

“¿Es la terapia cognitivo conductual más eficaz que el resto de intervenciones no farmacológicas para reducir las alteraciones emocionales y conductuales en adultos con demencia leve a moderada?”

Trabajo Final del Máster Universitario en Psicología General Sanitaria



**Universidad
de La Laguna**

Enrique Brito-Serrador García

Facultad de psicología, Universidad de La Laguna, curso académico 2022-2023

Lilisbeth Perestelo Pérez y Juan Manuel Bethencourt Pérez

4 de marzo de 2023

Resumen

Antecedentes. La evidencia disponible sugiere que las personas con demencia podrían beneficiarse de tratamientos psicológicos para la ansiedad y la depresión, pero su efecto todavía no es concluyente. El objetivo de esta revisión sistemática es conocer cuál es el tratamiento más efectivo a la hora de reducir dicha sintomatología en pacientes con demencia.

Método. Se realizó una búsqueda de los artículos publicados hasta 2022 en Pubmed, Cochrane, EMBASE y Scopus. Se seleccionaron revisiones sistemáticas, metanálisis y ensayos controlados aleatorizados que aplicasen terapias psicológicas basadas en la evidencia u otras intervenciones no farmacológicas para la mejora cognitiva.

Resultados. Se incluyeron 7 revisiones sistemáticas y 2 ensayos controlados aleatorizados. Su calidad fue valorada mediante las escalas AMSTAR-2 y ROB-2, respectivamente. Los resultados fueron heterogéneos en cuanto a la duración y el tipo de las intervenciones, y las medidas de resultado. La sintomatología depresiva se redujo significativamente en los estudios de estimulación cognitiva y terapia de reminiscencia.

Conclusiones. La estimulación cognitiva y la terapia de reminiscencia son las intervenciones más eficaces a la hora de reducir la sintomatología depresiva en pacientes con demencia, mientras que la terapia cognitivo-conductual parece reducir los síntomas de ansiedad.

Palabras clave: demencia, terapia cognitivo-conductual, depresión, ansiedad.

Abstract

Background. The available evidence suggests that people with dementia may benefit from psychological treatments for anxiety and depression, but its effect is not yet conclusive. The objective of this systematic review is to find out which is the most effective psychological treatment when it comes to reducing said symptoms in patients with mild to moderate dementia.

Method. A search of articles published up to 2022 was carried out in Pubmed, Cochrane, EMBASE and Scopus. Systematic reviews, meta-analyses, and randomized controlled trials applying evidence-based psychological therapies or other non-pharmacological interventions for cognitive enhancement were selected.

Results. Seven systematic reviews and two randomized controlled trials were included. Its quality was assessed using the AMSTAR-2 and ROB-2 scales, respectively. Results were heterogeneous in terms of duration and type of interventions, and outcome measures. Depressive symptomatology was significantly reduced in the cognitive stimulation and reminiscence therapy studies.

Conclusions. Cognitive stimulation and reminiscence therapy are the most effective interventions in reducing depressive symptoms in patients with dementia, while cognitive-behavioral therapy appears to reduce anxiety symptoms.

Keywords: dementia, cognitive-behavioral therapy, depression, anxiety.

Introducción

La demencia es un síndrome neuropsiquiátrico cuya característica principal es la aparición progresiva de deterioro cognitivo, asociado también a una disminución progresiva de la autonomía y la funcionalidad diaria y, a menudo, a problemas del comportamiento (Abraha et al., 2017). Dicho deterioro en el funcionamiento y la cognición es más acusado de lo que cabría esperar por el propio envejecimiento de la persona, siendo su etiología desconocida (World Health Organization [WHO], 2017).

Se trata de un cuadro cuya aparición aumenta notablemente con la edad (American Psychiatric Association [APA], 2014), situándose su prevalencia estandarizada entre adultos mayores de 60 años en el oeste de Europa en 7.29% (Prince et al., 2013), y su tasa de incidencia en cuatro por cada 1.000 personas al año en adultos entre 65 y 69; aumentando hasta 65 por cada 1.000 personas al año entre los 85 y los 89 años (Wolters et al., 2020). No se observan diferencias significativas en función del sexo, aunque, conforme aumenta la edad, parece haber un ligero aumento de la incidencia en mujeres respecto a hombres (Wolters et al., 2020). Dichas cifras pueden variar si se realiza un análisis en función del subtipo de demencia presente en cada caso, pero, dado el incremento de la esperanza de vida en la población mundial, la importancia de encontrar tratamientos eficaces para la demencia es indiscutible.

Su inicio y curso es muy heterogéneo, pudiendo observarse al inicio tanto déficits cognitivos en uno o varios dominios (p. ej.: en la enfermedad de Alzheimer el síntoma más prevalente y temprano es un déficit en la memoria episódica; Romano et al., 2007), como alteraciones del comportamiento y el estado de ánimo (p. ej.: en la demencia frontotemporal uno de los síntomas más característicos es la alteración del carácter y la conducta social de la persona; Snowden et al., 2002). Sea como fuere el debut, conforme avance la enfermedad, lo habitual es que la persona acabe mostrando dificultades a nivel cognitivo y comportamental,

repercutiendo dichas dificultades en la calidad de vida de los pacientes y en su funcionalidad. Así, Villarejo et al. (2021) señalan que una de las principales causas de discapacidad en España es la demencia.

A nivel social, el detrimento en la funcionalidad y la independencia, conllevan una reducción de los encuentros sociales, ya que disminuye progresivamente la capacidad de orientarse, planificar su comportamiento y mantener la concentración durante dichas situaciones; además de la interferencia que generan las alteraciones de la conducta en el establecimiento de vínculos afectivos conforme avanza la enfermedad (Arranz et al., 2009).

En este sentido, tomando como referencia a la enfermedad de Alzheimer (EA), considerada la causa más frecuente de demencia (Matías-Guiu y Gelonch, 2021), la EA acaba conllevando el aislamiento social del paciente, situación que contribuye al empeoramiento de la sintomatología cognitiva y neuropsiquiátrica de la enfermedad (Arranz et al., 2009). Dicha afectación cognitiva y comportamental acaba conllevando también incapacidad laboral (p. ej.: por las dificultades para hacer cálculos, recordar información relevante...), y una sobrecarga en las familias; estimándose que “el paciente con enfermedad de Alzheimer precisa de unas 70 horas de cuidados a la semana” y que, en el 80% de los casos, los responsables de ese cuidado son los familiares (Villarejo et al., 2021). Así, las consecuencias del diagnóstico de una demencia no conllevan tan solo el impacto psicológico de adaptarse a la nueva situación, sino también una inversión económica y de tiempo por parte de los familiares. De hecho, un factor que contribuye a la sobrecarga del cuidador (y a la aparición de síntomas físicos y psicológicos) y al aumento de los costes económicos es la aparición de problemas de conducta en la persona con demencia (Galende et al., 2021).

En cuanto a los tratamientos no farmacológicos, incluyen un amplio conjunto de actividades orientadas a mejorar la funcionalidad, el rendimiento cognitivo y la calidad de vida de los pacientes y su entorno. Son muchas las terapias no farmacológicas que se consideran

útiles para el tratamiento de la demencia por EA, tanto de manera aislada como en combinación con la terapia farmacológica (Cammisuli et al., 2016; Horr et al., 2015; Wang et al., 2020), pudiendo aplicarse para la mejora del rendimiento cognitivo y la independencia, y para la reducción de la discapacidad, los síntomas neuropsiquiátricos y los trastornos del comportamiento.

En este sentido, aunque son varias las intervenciones que han demostrado su utilidad para la mejora de las dificultades cognitivas en pacientes con demencia (Matías-Guiu y Gelonch, 2021; Teixeira et al., 2012; Yorozya et al., 2019), su impacto sobre las alteraciones comportamentales y del estado de ánimo no siempre es concluyente; entre otros motivos por la baja calidad y la heterogeneidad de los estudios, según Orgeta, Qazi et al. (2015) y Baker et al. (2022). De hecho, estos autores afirman que la evidencia disponible sugiere que las personas con demencia podrían beneficiarse de tratamientos psicológicos para la ansiedad y la depresión.

Por otro lado, autores como Teri et al. (1997) y Churcher et al. (2017), afirman que las dificultades a la hora de orientarse en el entorno y dirigir adecuadamente los recursos atencionales pueden suponer una limitación en cuanto al beneficio que dichos pacientes obtienen de las intervenciones. De hecho, Lózano (2000) afirma que “aunque las personas con una demencia severa pueden no entender ni recordar terapias cognitivas, responden perfectamente a los paradigmas de condicionamiento clásico y operante”.

Dado el contexto planteado, la presente revisión sistemática pretendía identificar y analizar la evidencia científica disponible sobre la eficacia de las terapias psicológicas en la reducción de las alteraciones emocionales y conductuales de los pacientes con demencia moderada y severa. A tal fin, se realizó una búsqueda de las revisiones sistemáticas realizadas hasta septiembre de 2022, encontrando el estudio de Na et al. (2019), que valoraba los efectos de las intervenciones no farmacológicas en demencia moderada y severa. Dentro de sus

criterios de inclusión, se encontraban aquellos estudios que aplicasen cualquier tipo de intervención no farmacológica (entre ellas, la terapia cognitiva y la terapia conductual), pero no encontraron ningún estudio que aplicase dichas terapias psicológicas a este tipo de población. Tras esto, se realizó una búsqueda de los ECAs publicados desde 2017 (fecha en la que finalizó la búsqueda en el estudio de Na et al., 2019) hasta octubre de 2022, que aportasen información al respecto. Sin embargo, no se encontró ningún ECA que aplicase terapia cognitiva, terapia conductual o alguna terapia psicológica basada en la evidencia (Levant, 2005) a este tipo de población (en el apartado “Discusión” se profundizará en las limitaciones encontradas en dicha búsqueda).

Por lo tanto, dada la ausencia de evidencia al respecto, se decidió adaptar la misma pregunta de investigación a pacientes con demencia leve a moderada, ya que la cantidad de estudios disponibles con esta población es sustancialmente mayor que con demencia moderada y severa y, siguiendo las aportaciones de Teri et al. (1997), Churcher et al. (2017) y Lózano (2000), estos pacientes podrían beneficiarse en mayor medida de este tipo de terapia debido a su leve deterioro cognitivo (siendo posible la existencia de una mayor cantidad de estudios que aporten evidencia al respecto).

Objetivos

El objetivo principal de esta revisión sistemática es conocer cuál es el tratamiento más efectivo a la hora de reducir las alteraciones emocionales y comportamentales de los pacientes con demencia leve (medidas a través de los síntomas depresivos y la ansiedad). Los objetivos específicos planteados son:

- I. Conocer si la terapia cognitivo conductual es más eficaz que el resto de intervenciones no farmacológicas para reducir las alteraciones emocionales y conductuales en adultos con demencia leve a moderada.

II. En caso contrario, identificar qué intervención es más eficaz a la hora de reducir la sintomatología ansiosa y depresiva.

III. Describir las limitaciones y aportaciones principales de la evidencia disponible, de cara a plantear futuras líneas de investigación que mejoren la sintomatología ansioso-depresiva en pacientes con demencia leve, moderada y severa.

Método

La revisión sistemática propuesta se llevó a cabo de acuerdo con las recomendaciones de elaboración proporcionadas por la Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses (PRISMA; Page et al., 2020).

Criterios de Selección

Los estudios fueron seleccionados siguiendo los criterios de selección que corresponden a las siguientes preguntas de investigación:

- ¿Es la terapia cognitivo conductual más eficaz que el resto de intervenciones no farmacológicas para reducir las alteraciones emocionales y conductuales en adultos con demencia leve a moderada?
- En caso contrario, ¿cuál es la terapia más eficaz para reducir las alteraciones emocionales y conductuales en adultos con demencia leve a moderada?

Los criterios de selección se describen a continuación:

Diseño de estudio: En esta revisión, se incluyeron aquellos estudios con diseños que aporten mayores niveles de evidencia. Así, siguiendo las recomendaciones establecidas por Salaberría et al. (2010) sobre los niveles de evidencia según el tipo de estudio, se incluyeron meta-análisis y revisiones sistemáticas (MA y RS, respectivamente), ensayos controlados aleatorizados (ECAs) con muestras grandes, y ECAs con muestras pequeñas; garantizando la obtención de resultados de máxima evidencia. Asimismo, dentro de las características del

estudio, se incluyeron aquellos que tengan: a) grupo control con tratamiento psicológico, b) grupo control con tratamiento farmacológico, c) grupo control con tratamiento combinado (psicológico y farmacológico), y d) grupo control que no recibe intervención.

