



UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO

“MANEJO NO FARMACOLÓGICO DE LOS SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS Y
CONDUCTUALES DE LAS DEMENCIAS”

Tesis sometida a la consideración de la Comisión del programa de Estudios de Posgrado en
Psiquiatría para optar al grado y título de especialista en psiquiatría general

SUSTENTANTE:
CAROLINA BLANCO ARTOLA

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica

2025

Dedicatoria y agradecimientos

A mis padres, pilares fundamentales de mi vida y el motor que me ha impulsado a seguir adelante en cada paso de este largo camino. Gracias por su amor incondicional, su apoyo constante y por ser los guías sabios que siempre me han mostrado el camino correcto. Su confianza en mí ha sido la fuerza que me ha permitido superar obstáculos y llegar hasta aquí. Este logro es, sin duda, también de ustedes.

A mis hermanas, quienes han sido mis compañeras de vida, mis mejores consejeras y mis aliadas en todo momento. Gracias por su presencia constante y por hacerme sentir que no estaba sola, aunque el camino a veces parecía complicado.

A mis amigos de la residencia, quienes, además de ser parte de mi familia elegida, han compartido conmigo risas, complicidades y, sobre todo, el calor de su amistad. Juntos hemos vivido momentos que llevaré en el corazón por siempre.

Mi más sincero agradecimiento a la Dra. Yuliana Montero Solano, por haber aceptado ser mi tutora y por guiarme con su sabiduría y paciencia en cada paso de este proceso. Su apoyo y su dedicación fueron fundamentales para el desarrollo de este trabajo.

Finalmente, quiero expresar mi más profundo agradecimiento al Dr. Esteban Vargas Ledezma por haber aceptado ser mi lector de tesis. Su disposición para revisar y aportar valiosos comentarios sobre mi proyecto fueron un pilar esencial en este proceso.

Carta aprobación del posgrado



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA

SEP

Sistema de
Estudios de Posgrado

PPEM

Programa de Posgrado en
Especialidades Médicas

Programa de Posgrado en Especialidades Médicas

Posgrado de Psiquiatría

APROBACIÓN

TRABAJO FINAL DE GRADUACIÓN

La dirección del Comité de Posgrado en Psiquiatría y este tribunal hacen constar que el trabajo final de graduación **“Manejo no farmacológico de los síntomas psicológicos y conductuales de las demencias.”** Elaborado por la Dra. Carolina Blanco Artola fue sometido a revisión por el tribunal examinador y es aprobado cumpliendo de esta forma con lo estipulado por la universidad de Costa Rica y el Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social para optar por el título de Especialista en Psiquiatría.

Dr. Roberto Chavarría Bolaños
Coordinador Nacional.
Comité Director Posgrado de Psiquiatría.
Médico Especialista en Psiquiatría de
Interconsulta y Enlace.

Dra. Yuliana Montero Solano
Tutora de tesis.
Médico Especialista en Psiquiatría.

Dr. Esteban Vargas Ledezma
Lector de Tesis.
Médico Especialista en Psiquiatría.

Dra. Carolina Blanco Artola
Sustentante.



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA

SEP Sistema de
Estudios de Posgrado

Autorización para digitalización y comunicación pública de Trabajos Finales de Graduación del Sistema de Estudios de Posgrado en el Repositorio Institucional de la Universidad de Costa Rica.

Yo, Carolina Blanco Artola, con cédula de identidad 1-1449-0274, en mi condición de autor del TFG titulado: *Manejo no farmacológico de los síntomas psicológicos y conductuales de las demencias.*

Autorizo a la Universidad de Costa Rica para digitalizar y hacer divulgación pública de forma gratuita de dicho TFG a través del Repositorio Institucional u otro medio electrónico, para ser puesto a disposición del público según lo que establezca el Sistema de Estudios de Posgrado. **SI** **NO**

***En caso de la negativa favor indicar el tiempo de restricción: _____ año (s).**

Este Trabajo Final de Graduación será publicado en formato PDF, o en el formato que en el momento se establezca, de tal forma que el acceso al mismo sea libre, con el fin de permitir la consulta e impresión, pero no su modificación.

Manifiesto que mi Trabajo Final de Graduación fue debidamente subido al sistema digital Kerwá y su contenido corresponde al documento original que sirvió para la obtención de mi título, y que su información no infringe ni violenta ningún derecho a terceros. El TFG además cuenta con el visto bueno de mi Director (a) de Tesis o Tutor (a) y cumplió con lo establecido en la revisión del Formato por parte del Sistema de Estudios de Posgrado.

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE:

Nombre Completo: Carolina Blanco Artola Número de Carné: C19856

Número de cédula: 1-1449-0274

Correo Electrónico: caroblancoa25@gmail.com

Fecha: 13/07/2025 Número de teléfono: 8813-7361

Nombre de la Directora de Tesis o Tutora: Dra. Yuliana Montero Solano

FIRMA ESTUDIANTE

Nota: El presente documento constituye una declaración jurada, cuyos alcances aseguran a la Universidad, que su contenido sea tomado como cierto. Su importancia radica en que permite abreviar procedimientos administrativos, y al mismo tiempo genera una responsabilidad legal para que quien declare contrario a la verdad de lo que manifiesta, puede como consecuencia, enfrentar un proceso penal por delito de perjurio, tipificado en el artículo 318 de nuestro Código Penal. Lo anterior implica que el estudiante se vea forzado a realizar su mayor esfuerzo para que no sólo incluya información veraz en la Licencia de Publicación, sino que también realice diligentemente la gestión de subir el documento correcto en la plataforma digital Kerwá.

Propósito de la investigación**Requisito de graduación**

Esta investigación se realiza como requisito de graduación para optar por el título de Especialidad en Psiquiatría del programa de posgrado en Especialidades Médicas de la UCR.

Iniciativa del investigador: Sí.

Prioridad sanitaria: No.

Que hacer de la institucional: No.

Información del investigador

Nombre completo:	Carolina Blanco Artola.
Número de cédula o pasaporte:	114490274.
Dirección de domicilio:	Cartago, La Unión, San Diego.
Teléfono domiciliario:	No aplica.
Teléfono celular:	88137361.
Correo electrónico:	caroblancoa25@gmail.com
Título profesional:	Residente de Psiquiatría.
Grado académico:	Licenciatura en Medicina y Cirugía.
Especialidad (si aplica): Incluya detalles completos de las calificaciones, grados académicos, títulos o experiencia previa relevante para la adecuada conducción del proyecto.	Residente de Psiquiatría.
Código profesional:	16171.
Institución(es) donde labora:	Caja Costarricense de Seguro Social.
Nombre(s) del (os) centro(s) asistencial(es) donde labora (si aplica):	Hospital Nacional de Salud Mental Manuel Antonio Chapuí y Torres.
Código de autorización como investigador CONIS:	No aplica.
Número de investigaciones activas:	Ninguna.

Revisión filológica

Alajuela, viernes 04 de julio del 2025

Señor
Carlos Araya Fonseca, Dr.
Director del Sistema de Estudios del Posgrado de Especialidades Médicas
Ciudad Universitaria Rodrigo Facio
Universidad de Costa Rica

Estimado señor director:

En calidad de filólogo, hago constar que la estudiante Carolina Blanco Artola, cédula de identidad 1-1449-0274, quien cursa la carrera de Especialista en psiquiatría General, me presentó el trabajo final de graduación titulado “*Manejo no farmacológico de los síntomas psicológicos y conductuales de las demencias*”, para la corrección de estilo y de vicios del lenguaje pasados al texto escrito.

Después efectuados los cambios y realizado recomendaciones, extendiendo el visto bueno a solicitud de la interesada.

Atentamente,



Alexander Hernández Aguilar
Filólogo, UCR
Título número inscripción 94-826
Teléfono 8836-9504

TABLA DE CONTENIDOS

Dedicatoria y agradecimientos	ii
Carta aprobación del posgrado	iii
Revisión filológica	vii
Resumen	xiii
Lista de cuadros.....	xv
Lista de abreviaturas	xvi
CAPÍTULO I: MARCO REFERENCIAL	1
1.1. Introducción.....	1
1.2. Planteamiento del problema.....	3
1.3. Pregunta de investigación	5
1.4. Objetivos	6
1.4.1. <i>Objetivo general</i>	6
1.4.2. <i>Objetivos específicos</i>	6
1.5. Justificación	6
CAPÍTULO II: MARCO METODOLÓGICO	10
2.1. Criterios de elegibilidad de los estudios	10
2.2. Estrategia de búsqueda	12
CAPÍTULO III: MARCO TEÓRICO	13
3.1. Demencia: Conceptualización general	13
3.1.1. <i>Definición de demencia</i>	13
3.1.2. <i>Diferencia entre deterioro cognitivo leve y demencia</i>	13
3.1.3. <i>Criterios diagnósticos del trastorno neurocognitivo mayor según DSM-5</i>	14

