

# *Intervenciones psicosociales y de soporte básico en la demencia en la enfermedad de Alzheimer*

Revisión

## **Resumen**

*En primer lugar, se establece los fundamentos por los cuales las intervenciones psicosociales son necesarias para el mejor tratamiento de los pacientes con demencia en la enfermedad de Alzheimer.*

*En segundo lugar, se describe las técnicas de soporte a los cuidadores, recomendaciones para el diario vivir y estrategias psicoterapéuticas.*

*De acuerdo con los criterios de Medicina Basada en Pruebas surgen con evidencia de grado de recomendación máximo las técnicas de terapia conductual a través de la psicoeducación, para enseñar a los cuidadores a modificar su vínculo con los pacientes.*

*Asimismo, las técnicas de terapia conductual centradas en la conducta individual de cada paciente, de estimulación cognitiva, la musicoterapia y la terapia de estimulación multisensorial demostraron una evidencia muy aceptable.*

*La terapia ocupacional y las actividades de grupo resultan modalidades con buena relación costo-beneficio.*

*Por último, y desde una perspectiva psiquiátrica, se realiza algunas consideraciones acerca del lugar del médico psiquiatra, en cuanto a la incorporación e implementación de estas estrategias.*

## **Summary**

*First, grounds are stated on why psychosocial interventions are necessary for a better treatment of patients with dementia in Alzheimer's disease.*

*Secondly, techniques for caregivers support are described, as well as recommendations for daily living and psychotherapeutic strategies.*

*According to evidence-based medicine criteria, techniques of behavioral therapy through psychoeducation to instruct caregivers to change their relationship with patients, come out with evidence supporting highest recommendation standards.*

*Likewise, behavioral therapy techniques focusing on the individual patient's behavior, cognitive stimulation, music therapy and multisensorial stimulation therapy, have shown quite acceptable evidence.*

*Occupational therapy and group-based activities turn out to be treatment modalities bearing favorable cost/benefit ratio.*

*Finally, from a psychiatric perspective, considerations are made regarding the role of the psychiatrist in including and implementing these strategies.*

## **Autores**

### **Carla Caetano**

Médico Psiquiatra. Ex Asistente de Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina, UDELAR.

### **Vicente Pardo**

Médico Psiquiatra. Ex Asistente y ex Profesor Adjunto de Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina, UDELAR.

Correspondencia:

ccaetano@montevideo.com.uy

## **Palabras clave**

Demencia

Enfermedad de Alzheimer

Tratamientos psicosociales

Medicina basada en pruebas

Perspectiva psiquiátrica

## **Keywords**

Dementia

Alzheimer's disease

Psychosocial treatments

Evidence-based medicine

Psychiatric perspective

## Introducción

En los últimos 60 años los avances diagnósticos y terapéuticos de la Medicina han generado un sensible incremento en la expectativa de vida de la población general. El crecimiento esperado en la población integrada por mayores de 80 años de edad es impactante: de 13 millones de personas en 1950 hay una expectativa de 137 millones para el año 2025<sup>1</sup>. Esta prolongación de la vida ha hecho que patologías que en épocas anteriores tuvieran una baja prevalencia, y por ello una escasa repercusión en la salud pública, ocupen en la actualidad un lugar de primacía en el momento de diseñar políticas sanitarias y sociales. Tal es el caso del grupo de las demencias en general y de la demencia en la enfermedad de Alzheimer (DEA) en particular, responsable de un 50 a un 70% del total de los casos de demencia, con un crecimiento exponencial a partir de los 65 años<sup>2</sup>. Se genera así para este tipo de pacientes –sobre todo en el mundo occidental– un sensible aumento de las situaciones de dependencia (necesidad de algún tipo de ayuda de terceros para vivir en su medio ambiente habitual), en un momento como el actual de notorio debilitamiento del rol de la familia como sostén de sus miembros con discapacidad, debido a fenómenos sociales como la mayor independencia intergeneracional y la migración de población joven, entre otros. De esta manera, la carga de cuidados se transfiere de la familia a la comunidad, pasando las demencias a constituir un problema de Salud Pública.

En cuanto a los cambios poblacionales esperados, en Uruguay entre los años 1985 y 2025 los ancianos representan el grupo que aumentará más proporcionalmente, lo cual llevará a una duplicación de los casos de demencia en dicho período<sup>3</sup>.

Frente a estos desafíos las estrategias medicamentosas actuales resultan insuficientes. Los fármacos antipsicóticos para la agitación y los síntomas alucinatorios y delirantes, las drogas que potencian las funciones cognitivas (inhibidores de la colinesterasa y memantina), los estabilizadores del humor y los antidepresivos, en los estudios basados en pruebas (*evidence*) muestran eficacia sobre la

variada sintomatología de DEA, pero no han logrado detener el curso deteriorante de la enfermedad. A esto debemos agregar varios estudios que demuestran efectos secundarios que disminuyen la seguridad en la prescripción (por ejemplo, alerta de la FDA del mayor riesgo de muerte por aumento del intervalo QTc por drogas antipsicóticas) y la tolerabilidad sobre todo por la sedación<sup>4</sup>.

El propósito del artículo es, mediante una actualizada revisión bibliográfica, describir y jerarquizar de acuerdo con su eficacia y relación costo-beneficio, los tratamientos psicosociales utilizados en los pacientes con DEA.

## Estrategias psicosociales: clasificación y descripción

Consisten en estrategias de manejo interpersonal y técnico entre el equipo asistencial y el paciente y sus cuidadores que actúan como complemento o refuerzo de la psicofarmacología.

Apuntan a los siguientes objetivos generales: a) rehabilitación, restituyendo déficits; b) estimulación, intentado retrasar la pérdida progresiva de capacidades; c) optimización de las capacidades funcionales residuales; d) brindar cuidados paliativos, sustituyendo necesidades; e) prevención de las patologías asociadas; e) retardar o evitar la institucionalización; y f) brindar apoyo y orientación a los familiares y/o allegados.

En las últimas décadas se ha implementado una gama muy amplia y diversa de estrategias psicosociales o no farmacológicas que van desde las más estructuradas (psicoeducación dirigida a familiares, terapia cognitivo-comportamental, etc.) hasta otras que a priori pueden impresionar como pintorescas (“terapia de humor”, “contar historias o narraciones”, etc.).

A los efectos de realizar un intento de clasificación de las mismas las dividiremos en:

- A. Técnicas de soporte a los cuidadores
- B. Recomendaciones para el diario vivir

C. Intervenciones centradas en la formación del personal asistencial para tratar los problemas conductuales

D. Estrategias psicoterapéuticas<sup>5</sup>

#### A. Técnicas de soporte a los cuidadores

Las exigencias de hacerse cargo de una persona con demencia se han asociado significativamente a padecer problemas, tanto en la salud física como mental del cuidador, lo que a su vez reduce la efectividad de la ayuda que pueden brindar<sup>6</sup>. El paciente afecto de demencia con sus graves trastornos de memoria y de juicio y la severa pérdida de autonomía, requiere supervisión y protección por terceros de modo constante. Es frecuente, así, en los cuidadores la aparición de diversas enfermedades cardiovasculares, inmunológicas, ansiedad y depresión, lo que es necesario monitorizar. Cuidar pacientes con demencia se ha identificado como uno de los eventos más estresantes que pueden surgir en una familia, lo que además, generalmente, es una necesidad a mediano o largo plazo<sup>7</sup>. En general es la familia la que se encarga en primera instancia del cuidado del demente, con lo que esto implica como carga física y afectiva. Los ámbitos de vida más afectados son el emocional y el social, con significativos niveles de depresión<sup>8</sup>, observándose una mayor ingesta de psicofármacos, alcohol y nicotina<sup>9</sup>.