Aquellos estudios cuasi-experimentales, series de casos, estudios piloto, estudios cualitativos y revisiones narrativas quedaron excluidos de la presente revisión.

Participantes: Se eligieron aquellos estudios que, entre sus participantes, contenían adultos con demencia leve o moderada, objetivadas mediante una puntuación 1-2 en la escala Clinical Dementia Rating de Hughes, una puntuación 3-4 en la escala Global Deterioration Scale de Reisberg, y/o una puntuación 10-24 en el Mini-Mental State Examination (según DSM-5; APA, 2014).

Al inicio de la revisión solo estaba previsto incluir aquellos estudios en los que los participantes, además de tener demencia, presentarían síntomas emocionales y/o conductuales, excluyendo aquellos estudios cuyos participantes no presentaran dicha sintomatología. Sin embargo, dada la limitada muestra disponible de estudios que cumplieren dichas características, finalmente se han incluido todos aquellos estudios cuya población de interés fuesen adultos con demencia leve a moderada (objetivada mediante los criterios anteriormente especificados).

Intervención: En esta revisión se incluyen aquellos estudios que apliquen terapia cognitivo-conductual, terapia conductual y otras terapias psicológicas basadas en la evidencia (Levant, 2005) para los síntomas depresivos o la ansiedad (p. ej.: activación conductual, terapia cognitiva, psicoterapia interpersonal, terapia cognitiva basada en la atención plena, terapia de resolución de problemas o terapia de autocontrol). Asimismo, siguiendo la clasificación propuesta por Barandian (2002), y con el fin de responder a la segunda pregunta de investigación, se incluyen aquellas intervenciones no farmacológicas dirigidas a la mejora o mantenimiento de la función cognitiva en pacientes con demencia (estimulación cognitiva,

terapia de orientación a la realidad, terapia de reminiscencia, terapia de validación y programas multicomponente que incluyan algunas de las terapias anteriores).

Quedan excluidas de esta revisión aquellas intervenciones no farmacológicas dirigidas a la mejora o mantenimiento de la función cognitiva en pacientes con demencia (Barandian, 2002), que no sean aplicadas por psicoterapeutas (abordajes desde la enfermería o terapia ocupacional), que no se apliquen directamente al paciente con demencia (programas para familiares), o que persigan la mejora o mantenimiento cognitivo de manera indirecta mediante la estimulación física o sensorial (musicoterapia, arte terapia, actividad física, terapia con animales). Se excluyen también aquellos estudios cuya intervención principal sea farmacológica.

Comparador: para la primera pregunta de investigación, el comparador son otras terapias psicológicas basadas en la evidencia (Levant, 2005) para los síntomas depresivos o la ansiedad, y aquellas intervenciones no farmacológicas dirigidas a la mejora o mantenimiento de la función cognitiva en pacientes con demencia. Para la segunda pregunta de investigación, se comparan las intervenciones resultantes entre sí.

Tipos de resultado: Se incluyeron aquellos estudios que medían las alteraciones conductuales y emocionales a través de los síntomas depresivos y/o la ansiedad (ya fuese como variable principal o secundaria). Además, dicha sintomatología debía ser objetivada mediante cuestionarios estandarizados aplicados al paciente o al cuidador principal (NPI, BDI, RAID, o similares).

Se excluyeron de la revisión aquellos ECAs o RS que no presentaban medidas objetivas de ansiedad o depresión, o cuyos resultados se centraban en alguna otra variable diferente a las mencionadas (p. ej.: insomnio, agresividad, impulsividad...).

Estrategia de Búsqueda y Fuentes de Información

Se identificaron algunas palabras clave mediante una búsqueda previa en la literatura disponible. Los siguientes términos, recogidos en los tesauros DeCS y MeSH, se usaron combinados para diseñar una estrategia de búsqueda: “dementia”, “cognitive behavioral therapy”, “behavioral therapy”, “anxiety”, “depression”. Así, la búsqueda se realizó utilizando la siguiente combinación de palabras claves y conectores booleanos: ((Dementia) AND ((Cognitive Behavioral Therapy) OR (Behavior* Therapy)) AND ((Anxiety) OR (Depression))). En PubMed se utilizaron los filtros predeterminados para RS y MA. Para el resto de bases de datos se introdujeron aquellos términos de búsqueda que limitasen los diseños de los estudios RS y MA.

La búsqueda se realizó en cuatro bases de datos diferentes: Pubmed, Cochrane, EMBASE y Scopus. Además, se realizó una búsqueda continuada hasta la fecha de la realización del estudio para obtener una mayor actualización de la literatura disponible.

Se seleccionaron aquellas RS y MA publicados hasta diciembre de 2022. Posteriormente, se realizó una búsqueda de los ECAs disponibles desde la fecha de búsqueda de la última RS más reciente (2020; Burley et al., 2022) hasta el 27 de diciembre de 2022. Para ello, se utilizaron las mismas palabras claves pero se ajustaron los filtros de búsqueda para los ECAs. En ambas búsquedas se estableció un filtro para artículos publicados en inglés o español.

Valoración de la Calidad de los Estudios

La calidad metodológica y el riesgo de sesgo de los estudios incluidos fueron valorados por el autor (EB) de forma independiente, siendo los resultados revisados por una segunda co-autora (LPP) a posteriori. Los instrumentos utilizados fueron la escala AMSTAR-2 (Shea et al., 2017) para las RS y la escala RoB-2 de la Cochrane (Sterne et al., 2019) para los ECAs.

Extracción de Datos y Síntesis de la Evidencia

Una vez identificados los estudios a incluir en la revisión, se realizó la extracción de los datos en las tablas mostradas en los apéndices A y B. En primera instancia se analizaron las RS incluidas, comparando los estudios que habían incluido para su revisión. Así, las revisiones de O'Connor et al. (2009) y Woods et al. (2018) fueron excluidas por estar los estudios que revisaban en el resto de revisiones incluidas en esta RS. Así, en el caso de O'Connor et al. (2009), los 3 estudios que cumplen los criterios de inclusión se encuentran en las siguientes RS: Teri et al. (1997) y Toseland et al. (1997) se encuentran en Verkaik et al. (2005), y Goldwasser et al. (1987), en Park et al. (2019). En el caso de Woods et al. (2018), 8 de los 10 estudios que incluye en su meta-análisis sobre los efectos de la terapia de reminiscencia sobre la sintomatología depresiva, se encuentran en la revisión de Park et al. (2019). Así, teniendo en cuenta que el 80% de los estudios (Azcurra, 2012; Akanuma et al., 2011; Baines et al., 1987; Goldwasser et al., 1987; Haight et al., 2006; Hsieh et al., 2010; Morgan & Woods, 2012; O'Shea et al., 2014; Subramaniam et al., 2014; Tadaka and Kanagawa; 2004; Van Bogaert et al., 2013; Woods et al., 2012) de Woods et al. (2018) que evalúan depresión ya se encuentran en la RS de Park et al. (2019), que esta última añade 7 ECAs más que evalúan dicho resultado (Chang & Je, 2008; Chang & Lee, 2006; Duru Aşiret and Kapucu, 2016; Hilgeman et al., 2014; Nakamae et al., 2014; Nakatsuka et al., 2015; Wang, 2007), y que se trata de una publicación más reciente, se ha desechado la revisión más antigua por presentar información redundante (evitando así posibles conclusiones erróneas al integrar los resultados).

De esta forma, de las 9 RS que cumplían los criterios de selección, 7 fueron incluidas para su análisis. Posteriormente, se revisaron los estudios primarios obtenidos, identificando aquellos que habían sido incluidos en las RS incluidas y los que no (por no ser identificados en ellas o por haber sido publicados posteriormente). En este caso, se descartó el ECA de Alvares-Pereira et al. (2020), que cumplía criterios de selección pero ya se encontraba incluido en Saragih et al. (2022).

De todos aquellos estudios que pasaron el primer cribado, se pasó a la lectura completa de cada uno de ellos y mediante su lectura crítica se extrajo la información mostrada en los apéndices A y B.

Dada la gran heterogeneidad en las RS seleccionadas, se realizó una síntesis narrativa de los resultados. Su interpretación se realizó bajo las recomendaciones de Perestelo-Pérez (2013), por lo que se prestó atención al adecuado control de los sesgos, la justificación y especificidad de los resultados, su aporte al incremento de la literatura científica y su aplicabilidad en la clínica.

Resultados

Resultado de la Búsqueda Bibliográfica

En la búsqueda electrónica se identificaron un total de 800 referencias, de las que quedaron 644 tras eliminar aquellos duplicados para revisar por título y resumen (Figura 1 y Figura 2). Del total de referencias obtenidas, se seleccionaron 40 (25 RS + 15 ECAs) para su lectura a texto completo. Tras este proceso, finalmente se incluyeron 7 RS (Burley et al., 2022; Cafferata et al., 2021; Chiu et al., 2018; Park et al., 2019; Saragih et al., 2022; Tay et al., 2019; Verkaik et al., 2005) y 2 ECAs adicionales publicados desde la fecha de la última búsqueda de la RS más reciente (Carbone et al., 2021; Marinho et al., 2021).

Figura 1

Proceso de selección de revisiones sistemáticas

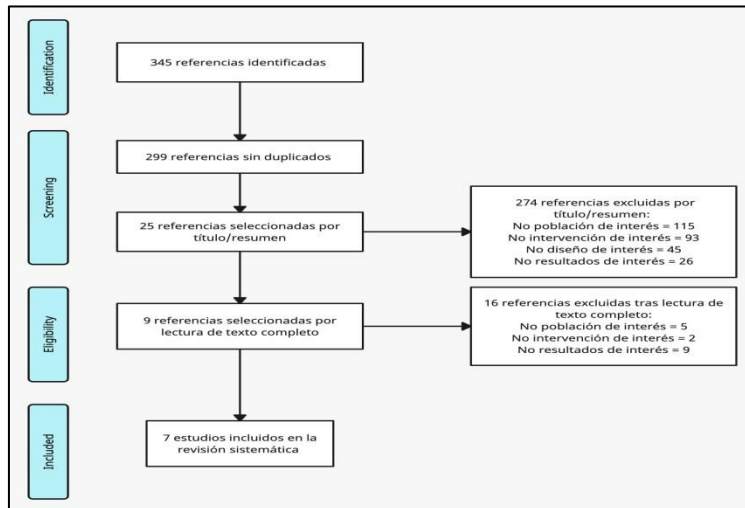
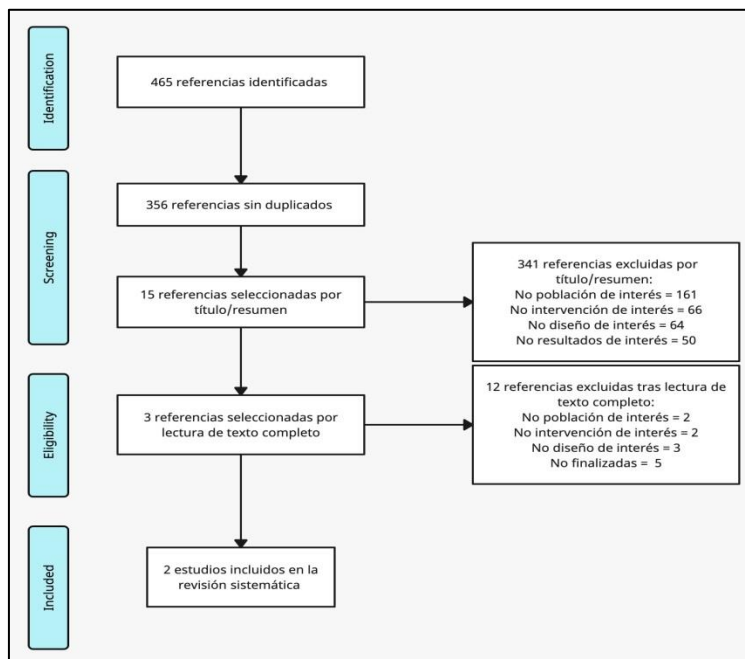


Figura 2

Proceso de selección de ensayos controlados aleatorizados



Características de los Estudios Seleccionados

La extracción de datos se realizó atendiendo a los objetivos explicitados. La información queda registrada y ordenada para cada estudio en función de sus características.

Así, para las RS se extrajo la siguiente información: estudio (autores y fecha), bases de datos revisadas, periodo de búsqueda, criterios de selección, estudios incluidos y resultados principales. En el caso de los ECAs, la información extraída responde a los siguientes enunciados: autor (año), país, población del estudio, características de la muestra, características de la intervención, comparador seleccionado, duración total del estudio (y de las fases de evaluación, intervención y seguimiento) y medidas de resultado de interés (junto a los instrumentos empleados para su evaluación). Para más información ver apéndices A y B.