3.1.4.	<i>Clasificación y tipos más comunes de demencia</i>	15
3.1.5.	<i>Curso clínico y progresión</i>	16
3.2.	Prevalencia mundial y regional	18
3.2.1.	<i>Proyecciones futuras y envejecimiento poblacional</i>	19
3.2.2.	<i>Datos específicos en América Latina y Costa Rica</i>	19
3.3.	Síntomas psicológicos y conductuales de las demencias	20
3.3.1.	<i>Definición</i>	21
3.3.2.	<i>Fisiopatología</i>	22
3.3.2.1.	Factores biológicos	22
3.3.2.2.	Factores psicológicos	24
3.3.2.3.	Factores sociales	24
3.3.3.	<i>Prevalencia</i>	25
3.3.4.	<i>Etiología</i>	27
3.3.5.	<i>Evolución clínica</i>	27
3.3.6.	<i>Clasificación de los síntomas psicológicos y conductuales de la demencia</i>	28
3.3.6.1.	Síntomas psicológicos	28
3.3.6.1.1.	<i>Delirios</i>	28
3.3.6.1.2.	<i>Alucinaciones</i>	29
3.3.6.1.3.	<i>Identificación errónea</i>	29
3.3.6.1.4.	<i>Depresión</i>	30
3.3.6.1.5.	<i>Apatía</i>	30
3.3.6.1.6.	<i>Ansiedad</i>	30
3.3.6.2.	Síntomas conductuales	31
3.3.6.2.1.	<i>Deambulaci3n errática</i>	31
3.3.6.2.2.	<i>Agitaci3n y agresión</i>	31
3.3.6.2.3.	<i>Resistencia al cuidado</i>	32

3.3.6.2.4.	<i>Comportamiento sexual inapropiado</i>	32
3.3.6.2.5.	<i>Reacción catastrófica</i>	32
3.3.6.2.6.	<i>Síndrome del ocaso</i>	33
3.3.7.	<i>Factores precipitantes y moduladores</i>	33
3.3.8.	<i>Factores ambientales, del paciente y relacionados con el cuidador</i>	33
3.3.9.	<i>Comorbilidades médicas y polifarmacia</i>	35
3.3.10.	<i>Consecuencias de los síntomas psicológicos y conductuales de la demencia</i>	35
3.3.10.1.	Disminución de la calidad de vida.....	36
3.3.10.2.	Aumento del estrés del cuidador.....	36
3.3.10.3.	Institucionalización y costos para el sistema de salud.....	37
3.4.	<i>Intervenciones no farmacológicas en el manejo de los síntomas psicológicos y conductuales de la demencia</i>	37
3.4.1.	<i>Principios generales del abordaje no farmacológico</i>	38
3.4.2.	<i>Atención centrada en la persona</i>	41
3.4.3.	<i>Clasificación de los tratamientos no farmacológicos</i>	43
3.4.3.1.	Terapias cognitivas y de estimulación.....	43
3.4.3.1.1.	<i>Terapia de orientación a la realidad</i>	43
3.4.3.1.2.	<i>Terapia de reminiscencia</i>	45
3.4.3.1.3.	<i>Trabajo con historia de vida</i>	48
3.4.3.1.4.	<i>Terapia de estimulación cognitiva</i>	50
3.4.3.1.5.	<i>Rehabilitación cognitiva</i>	52
3.4.3.1.6.	<i>Terapia de validación</i>	55
3.4.3.2.	Terapias sensoriales.....	57
3.4.3.2.1.	<i>Musicoterapia y otras intervenciones musicales</i>	57
3.4.3.2.2.	<i>Aromaterapia</i>	60
3.4.3.2.3.	<i>Terapia de luz</i>	62

3.4.3.2.4.	<i>Masaje y terapias de contacto</i>	64
3.4.3.2.5.	<i>Terapia con muñecos</i>	66
3.4.3.2.6.	<i>Terapias simuladas y robóticas</i>	68
3.4.3.2.7.	<i>Terapia de Snoezelen</i>	71
3.4.3.3.	Terapias psicosociales	72
3.4.3.3.1.	<i>Actividades significativas</i>	72
3.4.3.3.2.	<i>Terapia asistida con animales</i>	74
3.4.3.3.3.	<i>Tecnología asistencial y teleasistencia</i>	76
3.4.3.3.4.	<i>Jardines terapéuticos</i>	78
3.4.3.4.	Actividades físicas y ocupacionales	80
3.4.3.4.1.	<i>Ejercicio físico</i>	80
CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN		82
5.1.	Terapias cognitivas y de estimulación	82
5.2.	Terapias sensoriales	84
5.3.	Terapias psicosociales	86
5.4.	Actividades físicas y ocupacionales	87
5.5.	Recomendaciones y niveles de evidencia según organismos internacionales	88
5.5.1.	<i>Guías clínicas canadienses</i>	88
5.5.2.	<i>Guías Clínicas de la Organización Mundial de la Salud</i>	88
5.5.3.	<i>Guías Clínicas de la Asociación Internacional de Geriatría</i>	89
5.5.4.	<i>Guías Clínicas de la Oficina Nacional de Demencia</i>	90
5.5.5.	<i>Guías Clínicas del Instituto Nacional para la Excelencia en Salud y Atención</i>	91
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES		92
Anexos		95

<i>Anexo 1. Tabla de recomendaciones y evidencia según Guías Clínicas Canadienses para la evaluación y el manejo de los síntomas psicológicos y conductuales de la demencia.....</i>	95
<i>Anexo 2. Tabla de recomendaciones y evidencia según Guías de la Organización Mundial de la Salud Clínicas para la evaluación y el manejo de los síntomas psicológicos y conductuales de la demencia.</i>	96
<i>Anexo 3. Tabla de recomendaciones según Guías Clínicas de la Asociación Internacional de Psicogeriatría</i>	98
<i>Anexo 4. Tabla de recomendaciones según Guías Clínicas de la Oficina Nacional de Demencia (O’Neil et al., 2011).....</i>	100
<i>Anexo 5. Tabla de recomendaciones según Guías Clínicas de la Oficina Nacional de Demencia (Abraha et al., 2017).....</i>	102
<i>Anexo 6. Tabla de recomendaciones según Guías Clínicas de la Oficina Nacional de Demencia para diferentes dominios de SPCD</i>	105
Referencias bibliográficas	108

Resumen

Los tratamientos no farmacológicos a nivel general en el sector salud no poseen la misma aceptación que los tratamientos tradicionales basados en métodos y estrategias donde prevalece el uso de fármacos. El área de psiquiatría no es la excepción, por lo que la presente investigación busca documentar alternativas que se han puesto a prueba en diferentes contextos a nivel mundial, específicamente para tratar la enfermedad de la demencia.

Primero, se plantean conceptos generales de la demencia, tales como la definición, criterios diagnósticos según el DSM-5, etapas y manifestaciones clínicas, así como datos estadísticos a nivel mundial y regional. Seguidamente, se aborda un planteamiento de los síntomas psicológicos y conductuales de la demencia, esto con el fin de contextualizar la enfermedad como tal y su impacto en la persona enferma y su entorno.

Una vez desarrollados estos aspectos vinculados a la demencia, se plantea el desarrollo de los contenidos ligados directamente al objetivo general de esta investigación el cual es examinar las estrategias no farmacológicas disponibles para el manejo de los síntomas psicológicos y conductuales en pacientes con demencia, esto mediante la revisión bibliográfica disponible referente al tema tratado.

La investigación ofrece un recurso de valor para las personas que están involucradas en el cuidado y trato de las personas con demencia, desde profesionales de salud hasta cuidadores y voluntarios. Particularmente se presenta una discusión que muestra las evidencias y recomendaciones según los principales organismos internacionales, incluyendo una comparación donde se resaltan las terapias con mayores beneficios y evidencias.

Abstract

Non-pharmacological treatments in the healthcare sector are not as widely accepted as traditional treatments based on methods and strategies where the use of drugs is prevalent. The field of psychiatry is no exception, and this research seeks to document alternatives that have been tested in different contexts worldwide, specifically for the treatment of dementia.

First, general concepts of dementia are presented, such as its definition, diagnostic criteria according to the DSM-5, stages and clinical manifestations, as well as global and regional statistical data. The psychological and behavioral symptoms of dementia are then discussed, to contextualize the disease itself and its impact on the patient and their environment. Once these aspects related to dementia have been developed, the content directly linked to the overall objective of this research is discussed. This is to examine non-pharmacological strategies available for managing psychological and behavioral symptoms in patients with dementia, based on a review of the available literature on the topic.

This research offers a valuable resource for those involved in the care and treatment of people with dementia, from healthcare professionals to caregivers and volunteers. A discussion is presented showing the evidence and recommendations from leading international organizations, including a comparison highlighting the therapies with the greatest benefits and evidence.

Lista de cuadros

Tabla 1. <i>Estrategia PICO. Estructura utilizada para la formulación de la pregunta de investigación según la estrategia PICO (Población, Intervención, Control y Resultado)</i>	5
Tabla 2. <i>Criterios de inclusión y exclusión</i>	11
Tabla 3. <i>Términos de búsqueda</i>	12
Tabla 4. <i>Clasificación de los tipos más frecuentes de demencia según características neuropatológicas, síntomas y edad de diagnóstico</i>	15
Tabla 5. <i>Etapas clínicas de la demencia: Manifestaciones clínicas e impacto progresivo en funciones</i>	17
Tabla 6. <i>Prevalencia de síntomas neuropsiquiátricos en pacientes con demencia en residencias de ancianos (%)</i>	26
Tabla 7. <i>Síntomas según el estadio de la demencia</i>	27
Tabla 8. <i>Factores precipitantes de los síntomas psicológicos y conductuales de la demencia</i>	34
Tabla 9. <i>Clasificación del abordaje no farmacológico de los síntomas psicológicos y conductuales en intervenciones directas e indirectas</i>	40
Tabla 10. <i>Elementos esenciales de la atención centrada en la persona</i>	42
Tabla 11. <i>Recomendaciones y beneficios de la terapia de orientación a la realidad en personas con demencia</i>	45
Tabla 12. <i>Modalidades terapéuticas de la musicoterapia en el abordaje no farmacológico de la demencia.</i>	58
Tabla 13. <i>Beneficios terapéuticos de los aceites esenciales utilizados en aromaterapia para personas con demencia</i>	61

Lista de abreviaturas

AA: Asociación de Alzheimer.