Un estudio reciente informa que los cónyuges cuidadores de enfermos con DEA muestran aumentos significativos en plasma del antígeno activador del plaminógeno de tipo tisular en un período de 5 años, lo que genera mayor predisposición para contraer enfermedad trombótica<sup>10</sup>.

El abordaje integral a los cuidadores de pacientes con DEA implica realizar una adecuada evaluación del funcionamiento familiar, tanto el premórbido como el posterior a la instalación plena del cuadro clínico demencial. Tremont, Davis y Bishop, en un estudio con 72 cuidadores de pacientes con demencia leve a moderada, encontraron, por un lado, una asociación positiva entre niveles altos de sobrecarga de los cuidadores con depresión

y ansiedad en los mismos. Por otra parte, el mismo estudio halló una correlación positiva entre importantes niveles de sobrecarga de los cuidadores y mayor frecuencia de trastornos de memoria y de conducta en los pacientes y también con peores niveles de funcionamiento familiar en cuanto a comunicación y desempeño de roles. Tras correcciones de algunos factores, la asociación más significativa fue la hallada entre pobres niveles de funcionamiento familiar y la sobrecarga de los cuidadores<sup>11</sup>. Estos hallazgos apoyan la inclusión de estrategias psicoterapéuticas familiares para reducir la carga de los cuidadores.

Los cuidadores “familiares” tienen mayor riesgo que los profesionales, ya que a menudo están comprometidos a una dedicación total donde se enfrentan continuamente al insuficiente descanso, la responsabilidad y el dolor frente al deterioro de su familiar. En las reacciones emocionales del familiar también influyen: el vínculo afectivo que mantenía con el paciente previo a la enfermedad y su modificación posterior, la personalidad del cuidador, el rol que ocupaba el enfermo en la familia y el patrón intergeneracional entre cuidador y paciente<sup>12</sup>, y las características de la relación entre ambos<sup>13</sup>. Al respecto, un estudio reciente de menos de un centenar de cuidadores de pacientes con demencia, mostró que cuando había existido una buena relación premórbida el cuidador tenía una menor sensación de carga, menor reactividad a los trastornos de conducta y de memoria, mejores habilidades de resolución de problemas y una comunicación más efectiva en relación con los cuidadores que habían expresado una menor satisfacción en el vínculo con el paciente<sup>14</sup>.

El parentesco existente entre el cuidador y el enfermo es una variable que influye sobre los sentimientos y las obligaciones que tiene el familiar con respecto a la persona enferma, así como las dificultades en el cuidado y el estrés que este puede ocasionar. Sin embargo, el parentesco parece no afectar la posibilidad de institucionalización<sup>15</sup>.

Cuando el individuo con DEA es casado, su cónyuge actúa como el cuidador primario, independientemente del género del mismo o su rol previo en el hogar. De todos modos, el número de esposas que actúan como cuidadoras

primarias es mayor al de esposos varones que realizan la misma tarea, dada la tendencia de la mujer a vivir más tiempo y a casarse con hombres de mayor edad. Para el caso de cuidar a uno de los padres, las hijas y nueras lo hacen más a menudo que los hijos varones<sup>6</sup>. En tal sentido es importante destacar que las cuidadoras mujeres parecen tener un mayor nivel de carga que sus pares varones<sup>8</sup>.

Es necesario, además, realizar un estudio de las posibilidades económicas reales de una familia, para poder implementar el apoyo que permita la asistencia domiciliaria del paciente. El nivel socioeconómico incide en la disponibilidad de los recursos comunitarios y en el acceso a la información. Se debe tener en cuenta además el mayor ausentismo laboral que presentan los cuidadores de estos enfermos<sup>16</sup>.

Una de las consecuencias negativas más frecuentes que surgen de la necesidad de cuidados es la de los conflictos familiares, el cómo y cuántos miembros de la familia deben participar y cómo se debe apoyar al cuidador principal<sup>15, 17</sup>.

Un hecho llamativo está constituido por el retardo por parte de muchos familiares en cuanto a darse cuenta de los trastornos de memoria de los pacientes, evidenciándose el reconocimiento de los mismos en asociación con la aparición e incremento de los trastornos conductuales. Dicha eventualidad conduce generalmente a un sensible retraso en la consulta<sup>18</sup>. Los síntomas conductuales o psicológicos (neuropsiquiátricos) –o no cognitivos tal como hoy se denominan–, tales como agitación, agresión, irritabilidad y/o inestabilidad del humor suelen ser los mayores generadores de distrés para el cuidador<sup>19</sup>.

A pesar de algunas de las consideraciones anteriores la dimensión de cuidados que puede dar la familia es muy difícil de ser replicada o reemplazada por otro servicio de soporte, ya que en ausencia de conflictos importantes responde en forma rápida y flexible a las necesidades idiosincráticas del paciente de una forma empática y afectuosa<sup>5</sup>. De este modo, la asistencia por parte del entorno inmediato del paciente es en realidad una de las mejores opciones para este y suele aconsejarse que se prolongue el mayor

tiempo posible, siempre y cuando sea deseada y materialmente accesible<sup>20</sup>.

Una vez realizado el diagnóstico de DEA es preciso orientar e informar a la familia, en cuanto a la naturaleza y evolución de la enfermedad, el nivel de gravedad de la misma, necesidad de cuidados y posibilidades terapéuticas en función de esto, tanto farmacológicas como no farmacológicas. También es importante educar sobre trastornos conductuales y su manejo. Esta información debe brindarse en forma considerada y repetida a través de reuniones familiares o consultas frecuentes, teniendo en cuenta que durante un tiempo la familia, y principalmente el cuidador principal, se debatirá entre el intento de comprender lo que sucede y asimilarlo. A pesar de la desesperanza que genera la confirmación de un cuadro demencial, no es realista dejar ambigüedades diagnósticas, ya que es necesario que los cuidadores transformen sus expectativas en concretas acciones de apoyo. Los mecanismos de negación de algunos de los miembros de la familia hacen que el médico deba realizar tantas repeticiones como sea necesario. Se debe insistir en el carácter esporádico del proceso, teniendo en cuenta la inquietud que genera la posibilidad de heredar la enfermedad.

Gwyther aporta un buen resumen de lo que un familiar de un paciente con demencia necesita y le pide al médico tratante: información, compromiso activo, entrenamiento adecuado, reconocimiento de los sentimientos de pérdida y del esfuerzo en el cuidado brindado, y posibilidad de elección de los servicios asistenciales comunitarios<sup>21</sup>.

El médico debe ayudar a la familia a manejar las emociones negativas que se generaron hacia el paciente previo a conocerse la enfermedad, así como las que aparecen al conocer la evolución y el pronóstico de la misma<sup>22, 23</sup>. Asimismo, puede diseñar junto con los miembros familiares y allegados, estrategias de cuidado que, generalmente, tienen la necesidad de ser reajustadas en relación con el deterioro progresivo del paciente.

En lo referido a estrategias de diseño más específico, la terapia conductual individual centrada en la conducta del paciente concreto –de aproximadamente 6 o más sesiones– ha tenido un significativo impacto en cuanto a aliviar

los síntomas del cuidador de modo rápido y con una duración de dicho efecto de hasta 32 meses. El enseñar a los cuidadores estrategias de afrontamiento y manejo (*coping*), tanto en formato individual como grupal, demostró eficacia en mejorar su salud mental también con un inicio de acción rápido y sostenido por algunos meses. Por otra parte, la educación sobre demencia en términos generales, la terapia conductual de grupo y la terapia de apoyo no demostraron efectividad<sup>24</sup>. En un amplio estudio de revisión, Livingston, Johnston et al. concluyeron que las técnicas de terapia conductual a través de la psicoeducación y la enseñanza a los cuidadores acerca de cómo modificar sus interacciones con los pacientes, tenían el más alto grado de recomendación<sup>25</sup>.