Dada la heterogeneidad de las intervenciones aplicadas, se incluye en el apéndice C una tabla con información sobre las mismas.

Resultados del Riesgo de Sesgo

Las Figuras 3 y 4 muestran un resumen gráfico de la evaluación del riesgo de sesgo de las revisiones sistemáticas seleccionadas. El análisis del riesgo de sesgo de los ECAs incluidos se expone en las Figuras 5 y 6.

Figura 3

Resultados del riesgo de sesgo de las 7 RS incluidas

Study	Risk of bias																
	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10	D11	D12	D13	D14	D15	D16	Overall
Burley et al. 2022	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Goffers et al. (2021)	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Chiu et al. 2018	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Park et al. 2019	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Sarajin et al. (2022)	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Tay et al. 2019	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Verkaik et al. (2006)	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+

D1: Did the research questions and inclusion criteria for the review include the components of PICO?
 D2: Did the report of the review contain an explicit statement that the review methods were established prior to the conduct of the review and did the report justify any significant deviations from the protocol?
 D3: Did the review authors explain their selection of the study designs for inclusion in the review?
 D4: Did the review authors use a comprehensive literature search strategy?
 D5: Did the review authors perform study selection in duplicate?
 D6: Did the review authors perform data extraction in duplicate?
 D7: Did the review authors provide a list of excluded studies and justify the exclusions?
 D8: Did the review authors describe the included studies in adequate detail?
 D9: Did the review authors use a satisfactory technique for assessing the risk of bias (RoB) in individual studies that were included in the review?
 D10: Did the review authors report on the sources of funding for the studies included in the review?
 D11: If meta-analysis was performed, did the review authors use appropriate methods for statistical combination of results?
 D12: If meta-analysis was performed, did the review authors assess the potential impact of RoB in individual studies on the results of the meta-analysis or other evidence synthesis?
 D13: Did the review authors account for RoB in individual studies when interpreting/discussing the results of the review?
 D14: Did the review authors provide a satisfactory explanation for, and discussion of, any heterogeneity observed in the results of the review?
 D15: If they performed quantitative synthesis did the review authors carry out an adequate investigation of publication bias (small study bias) and discuss its likely impact on the results of the review?
 D16: Did the review authors report any potential sources of conflict of interest, including any funding they received for conducting the review?

Judgement
 Critical
 No
 Partial Yes
 Yes
 No meta-analysis was conducted

Figura 4

Resultado del análisis del riesgo de sesgo por ítem del AMSTAR-2

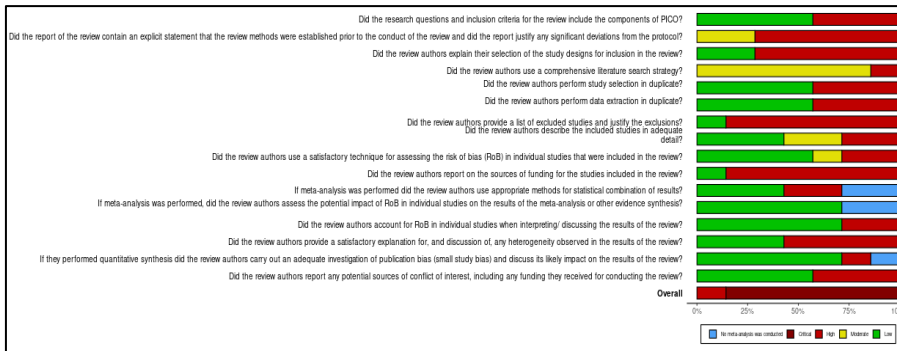


Figura 5

Resultado del análisis del riesgo de sesgo de los 2 ECAs incluidos

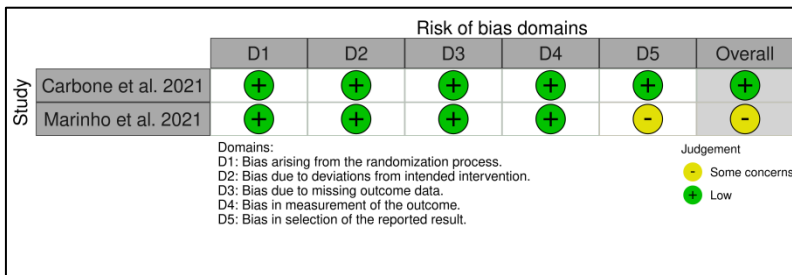
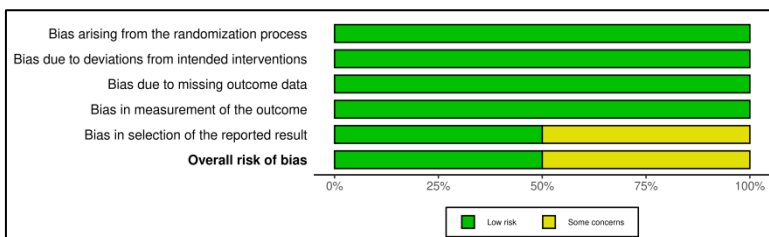


Figura 6

Resultados del análisis del riesgo de sesgo por ítem del RoB-2



Así, para valorar el riesgo de sesgo de las RS se ha utilizado la escala AMSTAR-2 y la escala RoB-2 de la Cochrane para los ECAs.

En el caso del AMSTAR-2, la calificación de confianza críticamente baja se obtiene cuando un estudio presenta más de una debilidad crítica, aunque presente o no debilidades no críticas (Shea et al., 2017). Así, de los 16 dominios evaluados, se consideran críticas las respuestas a los dominios 2, 4, 7, 9, 11, 13 y 15 (Shea et al., 2017).

En las RS evaluadas, 3 de las 7 RS (Cafferata et al., 2021; Tay et al., 2019; Verkaik et al., 2005) no incluían de manera explícita la pregunta de investigación (Dominio 1), y no informaron sobre la presencia o ausencia de conflictos de interés (Criterio 16). Por otro lado, 5 de las 7 RS (Burley et al., 2022; Chiu et al., 2018; Park et al., 2019; Tay et al., 2019; Verkaik et al., 2005) no habían realizado un protocolo previo a la realización de las mismas (Dominio 2), y tan solo 2 (Cafferata et al., 2021; Chiu et al., 2018) explicaban su elección del tipo de estudio a incluir (Criterio 3). Por otro lado, a excepción de Park et al. (2019), el resto habían realizado parcialmente una estrategia de búsqueda comprensiva de la literatura disponible (Criterio 4).

Cuatro de las revisiones incluidas (4 de 7) (Cafferata et al., 2021; Chiu et al., 2018; Park et al., 2019; Saragih et al., 2022) habían realizado la selección y extracción de datos de manera duplicada (Dominios 5 y 6), y tan solo Burley et al. (2022) presentaban una lista con los estudios excluidos y su justificación (Dominio 7). Tan solo 2 de las revisiones incluidas (Cafferata et al., 2021; Tay et al., 2019) no describían detalladamente los estudios seleccionados (Dominio 8).

Dos de las RS no evaluaron el riesgo de sesgo de manera adecuada (Tay et al., 2019; Verkaik et al., 2005), y otras 2 RS (Tay et al., 2019; Burley et al., 2022), no tuvieron en cuenta el riesgo de sesgo a la hora de interpretar los resultados; el resto utilizaron instrumentos validados y apropiados para el análisis de la confianza de los resultados y/o tuvieron en cuenta el riesgo de sesgo a la hora de extraer las conclusiones presentadas (criterios 9 y 13). Tan solo

el estudio de Burley et al. (2022) informó de las fuente de financiación de los estudios incluidos (Criterio 10).

Cinco de las 7 RS (Burley et al., 2022; Cafferata et al., 2021; Chiu et al., 2018; Park et al., 2019; Saragih et al., 2022) llevaron a cabo MA, pero tan solo Burley et al. (2022), Cafferata et al. (2021) y Chiu et al. (2018), fueron las 3 únicas RS que utilizaron métodos apropiados para el análisis estadístico de los resultados en su MA (Dominio 11). Las 5 RS que realizaron MA evaluaron el impacto potencial del riesgo de sesgo de los estudios individuales sobre los resultados y proporcionaron información sobre el posible sesgo de publicación (Criterio 12 y 15).

De las 7 RS, tan solo 3 analizaron y ofrecieron una explicación satisfactoria a cualquier fuente de heterogeneidad observada (Burley et al., 2022; Cafferata et al., 2021; Chiu et al., 2018; Dominio 14). Por lo tanto, el incumplimiento de estos dos ítems es la principal causa de la baja confianza de las RS (4 estudios incumplen los dos ítems, dos el ítem 7 y uno el ítem 2), encontrándose un riesgo de sesgo críticamente alto en la mayoría de las revisiones (6 de 7). Tan solo la revisión de Cafferata et al. (2021) presenta un riesgo de sesgo alto, siendo la revisión con el menor riesgo de sesgo en la presente revisión. Un análisis más detallado de los dominios en cada estudio se presenta en las Figuras 3 y 4.

En el caso del RoB-2, el estudio de Carbone et al. (2021) presenta un bajo riesgo de sesgo, y el estudio de Marinho et al. (2021) presenta cierta preocupación en cuanto a la confianza de su ECA. Así, para obtener un riesgo de sesgo bajo, hay que tener un riesgo de sesgo bajo en todos los dominios y, presentar algunas preocupaciones, implica obtener la calificación de “some concerns” en al menos un dominio, pero no presentar un elevado riesgo de sesgo en ninguno de los dominios evaluados (Higgins et al., 2019). En el caso del estudio de Marinho et al. (2021), dicha calificación se obtuvo en el dominio 5, ya que no se encontró

información referente en el estudio a si los resultados obtenidos partían de un análisis establecido de manera previa a la obtención de los mismos (Figuras 5 y 6).

Principales Resultados de los Estudios Incluidos

Resultados de las Intervenciones Sobre la Depresión

Estimulación Cognitiva. En la RS de Burley et al. (2022), se incluyen 7 ECAs en el MA (n=256) que valoran los efectos de la estimulación cognitiva sobre la sintomatología depresiva. 5 de ellos mediante la escala GDS (De Luca et al., 2016; Kim et al., 2016; Kurz et al., 2012; Silva et al., 2017; Stanley et al., 2013), 1 mediante el BDI (Giovagnoli et al., 2017) y otro mediante la escala HADS (Hindle et al., 2018). Los resultados indican un tamaño del efecto significativo en la reducción de la sintomatología depresiva en comparación al grupo control (ES = - 0.66, 95% CI [- 1.08, - 0.24], I² = 56.2%). En la RS de Saragih et al. (2022), se incluyeron otros 7 estudios en el MA (n=740), encontrándose también diferencias significativas en la sintomatología depresiva en el grupo de intervención (ES = - 0.18, 95% CI [- 0.33, - 0.04]). Las escalas utilizadas fueron el Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD) (Alvares-Pereira et al., 2020; Capotosto et al., 2017); el GDS (Apostolo et al., 2013; Coen et al., 2011; Gómez-Soria et al., 2020; Orgeta, Leung et al., 2015), el HADS (Leroi et al., 2019) y la escala para depresión del centro de estudios epidemiológicos (CES-D) (Juárez-Cedillo et al., 2020).

Por otro lado, el estudio de Cafferata et al. (2021), incluyó un total de 44 estudios en su MA (n=2444), concluyendo también la existencia de un tamaño del efecto medio y significativo de este tipo de terapia sobre la sintomatología depresiva (g = 0.46, 95% CI [0.15, 0.78], t = 3.07, p = .007), sin embargo, la heterogeneidad del tamaño del efecto entre estudios era significativa (Q(18) = 68.88, p < .001, τ^2 = 0.28 (SE = 0.14), τ^2 BFH1 = 118,219.64, I² = 74.73, 95% CI [53.71, 89.65]). Además, estos autores también encontraron una relación positiva y significativa entre la duración de la intervención y el tamaño del efecto aproximado

($F(1, 16) = 5.90$, $p = .027$, $BFH1 = 3.41$), sugiriendo este hallazgo que aquellas intervenciones que más se alarguen en el tiempo, reducirán en mayor medida la sintomatología depresiva.