AAA: Actividades asistidas con animales.

AAN: Academia Americana de Neurología.

AAPG: Asociación Americana de Psiquiatría Geriátrica.

ACP: Atención centrada en la persona.

AIP: Asociación Internacional de Psicogeriatría.

AVD: Actividades de la vida diaria.

BPSD: Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia.

CAGP: Canadian Academy of Geriatric Psychiatry.

DCL: Deterioro cognitivo leve.

DeSH: Descriptores en ciencias de la salud.

DICE: Describir, investigar, crear y evaluar.

DSM-5: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Quinta Edición.

IPA: International Psychogeriatric Association.

iTEC: Terapia de estimulación cognitiva individual.

MeSH: Medical Subject Headings.

NDO: National Dementia Office.

NDQ: Núcleo supraquiasmático.

NICE: National Institute for Health and Care Excellence.

NIH: National Institute of Aging.

NITE-AD: Intervención de tratamiento y educación sobre el insomnio nocturno en la enfermedad de Alzheimer.

NSC: Silla Nordic Sensi®.

NSCD: Non-Cognitive Symptoms of Dementia.

OIN: Organización Internacional de Normalización.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

OR: Orientación a la realidad.

PICO: Población, intervención, control y resultado.

RC: Rehabilitación cognitiva.

RMH: Rehabilitación de la memoria en el hogar.

SAG: Sociedad Americana de Geriátrica.

SPCD: Síntomas psicológicos y conductuales de la demencia.

TA: Tecnología asistencial o teleasistencia.

TAIs: Tecnologías Asistidas Inteligentes.

TAA: Terapia asistida con animales.

TEC: Terapia de estimulación cognitiva.

THV: Trabajo con historia de vida.

TL: Terapia de luz.

TR: Terapia de reminiscencia.

TV: Terapia de validación.

WHO: World Health Organization.

CAPÍTULO I: MARCO REFERENCIAL

1.1. Introducción

La demencia es una afección neurodegenerativa cuya prevalencia ha ido en aumento a medida que la población envejece. Su manifestación principal es un deterioro progresivo de las funciones cognitivas, lo que repercute en la autonomía y calidad de vida de quienes la padecen (1).

A lo largo de su evolución, las dificultades para comunicarse y expresar necesidades se vuelven más evidentes, y cuando estas no son atendidas de manera adecuada, pueden surgir alteraciones conductuales y síntomas psicológicos que representan un reto significativo tanto para los pacientes como para los cuidadores (1).

En la misma línea, se estima que para el año 2050 la población mundial que estará por encima de los 60 años va a ser de 2 mil millones de personas. Para el 2011 el número de personas con demencia era de 35,6 millones, estimaciones y estudios epidemiológicos indican que este número crecerá alarmantemente. Se estima que cada 20 años esta cifra se duplicará, de 65,7 millones en el año 2030 a 115,4 millones en 2050 (2).

En este contexto, la enfermedad de Alzheimer, la demencia vascular, la demencia con cuerpos de Lewy y la demencia frontotemporal son las patologías más comunes. Datos actuales señalan que la enfermedad de Alzheimer representa el 60% de los casos de demencia y la demencia vascular 20%. Los costos generados por la atención de la demencia se estiman en alrededor de 1 trillón de dólares anuales y se pronostica que sea el doble para el año 2030 (3).

Por otro lado, entre los años 1990 y 2016 la prevalencia de la demencia mostró una tendencia estable, pero debido al incremento y envejecimiento de la población mencionado anteriormente, el número de personas con demencia se ha duplicado. Especialmente en países de ingresos bajos y medios donde viven dos tercios de las personas que padecen de demencia (4). Como consecuencia, abordar esta cifra requiere entrenar a los profesionales de la salud, así como planear la construcción de instalaciones para atender a este tipo de población (5).

Así mismo, Latinoamérica no escapa del patrón de crecimiento y envejecimiento poblacional, para el año 2030 el aumento de la enfermedad será mayor en países en desarrollo. El crecimiento estimado para la región latinoamericana es cercano al 500%, una cifra que superará otras regiones en el mundo (6).

En el entorno domiciliario, los cuidadores y familiares enfrentan múltiples tareas que evolucionan a lo largo del curso de la enfermedad. Generalmente, el nivel de apoyo aumenta a medida que la demencia avanza, comenzando con asistencia en actividades instrumentales de la vida diaria (tareas del hogar, gestión financiera y actividades sociales) hasta progresar a la asistencia en actividades básicas de la vida diaria tales como el cuidado personal y, eventualmente, una supervisión casi constante del paciente (2).

Cabe destacar, que la magnitud de las necesidades y los tipos de cuidados requeridos, así como su evolución en el tiempo, dependen de diversos factores, tales como el perfil clínico, la presencia de comorbilidades físicas y psicológicas, las costumbres, los hábitos, la personalidad premórbida y las relaciones significativas (2).

Por lo tanto, cuidar a una persona con demencia es una tarea exigente que demanda tiempo, energía y, en muchas ocasiones, esfuerzo físico. Dado que la enfermedad progresa

lentamente, los familiares suelen brindar atención durante años, enfrentando altos niveles de estrés prolongado. Adicionalmente, la fatiga crónica asociada con largos periodos de cuidado sin descanso agrava aún más estos efectos (2).

Finalmente, en etapas avanzadas de la demencia, los cuidadores suelen requerir asistencia profesional, especialmente cuando el cuidado implica un esfuerzo físico significativo y el impacto emocional hace necesario el respiro del cuidador para que pueda continuar con su labor el mayor tiempo posible (2).

1.2. Planteamiento del problema

Los síntomas psicológicos y conductuales de la demencia (SPCD) constituyen un desafío en la atención de esta enfermedad, generando consecuencias emocionales en el paciente, cuidadores y personal de salud involucrado. La evidencia muestra que los SPCD suelen ser frecuentes y se manifiestan en las diferentes etapas del curso y evolución de la enfermedad (7).

Los SPCD se componen de una serie de comportamientos y síntomas neuropsiquiátricos que incluyen alteraciones en el patrón ciclo sueño vigilia, alteraciones en el estado de ánimo, delirios, alucinaciones, ansiedad, actividad motora aberrante, disforia, apatía, depresión y agitación. Estos síntomas son usuales entre quienes desarrollan la enfermedad y comienzan a aparecer de forma progresiva durante el curso de la patología (1).

Cabe destacar, que la presencia de SPCD se ha relacionado con una mayor pérdida de funcionalidad y un impacto significativo en la salud, ya que reduce la calidad de vida, aumenta la carga del cuidador y eleva los costos asociados al cuidado de la demencia. Además, se ha informado que la progresión de los síntomas es una de las principales razones

por las que una persona con demencia requiere ingreso a un centro de atención residencial (1).

Las intervenciones farmacológicas para el tratamiento y manejo de los SPCD tienen una eficacia limitada en muchos casos y con frecuencia, presentan efectos secundarios sustanciales y perjudiciales (7). Por lo tanto, las intervenciones no farmacológicas se recomiendan como tratamiento de primera línea (1).

Es importante mencionar que la hospitalización está asociada a consecuencias adversas no intencionadas, como angustia, deterioro funcional, cognitivo y altos costos económicos. Específicamente, las personas con demencia tienen entre 1,4 y 4 veces más ingresos hospitalarios en comparación a otros pacientes con enfermedades similares (4).

En la misma línea, la demencia va más allá del deterioro cognitivo, también conlleva una pérdida progresiva de la funcionalidad, conforme avanza la enferma surgen dificultades cognitivas, clínicas y físicas siguiendo un patrón de deterioro característico (8).

Por tal razón, es fundamental realizar ajustes en el estilo de vida, adaptándose a las necesidades conforme evoluciona la enfermedad. Los profesionales de la salud deben contar con el conocimiento para evaluar el desempeño funcional ya que estos datos son claves para conocer el estado de salud y ofrecer una atención individualizada. Así mismo, es útil para implementar estrategias personalizadas que busquen mejorar y preservar las funciones ejecutivas y las actividades básicas de la vida diaria (8).

1.3. Pregunta de investigación

¿Cuáles son las intervenciones no farmacológicas más efectivas para el manejo de los síntomas psicológicos y conductuales en pacientes con demencia, según lo analizado en la literatura disponible?

A continuación, se presenta la Tabla 1 donde se describen los componentes de la pregunta de investigación:

Tabla 1.