La adherencia por parte de los cuidadores a las intervenciones terapéuticas con ellos realizadas es un tema crucial aunque sub estudiado. En un programa conductual de asignación de tareas a 105 cuidadores, el activo compromiso por parte de los mismos, medido por el mayor número de técnicas activamente usadas, demostró ser un importante factor predictor de adherencia<sup>26</sup>. Un reciente estudio de meta-análisis realizado en Alemania demostró que las intervenciones de psicoeducación que requieren activa participación por parte de los cuidadores, son las que tienen los resultados más importantes<sup>27</sup>.

Los sistemas de apoyo psicosocial basado en la comunidad al paciente se dividen en informales y formales. Se define el apoyo informal como la asistencia brindada por familiares y allegados y corresponde aproximadamente al 72% de los cuidados brindados al paciente (encuesta INSERSO/CIS sobre apoyo informal en España 1995)<sup>28</sup>. Si bien el uso del soporte comunitario disminuye la morbilidad del cuidador, según algunos estudios, este no suele utilizarlo demasiado. Por otra parte, existe el sistema formal de apoyo que se refiere a los servicios brindados a personas que permanecen en sus domicilios, para ayudarlos a mantener su máxima autonomía e independencia. Estos servicios pueden ser de tres tipos: a) servicios a domicilio brindados por profesionales o voluntarios, lo que incluye ayuda económica, asistencia médica, acompañantes, transporte, terapias ocupacionales o físicas; b) servicios extrado-

miciliarios: grupos de apoyo para enfermos y cuidadores, asociaciones de familiares y enfermos de Alzheimer, cuyos servicios varían de acuerdo con el país, según la disponibilidad económica y centros de asistencia primaria donde se inicia el tratamiento del paciente y su familia. Los técnicos deben asesorar a cuidadores y pacientes, evaluando sus necesidades a lo largo de la enfermedad. Cuando existen descompensaciones clínicas lo ideal sería contar con unidades asistenciales hospitalarias; c) servicios de tregua o pausa en centros de día psicogerítricos donde se emplean diversos procedimientos, estrategias y formatos de intervención que en general se basan en la información, aprendizaje de habilidades y apoyo emocional, a menudo mediante técnicas cognitivo-conductuales. Más allá de los logros obtenidos por los pacientes, estos servicios brindan al cuidador la posibilidad del descanso.

Se ha visto que el uso del sistema formal previene la institucionalización prematura, reduce el estrés y la carga de los cuidadores y facilita la transición a la institucionalización.

Existen diferentes modelos de relacionamiento entre los servicios de apoyo formal e informal. El modelo complementario, en el que ambos sistemas proveen diferentes tipos de tareas, es el más prevalente<sup>29</sup>.

Los determinantes para el uso de los recursos formales son la valoración del beneficio<sup>30</sup>, la percepción del soporte y apoyo (lo que depende de la información recibida), el nivel de deterioro, la captación de la disponibilidad y la salud psicológica del cuidador<sup>31</sup>. Las barreras para el uso de recursos formales son la falta de conocimiento de los servicios, la poca percepción de las necesidades (principalmente en estadios tempranos)<sup>17</sup>, la visión pesimista de futuro, el acceso dificultoso, la poca disponibilidad, la desconfianza del cuidador sobre la calidad del servicio, la falta de coordinación, el costo y la actitud de muchos cuidadores y médicos de que es responsabilidad de la familia el cuidado del paciente<sup>32</sup>.

En cuanto a las técnicas de psicoterapia conductual a través de la psicoeducación y de la enseñanza a los cuidadores acerca de cómo modificar sus interacciones con los pacientes, el grado de recomendación de estas estrate-

gias es A con el máximo nivel probatorio (o de evidencia) según las directrices del Oxford Centre for Evidence-Based Medicine ([http://www.cebm.net/levels\\_evidence/asp#levels](http://www.cebm.net/levels_evidence/asp#levels))<sup>25</sup>. Por otra parte, un estudio basado en el sistema Cochrane realizado en el año 2000 y actualizado en 2007 en cuanto a la eficacia de intervenciones en salud y/o sociales diseñadas para brindar apoyo a los cuidadores de pacientes con DEA, mostró que los resultados no condujeron a conclusiones concretas. Esto se debió en buena parte a la pobre calidad y al pequeño tamaño de las muestras en los estudios, así como, también, a la diversidad de intervenciones examinadas y resultados reportados<sup>33</sup>.

## B. Recomendaciones para el diario vivir

Algunas de las intervenciones que se pueden realizar en el entorno físico y familiar del paciente tienen la finalidad de mejorar el rendimiento del mismo, teniendo en cuenta que la capacidad funcional de una persona depende de su capacidad real y de las exigencias ambientales<sup>34</sup>.

Las modificaciones del entorno físico se deben basar en los principios de seguridad, prevención y simplificación. A nivel del ámbito familiar se recalcará que es la familia la que debe adaptarse al paciente, y no lo contrario.

El entorno debe ser sencillo, estable y seguro para facilitar la autonomía del paciente. Los cambios deben ser graduales y simultáneos a la también gradual disminución de las capacidades. Se debe explicar en forma sencilla la utilidad de estas adaptaciones del ambiente. Los cambios bruscos pueden aumentar la confusión e inseguridad del paciente. Las medidas de simplificación permiten reducir los requerimientos mnésicos y cognitivos de la tarea, evitando problemas funcionales<sup>35</sup>.

Se debe respetar, en todo lo posible, el ambiente familiar. Es mejor no cambiar de lugar objetos personales, teniendo duplicado de algunos de ellos (llaves, documentos). Es importante que el entorno esté bien iluminado y evitar el ruido ambiental innecesario. Con respecto a la comunicación verbal, se debe estimular a los pacientes con frases

cortas, claras y repetidas. Se puede ayudar a comprender los mensajes mediante gestos, tocándolos, hablándoles a la altura de los ojos y con un tono de voz adecuado. Es importante estimularlos y guiarlos en las actividades cotidianas para que las mantengan el mayor tiempo posible. Es necesaria la planificación de actividades accesibles, sin incurrir en sobrecargas, haciendo pausas para descansar y alternando ocupaciones que exigen alto rendimiento cognitivo, con las físicas. Es útil mantener la rutina, el horario y el orden.

Al inicio del día se explicarán las actividades que se realizarán a lo largo del mismo y se realizará la orientación en la realidad, para lo cual es conveniente colocar relojes de pared con números grandes, calendarios y señaladores. Las medidas de seguridad otorgan mayor autonomía al paciente y disminuyen la necesidad de supervisión. El acceso a lugares peligrosos debe estar bloqueado; hay que eliminar elementos superfluos y reparar los desperfectos que distorsionen el rendimiento<sup>36</sup>. Al paciente que solicite algún objeto se le dará solo cuando sea necesario, si está capacitado para usarlo y en presencia del cuidador<sup>37</sup>.

Frente a los síntomas depresivos no se debe insistir al paciente para que se “anime”. Se pueden incentivar actividades que no lo frustran, así como visitas que puedan agradarlo.

Ante las reacciones catastróficas hay que apartarlo de la situación que la provocó así como identificarla para evitarla en el futuro.