En cuanto a los últimos ECAs publicados, los resultados van en la misma dirección que los comentados hasta ahora. Así, Carbone et al. (2021) y Marinho et al. (2021) encuentran una reducción de la sintomatología depresiva en el grupo de tratamiento tras la intervención, hecho que no se da en el grupo control. Además, Carbone et al. (2021) también observan que los participantes del grupo de intervención con puntuaciones más bajas en el MMSE obtienen puntuaciones más elevadas en el CSDD.

Terapia de Orientación a la Realidad (ORT). Chiu et al. (2018) incluyeron en su MA 6 estudios (Akanuma et al., 2011; Menna et al., 2016; Nakatsuka et al., 2015a; Nakatsuka et al., 2015b; Spector et al., 2003; Tadaka and Kanagawa, 2004) que medían los efectos de la terapia de orientación a la realidad sobre los síntomas depresivos de pacientes con demencia ($n=364$). Concluyeron que sus efectos sobre los problemas de comportamiento y los síntomas depresivos no eran significativos en los estudios evaluados ($g=-0.18$, $p = 0.056$ vs. $g=-0.17$, $p = 0.137$). Además, no encontraron influencia en los resultados de moderadores como la edad, la cantidad de mujeres en la muestra o la duración de las intervenciones; planteando la ausencia de significación como consecuencia del reducido número de estudios incluidos que medían sintomatología depresiva, o como una consecuencia de que se forzase a los pacientes a situarse en una realidad desagradable para ellos (Chiu et al., 2018). Cabe destacar que, aunque los estudios gozan de una elevada calidad, las conclusiones han de ser interpretadas con cautela, pues los estudios de Akanuma et al. (2011), Nakatsuka et al. (2015) y Tadaka and Kanagawa (2004), combinan la ORT con terapia de reminiscencia, y Spector et al. (2003), con entrenamiento cognitivo; por lo que la evidencia a favor de la ORT (en ausencia de otros componentes) se ve limitada.

Terapia Cognitivo-Conductual. La RS de Tay et al. (2019) incluyó 11 estudios en su revisión, abarcando ECAs, estudios de caso y diseños cuasi-experimentales. En total, 116 participantes con demencia a los que se aplicó la CBT, afirmándose una reducción significativa de la sintomatología depresiva de los participantes tras la intervención. Cabe resaltar que estos resultados han de ser interpretados con cautela, ya que dichas afirmaciones no van acompañadas de datos objetivos o un MA, y varios estudios se trataban de fases pilotos previas a la realización de ECAs. Por último, estos autores plantean como necesario, de cara a mejorar la eficacia de la misma, el adaptar los materiales y focalizarse más en los aspectos comportamentales al aplicar este tipo de terapia a pacientes con demencia.

Terapia Conductual. Verkaik et al. (2005) afirman que existe evidencia científica limitada sobre los beneficios que puede tener la terapia conductual en el abordaje de la sintomatología depresiva de pacientes con demencia. Así, el único estudio al respecto es el de Teri et al. (1997), que presenta dos grupos de intervención (uno centrado en la activación conductual de los pacientes mediante actividades placenteras, y otro centrado en el entrenamiento de los cuidadores principales) con reducción significativa de la sintomatología depresiva tras la intervención. Cabe destacar que en la revisión de Verkaik et al. (2005) dicho estudio goza una calidad metodológica elevada, según los criterios de Van Tulder et al. (1997).

Terapia de Validación (VT). En la RS de Verkaik et al. (2005) no se observó una mejoría significativa de la depresión en el grupo de intervención frente al grupo control en ninguno de los estudios incluidos. Tan sólo en el estudio de Toseland et al. (1997) observó que, tras un año de intervención, el grupo de contacto social presentaba un empeoramiento significativo de las puntuaciones en sintomatología depresiva respecto al grupo de terapia de validación. Estas diferencias no se observaron entre el grupo de VT y el cuidado habitual, sugiriendo que la efectividad de esta terapia es similar a recibir solo los cuidados habituales. El estudio de

Toseland et al. (1997) cuenta con una calidad alta junto con el de Finnema (2000), mientras que los otros dos estudios tenían una calidad baja.

Terapia de Reminiscencia (RT). En la RS de Burley et al. (2022), la terapia que mayor tamaño del efecto presenta a la hora de reducir la sintomatología depresiva en pacientes con demencia es la RT (ES = - 1.35, 95% CI [- 1.83, - 0.86], $I^2 = 42.4\%$). Así, los 3 estudios que incluye en su MA reportan diferencias significativas en la depresión medida mediante la escala CSDD (Davison et al., 2016; Lök et al., 2019) y GDS (Duru Aşiret and Kapucu, 2016), gozando todos ellos de una calidad elevada. Resultados similares son encontrados en la RS de Park et al. (2019), que realizan un MA con 16 ECAs, encontrando una reducción significativa de la depresión en el grupo de intervención (-0.541 (95% CI: -0.847 to -0.234, $Z = -3.730$, $p < 0.001$)). Además, en el análisis de subgrupos, encontraron un tamaño del efecto pequeño a medio en los 18 estudios con una calidad elevada ($d = 0.23$, 95% CI: -0.054 to 0.53, $Q = 30.87$, $p < 0.001$, $I^2 = 74.08$). Igualmente, la RT en la reducción de sintomatología depresiva mostró ser significativa aplicada tanto de manera individual (-0.785 (95% CI: -1.191 to -0.378, $Z = -5.451$, $p < 0.001$)) como grupal (-0.466 (95% CI: -0.798 to -0.135, $Z = -2.759$, $p = 0.006$)). Como se comentó anteriormente, los estudios de Akanuma et al. (2011), Nakatsuka et al. (2015) y Tadaka and Kanagawa (2004), combinan la ORT con terapia de reminiscencia. Sin embargo, al contrario que con la ORT, los resultados de este meta-análisis sí son más concluyentes a favor de la RT, ya que los otros 21 estudios incluidos aplican la RT sin añadir componentes de otras terapias.

Resultados de las Intervenciones Sobre la Ansiedad

Estimulación Cognitiva. El estudio de Cafferata et al. (2021), que incluía un total de 2444 participantes en su MA, encontró un tamaño del efecto bajo y no significativo en cuanto a la eficacia de la estimulación cognitiva sobre los síntomas de ansiedad ($g = 0.25$, 95% CI [- 0.28, 0.77], $t = 1.31$, $p = .259$.), no observándose heterogeneidad en el tamaño del efecto de

los estudios incluidos ($Q(4) = 6.89$, $p = .142$, $\tau^2 = 0.07$ (SE = 0.12), $\tau^2_{BFH1} = 1/1.30$, $I^2 = 43.10$, 95% CI [0.00, 94.16]).

Terapia Cognitivo-Conductual. La RS de Tay et al. (2019) incluyó 11 estudios en su revisión, aunque en la tabla resumen de los diferentes estudios tan solo en 8 de los 11 estudios se mencionan resultados sobre la ansiedad (García-Alberca, 2017; Kipling et al., 1999; Koder, 1998; Kraus et al., 2008; Paukert et al., 2010; Robinson et al. 2011; Spector et al. 2015; Stanley et al., 2003). De dichos estudios, 6 afirmaban observar una mejoría de las puntuaciones de ansiedad en los diferentes cuestionarios o en el día a día del paciente, mientras que Spector et al. (2015) y Stanley et al. (2013) encontraron que la mejoría no se mantenía en el seguimiento y que las puntuaciones de ansiedad mejoraban en la escala RAID pero no en el NPI-A (respectivamente). Por otro lado, Robinson et al. (2011) observaron en uno de los pacientes una reducción de las puntuaciones de las escalas autoadministradas (RAID y SIGH-A) pero no de las heteroadministradas, concluyendo que el cuidador seguía observando malestar y ansiedad en el paciente (algo similar a lo que puede haber ocurrido en el estudio de Stanley et al., 2003). Al igual que se mencionó en el apartado sobre la depresión, dichos resultados han de ser interpretados con cautela, ya que dichas afirmaciones no van acompañadas de datos objetivos o un meta-análisis, y varios estudios se trataban de fases pilotos previas a la realización de ECAs.

Discusión

En la RS llevada a cabo, tan solo la RS de Tay et al. (2019) valora los efectos de la terapia cognitivo conductual en personas con demencia. Los resultados aportados por dicha RS van en favor de las aportaciones de Churcher et al. (2017) y Lozano (2000), sugiriendo que estos pacientes podrían beneficiarse de este tipo de terapia a la hora de reducir las alteraciones emocionales. De manera más concreta, la terapia cognitivo conductual parece ser eficaz a la hora de reducir los síntomas depresivos y de ansiedad. De hecho, tan sólo Cafferata

et al. (2021) y Tay et al. (2019) valoraban los efectos de la estimulación cognitiva y la terapia cognitivo conductual (respectivamente) sobre la ansiedad; y la terapia cognitivo conductual fue la única que presentó resultados a favor de una reducción significativa de la misma en el grupo de intervención.

En relación a ello, cabe mencionar el estudio de Teri et al. (1997), que valoraba los efectos de la terapia conductual y mostraba resultados en la misma línea que los aportados por Tay et al. (2019), apoyando también la afirmación de Lozano (2000) sobre que estos pacientes podrían beneficiarse de un trabajo centrado más en aspectos comportamentales a la hora de reducir las alteraciones emocionales y comportamentales. Sin embargo, dado el tamaño muestral y la calidad de los estudios (y de la propia revisión), se evidencia la necesidad de realizar estudios de mayor calidad metodológica. Por lo tanto, futuros estudios deberían valorar con mayor rigor metodológico los efectos que estos abordajes puedan tener sobre la sintomatología ansiosa y depresiva en paciente con demencia.

Con respecto a la existencia de estudios que aplicasen otras terapias psicológicas basadas en la evidencia (Levant, 2005) a pacientes con demencia leve a moderada, en la búsqueda realizada no se ha encontrado ningún estudio que cumpliera con los criterios de inclusión de esta RS.

En relación con la pregunta, ¿cuál es la terapia más eficaz para reducir las alteraciones emocionales y conductuales en adultos con demencia leve a moderada? Con respecto a la depresión, parece ser que las terapias que cuentan con mayor apoyo son la estimulación cognitiva y la terapia de reminiscencia. Así, la estimulación cognitiva parece asociarse a una reducción significativa de la sintomatología depresiva en las RS y los ECAs incluidos en esta revisión, observándose además una interacción de la duración de la intervención y el tamaño del efecto aproximado, sugiriendo este hallazgo que aquellas intervenciones que más se alarguen en el tiempo, reducirían en mayor medida la sintomatología depresiva. Algo similar

ocurre con la RT, que en la revisión de Burley et al. (2022) fue la terapia que mayor eficacia presentaba a la hora de reducir la sintomatología depresiva, mostrando también efectos significativos en esta línea en la revisión de Park et al. (2019). El resto de intervenciones (VT y ORT) no mostraron efectos significativos a la hora de reducir la sintomatología depresiva en estos pacientes, planteándose la ausencia de significación como consecuencia del reducido número de estudios incluidos que medían sintomatología depresiva, o como una consecuencia de que se forzase a los pacientes a situarse en una realidad desagradable para ellos (Chiu et al., 2018).

En relación con las limitaciones de los estudios encontrados, en primer lugar cabe destacar la elevada heterogeneidad en cuanto a los instrumentos de evaluación de la sintomatología depresiva y ansiosa, y en cuanto a los métodos de diagnóstico de demencia. Este hecho complica enormemente la síntesis de resultados y la obtención de resultados libres de sesgos que puedan aportar evidencia de alta calidad en este campo.

Además, ninguna de las RS consultadas a texto completo realiza un análisis de los resultados en función del nivel de deterioro que presentan los pacientes. Este hecho, que en primera instancia parece estar justificado por el hecho de que todos los pacientes presentan el criterio necesario (deterioro cognitivo), puede suponer un punto de inflexión en cuanto al análisis de eficacia de los tratamientos aplicados. Así, si como afirman Teri et al. (1997), Churcher et al. (2017) y Lózano (2000), los pacientes con déficits cognitivos más leves podrían beneficiarse en mayor medida de un determinado tipo de terapia, parece razonable valorar la posible influencia que el nivel de deterioro cognitivo está teniendo sobre los resultados obtenidos. Futuros estudios en este campo deberían valorar dicha relación.