Estrategia PICO. Estructura utilizada para la formulación de la pregunta de investigación según la estrategia PICO (Población, Intervención, Control y Resultado)

Elemento	Elemento en la pregunta de investigación
Población de interés	Personas con demencia que presentan síntomas psicológicos y conductuales.
Intervención	Tratamientos e intervenciones no farmacológicas (terapia de orientación a la realidad, terapia de reminiscencia, trabajo con historia de vida, terapia de estimulación cognitiva, rehabilitación cognitiva, terapia de validación, musicoterapia, aromaterapia, terapia de luz, masaje y terapias de contacto, terapia con muñecos, terapias simuladas y robóticas, terapia de Snoezelen, actividades significativas, terapia asistida con animales, tecnología asistencial y teleasistencia, jardines terapéuticos y ejercicio físico).
Control	Tratamientos farmacológicos o ausencia de intervención no farmacológica.
Resultados (outcomes)	Reducción de los SPCD y mejora de la calidad de vida del paciente.

Fuente: elaboración propia, 2025

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo general

Examinar las estrategias no farmacológicas disponibles para el manejo de los síntomas psicológicos y conductuales en pacientes con demencia, a partir de una revisión bibliográfica según lo analizado en la literatura disponible.

1.4.2. Objetivos específicos

1. Identificar los principales síntomas psicológicos y conductuales asociados a las demencias.
2. Describir los tipos de intervenciones no farmacológicas empleadas en el manejo de SPCD.
3. Establecer recomendaciones para la implementación clínica de tratamientos no farmacológicos que mejoren la calidad de vida del paciente.

1.5. Justificación

A lo largo del curso de la demencia, la enfermedad atraviesa diferentes etapas, cada una con características y síntomas propios. Los síntomas psicológicos y conductuales de la demencia (SPCD) suelen ser menos frecuentes en fases iniciales y terminales, siendo más común que se presenten durante la etapa moderada. Es importante considerar las particularidades de los síntomas en cada fase para que sea abordado con una estrategia adecuada acorde al nivel de deterioro. La manifestación de los síntomas es un tema individualizado, ya que no solo responde al grado de degeneración neuronal sino que se ven involucrados múltiples factores característicos de cada paciente (9).

Síntomas como la pasividad y la apatía tienden a comportarse de forma progresiva y lineal acorde al avance de la enfermedad, por otro lado, síntomas como la deambulación errática, comportamientos verbales disruptivos, agitación, conductas agresivas, síntomas depresivos y alucinaciones alcanzan una mayor incidencia en la etapa moderada del deterioro cognitivo con una tendencia a disminuir en etapas terminales, lo que está directamente relacionado con la disminución de la capacidad comunicativa y motora del paciente (10).

En la fase avanzada de la enfermedad se presenta un deterioro cognitivo severo, donde hay pérdida del lenguaje y una dependencia total con respecto a la alimentación, movilidad, aseo y continencia del paciente. Hay síntomas y complicaciones físicas como la inmovilidad ligada a úlceras y la disfagia, lo que representa riesgos a la salud como infecciones. Además, se dan alteraciones en la conducta y a nivel psicológico, mayor agitación, resistencia al cuidado, incomodidad, apatía extrema o mutismo.

Dentro de la complejidad de la demencia, existe una serie de síntomas emocionales, funcionales y conductuales que no pueden ser tratados con fármacos, ya que estos pueden empeorar los síntomas con el uso de medicación. Esta sintomatología debe abordarse con enfoques ambientales, psicosociales y de cuidado centrado en el paciente como persona.

El uso prolongado de psicofármacos tiende a reducir su efectividad con el tiempo, lo cual puede estar relacionado con efectos adversos, comorbilidades frecuentes, pobre adherencia al tratamiento e interacciones generadas por polifarmacia. Además, a medida que la enfermedad progresa, los cambios en los circuitos neuroquímicos pueden limitar la respuesta del organismo a las intervenciones farmacológicas (11).

Debido a esto, la implementación de tratamientos no farmacológicos es una necesidad primordial para mejorar la calidad de vida de los pacientes con demencia. Buscar grupos de apoyo es una alternativa de gran ayuda, aquí se trabaja en conjunto para entender la enfermedad, aprender de la misma, reducir la carga, el estrés y mejorar la interacción con el paciente.

Dentro de los tratamientos alternativos se encuentran la terapia de orientación a la realidad, terapia de reminiscencia, trabajo con historia de vida, terapia de estimulación cognitiva, rehabilitación cognitiva, terapia de validación, musicoterapia, aromaterapia, terapia de luz, masaje y terapias de contacto, terapia con muñecos, terapias simuladas y robóticas, terapia de Snoezelen, actividades significativas, terapia asistida con animales, tecnología asistencial y teleasistencia, jardines terapéuticos y ejercicio físico, toda esta gama representa parte de los enfoques no tradicionales disponibles para el manejo de la enfermedad.

Todos estos tratamientos constituyen el complemento perfecto a los enfoques médicos tradicionales, los tratamientos alternativos aportan una mejora significativa en la vida del paciente y sus allegados, ya que alivian la carga de los cuidadores y estimulan al paciente. Siempre se recomienda que las terapias sean individualizadas y personalizadas para poder maximizar los beneficios de estas.

Existen entes globales, como la Organización Mundial de la Salud (OMS), Asociación de Alzheimer (AA), Asociación Internacional de Psicogeriatría (AIP), así como varias guías clínicas, como la Non-Cognitive Symptoms of Dementia (NSCD), Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD), Canadian Clinical Practice Guidelines for Assessing and Managing Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia entre

muchas otras, que respaldan y validan el uso de terapias de tipo no farmacológico para el tratamiento integral del manejo de la demencia. Es muy relevante respaldarse de estas guías, ya que sus estudios han probado la eficacia y seguridad de su contribución con el tratamiento de la demencia debido a que garantizan un abordaje ético y efectivo.

Es fundamental ampliar la evidencia científica de este tema a través del análisis y revisión de la literatura académica y el conocimiento científico. A través de ello, se puede consolidar el conocimiento al exponer y actualizar la comprensión de las intervenciones de tipo no farmacológico para tratar la demencia, con el propósito de integrar el conocimiento existente evidenciando todos los hallazgos que se ofrezcan gracias a una visión integral del uso de las terapias alternativas en el avance, diagnóstico y tratamiento de la demencia.

CAPÍTULO II: MARCO METODOLÓGICO

Este estudio se basa en una revisión bibliográfica con el objetivo de analizar las recomendaciones para el manejo no farmacológico de los síntomas psicológicos y conductuales (SPCD) en personas con demencia, según guías clínicas y evidencia internacional. La búsqueda de la información se realizó en bases de datos científicas reconocidas, utilizando descriptores MeSH (Medical Subject Headings) para optimizar la selección de estudios relevantes. Los términos empleados incluyeron "*Dementia*", "*Behavioral Symptoms*", "*Psychological Symptoms*", "*Non-Pharmacological Treatment*" y "*Clinical Practice Guidelines*", asegurando que los artículos recuperados estaban directamente relacionados con el tema de investigación.

Para la recolección de información, se consultaron bases de datos científicas como PubMed, Scopus, Elsevier, ClinicalKey, Cochrane Library y SciELO, seleccionando artículos revisados por pares y guías clínicas. Se aplicaron estrategias de búsqueda (Tabla 3) combinando los descriptores MeSH mediante operadores booleanos (como "*Dementia*" AND "*Behavioral Symptoms*"), ("*Non-Pharmacological Treatment*" OR "*Psychological Symptoms*"), con el fin de delimitar los resultados a estudios relevantes. Además, se establecieron filtros específicos, considerando artículos en español e inglés, estudios en humanos y acceso a texto completo, para garantizar la calidad y aplicabilidad de la información recopilada.

2.1. Criterios de elegibilidad de los estudios

Los criterios descritos en la Tabla 2, con respecto a los criterios inclusión y exclusión, abarcaron estudios que analizaron los síntomas psicológicos y conductuales de la demencia,

intervenciones no farmacológicas para el tratamiento de SPCD en personas con demencia y comparaciones entre guías clínicas internacionales. Se excluyeron investigaciones que no estaban relacionadas con el tratamiento no farmacológico de las demencias y publicaciones en revistas sin factor de impacto. Asimismo, se descartaron estudios de casos individuales y revisiones narrativas sin respaldo en ensayos clínicos o revisiones sistemáticas.

Tabla 2.

Crterios de inclusión y exclusión

Crterios de inclusión	Crterios de exclusión
Ensayos clínicos, revisiones sistemáticas, metaanálisis y estudios observacionales que analicen la efectividad, seguridad y accesibilidad de intervenciones no farmacológicas para SPCD. Incluye también recomendaciones de organismos internacionales reconocidos (OMS, NICE, IPA, NDO, CAGP).	Estudios de casos individuales, editoriales, cartas al editor, opiniones de expertos sin respaldo empírico y revisiones narrativas sin metodología sistemática.
Personas diagnosticadas con algún tipo de demencia, en cualquier etapa de la enfermedad, atendidas en entornos clínicos, comunitarios o institucionales.	Estudios que no incluyan personas con diagnóstico clínic de demencia o que analicen exclusivamente modelos animales o investigaciones in vitro.
Publicaciones en inglés o español.	Metodología poco clara que dificulte la interpretación de los resultados.
Estudios con metodología clara, que incluyan descripción detallada de la población, intervención, comparador y resultados.	Estudios publicados antes de los últimos 15 años, salvo excepciones justificadas por su relevancia histórica en el desarrollo de intervenciones no farmacológicas en demencia.
Estudios de acceso libre o con disponibilidad de texto completo.	