Cuando aparecen síntomas delirantes y alucinatorios se debe reaccionar con calma, dando respuestas neutras y no confrontativas. Si se intensifican en la noche, se puede utilizar una luz tenue. El contacto físico, si no se percibe como amenazante, puede ser tranquilizador, así como la distracción del paciente con otros temas.

Permitir que el cuidador pueda tener actividades recreativas y períodos de descanso es esencial para evitar que conductas como el seguimiento persistente del paciente hacia él, lo agoten. Si la persona encargada del cuidado del mismo es blanco de burlas o insultos por parte de este, es fundamental que se atribuyan estas conductas al proceso de enfermedad más que a una intencionali-

dad maligna del enfermo. Si es un cuidador contratado, un acercamiento gradual puede mejorar la aceptación por parte del paciente.

La distracción es la mejor intervención para interrumpir conductas repetitivas. Si existen gritos conviene descartar una causa médica no psiquiátrica intercurrente. Frente al exhibicionismo o alteraciones en la conducta sexual, hay que conservar la calma, acompañar al paciente a un lugar privado, y distraerlo, pudiendo usarse vestimentas que sean difíciles de sacar.

Las maniobras de manipulación ambiental tales como ocultamiento o apertura de las salidas (puertas), empleo de espejos y señalización ofrecen resultados dispares en cuanto a la reducción de síntomas como el vagabundeo y la agitación, tal como se ve en demencias evolutivamente avanzadas. De acuerdo con los criterios Oxford su grado de recomendación es bajo, no llegando a superar el nivel D<sup>25</sup>.

#### C. Intervenciones centradas en la formación del personal asistencial para tratar los problemas conductuales

Los resultados de la formación en conocimiento de la demencia y en técnicas de comunicación para el personal institucional y los auxiliares de enfermería han mostrado aspectos controversiales. Por una parte, algunos reportes dan cuenta de disminuciones significativas de conductas agresivas hacia el personal con este entrenamiento<sup>25</sup>, llegando a otorgar un grado de recomendación B (criterios Oxford) para este abordaje. Por otra, Bharani y Snowden, de seis estudios controlados sobre este tipo de estrategias, no constataron diferencias significativas en cuatro de ellos entre los grupos de intervención y no intervención<sup>38</sup>.

#### D. Estrategias psicoterapéuticas

Consisten en técnicas de psicoestimulación cognitiva, motriz, sensorial y/o psicoafectiva realizadas con el paciente. Sus objetivos en

particular son: a) incrementar el sentido de autoestima y control, sobre todo en las etapas iniciales del proceso demenciante; y b) reducción de los síntomas, principalmente: angustia, depresión, agresividad, agitación, retraimiento social, ideas delirantes y déficits cognitivos. Muchas de ellas admiten formatos tanto individuales como en grupo de pacientes, tratando de utilizar la estimulación social como agente terapéutico. En este sentido es importante tener en cuenta la confección de grupos homogéneos con niveles de déficits semejantes. Es bastante habitual que se combinen diferentes enfoques en la búsqueda de los mejores resultados<sup>5</sup>. Asimismo, es de crucial significación la flexibilidad del terapeuta, al igual que la adecuación de las técnicas al momento evolutivo de cada paciente.

De acuerdo con la revisión realizada, las principales estrategias psicoterapéuticas para la DEA se podrían clasificar así:

1. Técnica de orientación a la realidad
2. Terapia de la reminiscencia
3. Programas de estimulación y activación cognitiva
4. Terapia conductual centrada en la conducta individual de cada paciente
5. Adaptación cognitiva y funcional del entorno humano:
  - Técnicas de comunicación
  - Terapia de validación
6. Intervenciones basadas en la actividad:
  - Terapia ocupacional
  - Actividades de grupo
  - Actividades físicas
7. Intervenciones sensoriales:
  - Musicoterapia
  - Estimulaciones sensoriales
8. Programas de computación interactivos

La mayoría de estas técnicas suele ser implementada en hospitales o centros de día.

## 1. Técnica de orientación a la realidad (TOR)

Se trata de una técnica implementada hace 50 años en EE. UU.<sup>39</sup>, que tiene, entre otros objetivos: a) superar la confusión y la desorientación, b) incrementar la autonomía, y c) evitar la desconexión del paciente con su entorno personal, familiar y social. Desde el punto de vista cognitivo intenta mejorar la memoria de corto plazo, la memoria de largo plazo episódica (autobiográfica) y estimular los sistemas ejecutivos. Básicamente admite dos variaciones: a) TOR “informal” o “básica”: cada vez que un técnico o familiar interactúa con el paciente le recuerda la fecha, le brinda la orientación espacial e información clara acerca de la actividad que se está realizando; y b) TOR “formal” o “intensiva” que consiste en sesiones individuales o grupales que van desde un nivel “básico”, en que se le da y repite información de orientación témporo-espacial actual, a un nivel “avanzado” (para pacientes con grados menores de deterioro cognitivo), donde se trabajan temas de discusión más complejos. En esta última se puede realizar el “libro de la historia de la vida” del paciente (reconstrucción ordenada de la biografía del mismo con anotaciones en una libreta y la ayuda eventual de fotografías), o el repaso de la “línea del tiempo” (rememoración de hechos mundiales y nacionales en vinculación a la historia personal). Esta modalidad permite la interacción entre el equipo y los pacientes, proveyendo de este modo de suficientes oportunidades para la inducción del reforzamiento social de las conductas deseadas. La TOR parece proveer una tranquilizadora ubicación en la realidad a aquellas personas incapaces de hacerlo por ellos mismas<sup>40</sup>. Esta técnica está indicada fundamentalmente en casos de demencia de gravedad discreta o moderada. La TOR combinada con inhibidores de la colinesterasa parecería incrementar los efectos sobre la cognición de los pacientes con DEA, aunque no tendría acción sobre las áreas conductual ni funcional<sup>41</sup>. Los resultados de la TOR son controversiales y esta técnica tiene un grado de recomendación D (nivel mínimo de grado de evidencia o estudios muy inconstantes o

no concluyentes a ningún nivel) según los criterios Oxford<sup>25</sup>.

## 2. Terapia de la reminiscencia (TR)

Constituye una forma de reactivar el pasado personal y de ayudar a mantener la propia identidad, al tratar de promover los recuerdos del paciente del modo más vívido posible. Desde el punto de vista cognitivo es una forma de activar o actualizar la memoria de largo plazo episódica o autobiográfica. La TR tiene entre sus objetivos poner de manifiesto los aspectos positivos del recuerdo, constituyendo así la evocación una experiencia positiva y estimulante. Se puede realizar en grupo y en el contacto con la familia, en grupo en una institución o en contacto bipersonal con un técnico. Su frecuencia puede ser diaria, de varios días a la semana o de una vez por semana. Al igual que en la TOR se puede realizar el “libro de la historia de la vida” del paciente y la “línea del tiempo”, así como también la “caja de los recuerdos” con la ayuda de fotografías, cartas, recortes de diarios, películas, discos, letras de canciones, etc., de alto valor personal, que estimulen las reminiscencias del paciente. Se trata de una actividad terapéutica muy placentera para el paciente, sobre todo en las etapas leve y moderada de la enfermedad, que promueve una estimulante interacción con el técnico y/o el grupo. No existen pruebas concluyentes sobre sus efectos en el humor y en la cognición en los pacientes con demencia, teniendo un bajo grado de recomendación según los criterios Oxford: D (pequeño número de estudios con baja calidad de los mismos)<sup>25, 42</sup>.