Por último, mencionar uno de los resultados extraídos de Carbone et al. (2021), que observan que los participantes del grupo de intervención con puntuaciones más bajas en el MMSE obtienen puntuaciones más elevadas en el CSDD. Esta afirmación puede interpretarse

al menos de dos formas: aquellos pacientes que presentan un mayor deterioro cognitivo, tienen peores estrategias para regular su comportamiento y sus emociones, o que aquellas personas que presentan un peor estado de ánimo, presentan mayores dificultades en el funcionamiento cognitivo. Sea como fuere, esta asociación entre estado de ánimo y funcionamiento cognitivo, que también se ha observado en adultos con depresión sin demencia (Rock et al., 2014), evidencia la importancia de un abordaje centrado no solo en la parte cognitiva, sino también en la emocional y comportamental, sobre todo en aquellos pacientes con niveles de deterioro más elevados (demencia moderada o severa). Por lo tanto, es necesaria la realización de estudios que valoren la eficacia de los tratamientos psicológicos basados en la evidencia en pacientes con demencia, no solo leves sino también moderados y severos.

Conclusión

La eficacia de las terapias psicológicas en la reducción de la sintomatología depresiva y ansiosa en pacientes con demencia leve a moderada, ha sido investigada mediante la revisión sistemática de 7 RS y 2 ECAs, publicados entre 2005 y 2021. Tras el análisis de los resultados, podemos concluir que:

- I. La terapia cognitivo-conductual puede contribuir a reducir los síntomas de ansiedad en pacientes con demencia leve.
- II. La estimulación cognitiva y la terapia de reminiscencia son las intervenciones más eficaces a la hora de reducir la sintomatología depresiva en este tipo de población.
- III. Existe relación entre el grado de deterioro cognitivo y la intensidad de los síntomas depresivos, debiendo realizarse un abordaje de integral de la parte cognitiva y comportamental en los pacientes con demencia.

IV. A mayor duración de la intervención con estimulación cognitiva, mayor será la reducción de la sintomatología depresiva.

V. Futuras investigaciones deben investigar la influencia del nivel de deterioro cognitivo sobre la eficacia de los resultados de las intervenciones planteadas.

VI. Es necesaria la realización de un mayor número de estudios de elevada calidad metodológica que valore los efectos de las terapias psicológicas en los pacientes con demencia.

Estos resultados son importantes para la práctica clínica, pues la presente revisión sistemática visualiza la falta de evidencia científica que avale la eficacia de los tratamientos psicológicos en pacientes con demencia, a la par que señala la influencia bidireccional que pueden tener los déficits cognitivos y la sintomatología emocional. En la actualidad, el abordaje de los profesionales de la psicología en las demencias se realiza principalmente a través de la estimulación de las funciones cognitivas, debiendo enfatizarse también la importancia del abordaje de las alteraciones emocionales y del comportamiento en el funcionamiento cognitivo de los pacientes.

Referencias

- Abraha, I., Rimland, J. M., Trotta, F. M., Dell'Aquila, G., Cruz-Jentoft, A., Petrovic, M., Gudmundsson, A., Soiza, R., O'Mahony, D., Guaita, A., & Cherubini, A. (2017). Systematic review of systematic reviews of non-pharmacological interventions to treat behavioural disturbances in older patients with dementia. The SENATOR-OnTop series. *BMJ open*, 7(3), e012759.
- Akanuma, K., Meguro, K., Meguro, M., Sasaki, E., Chiba, K., Ishii, H., & Tanaka, N. (2011). Improved social interaction and increased anterior cingulate metabolism after group reminiscence with reality orientation approach for vascular dementia. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 192(3), 183-187.
- Alvares-Pereira, G., Silva-Nunes, M. V., & Spector, A. (2020). Validation of the cognitive stimulation therapy (CST) program for people with dementia in Portugal. *Aging & Mental Health*, 25(6), 1019-1028.
- American Psychiatric Association (2014). *DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (5ª ed.)*. Madrid: Médica Panamericana.
- Apostolo, J., Gil, I., Rosa, A., Almeida, J., & Fernandes, A. (2013). The effect of cognitive stimulation on cognition in the elderly. *Alzheimer's & Dementia*, 9, 650-P651.
- Arranz, L., Giménez-Llort, L., De Castro, N. M., Baeza, I., & De la Fuente, M. (2009). El aislamiento social durante la vejez empeora el deterioro cognitivo, conductual e inmunitario. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 44(3), 137-142. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2008.12.001>
- Azcurra, D. J. (2012). A reminiscence program intervention to improve the quality of life of long-term care residents with Alzheimer's disease. A randomized controlled trial. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 34, 422-433. doi: 10.1016/j.rbp.2012.05.008.

- Baines, S., Saxby, P. & Ehler, K. (1987). Reality orientation and reminiscence therapy. A controlled cross-over study of elderly confused people. *The British Journal of Psychiatry*, 51, 222–231. doi: 10.1192/bjp.151.2.222.
- Baker, S., Brede, J., Cooper, R., Charlesworth, G., & Stott, J. (2022). Barriers and facilitators to providing CBT for people living with dementia: perceptions of psychological therapists. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 29(3), 950-961.
- Barandian, M. (2002). Programas de psicoestimulación cognitiva en las demencias. En J.M. Manubens, M. Berthier & S. Barquero (Eds.), *Neurología conductual: fundamentos teóricos y prácticos* (pp. 307-319). Barcelona: Ediciones Pulso
- Burley, C. V., Burns, K., Lam, B. C., & Brodaty, H. (2022). Nonpharmacological approaches reduce symptoms of depression in dementia: A systematic review and meta-analysis. *Ageing Research Reviews*, 101669.
- Cafferata, R. M., Hicks, B., & von Bastian, C. C. (2021). Effectiveness of cognitive stimulation for dementia: A systematic review and meta-analysis. *Psychological bulletin*, 147(5), 455-476.
- Camargo, C. H. F., Ladeira, M. A., Serpa, R. A., Jobbins, V. A., Filho, C. R. P., Welling, L. C., & Teive, H. A. G. (2019). The effectiveness of reality orientation therapy in the treatment of parkinson disease dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*®, 34(2), 124-130.
- Cammisuli, D. M., Danti, S., Bosinelli, F., & Cipriani, G. (2016). Non-pharmacological interventions for people with Alzheimer's disease: a critical review of the scientific literature from the last ten years. *European Geriatric Medicine*, 7(1), 57-64. <https://doi.org/10.1016/j.eurger.2016.01.002>
- Capotosto, E., Belacchi, C., Gardini, S., Faggian, S., Piras, F., Mantoan, V., Salvalaio, E., Pradelli, S., & Borella, E. (2017) Cognitive stimulation therapy in the Italian context: its efficacy in cognitive

and non-cognitive measures in older adults with dementia. *Int J Geriatr Psychiatry*, 32, 331–340. doi: 10.1002/gps.4521.

Carbone, E., Gardini, S., Pastore, M., Piras, F., Vincenzi, M., & Borella, E. (2021). Cognitive Stimulation Therapy for Older Adults With Mild-to-Moderate Dementia in Italy: Effects on Cognitive Functioning, and on Emotional and Neuropsychiatric Symptoms. *The Journals of Gerontology: Series B*, 76(9), 1700-1710.

Chang, W. S., & Je, S. (2008). A comparative study on the effect of group reminiscence therapy and group validation therapy for the elderly with dementia. *Journal of Welfare for the Aged*, 41, 301–325.

Chang, W. S., & Lee, J. M. (2006). The effect of group reminiscence therapy on depression, quality of life and social behavior of patient with dementia. *Journal of Welfare for the Aged*, 34, 239–269.

Chiu, H. Y., Chen, P. Y., Chen, Y. T., & Huang, H. C. (2018). Reality orientation therapy benefits cognition in older people with dementia: A meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 86, 20-28.

Churcher, A., Chan, J. M., Stott, J., Royan, L., & Spector, A. (2017). An adapted mindfulness intervention for people with dementia in care homes: feasibility pilot study. *International journal of geriatric psychiatry*, 32(12), 123-131.

Clare, L., & Woods, R. T. (2004). Cognitive training and cognitive rehabilitation for people with early-stage Alzheimer's disease: A review. *Neuropsychological rehabilitation*, 14(4), 385-401.

Coen, R. F., Flynn, B., Rigney, E., O'Connor, E., Fitzgerald, L., Murray, C., Dunleavy, C., McDonald, M., Delaney, D., Merriman, N., & Edgeworth, J. (2011). Efficacy of a cognitive stimulation therapy programme for people with dementia. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 28(3), 145-147.

- Davison, T. E., Nayer, K., Coxon, S., de Bono, A., Eppingstall, B., Jeon, Y. H., van der Ploeg, E. S., & O'Connor, D. W. (2016). A personalized multimedia device to treat agitated behavior and improve mood in people with dementia: A pilot study. *Geriatric Nursing, 37*(1), 25-29.
- De Luca, R., Bramanti, A., De Cola, M. C., Leonardi, S., Torrisi, M., Aragona, B., Trifiletti, A., Ferrara, M. D., Amante, P., Casella, C., Bramanti, P., & Calabrò, R. S. (2016). Cognitive training for patients with dementia living in a sicilian nursing home: a novel web-based approach. *Neurological Sciences, 37*, 1685-1691.
- Duru Aşiret, G., & Kapucu, S. (2016). The effect of reminiscence therapy on cognition, depression, and activities of daily living for patients with Alzheimer disease. *Journal of geriatric psychiatry and neurology, 29*(1), 31-37.
- Feil, N. (1993). *The Validation breakthrough: Simple techniques for communicating with people with "Alzheimer's-type dementia"*. Baltimore: Health Professions Press.
- Finnema, E. (2000). *Emotion-oriented care in dementia: A psychosocial approach*. [Thesis fully external]. Vrije Universiteit Amsterdam.
- Galende, A. V., Ortiz, M. E., Velasco, S. L., Luque, M. L., de Miguel, C. L., & Jurczynska, C. P. (2021). Informe de la Fundación del Cerebro. Impacto social de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. *Neurología, 36*(1), 39-49. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2017.10.005>
- García-Alberca, J. M. (2017). Cognitive-behavioral treatment for depressed patients with Alzheimer's disease. An open trial. *Archives of gerontology and geriatrics, 71*, 1-8.
- Gautam, M., Tripathi, A., Deshmukh, D., & Gaur, M. (2020). Cognitive behavioral therapy for depression. *Indian journal of psychiatry, 62*(2), 223-237.

- Giovagnoli, A. R., Manfredi, V., Parente, A., Schifano, L., Oliveri, S., & Avanzini, G. (2017). Cognitive training in Alzheimer's disease: a controlled randomized study. *Neurological Sciences, 38*, 1485-1493.
- Goldwasser, A. N., Auerbach, S. M., & Harkins, S. W. (1987). Cognitive, affective, and behavioral effects of reminiscence group therapy on demented elderly. *The International Journal of Aging and Human Development, 25*(3), 209-222.
- Gómez-Soria, I., Peralta-Marrupe, P., & Plo, F. (2020). Cognitive stimulation program in mild cognitive impairment: A randomized controlled trial. *Dementia & Neuropsychologia, 14*, 110-117.
- González, J., Mayordomo, T., Torres, M., Sales, A., & Meléndez, J. C. (2015). Reminiscence and dementia: a therapeutic intervention. *International Psychogeriatrics, 27*(10), 1731-1737.
- Haight, B. K., Gibson, F. and Michel, Y. (2006). The Northern Ireland life review/life storybook project for people with dementia. *Alzheimers & Dementia, 2*, 56–58. doi: 10.1016/j.jalz.2005.12.003.
- Higgins, J. P., Savović, J., Page, M. J., Elbers, R. G., & Sterne, J. A. (2019). Assessing risk of bias in a randomized trial. *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions, 1*, 205-228.
- Hilgeman, M. M., Allen, R. S., Snow, A. L., Durkin, D. W., DeCoster, J., & Burgio, L. (2014). Preserving Identity and Planning for Advance Care (PIPAC): preliminary outcomes from a patient-centered intervention for individuals with mild dementia. *Aging & Mental Health, 18*, 411–424. doi: 10.1080/13607863.2013.868403.
- Hindle, J. V., Watermeyer, T. J., Roberts, J., Brand, A., Hoare, Z., Martyr, A., & Clare, L. (2018). Goal-orientated cognitive rehabilitation for dementias associated with Parkinson's disease—A pilot randomised controlled trial. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 33*(5), 718-728.
- Horr, T., Messinger-Rapport, B., & Pillai, J. A. (2015). Systematic review of strengths and limitations of randomized controlled trials for non-pharmacological interventions in mild cognitive

impairment: focus on Alzheimer's disease. *The journal of nutrition, health & aging*, 19(2), 141-153. <https://doi.org/10.1007/s12603-014-0565-6>

Hsieh, C. J., Chang, C., Su, S. F., Hsiao, Y. L., Shih, Y. W., Han, W. H., & Lin, C. C. (2010). Reminiscence group therapy on depression and apathy in nursing home residents with mild-to-moderate dementia. *Journal of Experimental & Clinical Medicine*, 2(2), 72-78.