Fuente: elaboración propia, 2025

2.2. Estrategia de búsqueda

Tabla 3.

Términos de búsqueda

Términos de búsqueda (MeSH)	Términos de búsqueda (DeCS)
Dementia	Demencia
Behavioral Symptoms	Síntomas conductuales
Psychological Symptoms	Síntomas psicológicos
Non-Pharmacological Treatment	Tratamiento no farmacológico
Clinical Practice Guidelines	Guías clínicas
Health Systems	Sistemas de salud
Caregivers	Cuidadores
Activities of Daily Living	Actividades de la vida diaria
Cognitive Stimulation Therapy	Terapia de estimulación cognitiva
Music Therapy, Aromatherapy, Reminiscence Therapy	Musicoterapia, Aromaterapia, Terapia de reminiscencia

Fuente: elaboración propia, 2025

CAPÍTULO III: MARCO TEÓRICO

3.1. Demencia: Conceptualización general

En esta sección se presentan los conceptos generales relacionados con el tema de la demencia, tales como la definición, diferencia entre deterioro cognitivo leve y demencia, criterios diagnósticos según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Quinta Edición (DSM-5), clasificación y tipos más comunes de demencia, prevalencia mundial y regional, proyecciones futuras y envejecimiento poblacional, datos específicos en América Latina y Costa Rica y, finalmente, el curso clínico y la progresión de la enfermedad.

3.1.1. Definición de demencia

La demencia es un síndrome que puede deberse a una serie de enfermedades que, con el tiempo, destruyen las células nerviosas y dañan el cerebro, lo que generalmente conduce al deterioro de las funciones cognitivas, es decir, la capacidad para procesar el pensamiento más allá de lo que podría considerarse una consecuencia habitual del envejecimiento biológico. Si bien la conciencia no se ve afectada, el deterioro de las funciones cognitivas suele ir acompañado, y en ocasiones precedido, por cambios en el estado de ánimo, el control emocional, el comportamiento y la motivación (12).

3.1.2. Diferencia entre deterioro cognitivo leve y demencia

El deterioro cognitivo leve (DCL) se entiende como un síndrome en el que se presenta un déficit cognitivo mayor al esperado para la edad y nivel cultural de la persona, sin que esto interfiera en el desempeño de las actividades de la vida diaria ni se cumplan criterios para el diagnóstico de demencia. En esta condición, la alteración de la memoria suele ser la

manifestación principal, mientras que el resto de las funciones mentales superiores pueden estar preservadas. A diferencia de la demencia, en el DCL la autonomía funcional se mantiene, permitiendo que las personas continúen realizando sus actividades cotidianas de forma independiente. Por su parte, en la demencia, el compromiso cognitivo se asocia a una pérdida progresiva de la funcionalidad, afectando de manera relevante la vida diaria. En un principio, el DCL fue considerado como una etapa previa a la enfermedad de Alzheimer; sin embargo, investigaciones posteriores evidenciaron que no todos los casos evolucionan hacia esta patología (13).

3.1.3. Criterios diagnósticos del trastorno neurocognitivo mayor según DSM-5

A) Evidencia de un declive cognitivo significativo comparado con el nivel previo de rendimiento en uno o más dominios cognitivos (atención compleja, función ejecutiva, aprendizaje y memoria, lenguaje, habilidad perceptual motora o cognición social) basadas en:

1. Preocupación en el propio individuo, en un informante que le conoce o en el clínico, porque existe un declive significativo en una función cognitiva.
2. Un deterioro sustancial del rendimiento cognitivo, preferentemente documentado por un test neuropsicológico estandarizado o, en su defecto, por otra evaluación clínica cuantitativa.

B) Los déficits cognitivos interfieren con la autonomía del individuo en las actividades cotidianas (es decir, por lo menos necesita asistencia con las actividades

instrumentales complejas de la vida diaria, como pagar facturas o cumplir los tratamientos).

C) Los déficits cognitivos no ocurren exclusivamente en el contexto de un delirium.

D) Los déficits cognitivos no se explican mejor por otro trastorno mental (por ejemplo, trastorno depresivo mayor, esquizofrenia) (14).

3.1.4. Clasificación y tipos más comunes de demencia

La Tabla 4 presenta una clasificación de los tipos más comunes de demencia, basada en sus características neuropatológicas, manifestaciones clínicas predominantes y edad típica de aparición.

Tabla 4.

Clasificación de los tipos más frecuentes de demencia según características neuropatológicas, síntomas y edad de diagnóstico

Tipo de demencia	¿Qué ocurre en el cerebro?	Síntomas principales	Edad típica de diagnóstico
Enfermedad de Alzheimer	Depósitos anormales de proteínas forman placas amiloides y ovillos de tau en todo el cerebro.	Leve: deambular y perderse, repetir preguntas. Moderado: dificultad para reconocer amigos y familiares, conducta impulsiva. Grave: incapacidad para comunicarse.	A partir de mediados de los 60 años (algunos casos entre 30 y 60 años).

Tipo de demencia	¿Qué ocurre en el cerebro?	Síntomas principales	Edad típica de diagnóstico
Demencia frontotemporal	Acumulación anormal de tau y TDP-43 en las neuronas de los lóbulos frontal y temporal.	Conductuales y emocionales: dificultad para planificar, conductas impulsivas, aplanamiento emocional o emociones excesivas. Movimiento: temblores, problemas de equilibrio y marcha. Lenguaje: dificultad para producir o comprender el habla.	Entre los 45 y 64 años.
Demencia con cuerpos de Lewy	Depósitos anormales de alfa-sinucleína ("cuerpos de Lewy") afectan a los mensajeros químicos cerebrales.	Cognitivo: dificultad para concentrarse o ideas desorganizadas. Movimiento: rigidez muscular, pérdida de coordinación o reducción de expresión facial. Sueño: insomnio y somnolencia diurna. Alucinaciones visuales.	A partir de los 50 años.
Demencia vascular	Condiciones, como coágulos sanguíneos, interrumpen el flujo de sangre en el cerebro.	Olvidar eventos, perder objetos, dificultad para seguir instrucciones o aprender información nueva, alucinaciones, delirios y juicio deficiente.	Mayores de 65 años.

Fuente: elaboración propia basado en autor NIH (15)

3.1.5. Curso clínico y progresión

En la Tabla 5, se presentan las etapas clínicas de la demencia, describiendo las manifestaciones clínicas características de cada fase, así como el impacto progresivo en las funciones cognitivas, motoras y emocionales del paciente.

Tabla 5.

Etapas clínicas de la demencia: Manifestaciones clínicas e impacto progresivo en funciones

Etapa	Aspecto	Descripción
Inicial	Manifestaciones clínicas	<ul style="list-style-type: none"> • Presentan olvidos frecuentes, especialmente de hechos recientes. • Tienen problemas para tomar decisiones y gestionar sus finanzas personales. • Pueden tener dificultades en la comunicación, como problemas para encontrar las palabras adecuadas. • Se desorientan en lugares que anteriormente les eran familiares.
	Impacto progresivo en funciones	<ul style="list-style-type: none"> • Pierden la noción del tiempo, incluyendo la hora del día, el mes, el año o la estación. • Encuentran dificultades para realizar tareas domésticas complejas. • Estado de ánimo y comportamiento: <ul style="list-style-type: none"> - Pueden mostrarse menos activos o motivados y perder el interés por actividades y pasatiempos. - Pueden presentar cambios de humor, incluyendo síntomas de depresión o ansiedad. - Pueden reaccionar de manera inusualmente irritable o agresiva en ciertas ocasiones.
Intermedia	Manifestaciones clínicas	<ul style="list-style-type: none"> • Presentan olvidos severos, especialmente relacionados con eventos recientes y nombres de personas. • Los cambios conductuales pueden incluir deambulación, preguntas repetitivas, gritos, apego excesivo, alteraciones del sueño y alucinaciones (ver o escuchar cosas que no existen). • Las dificultades de comunicación aumentan, tanto para hablar como para comprender el lenguaje.
	Impacto progresivo en funciones	<ul style="list-style-type: none"> • Necesitan ayuda para realizar el cuidado personal (como ir al baño, bañarse, vestirse). • No son capaces de preparar alimentos, cocinar, limpiar o hacer compras por su cuenta. • No pueden vivir de forma segura solos sin un apoyo considerable.

Avanzada	Manifestaciones clínicas	<ul style="list-style-type: none"> • Tienen dificultades para comprender el tiempo, la fecha, el lugar y los eventos; pueden desorientarse incluso dentro del hogar. • Pueden presentar comportamientos inapropiados tanto en casa como en espacios públicos (como desinhibición o agresividad).
	Impacto progresivo en funciones	<ul style="list-style-type: none"> • Por lo general, no son conscientes del tiempo ni del lugar. • No reconocen a sus familiares, amigos ni objetos conocidos. • Presentan dificultades para comprender lo que ocurre a su alrededor. • Los cambios de comportamiento pueden intensificarse e incluir agresividad hacia el cuidador, así como agitación no verbal (patadas, golpes, gritos o gemidos). <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • No pueden alimentarse por sí mismos y pueden presentar dificultad para tragar. • Requieren asistencia creciente para el autocuidado (baño, higiene personal, uso del inodoro). • Pueden sufrir incontinencia urinaria y fecal. • Se presenta una disminución significativa de la movilidad; pueden dejar de caminar y depender de una silla de ruedas o estar postrados en cama. • No logran orientarse ni siquiera dentro de su propia vivienda.