## 3. Programas de estimulación y activación cognitiva (PEAC)

Trata, mediante intervenciones globales de estimulación y actividad, de mejorar o mantener las capacidades cognitivas. Se trabajan el lenguaje, la memoria, la imaginación y los sentidos. La PEAC combina técnicas clásicas de rehabilitación, entrenamiento, aprendizaje y actividades pedagógicas y psicoterapéuticas



(disminución de la ansiedad, superación de la inseguridad, adquisición de actitudes positivas, etc.). Estas tareas no se limitan a los aspectos de recepción de estímulos, sino que también implican un importante componente de acción. Para los trastornos conductuales y del estado de ánimo hay pruebas de resultado de mejoría rápida y duradera (algunos meses). De acuerdo con los criterios Oxford tiene un grado de recomendación B aunque “la evidencia no es homogénea en todos los aspectos”<sup>25</sup>.

Al parecer los beneficios cognitivos de estas estrategias pueden ser mantenidos mediante sesiones semanales por períodos de aproximadamente seis meses<sup>43</sup>. Hay estudios que muestran eficacia en demencias en etapa temprana en las que el paciente aún tiene la capacidad de aprender<sup>44</sup>.

#### 4. Terapia conductual centrada en la conducta individual de cada paciente (TCCP)

Si bien no es específica para las demencias tiene la ventaja del diseño personalizado. Puede incluir diversidad de técnicas de modificación de la conducta tanto “clásicas”, como la economía de fichas o las técnicas de relajación muscular progresiva, como otras más novedosas, que muchas veces surgen de la sumatoria de varias de ellas<sup>45</sup>. Al parecer los resultados de su implementación han sido bastante positivos, con efectos perdurables de meses con un grado de recomendación B<sup>25</sup>. Por otra parte, algún estudio reciente ha demostrado éxito en la terapia cognitivo-comportamental para la ansiedad en pacientes con demencia<sup>46</sup>.

#### 5. Adaptación cognitiva y funcional del entorno humano

La adaptación cognitiva y funcional del entorno físico fue descrita anteriormente. Aquí se tendrá en cuenta:

##### a. Técnicas de comunicación (TC)

Consiste en la utilización por parte del terapeuta de cierta metodología para vincularse con el paciente con demencia en la DEA, apuntando a un clima de aproximación cálido y no apremiante. Implica mantener continuamente los contactos cara a cara y ocular, hablar pausadamente, con mensajes claros y realizando las repeticiones pertinentes, facilitando las capacidades cognitivas y funcionales remanentes.

De la literatura revisada surge la dificultad de determinar si se trata de una técnica con cierto grado de especificidad o si más bien es una guía de principios generales para establecer la mejor interacción humana posible.

##### b. Terapia de validación (TV)

Está basada en los preceptos de la psicología humanística rogeriana. Surgió en la segunda mitad del siglo XX como una reacción a la aplicación excesiva de la TOR<sup>39</sup>, en el entendido que esta se centra más en los aspectos cognitivos que en los emocionales. Se trata de una vía de comunicación con pacientes desorientados a través del apoyo, el estímulo y la validación de la expresión de sus sentimientos, sin importar si estos corresponden o no a la realidad presente. Su objetivo es desarrollar técnicas de comunicación con empatía con las personas dementes con preceptos similares a los de TC e integrando el uso de múltiples herramientas, tales como, por ejemplo, reminiscencias, los sentidos preferidos por la persona (visión, olfato, tacto) y de la música. Exige de parte del técnico mantener un clima emocional afirmativo para el paciente, dejando de lado prejuicios y expectativas así como toda expresión emocional negativa o de confrontación. Admite el formato en grupos pequeños. Se utiliza preferentemente en demencias de grado moderado. El tema de su eficacia es aún controversial<sup>47</sup>. Debido a la ausencia de pruebas concluyentes la TV tiene un grado de recomendación D de acuerdo con los criterios Oxford<sup>25</sup>.

## 6. Intervenciones basadas en la actividad

El objetivo fundamental es que sean significativas para el paciente, es decir, que este encuentre en ellas una actividad reglada que le resulte satisfactoria. Las mismas deben adaptarse a las capacidades cognitivas funcionales –y remanentes– del paciente. Entre ellas, destacaremos:

### a. Terapia ocupacional (TO)

La filosofía de base de la misma implica el reconocimiento de la importancia de la realización de actividades significativas en las vidas de las personas. Una de las variantes más utilizadas es la de las actividades de la vida cotidiana, tales como comer, aseo personal, preparación de la comida, manejo del dinero, etc. Esta aproximación exige una concienzuda evaluación de las capacidades y de los patrones conductuales del paciente, así como también una adecuada planificación. El objetivo es facilitar la máxima adaptación al ambiente, y al contexto humano y físico para la vida diaria<sup>48</sup>. Se trata de una de las técnicas con mejor relación costo-beneficio<sup>38</sup>. En nuestro país hay pocos terapeutas ocupacionales en general y menos aun que se dediquen al tratamiento de pacientes con demencia, de modo que muchas de estas actividades son realizadas en la práctica por “personal idóneo”.

### b. Actividades de grupo (AG)

Juegan un importante papel en la socialización y en la estimulación. Es importante agrupar a los pacientes en función del grado de sus discapacidades cognitivas y funcionales, a fin de evitar malestar en pacientes con demencias aun de grado leve a moderado. Asimismo, es aconsejable que los ejercicios tengan una duración no mayor a los 45 a 60 minutos. Los grupos deben ser poco numerosos (en lo posible, no más de seis integrantes) y dirigidos por un terapeuta que controla las ejecuciones y guía a los pacientes respetando su espontaneidad.

Algunas de las actividades que se pueden realizar son, entre otras: juegos de mesa, manualidades, talleres de lectura y/o escritura, jardinería, horticultura, etc. El terapeuta debe estar dispuesto a repetir las consignas y a brindar todas las explicaciones que sean necesarias.

Según Bharani y Snowden es otra de las modalidades con buena relación costo-beneficio y de fácil implementación<sup>38</sup>, aunque, según otros estudios, los resultados son dispares y no concluyentes por lo que según los criterios Oxford su grado de recomendación es D<sup>25</sup>.

El componente recreativo de las actividades grupales parece ser un ingrediente muy importante. En un estudio realizado en la Universidad de Princeton el juego conocido como Bingo resultó de mayor eficacia que la actividad física en el funcionamiento de la memoria reciente, reconocimiento de palabras y concentración mental de pacientes con DEA<sup>49</sup>.

### c. Actividades físicas (AF)

Se realizan bajo diferentes formatos: paseos, fisioterapia, psicomotricidad, dinámica de grupo psicomotora<sup>5</sup>, etc. Aquí, como en las dos estrategias anteriormente mencionadas, encontramos contradicciones en cuanto a los resultados, que van desde un grado de recomendación D<sup>25</sup> hasta un buen grado de evaluación para mejorar los trastornos conductuales de los pacientes con demencia<sup>38</sup>.

## 7. Intervenciones sensoriales

Las modalidades de estimulación sensorial para pacientes con demencia se han ido incrementando y diversificando con el correr del tiempo, sobre todo por ser aplicables con aceptables grados de eficacia para ancianos con demencia evolucionada, con síntomas conductuales graves (agresividad, agitación) y residentes en centros de larga estadía<sup>38</sup>.