Irazoki, E., García-Casal, J. A., Sánchez-Meca, J., & Franco-Martín, M. (2017). Eficacia de la terapia de reminiscencia grupal en personas con demencia. Revisión sistemática y metaanálisis. *Rev Neurol*, 65(10), 447-456.

Juárez-Cedillo, T., Gutiérrez-Gutiérrez, L., Sánchez-Hurtado, L. A., Martínez-Rodríguez, N., & Juárez-Cedillo, E. (2020). Randomized controlled trial of multi-component cognitive stimulation therapy (SADEM) in community-dwelling demented adults. *Journal of Alzheimer's Disease*, 78(3), 1033-1045.

Kim, H. J., Yang, Y., Oh, J. G., Oh, S., Choi, H., Kim, K. H., & Kim, S. H. (2016). Effectiveness of a community-based multidomain cognitive intervention program in patients with Alzheimer's disease. *Geriatrics & Gerontology International*, 16(2), 191-199.

Kipling, T., Bailey, M., & Charlesworth, G. (1999). The feasibility of a cognitive behavioural therapy group for men with mild/moderate cognitive impairment. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 27(2), 189-193.

Koder, D. A. (1998). Treatment of anxiety in the cognitively impaired elderly: can cognitive-behavior therapy help? *International Psychogeriatrics*, 10(2), 173-182.

Kraus, C. A., Seignourel, P., Balasubramanyam, V., Snow, A. L., Wilson, N. L., Kunik, M. E., Schulz, P. E., & Stanley, M. A. (2008). Cognitive-behavioral treatment for anxiety in patients with dementia: two case studies. *Journal of Psychiatric Practice*, 14(3), 186-201.

- Kurz, A., Thöne-Otto, A., Cramer, B., Egert, S., Frölich, L., Gertz, H. J., Kehl, V., Wagenpfeil, S. & Werheid, K. (2012). CORDIAL: cognitive rehabilitation and cognitive-behavioral treatment for early dementia in Alzheimer disease: a multicenter, randomized, controlled trial. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 26(3), 246-253.
- Leroi, I., Vatter, S., Carter, L. A., Smith, S. J., Orgeta, V., Poliakoff, E., Silverdale, M. A., Raw, J., Ahearn, D. J., Taylor, C., Rodda, J., Abdel-Ghany, T., & McCormick, S. A. (2019). Parkinson's-adapted cognitive stimulation therapy: Feasibility and acceptability in Lewy body spectrum disorders. *Journal of Neurology*, 266, 1756-1770.
- Levant, R. F. (2005). *Report of the 2005 presidential task force on evidence-based practice*. Washington: American Psychological Association.
- Lök, N., Bademli, K., & Selçuk-Tosun, A. (2019). The effect of reminiscence therapy on cognitive functions, depression, and quality of life in Alzheimer patients: Randomized controlled trial. *International journal of geriatric psychiatry*, 34(1), 47-53.
- Lozano, J. A. (2000). Psicoterapia en el anciano. *Medicina integral: Medicina preventiva y asistencial en atención primaria de la salud*, 36(2), 70-77.
- Mandal, M. A., Upendra, S., & Chavan, R. (2020). The Effectiveness of Reality Orientation Therapy on Cognitive Level of Patient with Dementia at Selected Rehabilitation Center in Pune City. *EXECUTIVE EDITOR*, 11(04), 45-52.
- Marinho, V., Bertrand, E., Naylor, R., Bomilcar, I., Laks, J., Spector, A., & Mograbi, D. C. (2021). Cognitive stimulation therapy for people with dementia in Brazil (CST-Brasil): Results from a single blind randomized controlled trial. *International journal of geriatric psychiatry*, 36(2), 286–293. <https://doi.org/10.1002/gps.5421>
- Matías-Guiu, J. y Gelonch, O. (2021). *Envejecimiento y demencias*. Barcelona: Editorial UOC.

Menna, L. F., Santaniello, A., Gerardi, F., Di Maggio, A., & Milan, G. (2016). Evaluation of the efficacy of animal-assisted therapy based on the reality orientation therapy protocol in Alzheimer's disease patients: A pilot study. *Psychogeriatrics*, *16*(4), 240-246.

Morgan, S., & Woods, R. T. (2012). Life review with people with dementia in care homes: a preliminary randomized controlled trial. *Non-Pharmacological Therapies in Dementia*, *1*, 43–59.

Na, R., Yang, J. H., Yeom, Y., Kim, Y. J., Byun, S., Kim, K., & Kim, K. W. (2019). A systematic review and meta-analysis of nonpharmacological interventions for moderate to severe dementia. *Psychiatry investigation*, *16*(5), 325.

Nakamae, T., Yotsumoto, K., Tatsumi, E., and Hashimoto, T. (2014). Effects of productive activities with reminiscence in occupational therapy for people with dementia: a pilot randomized controlled study. *Hong Kong Journal of Occupational Therapy*, *24*, 13–19. doi: 10.1016/j.hkjot.2014.01.003

Nakatsuka, M., Nakamura, K., Hamanosono, R., Takahashi, Y., Kasai, M., Sato, Y., Suto, T., Nagatomi, R., & Meguro, K. (2015). A cluster randomized controlled trial of nonpharmacological interventions for old-old subjects with a clinical dementia rating of 0.5: the Kurihara project. *Dementia and geriatric cognitive disorders extra*, *5*(2), 221-232.

Neal, M., Barton Wright, P., & Cochrane Dementia and Cognitive Improvement Group. (1996). Validation therapy for dementia. *Cochrane database of systematic reviews*, *2010*(1).

O'Shea, E., Devane, D., Cooney, A., Casey, D., Jordan, F., Hunter, A., Murphy, E., Newell, J, Connolly, S., & Murphy, K. (2014). The impact of reminiscence on the quality of life of residents with dementia in long-stay care. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *29*, 1062–1070. doi: 10.1002/gps.4099.

Orgeta, V., Leung, P., Yates, L., Kang, S., Hoare, Z., Henderson, C., Whitaker, C., Burns, A., Knapp, M., Leroi, I., Moniz-Cook, E. D., Pearson, S., Simpson, S., Spector, A., Roberts, S., Russell, I.T., de Waal, H., Woods, R. T. & Orrell, M. (2015). Individual cognitive stimulation therapy for dementia: a clinical effectiveness and cost-effectiveness pragmatic, multicentre, randomised controlled trial. *Health Technology Assessment*, 19(64), 1-108.

Orgeta, V., Qazi, A., Spector, A. & Orrell, M. (2015). Psychological treatments for depression and anxiety in dementia and mild cognitive impairment: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 207, 293-298. DOI: 10.1192/bjp.bp.114.148130.

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S.,... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *International journal of surgery*, 88, 105906.

Park, K., Lee, S., Yang, J., Song, T., & Hong, G. R. S. (2019). A systematic review and meta-analysis on the effect of reminiscence therapy for people with dementia. *International psychogeriatrics*, 31(11), 1581-1597.

Paukert, A. L., Calleo, J., Kraus-Schuman, C., Snow, L., Wilson, N., Petersen, N. J., Kunik, M., & Stanley, M. A. (2010). Peaceful Mind: an open trial of cognitive-behavioral therapy for anxiety in persons with dementia. *International Psychogeriatrics*, 22(6), 1012-1021.

Perestelo-Pérez, L. (2013). Standard son How to Develop and Report Systematic Reviews in Psychology and Health. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 13(1), 49-57. Doi: 10.1016/S1697-2600(13)70007-3.

Prince, M., Bryce, R., Albanese, E., Wimo, A., Ribeiro, W., & Ferri, C. P. (2013). The global prevalence of dementia: a systematic review and metaanalysis. *Alzheimer's & dementia*, 9(1), 63-75.

- Robinson, C. M., Paukert, A., Kraus-Schuman, C. A., Snow, A. L., Kunik, M. E., Wilson, N. L., Teri, L., & Stanley, M. A. (2011). The involvement of multiple caregivers in cognitive-behavior therapy for anxiety in persons with dementia. *Aging & mental health, 15*(3), 291-298.
- Rock, P. L., Roiser, J. P., Riedel, W. J., & Blackwell, A. (2014). Cognitive impairment in depression: a systematic review and meta-analysis. *Psychological medicine, 44*(10), 2029-2040.
- Romano, M., Nissen, M. D., Del Huerto, N., & Parquet, C. (2007). Enfermedad de alzheimer. *Revista de posgrado de la vía cátedra de medicina, 75*, 9-12.
https://med.unne.edu.ar/revistas/revista175/3_175.pdf
- Salaberría, K., Echeburúa, E., de Corral, P., & Polo-López, R. (2010). Terapias psicológicas basadas en la evidencia: limitaciones y retos de futuro. *Revista argentina de clínica psicológica, 19*(3), 247-256.
- Saragih, I. D., Tonapa, S. I., Saragih, I. S., & Lee, B. O. (2022). Effects of cognitive stimulation therapy for people with dementia: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled studies: Cognitive stimulation therapy for dementia care. *International Journal of Nursing Studies, 104*-181.
- Shea, B. J., Reeves, B.C., Wells, G., Thuku, M., Hamel, C., Moran, J., Moher, D., Tugwell, P., Welch, V., Kristjansson, E., & Henry, D. A. (2017). AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ, 358*.
- Silva, A. R., Pinho, M. S., Macedo, L., Moulin, C., Caldeira, S., & Firmino, H. (2017). It is not only memory: effects of sensecam on improving well-being in patients with mild alzheimer disease. *International psychogeriatrics, 29*(5), 741-754.

- Snowden, J. S., Neary, D., & Mann, D. M. (2002). Frontotemporal dementia. *The British journal of psychiatry*, *180*(2), 140-143.
- Spector, A., Charlesworth, G., King, M., Lattimer, M., Sadek, S., Marston, L., Rehill, A., Hoe, J., Qazi, A., Knapp, M., & Orrell, M. (2015). Cognitive-behavioural therapy for anxiety in dementia: pilot randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, *206*(6), 509-516.
- Spector, A., Thorgrimsen, L., Woods, B. O. B., Royan, L., Davies, S., Butterworth, M., & Orrell, M. (2003). Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy programme for people with dementia: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, *183*(3), 248-254.
- Stanley, M. A., Hopko, D. R., Diefenbach, G. J., Bourland, S. L., Rodriguez, H., & Wagener, P. (2003). Cognitive-behavior therapy for late-life generalized anxiety disorder in primary care: Preliminary findings. *The American journal of geriatric psychiatry*, *11*(1), 92-96.
- Stanley, M. A., Paukert, A. L., Kraus-Schuman, C., Wilson, N., Snow, A. L., Calleo, J., & Kunik, M. E. (2013). The peaceful mind manual: A protocol for treating anxiety in persons with dementia. *Behavior modification*, *37*(5), 631-664.
- Sterne, J. A., Savović, J., Page, M. J., Elbers, R. G., Blencowe, N. S., Boutron, I., Cates, C. J., Cheng, H. Y., Corbett, M. S., Eldridge, S. M., Emberson, J. R., Hernán, M. A., Hopewell, S., Hróbjartsson, A., Junqueira, D. R., Juni, P., Kirkham, J., Lasserson, T., Li, T.,.... Higgins, J. P. (2019). RoB 2: a revised tool for assessing risk of bias in randomised trials. *bmj*, *366*.
- Subramaniam, P., Woods, B., & Whitaker, C. (2014). Life review and life story books for people with mild to moderate dementia: a randomised controlled trial. *Aging & Mental Health*, *18*, 363-375. doi: 10.1080/13607863.2013.837144.