Fuente: elaboración propia basada en autor WHO (2).

3.2. Prevalencia mundial y regional

En 2010, la OMS estimaba un aproximado de 7,7 millones de nuevos casos anuales en todo el mundo, lo que implica un nuevo caso cada 4,1 segundos. De estos, el 46% ocurría en Asia, el 31% en Europa, el 16% en América y el 7% en África. El pico de incidencia varía por región: en Europa y América, entre los 80 y 89 años; en Asia, entre los 75 y 84; y en África, entre los 70 y 79. La relación entre prevalencia e incidencia en 2010 sugería una

supervivencia promedio de 4,6 años desde el inicio del trastorno hasta el fallecimiento del paciente (16).

3.2.1. Proyecciones futuras y envejecimiento poblacional

La Comisión Lancet ha señalado que, aunque entre 1990 y 2016 la prevalencia de la demencia se mantuvo relativamente constante, el número de personas afectadas ha aumentado significativamente como consecuencia del envejecimiento poblacional (4).

Para el año 2015 se estimaban 47,47 millones de personas viviendo con demencia a nivel mundial y se proyecta que esta cifra aumente a 75,63 millones en 2030 y a 135,46 millones en 2050. Estas estimaciones son más altas que las reportadas en 2009, debido a que investigaciones más recientes revelaron una mayor prevalencia en regiones como China y África subsahariana. El principal factor de este crecimiento es el envejecimiento acelerado de la población, especialmente en países de ingresos medios y bajos. Entre 2015 y 2050, se espera que el número de personas con demencia se duplique en Europa, un poco más del doble en América del Norte, se triplique en Asia y se cuadriplique en América Latina y África. Actualmente, solo el 37% de los casos se concentra en países de ingresos altos, mientras que el 63% restante reside en regiones con menos recursos (16).

3.2.2. Datos específicos en América Latina y Costa Rica

En la región correspondiente a América Latina y el Caribe, se estima que actualmente 4,7 millones de personas sufre de demencia, con proyecciones aproximadas de 8,4 millones para 2030 y 18,2 millones para el año 2050. El porcentaje de personas mayores de 60 años que tienen esta enfermedad ronda entre 6,2 y 6,5%, y la cantidad de nuevos casos se estima en

511.582 por año, asociándose a menor supervivencia comparado con países desarrollados. La demencia es la principal causa de discapacidad y dependencia en esta población, generando sobrecarga económica y estrés en los cuidadores, aunque sin recibir la prioridad de otras enfermedades crónicas (17).

La demencia constituye un problema creciente de salud pública a nivel mundial y Costa Rica no es la excepción. El primer estudio epidemiológico formal realizado en el país documentó 1092 casos de demencia en población mayor de 60 años, proporcionando un panorama inicial sobre su comportamiento en el ámbito nacional. La enfermedad de Alzheimer fue la causa más frecuente, representando el 42,9% de los diagnósticos; seguida de la demencia vascular, con 28,5%; y las formas mixtas como el tercer grupo en prevalencia. Además, se registró una baja proporción de demencia con cuerpos de Lewy (1,1%). Se identificó un mayor número de casos en mujeres y un retraso promedio de 3,2 años entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico clínico. La presencia de factores de riesgo cardiovascular fue muy alta, alcanzando el 95,7% de los pacientes, siendo la hipertensión arterial la más común (18).

Respecto de la gravedad, el 45,2% de los casos correspondió a formas leves, aunque las alteraciones neuroconductuales estuvieron presentes en el 90% de los afectados. Estos hallazgos son consistentes con los reportes de otros países latinoamericanos, aunque el estudio presenta la limitación de no incluir casos de demencia de inicio temprano, los cuales son atendidos en otros servicios especializados (18).

3.3. Síntomas psicológicos y conductuales de las demencias

En esta etapa de la investigación se abordará la definición, fisiopatología, prevalencia, etiología, evolución clínica, clasificación de los síntomas psicológicos y conductuales de la

demencia, factores precipitantes y moduladores, factores ambientales del paciente y relacionados con el cuidador, comorbilidades médicas y polifarmacia y, finalmente, aspectos importantes vinculados a la enfermedad.

3.3.1. Definición

Los síntomas psicológicos y conductuales de la demencia (SPCD) son un conjunto de manifestaciones no cognitivas que aparecen con frecuencia en personas con demencia a lo largo de la evolución de la enfermedad. La International Psychogeriatric Association (IPA) los define como “síntomas de alteración de la percepción, del contenido del pensamiento, el estado de ánimo o la conducta, que a menudo se presentan en pacientes con demencia” (19).

Entre los más comunes se encuentran la ansiedad, agitación, depresión, apatía, agresividad, disforia, trastorno del sueño, psicosis que incluye delirios y alucinaciones, desinhibición y actividad motora aberrante (1). Estos no solo alteran el estado emocional y funcional del paciente, sino que también representan una fuente de sufrimiento para los cuidadores y una causa frecuente de internamiento en instituciones de cuidado (7).

Los SPCD se clasifican en síntomas psicológicos y síntomas conductuales. Los psicológicos son difíciles de identificar y se examinan por medio de la entrevista con el paciente y el cuidador, mientras que los conductuales, se observan directamente de la conducta del paciente. Ambos pueden presentarse de forma aislada o combinada y suelen asociarse al avance progresivo de la enfermedad (20).

3.3.2. Fisiopatología

La demencia presenta síntomas psicológicos y conductuales cuando varios factores convergen en un organismo con predisposición biológica, estos factores son de naturaleza biológica, psicológica y social. Al existir esta diversidad de variables se requiere un abordaje multidisciplinario.

3.3.2.1. Factores biológicos

Existen tres modelos que están implicados en la neurobiología de los SPCD. El primer modelo corresponde al circuito frontal-subcortical, el cual se compone del circuito dorsolateral prefrontal (relacionado con las funciones ejecutivas), el circuito orbitofrontal (relacionado con el comportamiento social) y el circuito cíngulo anterior (relacionado con estados motivacionales). Cada uno de estos circuitos está relacionado con una región frontal, una estructura subcortical y una conexión talámica; anomalías en estos circuitos se asocian con síntomas conductuales y emocionales, como la apatía, la irritabilidad y la desinhibición (21).

El segundo modelo corresponde a las redes cortico-corticales implicadas en los procesos de memoria y emoción, cuyo eje central lo conforman el hipotálamo y la amígdala. Estas estructuras están interrelacionadas y vinculadas en la integración de experiencias de memoria y emoción, por lo que su disfunción puede contribuir a la aparición de alteraciones emocionales en el contexto de la demencia (21).

Por último, se destaca el modelo del sistema monoaminérgico, el cual incluye neuronas que producen dopamina, norepinefrina y serotonina. La falla de este sistema repercute en la manifestación de síntomas como ansiedad, psicosis, agitación y depresión (21).

Los SPCD son el resultado de una interacción diversa de alteraciones neuroquímicas, anatómicas y en un pequeño porcentaje, genéticas. Un factor clave es la disfunción del lóbulo frontal, ya que cumple con un papel de regulación en los impulsos y el juicio. Alteraciones en este pueden resultar en una serie de síntomas, tales como hiperfagia, desinhibición, apatía o fabulación, tanto de forma aislada como conjunta con disfunciones en otras áreas cerebrales, por ejemplo, el circuito de Papez o alteraciones en el lóbulo temporal derecho (22).

Las manifestaciones de los SPCD van a depender en gran medida del daño cerebral y el tipo específico de demencia. En el caso de la demencia con cuerpos de Lewy, es común que se presenten alucinaciones visuales, mientras que en la enfermedad de Alzheimer es típica la identificación errónea. Así mismo, en el Alzheimer también se han identificado alteraciones en neurotransmisores como la dopamina, glutamato, noradrenalina y serotonina, además de presencia de ciertos polimorfismos genéticos. En consecuencia, la degeneración del núcleo supraquiasmático está vinculado con una fragmentación del sueño y un déficit colinérgico (22).

Ciertas condiciones médicas agudas, como trastornos metabólicos e infecciones, pueden desencadenar un deterioro conductual a raíz de un daño cerebral difuso. Estos episodios pueden cursar con confusión, agitación o retraimiento y deben diferenciarse cuidadosamente

de los SPCD típicos, ya que podría tratarse de un síndrome confusional agudo, el cual tiene una mayor gravedad clínica (22).

3.3.2.2. Factores psicológicos

Desde la perspectiva psicológica, a causa del proceso neurodegenerativo suelen existir respuestas fallidas de adaptación del paciente hacia el entorno. A lo largo de la vida, se construye la personalidad y se crean estrategias para afrontar el estrés, las cuales se basan en creencias, experiencias, recursos individuales y redes de apoyo. Sin embargo, con el deterioro cognitivo, estas estrategias se vuelven insuficientes y los rasgos de la personalidad tienden a acentuarse (22).

Así mismo, algunos comportamientos pueden presentarse como una expresión exacerbada de rasgos preexistentes. Por ejemplo, una persona que durante su vida fue desconfiada y olvida donde dejó un objeto específico podría interpretar la situación como un robo, desarrollando ideas delirantes. La apatía puede ser una estrategia en ocasiones inconsciente para evitar situaciones que generan frustración o ansiedad (22).

