desarrollar a lo largo de los próximos años, equipos interdisciplinarios, que profundicen en estas TNF con un objetivo común, la mejora del bienestar, de las personas con demencia y sus cuidadores.

En los trabajos identificados, el tamaño muestral es pequeño y esto resta potencia estadística a los resultados, por tanto, para futuras líneas de investigación se deberían realizar con una muestra poblacional mayor. También, se necesitarían más ensayos clínicos que aporten mayor grado de evidencia a la eficacia de las intervenciones. En las investigaciones revisadas, tan sólo en el trabajo realizado por Straubmeier et al.<sup>32</sup> realizó un seguimiento de los grupos a lo largo de 6 meses, por tanto sería muy conveniente que se incluyeran un seguimiento más prolongado en el tiempo para identificar la efectividad de las intervenciones más a largo plazo.

Se ha identificado la intervención Terapia con Animales para tratar determinadas patologías. En el caso de las demencias se han visto buenos resultados, pero los estudios publicados hasta la actualidad han sido llevados a cabo por otros profesionales que no son profesionales de enfermería, sin embargo, si están capacitados y de hecho está recogido en la taxonomía NANDA.

## 9. CONCLUSIONES

- Las TNF pueden y deben ser aplicadas por personal de enfermería.
- Las intervenciones y las TNF que mejores resultados han ofrecido en el mantenimiento o en el retraso de la evolución de las personas con demencia tipo Alzheimer son la Intervención multicomponente, la estimulación cognitiva, la musicoterapia y la estimulación sensorial.
- La estimulación cognitiva tiene efectos positivos tanto para el paciente como para el cuidador, ya que es efectiva a nivel cognitivo y conductual del paciente y disminuye los episodios de ansiedad en los cuidadores.
- La terapia multicomponente es efectiva en el mantenimiento de las ABVD, mejora de la calidad de vida y produce una disminución de los síntomas neuropsiquiátricos.
- La estimulación sensorial disminuye los episodios de agitación y depresión y mejora el estado cognitivo, emocional y conductual en pacientes con demencia avanzada.
- Los grupos de ayuda y la técnica de resolución de problemas han demostrado ser eficaces en la adquisición de habilidades para la resolución de problemas en la familia del paciente con demencia.
- Han resultado ser más eficaces aquellas terapias o intervenciones aplicadas con un enfoque interdisciplinar, en el que por su puesto está incluido el profesional de enfermería.

## 10. BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez A. ¿Qué sabemos del Alzheimer? 2ª ed. Madrid: CSIC y Catarata; 2009.
2. Peña-Casanova J. Neurología de la conducta y Neuropsicología. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2007
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). Demencia [Sede Web]. Suiza: 2017. [citado 14 Enero 2018]. Disponible en: [www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/)
4. American Psychiatric Association. DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5th ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014.
5. Barranco-Quintana JL, Allam MF, Del Castillo AS, Navajas RF. Factores de riesgo de la enfermedad de Alzheimer. REV NEUROL 2005; 40 (10): 613-618.
6. Olazarán-Rodríguez J, Agüera- Ortiz LF, Muñiz-Schwochert R. Síntomas psicológicos y conductuales de la demencia: prevención, diagnóstico y tratamiento. Rev Neurol 2012; 55: 598-608.
7. De la Rubia Ortí JE, Sancho Espinós P, Cabañés Iranzo C. Impacto fisiológico de la musicoterapia en la depresión, ansiedad, y bienestar del paciente con demencia tipo Alzheimer. Valoración de la utilización de cuestionarios para cuantificarlo. European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education 2014, Vol. 4, Nº 2 (Págs. 131-140).
8. Alberca Serrano R, López-Pousa S. et al. Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias. 4ª ed. Madrid: Panamericana; 2011.
9. Nitrini R, Dozzi Brucki S. Demencia: Definición y Clasificación. Revista Neuropsicología, neuropsiquiatría y neurociencias. 2012;12(1):75-98.
10. Francés I, Barandiarán M, Marcellán T, Moreno L. Estimulación psicocognoscitiva en las demencias. An. Sist. Sanit. Navar. 2003; 26 (3): 405-422.
11. Contador I, Fernández-Calvo B, Ramos F, Tapias-Merino E, Bermejo-Pareja F. El cribado de la demencia en atención primaria. Revisión crítica. Rev Neurol 2010; 51: 677-86.
12. Fundación Reina Sofía. Guía práctica para profesionales que trabajan con enfermos de Alzheimer. 1st ed. Madrid: Fundación Reina Sofía; 2012