Destacamos las siguientes:

### a. Musicoterapia

Admite diferentes variaciones, desde la escucha simple de música de determinados estilos y/o épocas hasta la ejecución e incluso el baile. A pesar del pequeño tamaño de las muestras varios estudios controlados apuntan en la dirección de mejorías conductuales, tales como disminución de la agitación durante las sesiones e inmediatamente después de la misma. En algunos pocos casos se observaron mejorías de hasta 1 hora de duración después de la intervención. Estos resultados hacen que la musicoterapia sea una terapia de alto nivel de recomendación llegando al grado B de la Escala de Oxford<sup>25</sup>. Por otra parte, se trata de una técnica fácil de implementar y de bajo costo<sup>38</sup>. Se han diseñado formatos grupales con selección de canciones familiares a los participantes. Los aspectos de refuerzo de la motivación y la interacción entre los pacientes y con los técnicos parecen dar cuenta de los resultados positivos<sup>50</sup>.

### b. Terapia Snoezelen o multisensorial (TS)

Se trata de un abordaje que combina técnicas de relajación con la exploración de diversos estímulos sensoriales: visuales, auditivos y táctiles. Ensayos controlados y aleatorizados mostraron mejorías significativas de conductas anómalas que se mantenían durante un breve lapso luego de finalizada la intervención. Logra un grado de recomendación B<sup>25</sup>. Al parecer la TS también tendría un efecto positivo en la actitud y calidad del trabajo del personal de enfermería con pacientes con demencia en unidades de cuidado de 24 horas<sup>51</sup>.

### c. Otras estimulaciones sensoriales

El masaje manual, el “tacto físico expresivo”, el contacto físico terapéutico especializado, la estimulación con “elementos naturales” (sonidos de pájaros, arroyos, animales pequeños, etc.) han mostrado eficacia en el control de la agitación, con una duración limitada, las más de las veces, al momento de implementación de las técnicas<sup>25</sup>.

## 8. Programas de computación interactivos

Se han diseñado programas de computación para pacientes con estadios tempranos de DEA con el fin de estimular la realización de tareas de la vida diaria. Los resultados no han dado pruebas de eficacia en el rendimiento cognitivo. Resulta aún incierto que los eventuales resultados positivos puedan ser reproducidos en situaciones de la vida real<sup>52</sup>.

## Discusión

Dadas las crecientes situaciones de alerta en cuanto a los riesgos por el uso de los psicofármacos en pacientes ancianos en los últimos años, la implementación práctica y los estudios sobre eficacia de las terapias psicosociales en la DEA han cobrado un renovado impulso<sup>53</sup>.

De esta revisión surgen con evidencia de grado de recomendación máximo o de tipo A según los criterios Oxford, las técnicas de terapia conductual a través de la psicoeducación, para enseñar a los cuidadores a modificar su interacción con los pacientes<sup>25</sup>.

Las técnicas de terapia conductual centradas en la conducta individual de cada paciente (TCCP) y de estimulación cognitiva (PEAC), demostraron una evidencia de tipo B, con mejorías conductuales a corto plazo con mantenimiento de los efectos durante varias semanas<sup>43</sup>.

Las técnicas de estimulación sensorial, tales como la musicoterapia y la terapia de estimulación multisensorial (terapia Snoezelen) han demostrado un grado de recomendación de tipo B (buen nivel de eficacia) y son de aplicación en demencias evolucionadas, disminuyendo la agitación durante las sesiones<sup>25, 38</sup>.

La formación en técnicas de comunicación para el personal (auxiliares de enfermería), para tratar los problemas conductuales, mostró un grado de recomendación dispar según los diversos autores.

Las clásicas terapias de orientación a la realidad, de la reminiscencia, de validación, así como la presencia simulada, la modificación del entorno para ocultar la salida, la señalización y el uso de espejos mostraron un grado de recomendación D, lo que equivale a decir que su eficacia no está respaldada por pruebas (evidencia).

Las aproximaciones de Técnica de orientación a la realidad (TOR), Terapia de la reminiscencia (TR), los Programas de estimulación y activación cognitiva (PEAC), la terapia cognitivo-comportamental para la ansiedad y la Terapia de validación (TV) actuarían con cierto grado de eficacia cuando el cuadro demencial está en las etapas iniciales, o sea, en un grado evolutivo leve a moderado<sup>5</sup>.

Las Terapia ocupacional (TO) y las Actividades de grupo (AG), aunque no tienen eficacia demostrable de acuerdo con las pruebas de la Medicina Basada en la Evidencia (MBE), según algunos autores resultan modalidades con buena relación costo-beneficio y de fácil implementación<sup>38</sup>.

Además, al igual que sucede con el uso de los psicofármacos, parecen no haberse publicado estudios de estas estrategias no farmacológicas dirigidas a conductas específicas. En teoría cabría la posibilidad de pensar que ciertos tipos de tratamientos psicosociales pudieran ser más efectivos para ciertas alteraciones conductuales que para otras. Esto, al igual que los resultados para los tratamientos farmacológicos, solo se podrá dilucidar con ulteriores investigaciones. Al día de hoy la combinación de terapias biológicas y psicosociales parece ser la modalidad de tratamiento más habitual<sup>54</sup>.

A pesar de los resultados sobre eficacia anteriormente expuestos, para otros autores uno de los problemas más importantes a dilucidar es la falta de adecuada concordancia entre los resultados positivos de las aproximaciones clínicas tanto farmacológicas como no farmacológicas para las demencias y la ausencia de un sólido soporte científico que apoye las mismas<sup>55</sup>. En este sentido, en la actualidad, tales discrepancias no son poco habituales en la práctica e investigación en otras áreas de la Psiquiatría.

En nuestro medio hay una notoria ausencia de publicaciones acerca de este tipo de abordajes. Da la impresión de que el manejo psicofarmacológico con el agregado de apoyo y consejos “prácticos” al familiar parece ser la modalidad más frecuente. Desde 1991 funciona en Montevideo la institución Asociación Uruguaya de Alzheimer y Similares (AUDAS), integrada por familiares de pacientes y técnicos, que brinda orientación y apoyo para la formación de grupos de autoayuda en todo el país<sup>56</sup>.

Lugar del médico psiquiatra en la incorporación e implementación de estas estrategias

La des-psiquiatrización de la demencia es un fenómeno que se ha ido dando crecientemente en el correr de las últimas décadas a nivel mundial<sup>57</sup>. Los modelos neurocognitivos han tomado la primacía sobre todo en medios académicos, asumiendo conceptualizaciones reduccionistas; en la práctica, geriatras y neurólogos se ocupan de la asistencia de la mayoría de los pacientes con demencia, al extremo que actualmente a los propios médicos generalistas les resulta extraño que se piense el campo de las demencias como un tema de la Psiquiatría. Sin embargo, los actuales manuales diagnósticos de trastornos mentales –en los que están incluidas las demencias– obligan en cada diagnóstico a realizar diacríticamente los correspondientes diferenciales de otros trastornos psiquiátricos. Esto resulta evidenciable en el criterio F del DSM IV (“La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno del Eje I”)<sup>58</sup>, lo que lleva de la mano la necesidad del juicio clínico que solo un especialista en trastornos mentales –es decir, un psiquiatra– puede realizar.

Desde una perspectiva psiquiátrica la demencia es una enfermedad que tiene como etiología un proceso somático neurobiológico que da origen a una estructura mental psicopatológica. Esta última consiste en una desorganización de la vida mental que genera “un debilitamiento psíquico profundo, global y progresivo que altera las funciones intelectuales

basales y desintegra las conductas sociales”<sup>59</sup>, es decir, una manera de “ser en el mundo” regresiva e inferior en cuanto a su capacidad de adaptación a lo real. Desde esta posición doctrinal la psicoterapia, en tanto “acción de la personalidad del psicoterapeuta sobre la personalidad del enfermo”<sup>60, 61</sup> –y por ende cada abordaje psicosocial–, tiene su lugar “de derecho” en el tratamiento global que realiza el psiquiatra de todo trastorno mental, y por lo tanto también de las demencias.