3.3.2.3. Factores sociales

Los SPCD pueden abordarse desde modelos que integran los principios de aprendizaje conductual, las necesidades no satisfechas y la vulnerabilidad al estrés. Entornos complejos o situaciones de estrés pueden detonar en el paciente síntomas conductuales. Por otro lado, la ausencia estímulos significativos, como interacciones sociales o las actividades con propósito, pueden fomentar su aparición (22).

El modelo de necesidades no cubiertas clasifica estas en biológicas (que incluyen temperatura adecuada o la alimentación), psicológicas (tales como apoyo afectivo y seguridad emocional) y sociales (como el reconocimiento o la compañía). Investigaciones recientes destacan que una acumulación de necesidades no satisfechas en lo que tiene que ver con actividades significativas, manejo del malestar emocional y la compañía representan uno de los factores principales asociados a la aparición de los SPCD (22).

Desde la teoría del aprendizaje, se reconoce que las conductas tienden a mantenerse o modificarse en relación con estímulos del entorno. En este sentido, el rol del cuidador es fundamental. Algunas dinámicas de poder, tratos autoritarios o rutinas rígidas pueden intensificar la aparición de los síntomas psicológicos y conductuales (22).

Por otro lado, el entorno físico también desempeña un papel relevante. Intervenciones como personalizar los espacios, mejorar la iluminación o reducir el ruido se asocian a una disminución de la agresividad y una mejora en la calidad del sueño. En contraste, ambientes restrictivos, como el uso de sujeciones físicas, suelen incrementar las conductas autolesivas, la ansiedad y la agitación (22).

3.3.3. Prevalencia

La mayoría de las personas con demencia presentarán en algún momento síntomas psicológicos y conductuales (SPCD) a lo largo de la evolución de la enfermedad. Tanto en poblaciones institucionalizadas como en aquellas que viven en la comunidad, se ha documentado una alta prevalencia de estos síntomas, aunque los estudios varían en cuanto a la frecuencia con que se manifiestan. Un estudio en pacientes con demencia en residencias identificó que la agitación es el síntomas más comúnmente reportado (7).

Estudios modernos han destacado otros síntomas frecuentes, entre ellos los delirios, la apatía, la hiperactividad motora, el deambular constante y la desorientación con identificación errónea. Además, investigaciones encontraron que síntomas como la agitación, la psicosis, la hiperactividad y la agresividad física tienden a asociarse con un mayor deterioro cognitivo (7).

La prevalencia en promedio de al menos un síntoma psicológico o conductual en personas con demencia institucionalizados es de 82%, siendo la agitación y la apatía los síntomas más frecuentes entre toda la gama existente de SPCD (23).

Tabla 6.

Prevalencia de síntomas neuropsiquiátricos en pacientes con demencia en residencias de ancianos (%)

Categoría	Cualquier síntoma	82
Conductuales	Agitación (cualquiera)	79
	Agresión	32
	Irritabilidad	31
	Desinhibición	18
Psicóticos	Delirios	22
	Alucinaciones	14
Afectivos	Síntomas afectivos (cualquiera)	28
	Depresión	20
	Ansiedad	21
	Apatía	36

Fuente: elaboración propia basado en autor NDO (7)

3.3.4. Etiología

La síntomas psicológicos y conductuales de la demencia presentan una variedad de factores causantes. Su desarrollo se explica por la interacción de diversos elementos, entre ellos alteraciones neuroquímicas, predisposición genética, factores biopsicosociales y cambios neuropatológicos, que en conjunto influyen sobre personas con vulnerabilidad biológica (19).

3.3.5. Evolución clínica

La Tabla 7 presenta una clasificación de los síntomas psicológicos y conductuales más comunes en personas con demencia, organizados por estadio de progresión de la enfermedad (leve, moderado y severo). Esta diferenciación permite comprender la evolución clínica de los SPCD y facilita la selección de intervenciones no farmacológicas adecuadas según el nivel de deterioro cognitivo.

Tabla 7.

Síntomas según el estadio de la demencia

Estadio	Síntomas
Leve	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad • Cambios en el humor (depresión, labilidad emocional y enfados) • Alteraciones de la personalidad (apatía e irritabilidad)
Moderado	<ul style="list-style-type: none"> • Alteraciones psicóticas (alucinaciones y delirios) • Cambios en el humor (depresión y labilidad emocional) • Errores de identificación e interpretación • Alteraciones de la actividad psicomotora (deambulación errante y seguimiento persistente del cuidador) • Alteraciones de la personalidad (apatía e irritabilidad) • Alteraciones del sueño y del ritmo diurno • Agitación

	<ul style="list-style-type: none"> • Reacciones agresivas • Desinhibición • Comportamiento socialmente inadecuado • Alteraciones alimentarias • Alteraciones de la actividad sexual
Severo	<ul style="list-style-type: none"> • Alteraciones psicóticas (alucinaciones y delirios) • Agitación no verbal (gritos, lloros, pataleos) • Agresión hacia el cuidador

Fuente: Elaboración propia basada en autor Muñoz García B (19)

3.3.6. Clasificación de los síntomas psicológicos y conductuales de la demencia

En esta sección se desarrollarán los dos grandes grupos en los que se dividen los síntomas psicológicos y conductuales de la demencia, dentro de cada grupo existen tipos específicos de los cuales se hablará con detalle.

3.3.6.1. Síntomas psicológicos

El primer gran grupo se trata de los síntomas psicológicos los cuales se identifican a través del diálogo clínico con la persona y sus cuidadores, quienes brindan detalles acerca del comportamiento del usuario ya sea en el hogar, institución de larga estancia o en la comunidad (22).

3.3.6.1.1. Delirios

Los delirios son relativamente comunes y suelen presentarse de diferentes maneras, siendo lo más frecuentes los de tipo persecutorio o paranoide. En muchas ocasiones, surgen como intentos del paciente para encontrar una explicación a las dificultades de memoria y a la confusión. Entre los más típicos están la creencia de que les roban cosas, que su casa no es

su hogar, que un ser querido es un impostor (como en el fenómeno de Capgras), que han sido abandonados o que su pareja les es infiel. Estas ideas suelen ser persistentes y estresantes, tanto para quien los desarrolla como para las personas que los rodean, y en algunos casos pueden originar conductas agresivas o intentos de fuga (23).

3.3.6.1.2. Alucinaciones

Con el progreso de la enfermedad las alucinaciones se presentan de forma más recurrente y se basan en percepciones sin una causa real que las provoque. Suelen ser principalmente visuales, aunque también pueden involucrar otros sentidos como el táctil, auditivo, somático u olfativo. Las alucinaciones visuales recurrentes son una característica diagnóstica importante en ciertas demencias específicas, como la demencia con cuerpos de Lewy y la demencia asociada al Parkinson (7).

3.3.6.1.3. Identificación errónea

Las identificaciones erróneas son alteraciones de la percepción en las que la persona interpreta de forma errónea estímulos reales. A diferencia de las alucinaciones, que surgen sin un estímulo externo, aquí sí existe un objeto o persona, pero es confundido con otra cosa. Es común, por ejemplo, que alguien con demencia crea que hay extraños en su casa, que no reconozca su reflejo en el espejo o que piense que las personas en la televisión están físicamente presentes. En casos más complejos, como el síndrome de Capgras, donde la persona cree que sus seres queridos han sido reemplazados por impostores, se genera un gran malestar emocional y en ocasiones, reacciones de tipo agresivo. Por otro lado, existen casos menos comunes, como el síndrome de Fregoli o la intermetamorfosis, en donde el paciente cree que una persona adopta la apariencia o identidad de otra (23).

3.3.6.1.4. Depresión

La depresión es una de las manifestaciones más frecuentes, sobre todo para aquellas personas que sufren de la enfermedad de Alzheimer. Aunque no siempre se trata de un cuadro de depresión mayor, es probable observar un estado de ánimo decaído o la presencia de síntomas que si bien no cumplen con todos los criterios impactan y afectan en la calidad de vida del paciente. En ocasiones, a raíz del progreso de la enfermedad, los pacientes enfrentan dificultad para comunicar y expresar lo que sienten, por lo tanto, es vital que familiares y cuidadores estén al tanto de las emociones del paciente. Existen señales de alarma para identificar una depresión subyacente, dentro de las cuales se encuentran el retraimiento repentino, expresar frases negativas sobre sí mismos, deseos de morir o un deterioro rápido de la memoria (23).

3.3.6.1.5. Apatía

Este síntoma es altamente frecuente y suele manifestarse por una pérdida del interés en la vida social, las actividades cotidianas e incluso el cuidado personal. Suele aparecer una disminución en la capacidad de respuesta emocional, la expresividad facial y en la iniciativa propia. La falta de motivación suele agravarse con el progreso de la enfermedad, lo que se traduce a un deterioro funcional global (23).

3.3.6.1.6. Ansiedad

La ansiedad puede manifestarse como una sensación de pérdida de control o en ocasiones como miedo excesivo o desproporcionado en relación con el entorno. Estas emociones

pueden expresarse a través del lenguaje verbal, gestos o comportamientos, tales como aferrarse al cuidador buscando una sensación de seguridad (22).