13. Villarejo A, Puertas-Mrtín V. Utilidad de los test breves en el cribado de demencia. *Neurología*. 2011;26(7):425—433
14. Olazarán J. ¿Puede diagnosticarse la demencia en la Atención Primaria? *Aten Primaria*. 2011;43(7):377—384
15. J. López Miquel y G. Martí Agustí. Mini- Examen Cognoscitivo (MEC). *Rev Esp Med Legal*. 2011;37(3):122-127
16. Martínez de la Iglesia J, Dueñas Herrero R, Onís Vilchesa MA, Aguado Tabernéa C, Albert Colomerc, C Luque Luquec, R. Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. *Med Clin* 2001;117:129-34
17. Fundación Reina Sofía. Cuidados continuados en Atención Primaria a personas con enfermedad de Alzheimer. 1st ed. Madrid: Fundación Reina Sofía; 2013
18. Alfaro C, Mesa-Gresa P, Redolat R. ¿Qué factores deberían incluirse en una intervención multicomponente dirigida al mantenimiento de la salud cerebral? *CALIDAD DE VIDA Y SALUD* 2017, Vol. 10, No.1; 23-40.
19. Alonso Galbán Patricia, Sansó Soberats Félix José, Díaz-Canel Navarro Ana María, Carrasco García Mayra, Oliva Tania. Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. *Rev Cubana Salud Pública* [Internet]. 2007 Mar [citado 2018 Ene 20]; 33( 1 ): . Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662007000100010&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000100010&lng=es).
20. Berrío Valencia, MI. Envejecimiento de la población: un reto para la salud pública. *Rev Colomb Anesthesiol*. 2012;40:192–4.
21. Velázquez Morales N, Villarreal Reyna MA, Carrillo Cervantes AL, Benavides-Torres RA, González Tovar, J. Síntesis de revisiones sistemáticas de intervenciones para cuidadores de pacientes con demencia. *Nure Inv*. 13(84).
22. Organización Mundial de la Salud (OMS). Proyecto de plan de acción mundial sobre la respuesta de salud pública a la demencia [Sede Web]. Suiza: 2017 [citado 14 Enero 2018]. Disponible en: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA70/A70\\_28-sp.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA70/A70_28-sp.pdf?ua=1&ua=1)

23. Organización Mundial de la Salud (OMS). iSupport an e-health solution to support caregivers of people living with dementia [Sede Web]. Suiza: 2017 [citado 14 Enero 2018]. Disponible en: [http://www.who.int/mental\\_health/neurology/dementia/iSupport\\_flyer.pdf](http://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/iSupport_flyer.pdf)
24. Otero Ángel, Zunzunegui María Victoria, Rodríguez-Laso Ángel, Aguilar María Dolores, Lázaro Pablo. Volumen y tendencias de la dependencia asociada al envejecimiento en la población española. Rev. Esp. Salud Pública [Internet]. 2004 Abr [citado 2018 Ene 27] ; 78( 2 ): 201-213. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272004000200007&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272004000200007&lng=es)
25. Olazarán Rodríguez J, et al. Asistencia sanitaria en las demencias: satisfacción y necesidades del cuidador. Neurología. 2012;27:189—96.
26. Nieto Molina Carmen. I'll talk to you with my caresses. Gerokomos [Internet]. 2010 Jun [citado 2018 Ene 14] ; 21( 2 ): 66-69. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2010000200004&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2010000200004&lng=es)
27. Francés I, Barandiarán M, Marcellán T, Moreno L. Estimulación psicocognoscitiva en las demencias. An. Sist. Sanit. Navar. 2003; 26 (3): 405-422
28. Esandi N, Canga A. Atención centrada en la familia: un modelo para abordar los cuidados de la demencia en la comunidad. Aten Primaria. 2016;48(4):265-269
29. Bohórquez Bueno Viviana Carolina, Castañeda Pérez Bibiana Andrea, Trigós Serrano Leidy Johanna, Orozco Vargas Luís Carlos, Camargo Figuera Fabio Alberto. Eficacia de la intervención enfermera para cuidadores con cansancio del rol del cuidador. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2011 Sep [citado 2018 Ene 13] ; 27( 3 ): 210-219. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192011000300005&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192011000300005&lng=es).
30. Muñiz R, Olazarán J. Mapa de terapias no farmacológicas para demencias tipo Alzheimer [Sede Web]. Salamanca; 2013. [citado 21 Enero 2018]. Disponible en: [http://www.crealzheimer.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/mapaygua\\_iniciacintnfalzhpaparpr.pdf](http://www.crealzheimer.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/mapaygua_iniciacintnfalzhpaparpr.pdf)