- Tadaka, E., & Kanagawa, K. (2004). A randomized controlled trial of a group care program for community-dwelling elderly people with dementia. *Japan Journal of Nursing Science*, 1(1), 19-25.
- Tadaka, E., & Kanagawa, K. (2007). Effects of reminiscence group in elderly people with Alzheimer disease and vascular dementia in a community setting. *Geriatrics & Gerontology International*, 7, 167–173. doi: 10.1111/j.1447-0594.2007.00381.x.
- Tay, K. W., Subramaniam, P., & Oei, T. P. (2019). Cognitive behavioural therapy can be effective in treating anxiety and depression in persons with dementia: a systematic review. *Psychogeriatrics*, 19(3), 264-275.
- Teixeira, C. V. L., Gobbi, L. T. B., Corazza, D. I., Stella, F., Costa, J. L., & Gobbi, S. (2012). Non-pharmacological interventions on cognitive functions in older people with mild cognitive impairment (MCI). *Archives of gerontology and geriatrics*, 54(1), 175-180.
- Teri, L., Logsdon, R. G., Uomoto, J., & McCurry, S. M. (1997). Behavioral treatment of depression in dementia patients: a controlled clinical trial. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 52(4), 159-166.
- Toh, H. M., Ghazali, S. E., & Subramaniam, P. (2016). The acceptability and usefulness of cognitive stimulation therapy for older adults with dementia: a narrative review. *International journal of Alzheimer's disease*, 2016.
- Toseland, R. W., Diehl, M., Freeman, K., Manzanares, T., Naleppa, M., & McCallion, P. (1997). The impact of validation group therapy on nursing home residents with dementia. *Journal of Applied Gerontology*, 16(1), 31-50.
- Van Bogaert, P., Van Grinsven, R., Tolson, D., Wouters, K., Engelborghs, S., & Van der Mussele, S. (2013). Effects of SolCos model-based individual reminiscence on older adults with mild to

moderate dementia due to Alzheimer disease: a pilot study. *Journal of the American Medical Directors Association*, 14, 528–e9. doi: 10.1016/j.jamda.2013.01.020.

Van Tulder, M. W., Assendelft, W. J., Koes, B. W., Bouter, L. M., & Editorial Board of the Cochrane Collaboration Back Review Group (1997). Method guidelines for systematic reviews in the Cochrane Collaboration Back Review Group for spinal disorders. *Spine*, 22(20), 2323-2330.

Verkaik, R., van Weert, J. C., & Francke, A. L. (2005). The effects of psychosocial methods on depressed, aggressive and apathetic behaviors of people with dementia: a systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry: A journal of the psychiatry of late life and allied sciences*, 20(4), 301-314.

Villarejo, A., Eimi, M., Llamas, S., Llanero, M., López de Silanes, C., & Prieto, C. (2021). Report by the Spanish Foundation of the Brain on the social impact of Alzheimer disease and other types of dementia, *Neurología*, 36(1), 39–49. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2017.10.005>

Wang, J. J. (2007). Group reminiscence therapy for cognitive and affective function of demented elderly in Taiwan. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, 1235–1240. doi: 10.1002/gps.1821.

Wang, L. Y., Pei, J., Zhan, Y. J., & Cai, Y. W. (2020). Overview of meta-analyses of five non-pharmacological interventions for Alzheimer's disease. *Frontiers in aging neuroscience*, 12, 594432. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2020.594432>

Woods, B., O'Philbin, L., Farrell, E. M., Spector, A. E., & Orrell, M. (2018). Reminiscence therapy for dementia. *The Cochrane database of systematic reviews*, 3(3), CD001120. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001120.pub3>

Wolters, F. J., Chibnik, L. B., Waziry, R., Anderson, R., Berr, C., Beiser, A., Bis, J. C., Blacker, D., Bos, D., Brayne, C., Dartigues, J. F., Darweesh, S. K. L., Davis-Plourde, K. L., Wolf, F., Debette, S., Dufouil,

C., Fornage, M., Goudsmit, J., Grasset, L.,... Hofman, A. (2020). Twenty-seven-year time trends in dementia incidence in Europe and the United States: The Alzheimer Cohorts Consortium. *Neurology*, *95*(5), 519-531.

Woods, R., Bruce, E., Edwards, R., Elvish, R. and Hoare, Z. (2012). REMCARE: reminiscence groups for people with dementia and their family caregivers - effectiveness and cost-effectiveness pragmatic multicentre randomised trial. *Health Technology Assessment*, *16*, 1–121. doi: 10.3310/hta16480

World Health Organization. (2017). Global action plan on the public health response to dementia 2017–2025.

Yorozuya, K., Kubo, Y., Tomiyama, N., Yamane, S., & Hanaoka, H. (2019). A systematic review of multimodal non-pharmacological interventions for cognitive function in older people with dementia in nursing homes. *Dementia and geriatric cognitive disorders*, *48*(1-2), 1-16.

Apéndice A. Características de las revisiones sistemáticas incluidas.

Tabla 1. Características de las revisiones sistemáticas incluidas.					
Síntesis de datos de las revisiones sistemáticas incluidas en la revisión sistemática					
Estudio	Bases de datos revisadas	Periodo de búsqueda	Criterios de selección		
			Estudios incluidos		
			Resultados principales		
Burley et al. (2022)	MEDLINE, EMBASE, PsycINFO, Social Work Abstracts y the Cochrane Central Register of Controlled Trials	Desde 2012 hasta 2020	<p>a) Diseño de los estudios. Ensayos controlados aleatorizados, ensayos controlados aleatorizados grupales (cluster RCTs), ensayos controlados no aleatorizados, estudios de grupos de comparación, estudios de series temporales, estudios pre-post, estudios transversales, estudios observacionales y estudios de cohortes comparativas.</p> <p>b) Participantes y condiciones. Participantes con demencia en los que se midiese la sintomatología depresiva. Se incluyeron tanto pacientes ingresados en centros de larga estancia como pacientes que acudían al hospital periódicamente o a centros de día.</p> <p>c) Solo se incluyeron intervenciones no farmacológicas.</p>	<p>37 estudios, cuyas intervenciones principales eran:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 4 tipos de cuidado. - 4 educación/entrenamiento. - 5 aproximaciones terapéuticas. - 7 estimulación/rehabilitación cognitiva. - 3 terapia de reminiscencia. - 8 actividad física. - 4 musicoterapia. - 4 otro tipo de terapia (light therapy, terapia asistida con robots y acupuntura) 	<p>Efecto de las intervenciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - efecto significativo de las terapia no farmacológicas sobre la sintomatología depresiva a (ES = -0.53, 95% CI [-0.72, -0.33], p < 0.0001). - Las terapias no farmacológicas más eficaces para reducir dicha sintomatología fueron: terapia de reminiscencia (ES = -1.35, 95% CI [-1.83, -0.86], I 2 = 42.4%), estimulación/rehabilitación cognitiva (ES = -0.66, 95% CI [-1.08, -0.24], I 2 = 56.2%), aproximaciones terapéuticas (ES = -0.44, 95% CI [-0.69, -0.18], I 2 = 0%), musicoterapia (ES = -0.35, 95% CI [-0.65, -0.025], I 2 = 48.7%) y educación/entrenamiento (ES = -0.30, 95% CI [-0.56, -0.03], I 2 = 59.8%). El resto de las intervenciones no mostraron efectos significativos.
Cafferat a et al. (2021).	MEDLINE, PsycINFO, CINAHL, LILACS, Cochrane Central Register of Controlled Trials [CENTRAL], UK Clinical Trials Gateway, ISRCTN, WHO Portal, UMIN Japan Trial Register, Web of Science, ProQuest, Australian Digital Theses, y OpenGrey.	Desde el 2011 hasta el 7 de junio de 2020.	<p>a) Participantes: con diagnóstico de demencia de cualquier tipo.</p> <p>b) Intervención: estimulación cognitiva de al menos 4 semanas de duración según la definición propuesta por Clare and Woods (2004).</p> <p>c) Resultados: principales: Estado cognitivo general, memoria y lenguaje. Secundarios: calidad de vida, funcionamiento diario, estado de ánimo y síntomas comportamentales y psicológicos.</p>	<p>45 estudios, de los cuales 19 median sintomatología depresiva y 5 sintomatología de ansiedad. En total, 897 participantes en los que se valoró el efecto de la estimulación cognitiva sobre dicha sintomatología.</p>	<p>-Se observó un tamaño del efecto medio y significativo (g = 0.46, 95% CI [0.15, 0.78], t = 3.07, p = .007) en la reducción de la sintomatología depresiva, siendo la heterogeneidad significativa (Q(18) = 68.88, p < .001, τ^2 = 0.28 (SE = 0.14), τ^2 BFH1 = 118,219.64, I 2 = 74.73, 95% CI [53.71, 89.65]).</p> <p>-La asociación entre duración y el tamaño del efecto medio fue positiva y significativa (F (1, 16) = 5.90, p = .027, BFH1 = 3.41).</p> <p>-La duración entre el número total de sesiones y el tamaño del efecto medio fue positiva pero no significativa.</p> <p>-El efecto sobre la ansiedad fue pequeño y no significativo (g = 0.25, 95% CI [-0.28, 0.77], t = 1.31, p = .259), y no la heterogeneidad tampoco fue significativa (Q(4) = 6.89, p = .142, τ^2 = 0.07 (SE = 0.12), τ^2 BFH1 = 1/1.30, I 2 = 43.10, 95% CI [0.00, 94.16]).x</p>
Chiu et al. (2018)	PubMed, CINAL, Embase, PsycINFO, the Cochrane Central Register of Controlled Trials, ProQuest, y Google Scholar.	Hasta el 8 de marzo de 2018	<p>a) Personas con demencia o deterioro cognitivo según DSM-V, DSM-IV, DSM IV-R o CIE-9, CIE-10. También se incluyeron aquellos estudios que medían la gravedad de la demencia con instrumentos estandarizados (CAPE, CDR o MMSE).</p> <p>b) Intervención: terapia de orientación a la realidad aislada o en combinación con otras intervenciones.</p> <p>c) Comparador: Cuidados habituales, no tratamiento,</p>	<p>783 participantes con demencia entre leve y moderada fueron incluidos. Tres estudios reclutaron participantes que residían en centros de larga estancia y siete estudios, a adultos que residen en sus domicilios. La media de intervención era de 2,5 veces a la semana durante una media de 14</p>	<p>Efecto moderado de la terapia de orientación a la realidad en la mejora de las funciones cognitivas (sin heterogeneidad entre los estudios; g = 0.39, 95% CI = 0.25, 0.53, p < 0.001).</p> <p>El efecto encontrado para los síntomas depresivos y los problemas comportamentales no fue significativo (g = -0.18, p = 0.056 vs. g = -0.17, p = 0.137).</p>

<p>También se consultaron bases de datos chinas como Chinese Electronic Periodical Services y China Knowledge Resource Integrated.</p>	<p>medicación pautada u otras actividades control.</p> <p>d) Resultados: funciones cognitivas, problemas comportamentales y síntomas depresivos medidos por instrumentos validados.</p> <p>e) No se aplicaron criterios de exclusión por lenguaje pero solo se seleccionaron ECAs para realizar el metaanálisis. Se excluyeron aquellos estudios en los que la terapia principal no fuese orientación a la realidad.</p>	
<p>Park et al. (2019)</p>	<p>Participantes mayores de 60, con diagnóstico de demencia leve a moderada (puntuación de 10 a 24 en el MMSE, o 1-2 en la escala CDR), y deterioro cognitivo.</p> <p>Intervención: terapia de reminiscencia administrada en grupo o individual con una duración mínima de 4 semanas.</p> <p>Comparador: intervenciones que no influyesen en los resultados (no tratamiento, cuidados habituales, actividad física o contacto social informal) se incluyeron dentro del grupo control.</p> <p>Resultados: depresión (medida mediante GDS o CSDD), QoL (medida mediante QoL-AD), y BPSD (medida mediante BRS, CAPE o CMAI).</p> <p>Se excluyeron estudios con participantes con diagnóstico psiquiátrico como depresión, que no aportaban los resultados de la terapia de reminiscencia, con diseño cualitativo o casos- controles, los protocolos y/o estudios pilotos, y aquellos que no estaban escritos en inglés o coreano.</p>	<p>23 estudios que aplicaban terapia de reminiscencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 7 de ellos aplicaban la intervención durante 12 sesiones. - 5 estudios utilizaron una aplicación individual y los 17 restantes utilizaron aplicación grupal. <p>Tras la intervención se encontró un tamaño del efecto pequeño a mediano en todas las variables medidas. Así en el metaanálisis se observó:</p> <ul style="list-style-type: none"> - mejoría de los síntomas depresivos (16 ECAs). - mejoría de la calidad de vida (11 ECAs). - mejoría de la sintomatología neuropsiquiátrica (10 ECAs). <p>Dentro del formato de aplicación, la aplicación individual mostró mayores efectos que la terapia grupal para reducir los síntomas depresivos.</p> <p>En cuanto a la duración, un mínimo de 8 sesiones son necesarias para observar beneficio terapéutico.</p>
<p>Saragih et al. (2022)</p>	<p>Pacientes con demencia leve a moderada.</p> <p>Intervención: estimulación cognitiva.</p> <p>Resultados: medidas de funcionamiento cognitivo, síntomas neuropsiquiátricos y depresión.</p> <p>Diseño: ECAs</p> <p>Idioma: inglés</p> <p>Criterios de exclusión: estudios que no cumplieren los criterios de la PICO, estudios en los que no se pudiese acceder al texto completo y protocolos.</p>	<p>26 estudios que aplicaban estimulación cognitiva, de los cuales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 9 aplicaban estimulación cognitiva mediante el uso de juegos de números, de palabras y físicos, puzles, sonidos, recuerdos de la infancia, comida, intereses actuales, caras y escenas, asociación de palabras, actividades creativas, clasificación de objetos, orientación y uso de dinero. - 17 aplicaban estimulación cognitiva general, centrándose en estimular el <p>Tras la intervención con estimulación cognitiva se encontraron los siguientes resultados:</p> <ul style="list-style-type: none"> -11 estudios midieron el funcionamiento cognitivo y encontraron diferencias significativas entre el grupo de intervención y el grupo control, aunque la heterogeneidad entre estudios era moderada. -3 estudios utilizaron el NPI, y no se encontraron diferencias significativas entre los grupos en los síntomas neuropsiquiátricos, ni heterogeneidad entre los estudios. -3 estudios midieron el nivel de depresión y encontraron efectos significativos entre el grupo de intervención y el grupo control. No se observó heterogeneidad entre los estudios.