En las etapas iniciales de los procesos demenciantes, a pesar del déficit, quedan remanentes significativos de vida mental aún preservada y que pueden ser la base del establecimiento de una relación y un trabajo psicoterapéuticos<sup>57</sup>. Por otra parte, los efectos deletéreos de la demencia en dimensiones tales como: identidad, personalización, subjetividad de las experiencias vividas, sentimiento de continuidad histórico-biográfica del sí mismo (mismidad), relaciones interpersonales y comunicación solo pueden ser mejor comprendidos desde la Psiquiatría<sup>62, 63</sup>.

El psiquiatra, por la amplitud epistemológica que exige su formación<sup>64</sup>, y por ser la Psiquiatría la disciplina científica de la enfermedad mental esencialmente antropológica<sup>65</sup>, es el profesional que está en mejores condiciones de brindar el tratamiento más abarcativo y holístico a los múltiples problemas asistenciales que la demencia plantea.

Si bien en el momento actual la primacía de los modelos neurocientíficos en desmedro de los psicopatológicos y psicoterápicos hace que las últimas generaciones de psiquiatras hayan desatendido en parte su formación psicoterapéutica<sup>66</sup>, el agregado por parte de los mismos de las técnicas psicosociales a los tratamientos biológicos en la DEA es necesario, tanto por consideraciones prácticas (enriquecimiento del arsenal terapéutico) como por el hecho esencial que hace que la demencia sea ante todo un trastorno mental.

## Referencias bibliográficas

1. **Mangone C, Allegri R, Arizaga R, Ollari J.** Demencia. Enfoque multidisciplinario. 1ª ed. Buenos Aires: Editorial Sagitario; 1997.
2. **Gil Néziga E.** Demencia. Introducción. En: Alberca Serrano R (ed.). Demencias: diagnóstico y tratamiento. 1ª ed. Barcelona: Masson; 1999, pp. 3-21.
3. **Lima B.** Epidemiología psiquiátrica en la Atención Primaria de la Salud. Descubrir 1987; II(1):5-19.
4. **Weintraub D, Katz IR.** Intervenciones farmacológicas para la psicosis en la agitación en trastornos neurodegenerativos: evidencia sobre eficacia y seguridad. Psychiatr Clin N Am (Ed Esp) 2005; 28:941-983.
5. **Caetano C, Frontini M A.** Demencia de Alzheimer: intervenciones psicosociales y de soporte básico. Monografía de postgrado de Psiquiatría. Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina. Escuela de Graduados. Montevideo: UDELAR; 2002.
6. **Maheu S, Cohen C A.** Support of families. In: Gauthier S (ed). Clinical diagnosis and management of Alzheimer's disease. 2ª ed. Londres: Martin Dunitz; 1999, pp. 307-318.
7. **Zarit SH, Edwards AB.** Family caregivers: Research and clinical intervention. In: RT Woods (ed). Handbook of the clinical psychology of aging. 1ª ed. Chichester: John Wiley & Sons; 1996.
8. **Papastavrou E, Kalokerinou A, Papacostas SS, Tsangari H, Sourtzis P.** Caring for a relative with dementia: family caregiver burden. J Adv Nurs 2007; 58:446-457.
9. **Clipp EC, George LK.** Psychotropic drug use among caregivers of patients with dementia. Am J Geriatric Soc 1990; 38:227-235.
10. **Mausbach BT, von Känel R, Aschbacher K, Roepke SK, Dimsdale JE, Ziegler MG, et al.** Spousal caregivers of patients with Alzheimer's disease show

longitudinal increases in plasma level of tissue-type plasminogen activator antigen. *Psychosom Med* 2007; 69:816-822.

11. **Tremont G, Davis JD, Bishop DS.** Unique contribution of family functioning in caregivers of patients with mild to moderate dementia. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2006; 21(3):170-174.
12. **Imsero.** Las personas mayores en España. Perfiles. Reciprocidad familiar. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid; 1995.
13. **Conde Sala JL.** Integración de la familia en el proceso terapéutico de la demencia. En: Alberca R, López-Pousa S (eds.). *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias*. 1ª ed. España: Editorial Médica Panamericana; 1998, pp. 125-136.
14. **Steadman PL, Tremont G, Davis JD.** Premorbid relationship satisfaction and caregiver burden in dementia caregivers. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 2007; 20:115-119.
15. **Aneshensel CS, Peartin LI, Mullan JT, Zarit SH, Withlatch CJ.** Profiles in caregiving: The unexpected career. 1st ed. USA: San Diego Academic Press; 1995.
16. **Gibeau J, Anastas J.** Breadwinners and caregivers: interviews with working women. *Journal of Gerontological Social Work* 1989; 14:19-40.
17. **Semple SJ.** Conflict in Alzheimer's caregiving families: it's dimensions and consequences. *The Gerontologist* 1992; 32:648-655.
18. **Eustace A, Bruce I, Coen R, Cunningham C, Walsh C, Walsh JB, et al.** Behavioural disturbance triggers recognition of dementia by family informants. *Int J Geriatr Psychiatry* 2007; 22:574-579.
19. **Matsumoto N, Ikeda M, Fukuhara R, Shinagawa S, Ishikawa T, Mori T, et al.** Caregiver burden associated with behavioural and psychological symptoms of dementia in elderly people in the local community. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2007; 23:219-224.
20. **Thomas P, Pesce & Cassuto JP.** ABC de Enfermedad de Alzheimer. 1ª ed. Barcelona: Masson; 1990.
21. **Gwyther LP.** Clinician and family: a partnership of support. In: Mace NL (ed). *Dementia care: Patient, family and community*. 1st ed. Baltimore: The Johns Hopkins Press; 1990, pp. 193-230.
22. **Gallagher D, Rose J, Rivera P, Lovett S, Thompson LW.** Prevalence of depression in family caregivers. *The Gerontologist* 1989; 29:449-456.
23. **Thompson LW, Gallagher D.** Practical issues related to maintenance of mental health and positive well-being in family caregivers. In: LL Carstensen, BA Edelsstein, L Dornbrond eds. *The practical handbook of clinical Gerontology*. 1st ed. USA: Sage publications; 1996, pp. 61-82.
24. **Selwood A, Johnston K, Katona C, Lyketsos C, Livingston G.** Systematic review of the effect of psychological interventions on family caregivers of people with dementia. *J Affect Disord* 2007; 101:75-89.
25. **Livingston G, Johnston K, Katona C, Lyketsos CG.** Old Age Task Force of the World Federation of Biological Psychiatry. Revisión sistemática de los diferentes enfoques psicológicos en el tratamiento de los síntomas neuropsiquiátricos de la demencia. *Am J Psychiatry. Ed Esp* 2006; 9:67-92.
26. **Chee YK, Gitlin LN, Dennis MP, Hauck WW.** Predictors of adherence to a skill-building intervention in dementia caregivers. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2007; 62(6):673-678.
27. **Pinquart M, Sörensen S.** Helping caregivers of persons with dementia: which interventions work and how large are their effects? *Int Psychogeriatr* 2006; 18(4):577-595.
28. **Yanguas J, Leturria F, Leturria M.** Apoyo informal y cuidado de las personas mayores dependientes. 1ª. ed. Barcelona: Matia fundazioia; 2001. <http://www.matiaf.net/profesionales/articulos>, octubre 2001.