31. De la Rubia JE, Sancho Espinós P, Cabañés Iranzo C. Impacto fisiológico de la musicoterapia en la depresión, ansiedad, y bienestar del paciente con demencia tipo Alzheimer. Valoración de la utilización de cuestionarios para cuantificarlo. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education* 2014, Vol. 4, Nº 2 (Págs. 131-140).
32. Straubmeier M, Behrndt EM, Seidl H, Özbe D, Luttenberger K, Graessel E: Non-pharmacological treatment in people with cognitive impairment—results from the randomized controlled German Day Care Study. *Dtsch Arztebl Int* 2017; 114: 815–21. DOI: 10.3238/arztebl.2017.0815
33. Lai CK, Lai DL, Ho JS, Wong KK, Cheung DS. Interdisciplinary collaboration in the use of a music-with-movement intervention to promote the wellbeing of people with dementia and their families: Development of an evidence-based intervention protocol. *Nurs Health Sci.* 2016 Mar;18(1):79-84. doi: 10.1111/nhs.12238. Epub 2015 Sep 10
34. Husebo BS, Flo E, Aarsland D, Selbaek G, Testad I, Gulla C, et al. COSMOS—improving the quality of life in nursing home patients: protocol for an effectiveness-implementation cluster randomized clinical hybrid trial. *Implementation Science* (2015) 10:131 DOI 10.1186/s13012-015-0310-5
35. Sarabia Cobo CM, Díez Saiz Z, San Millán Sierra S, Salado Morales L, Clemente Campo V, Alonso Vejo C. La estimulación multisensorial como puente de comunicación con el paciente con demencia. *Nuber Científ.* 2017;3(21): 7-14
36. Sotto Mayor Margarida, Sequeira Carlos, García Belén. Consulta de enfermería dirigida a cuidadores informales: instrumentos de diagnóstico e intervención. *Gerokomos* [Internet]. 2013 Sep [citado 2018 Abr 01]; 24(3): 115-119. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2013000300004&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2013000300004&lng=es)
37. Laakkonen ML, Hölttä EH, Savikko N, Strandberg TE, Suominen M, Pitkälä KH. Psychosocial group intervention to enhance self-management skills of people with dementia and their caregivers: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* 2012, 13:133
38. Stephan A, Afram B, Koskenniemi J, Verbeek H, Soto ME, Bleijlevens MH, et al. Older persons with dementia at risk for institutionalization in eight European countries: a

cross-sectional study on the perceptions of informal caregivers and healthcare professionals. *J Adv Nurs*. 2015 Jun;71(6):1392-404. doi: 10.1111/jan.12493.

39. Pires Fernanda Rosa de Oliveira, Santos Silvia Maria Azevedo dos, Mello Ana Lúcia Schaefer Ferreira de, Silva Kelly Maciel. MUTUAL HELP GROUP FOR FAMILY MEMBERS OF OLDER ADULTS WITH DEMENTIA: UNVEILING PERSPECTIVES. *Texto contexto - enferm*. [Internet]. 2017 [cited 2018 Apr 01]; 26(2): e00310016. Available from:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072017000200320&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000200320&lng=en)

40. Elfrink TR, Zuidema SU, Kunz M, Westerhof G. The effectiveness of creating an online life story book on persons with early dementia and their informal caregivers: a protocol of a randomized controlled trial. *BMC Geriatr*. 2017; 17: 95. Published online 2017 Apr 21. doi: 10.1186/s12877-017-0471-y

41. Greenwood N, Habibi R, Mackenzie A. Respite: carers' experiences and perceptions of respite at home. *BMC Geriatr*. 2012; 12: 42. Published online 2012 Aug 3. doi: 10.1186/1471-2318-12-42

42. Quinn L, Hamana K, Kelson M, Dawes H, Collett J, Towson J, et al. A randomized, controlled trial of a multi-modal exercise intervention in Huntington's disease. *Parkinsonism Relat Disord*. 2016 Oct;31:46-52. doi: 10.1016/j.parkreldis.2016.06.023

43. Leite BS, Camacho ACLF, Joaquim FL, Gurgel JL, Lima TR, Queiroz RS. Vulnerability of caregivers of the elderly with dementia: a cross-sectional descriptive study. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2017;70(4):682-8. [Thematic Edition "Good Practices: Fundamentals of care in Gerontological Nursing"] DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0579>

44. Figueiro MG, Plitnick BA, Lok A, Jones GE, Higgins P, Hornick TR, et al. Tailored lighting intervention improves measures of sleep, depression, and agitation in persons with Alzheimer's disease and related dementia living in long-term care facilities. *Clin Interv Aging*. 2014; 9: 1527–1537. doi: 10.2147/CIA.S68557.

45. Cruz TJP, Sá SPC, Lindolpho MC, Caldas CP. Cognitive stimulation for older people with Alzheimer's disease performed by the caregiver. *Rev Bras Enferm*. 2015;68(4):450-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680319i>

46. Ferré-Grau C, Sevilla-Casado M, Lleixá-Fortuño M, Aparicio-Casals MR, Cid-Buera D, Roderó-Sánchez V, et al. Effectiveness of problem-solving technique in caring for family caregivers: a clinical trial study in an urban area of Catalonia (Spain). *J Clin Nurs*. 2014 Jan;23(1-2):288-95. doi: 10.1111/jocn.12485.

47. NNNConsult [Internet]. Barcelona: Grupo Elsevier; 2015 [consultado el 24 de febrero de 2018]. Disponible en: <http://www.nnnconsult.com/index>