				pensamiento, la concentración o los procesos de memoria.
Tay et al (2021.)	PubMed, PsycINFO, MEDLINE Complete, and CINAHL Plus.	Hasta mayo de 2018	<p>a) Estudio revisado por pares.</p> <p>b) Idioma: Inglés.</p> <p>c) Aplicación de la CBT a pacientes con demencia y depresión y/o ansiedad.</p> <p>Criterios de exclusión: empleo de un protocolo de investigación en la aplicación de la CBT y haber sido publicado como conferencia.</p>	<p>11 estudios que aplicaban CBT a personas con demencia, de los cuales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 era un estudio piloto. - 2 eran estudios de casos. - 1 era quasi-experimental. - 7 eran diseños antes-después y seguimiento. <p>El formato de aplicación era heterogéneo (grupal, individual o incluyendo al cuidador principal).</p>
Verkaik et al. (2005)	PubMed, Cochrane CENTRAL/CCTR, Cochrane Database of Systematic Reviews, Psych-Info, EMBASE, CINAHL, INVERT, NIVEL, Cochrane Specialized Register CDCIG, SIGLE, Cochrane Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness.	Desde septiembre de 2002 hasta febrero de 2003	<p>a) Participantes: pacientes con demencia (según criterios del DSM-III-R, DSM-IV, ICD-10 u otro instrumento similar, sin importar su gravedad).</p> <p>b) Intervención: los diez tratamientos psicosociales establecidos por la APA + tres tratamientos adicionales (Terapia cognitiva, psicoterapia de apoyo, terapia de validación/integración emocional, estimulación multisensorial, terapia de simulación de presencia, terapia de reminiscencia, "gentle care", "passivities of Daily Living", Terapia de Orientación a la Realidad, Entrenamiento en habilidades, terapia recreacional, art therapy y terapia psicomotora)</p> <p>c) Resultados: estudios que incluyan síntomas de depresión, agresión o apatía como medida de resultado.</p>	<p>17 estudios, cuyas intervenciones principales eran:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 4 terapia de validación. - 4 terapias de orientación a la realidad. - 3 terapia multisensorial. - 2 terapia psicomotora. - 1 entrenamiento en habilidades. - 1 terapia comportamental. - 1 art therapy. - 1 terapia de reminiscencia y validación. <p>De ellas, solo extraeremos la información de la terapia de validación y de la terapia conductual que son las que cumplen criterios y no se encuentran en otras de las revisiones incluidas.</p> <p>En total, 491 pacientes con demencia, 419 pertenecientes a los estudios con terapia de validación (2 de ellos con una duración de al menos 7 meses, en los que se recibía atención 25 horas; y otros 2 con sesiones grupales de 30 minutos 4 y 5 veces a la semana durante 4 meses y 1 año) y 72 a terapia conductual (60 minutos de terapia individual 1 vez a la semana durante 9 meses).</p>
				<p>10 de los 11 estudios afirmaban una reducción de la sintomatología ansiosa tras la intervención. Todos los estudios afirmaron una reducción de la sintomatología depresiva tras la intervención con CBT.</p>
				<p>Los participantes en el grupo de terapia de validación que recibía atención 24 horas no mostraron reducción significativa de la depresión, la apatía o la agresividad.</p> <p>Los pacientes en el grupo de terapia de validación con frecuencia 30 minutos, 5 veces a la semana durante 4 meses tampoco presentaron diferencias significativas tras la intervención.</p> <p>Los pacientes del estudio de terapia de validación con frecuencia 30 minutos, 4 veces a la semana durante un año del grupo de contacto social, presentaron un aumento significativo de la depresión en comparación con el grupo de terapia En dicho estudio, los síntomas de depresión de los participantes en el grupo de contacto social empeoraron conforme avanzaba la intervención, obteniéndose un efecto moderado a favor de la terapia de validación.</p> <p>En el estudio de terapia de reminiscencia no se observó efecto significativo del tratamiento en los síntomas depresivos, pero sí un pequeño efecto de interacción tratamiento por tiempo de interacción a favor de la terapia de reminiscencia.</p>

Nota: APA = American Psychological Association; BRS = Behavioural Rating Scale; CAPE = Clifton Assessment Procedures for the Elderly; CBT = Cognitive Behavioral Therapy; CDR = Clinical Dementia Rating; CMAI = Cohen-Mansfield Agitation Inventory; CSDD = Cornell Scale for depression in dementia; DSM = Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; DGDS = Global Deterioration Scale de Reisberg MMSE = Mini-Mental State Examination; NPI = Neuropsychiatric Inventory; QoL-AD = Quality of Life - Alzheimer's Disease scale;

Apéndice B. Características de los estudios primarios incluidos.

Características de los estudios primarios incluidos						
Población clínica						
1 ^{er} autor (año), país	Población	Muestra	Características de la intervención (EA)	Comparador (GC)	Duración intervención y seguimiento	Medidas de resultado de interés (instrumentos utilizados)
Carbone et al. (2021), Italia	Demencia leve a moderada (MMSE <13) CDR = 1-2	N = 225 aleatorizados Edad media: 83.65 años Educación media (años): 6.47 Mujeres: 48.5%	- 20 sesiones de estimulación cognitiva: 6 sesiones individuales de evaluación y 14 sesiones grupales de estimulación cognitiva según el programa CST-IT (2 sesiones semanales durante 7 semanas).	- Actividades educativas alternativas: lectura y debate de noticias/historias, y/o actividades creativas (pintar, colorear, decorar, cocinar)	23 semanas (1 semana de evaluación, 7 semanas de intervención y seguimiento tras 3 meses)	<u>Primarias:</u> - Estado cognitivo general (MMSE y ADAS-Cog). - Lenguaje (NLT). <u>Secundarias:</u> - Estado de ánimo (CSDD). - Comportamiento (NPI). - Actividades de la vida diaria (DAD). - Calidad de vida (QoL-AD).
Marinho et al. (2021), Brasil	Demencia leve a moderada (MMSE 10-24)	N = 52 aleatorizados Edad media: 57.1 años Mujeres: 100%	- CST + tratamiento habitual: 14 sesiones grupales de entre 5 y 8 participantes, distribuidas en 2 sesiones semanales durante 7 semanas. Cada sesión empezaba con una canción, seguida de un calentamiento y de una actividad principal basada en la temática de esa semana. Duración: 45 minutos.	- Tratamiento habitual: El tratamiento habitual consistía en la visita de un psiquiatra cada 2-3 meses, la prescripción de inhibidores de la colinesterasa y la participación en las actividades ofrecidas por su centro de referencia (terapia ocupacional, ejercicio físico y/o psicoterapia).	9 semanas (1 semana de evaluación, 7 semanas de intervención y 1 semana de seguimiento)	<u>Primarias:</u> - Estado cognitivo general (ADAS-Cog). <u>Secundarias:</u> - Estado de ánimo (CSDD). - Actividades de la vida diaria (ADCS-ADL). - Calidad de vida (QoL-AD). - Estrés del cuidador (ZBI)

Nota: ADAS-Cog = Alzheimer's Disease Assessment Scale-Cognitive subscale; ADCS-ADL = escala de actividades de la vida diaria del Estudio Colaborativo de la Enfermedad de Alzheimer; BRS = Behaviour Rating Subscale of the Clifton Assessment Procedures for the Elderly; CDR = Clinical Dementia Rating; CRQ = Cognitive Reserve Questionnaire; CSDD = Cornell Scale for depression in dementia; DAD = Disability Assessment for Dementia; MMSE = Mini-Mental State Examination; HCS= Holden Communication Scale; NLT = Narrative Language Test; NPI = Neuropsychiatric Inventory; QoL-AD = Quality of Life - Alzheimer's Disease scale; RAID = Rating Anxiety in Dementia; ZBI = Zarit Burden Interview.

Apéndice C. Descripción de las intervenciones incluidas en la revisión sistemática.

Tabla 3. Características de las intervenciones incluidas.	
Síntesis de datos de las revisiones sistemáticas incluidas en la revisión sistemática	
Intervención	Descripción
Estimulación cognitiva (CST)	Se trata de la terapia psicosocial más aplicada para abordar los problemas y situaciones derivados de la demencia y sus cuidados (Saragih et al., 2022). Este tipo de terapia se centra en la estimulación de las funciones cognitivas mediante actividades que conlleven memoria (p.ej.: recuerdo de historias), concentración (p.ej.: contar determinados estímulos presentes en el contexto) y/o el pensamiento en general (p.ej.: simular que realiza la compra, clasificación de objetos...; Coen et al., 2011; Toh et al., 2016). Todo ello con el fin de mejorar el funcionamiento diario del paciente y su interacción con el entorno.
Terapia de orientación a la realidad	Es un tratamiento rehabilitador que inicialmente estaba indicado para personas mayores que sufrían desorientación (Mandal et al., 2020). Por ello, se utilizan actividades que estimulen la orientación personal y la memoria del sujeto a nivel espacial, temporal y personal (p.ej.: álbumes de fotos, lecturas de noticias, planificación de actividades...), ayudando a un mejor contacto con el entorno y con su historia personal (Camargo et al., 2019).
Terapia cognitivo-conductual	Se trata de uno de los tratamientos psicológicos con más evidencia científica utilizado para el abordaje de trastornos psicológicos y psiquiátricos, como ansiedad, depresión, trastornos psicóticos... (Gautam et al., 2020). Para ello utiliza una gran variedad de técnicas. En la RS de Tay et al. (2019), los componentes más presentes entre los estudios son: psicoeducación, técnicas de relajación, identificación de pensamientos negativos automáticos, estrategias de solución de problemas, exposición, etc. (Kipling et al., 1999; Kraus et al., 2008; Paukert et al., 2010).
Terapia conductual	Tan solo un ECA de los incluidos en las RS revisadas utiliza este tipo de terapia. Así, Verkaik et al. (2005), definen que el objetivo de la terapia conductual es analizar la situación en la que sucede el comportamiento objetivo para poder anticipar y modificar dichas situaciones. Para ello, en este tipo de abordaje se realiza un análisis de antecedentes y consecuentes de la conducta, permitiendo un mejor manejo de la misma. Además, en el caso del estudio de Teri et al. (1997), también se incitó a los participantes con demencia a involucrarse en actividades placenteras con el fin de reducir la sintomatología depresiva.
Terapia de validación	Se trata de un abordaje con elementos pertenecientes a las corrientes humanistas y orientadas en la persona. Así, una de sus características básicas es ofrecer un elevado nivel de empatía a los pacientes durante las sesiones, centrándose en entender a la persona con demencia y su contexto, y facilitar al propio paciente un mejor entendimiento y aceptación de su situación actual (Neal et al., 1996). Para ello, se centra mucho en el diálogo del paciente, enfatizando el proporcionar explicaciones y validar las necesidades y demandas del paciente, apoyándose además en técnicas de reminiscencia y estimulación sensorial (Feil, 1993; Neal et al., 1996).
Terapia de reminiscencia	Este abordaje actualmente es una de las intervenciones más populares en lo que al tratamiento no farmacológico de las personas mayores con deterioro cognitivo se refiere (González et al., 2015). Así, Irazoki et al. (2017) afirman que dicha terapia se centra en recordar hechos de la historia personal del paciente "mediante la estimulación de los recuerdos con significado personal y que susciten sentimientos positivos".