29. **Evers A, Leichsenring K.** Paying for informal care. *Ageing International* 1994; 21:29-40.
30. **Beisecker AE, Wright LJ, Chrisman SK, Ashworth J.** Family caregiver perceptions of benefits and barriers to the use of adult care for individuals with Alzheimer's disease. *Res Aging* 1996; 18:430-450.
31. **Cox C.** Findings from a state wide program of respite care: a comparison of service users, stoppers and nonusers. *Gerontologist* 1997; 37:511-517.
32. **Lévesque L.** Québec homecare services: a program at the local community level. In: Zarit SH, Pearlin LI, Schaie K W (eds). *Caregiving Systems: Formal and Informal Helpers*. 1<sup>st</sup> ed. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates; 1993, pp. 217-232.
33. **Thompson C, Spilsbury K.** Support for carers of people with Alzheimer's type dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; 18(3):CD000454.
34. **Boyce A, Corcoran M, Hauck WW, Winter L.** A randomised controlled trial of a home environmental intervention: effect on efficacy and upset in caregivers and on daily function of persons with dementia. *Gerontologist* 2001; 41:4-14.
35. **Warner M.** The complete guide to Alzheimer's proofing your home. 1<sup>st</sup> ed. Indiana: Pudue; 2000.
36. **Peña Casanova J.** Las alteraciones psicológicas y del comportamiento en la enfermedad de Alzheimer. *Fundamentos y principios generales*. 1<sup>a</sup> ed. Barcelona: Ed. Fundación "la Caixa"; 1999.
37. **Peña Casanova J.** Mantener la autonomía de los enfermos de Alzheimer. *Guía de consejos prácticos para vivir el día a día*. 1<sup>a</sup> ed. Barcelona: Ed. Fundación "la Caixa"; 1999.
38. **Bharani N, Snowden M.** Intervenciones basadas en la evidencia para ancianos residentes en centros de larga estadía con síntomas conductuales relacionados con la demencia. *Psychiatr Clin N Am. Ed Esp* 2006; 28:985-1005.
39. **Peña Casanova J.** Intervención cognitiva en la enfermedad de Alzheimer. *Fundamentos y principios generales*. 1<sup>a</sup> ed. Barcelona: Ed. Fundación "la Caixa"; 1999.
40. **Maj M, Sartorius N.** *Dementia*. 1<sup>st</sup> ed. Chichester: British Library; 2000.
41. **Onder G, Zanetti O, Giacobini E, Frisoni GB, Bartorelli L, Carbone G, et al.** Reality orientation therapy combined with cholinesterase inhibitors in Alzheimer's disease: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2005; 187:450-455.
42. **Woods B, Spector A, Jones C, Orrell M, Davies S.** Reminiscence therapy for dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; 18(2):CD001120.
43. **Orrell M, Spector A, Thorgrimsen L, Woods B.** A pilot study examining the effectiveness of maintenance Cognitive Stimulation Therapy (MCST) for people with dementia. *Int J Geriatr Psychiatry* 2005; 20(5):446-451.
44. **Oresnik M.** The influence of cognitive rehabilitation on cognitive competence in patients with Alzheimer's disease. *Psychiatr Danub* 2008; 20:174-178.
45. **Bier N, Van Der Linden M, Gagnon L, Desroisiers J, Adam S, Louveaux S, et al.** Face-name association learning in early Alzheimer's disease: a comparison of learning methods and their underlying mechanisms. *Neuropsychol Rehabil* 2008; 18:343-371.
46. **Kraus CA, Seignourel P, Balasubramanyam V, Snow AL, Wilson NL, Kunik ME, et al.** Cognitive-behavioral treatment for anxiety in patients with dementia: two case studies. *J Psychiatr Pract* 2008; 14:186-192.
47. **Deponte A, Missan R.** Effectiveness of validation therapy (VT) in group: preliminary results. *Arch Gerontol Geriatr* 2007; 44(2):113-117.
48. **Miller PA, Bunit D.** The role of occupational therapy in dementia-COPE (Care-

- giver options for practical experiences). *J Geriatr Psychiatry* 2000; 15:86-89.
49. **Sobel BP** Bingo vs. physical intervention in stimulating short-term cognition in Alzheimer's diseases patients. *Am J Alzheimer Dis Other Demen* 2001; 16(2):115-120.
  50. **Banan N, Montgomery-Smith C**. "Singing for the brain": reflections on the human capacity for music arising from a pilot study of group singing with Alzheimer's patients. *JR Soc Health* 2008; 128:73-78.
  51. **Van Weert JC, Janssen BM, van Dulmen AM, Spreeuwenberg PM, Bensing JM, Ribbe MW**. Nursing assistants' behaviour during morning care: effects of the implementation of snoezelen integrated in 24-hour dementia care. *J Adv Nurs* 2006; 53(6):656-668.
  52. **Hofmann M, Hock C, Kuhler A, Mulles-Spahn E**. Interactive computer-based cognitive training in patients with Alzheimer's diseases. *Psychiatr Res* 1996; 30(6):493-501.
  53. **Spector A, Woods B, Orrell M**. Cognitive stimulation for the treatment of Alzheimer's disease: Expert Rev Neurother 2008; 8:751-757.
  54. **Saddichha S, Pandey V**. Alzheimer's and non-alzheimer's dementia: a critical review of pharmacological and nonpharmacological strategies. *Am J Alzheimer's Dis Other Deme* 2008; 23:150-161.
  55. **Lavretsky H**. Neuropsychiatric symptoms in Alzheimer disease and related disorders: Why do treatments work in clinical practice but not in the randomized trials? *Am J Geriatr Psychiatry* 2008; 16:523-527.
  56. **Ventura RL y cols.** 400 respuestas a 400 preguntas sobre la Demencia. 1ª ed. Montevideo: BiblioMédica ed; 2005.
  57. **Casarotti H**. El rol del psiquiatra en demencias. *Rev Psiquiatr Urug* 2005; 69(2):176-185.
  58. **DSM IV**. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Asociación Psiquiátrica Americana. Versión española. 1ª ed. Barcelona: Masson; 1995.
  59. **Ey H, Bernard P, Brisset Ch**. Tratado de Psiquiatría. 8ª ed. Barcelona: Editorial Toray-Masson; 1980.
  60. **Ey H**. Principes d'une conception organodynamiste de la psychiatrie. In: *Études psychiatriques, I, 2me. éd., Étude 7*. Paris: Desclée de Brouwer & Cie; 1952, pp. 157-186.
  61. **Ey H**. Efficacité de la psychothérapie. *Evolution Psychiatrique* 1949; XIV(3):289-302.
  62. **Snyder L**. Personhood and interpersonal communication in dementia. In: Hughes JC, Louw SJ, Sabat SR (eds). *Dementia. Mind, meaning, and the person*. New York: Oxford University Press; 2006, pp. 259-276.
  63. **Hughes JC, Louw SJ, Sabat SR**. Seeing whole. In: Hughes JC, Louw SJ, Sabat SR (eds). *Dementia. Mind, meaning, and the person*. 1st ed. New York: Oxford University Press; 2006, pp. 1-36.
  64. **Mc Hugh PR, Slavney PR**. The perspectives of psychiatry. 2nd ed. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1998.
  65. **Ey H**. La "locura" y los valores humanos. En: *Estudios psiquiátricos I, Vol I, 1ª ed. en español. Estudio I*. Buenos Aires: Editorial Polemos; 2008, pp. 13-19.
  66. **Paris J**. Prescriptions for the mind. A critical view of contemporary psychiatry. 1st ed. New York: Oxford University Press; 2008.