3.3.6.2. Síntomas conductuales

Los síntomas conductuales se identifican por medio del comportamiento observable del paciente. El mismo puede ser descrito por el cuidador o familiares o mediante observación directa entre el clínico y el paciente, durante una consulta o un internamiento (22).

3.3.6.2.1. *Deambulación errática*

Uno de los comportamientos más complejos de tratar en un paciente con demencia es la tendencia a deambular de manera errática, este síntoma representa altos riesgos para el paciente e implica un desgaste considerable en el cuidador. Intentar salir del hogar de forma repetida y caminar sin un objetivo específico representa una de las mayores causas para recurrir a la institucionalización o solicitar apoyo psiquiátrico. Las causas más típicas por las cuales se realizan estas conductas son el aburrimiento, la ansiedad o una alteración en la orientación espacial (23).

3.3.6.2.2. *Agitación y agresión*

La agitación se manifiesta como comportamientos verbales, físicos o motores que, vistos desde fuera, no parecen tener una causa lógica o justificación clara. Suele ser más común a medida que el deterioro cognitivo se agrava. Es importante destacar que la agresividad verbal o física suele ser más frecuente en pacientes con vínculos sociales pobres, y la agresión verbal también se asocia con depresión, dolor y otros problemas de salud. La agitación, junto con la

depresión y los síntomas psicóticos, es uno de los principales motivos por los cuales se termina recurriendo al cuidado institucional (23).

3.3.6.2.3. Resistencia al cuidado

Se manifiesta como una negativa constante en el acatamiento de órdenes y en la colaboración en actividades básicas de la vida diaria, las cuales incluyen alimentarse, bañarse, tomar medicación o vestirse. Con el progreso del deterioro cognitivo, este patrón tiende a intensificarse. En ocasiones pueden acompañarse de reacciones agresivas, tanto físicas como verbales, hacia el cuidador (23).

3.3.6.2.4. Comportamiento sexual inapropiado

Algunos pacientes pueden desarrollar conductas sexuales inadecuadas o desinhibidas, pueden estar dirigidas hacia sí mismos o hacia otras personas. Estas conductas generan incomodidad, daño psicológico o físico, tanto a familiares como al personal de salud. Estos comportamientos impactan negativamente al entorno, por lo tanto, debe tratarse de forma ética y cuidadosa (23).

3.3.6.2.5. Reacción catastrófica

Se entiende por reacción catastrófica al estallido emocional, intenso y repentino caracterizado por angustia, enojo y frustración que suele desencadenarse ante situaciones cotidianas, por ejemplo, seguir una instrucción o vestirse. Estas respuestas pueden incluir gritos, insultos o golpes que suelen ser de corta duración pero altamente desproporcionadas, generando tensión y preocupación entre quienes lo rodean (23).

3.3.6.2.6. Síndrome del ocaso

El denominado "síndrome del ocaso o vespertino" es un patrón en el que los SPCD se vuelven más intensos en la finalización del día, es decir en horas de la tarde o al anochecer. Es común observar una mayor desorientación, agitación y alteraciones del ciclo sueño vigilia. Este fenómeno es especialmente un desafío clínico en entornos institucionales debido a que el personal suele ser menor durante la noche. La alteración del ritmo circadiano y otros cambios neurofisiológicos propios de la demencia explican este comportamiento (23).

3.3.7. Factores precipitantes y moduladores

La aparición de SPCD en personas con demencia suele estar condicionada a una interacción de factores sociales, biológicos, personales y ambientales. Para lograr estrategias eficaces es necesario identificar los elementos que influyen en su aparición. Entre las causas más determinantes se encuentran el grado de deterioro neurológico, el impacto de las alteraciones cognitivas, así como el vínculo con el cuidador y las condiciones del entorno donde se desenvuelve la persona afectada (24).

3.3.8. Factores ambientales, del paciente y relacionados con el cuidador

Entre los factores ambientales encontramos un entorno inadecuado, ya sea por exceso de estímulos como ruidos, cambios constantes y desorden, o por falta de ellos, como ausencia de rutinas y pasividad que son causantes de agravar los síntomas. La falta de estructura, actividades significativas o seguridad ambiental también contribuye a la aparición de conductas desorganizadas o problemáticas (24).

Siguiendo la misma línea, los factores relacionados con el paciente incluyen características individuales, como la personalidad previa, enfermedades agudas y necesidades no satisfechas, como dolor, insomnio, aburrimiento o miedo. La pérdida de autonomía y el deterioro funcional también actúan como desencadenantes frecuentes de comportamientos disruptivos (20).

Finalmente, en lo que respecta al cuidador, el estrés, la sobrecarga emocional, la depresión, y la falta de conocimiento sobre la demencia pueden intensificar los SPCD. Asimismo, las dificultades en la comunicación y la discrepancia entre las expectativas del cuidador y las capacidades reales del paciente pueden generar un entorno relacional tenso que favorece la aparición de síntomas como la agresividad o la agitación (20).

Seguidamente, en la Tabla 8 se muestran los factores precipitantes, tales como factores del paciente, factores del cuidador y factores ambientales que influyen en la aparición de los síntomas psicológicos y conductuales de la demencia.

Tabla 8.

Factores precipitantes de los síntomas psicológicos y conductuales de la demencia

Categoría	Factores específicos
Factores del paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Personalidad premórbida / enfermedad psiquiátrica previa • Problemas médicos agudos (infección urinaria, neumonía, deshidratación y estreñimiento) • Necesidades no satisfechas: dolor, problemas de sueño, miedo, aburrimiento, pérdida de control o propósito
Factores del cuidador	<ul style="list-style-type: none"> • Estrés, sobrecarga y depresión • Falta de educación sobre la demencia

Categoría	Factores específicos
	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas de comunicación • Desajuste entre expectativas y gravedad de la demencia
Factores ambientales	<ul style="list-style-type: none"> • Sobreestimulación o falta de estimulación • Problemas de seguridad • Falta de actividades y estructura • Falta de rutinas establecidas

Fuente: elaboración propia basada en autor Kolanowski, A. (24)

3.3.9. Comorbilidades médicas y polifarmacia

La presencia simultánea de enfermedades médicas y la complejidad que se da por el uso de la polifarmacia representan factores determinantes que pueden intensificar y precipitan los SPCD. Condiciones como estreñimiento, infecciones, mal control del dolor y alteraciones metabólicas contribuyen al desarrollo de manifestaciones como estados de ánimo depresivo, agitación y confusión. De la misma forma, la polifarmacia que es muy común en esta población incrementa el riesgo de interacciones farmacológicas, efectos secundarios indeseables y una sedación excesiva, lo cual dificulta la valoración clínica y afecta negativamente el comportamiento. Por ello, es esencial contar con una supervisión médica cuidadosa junto con evaluaciones periódicas de los tratamientos farmacológicos con el fin de minimizar los riesgos y optimizar la atención (24).

3.3.10. Consecuencias de los síntomas psicológicos y conductuales de la demencia

Con la evolución de la enfermedad se van presentando consecuencias negativas de diversa índole, tales como la disminución de la calidad de vida del paciente y del cuidador, mayor

necesidad de institucionalización y un aumento en los costos para el sistema de salud.

3.3.10.1. Disminución de la calidad de vida

La presencia de los SPCD interfiere directamente en el bienestar global de las personas que padecen algún tipo de demencia. Diversas investigaciones internacionales reportan que hasta 97% de los afectados, ya sea que vivan en centros de larga estancia o permanezcan en sus hogares, experimentan estos síntomas. Por lo general, aparecen expresiones como la depresión, los delirios o ciertos trastornos en el movimiento, que tienden a mantenerse con el tiempo y provocan una pérdida paulatina de la autonomía. A medida que la enfermedad progresa, estos síntomas tienden a empeorar, lo que afecta la capacidad de la persona para desenvolverse, disminuye su interés por las actividades que antes le resultaban significativas y debilita el vínculo con su entorno. Cuando se logra reducir estos síntomas, es común observar una mejora notable en el funcionamiento diario, lo que repercute directamente en su calidad de vida (23).

3.3.10.2. Aumento del estrés del cuidador

Los SPCD representan una carga significativa para familiares y cuidadores, siendo esta una de las causas más considerables que generan malestar emocional. Una estimación indica que estos síntomas representan cerca del 25% de los casos de depresión y ansiedad en las personas que desempeñan las tareas de cuidado. Las constantes exigencias principalmente relacionadas a las alteraciones del sueño, la desinhibición y episodios de agresividad provocan un alto agotamiento físico y emocional (23).

Este nivel de estrés puede derivar en problemas de salud física, como hipertensión arterial o alteraciones inmunológicas y en la adopción de hábitos perjudiciales, como la mala alimentación, el insomnio o el consumo de sustancias. En contextos más extremos, la tensión acumulada ha sido relacionada con pensamientos suicidas, abuso verbal o físico hacia la persona con demencia, especialmente cuando se percibe que las conductas son intencionales o manipuladoras, lo cual no suele ser el caso. Por lo tanto, el modo en que el cuidador interpreta y enfrenta estos síntomas puede influir directamente en su evolución (23).

3.3.10.3. Institucionalización y costos para el sistema de salud

El abordaje de los SPCD suele representar un punto de quiebre en el cuidado domiciliario, ya que representa una de las causas más comunes de institucionalización. Cuando las conductas desafiantes superan la capacidad de manejo en el hogar, la decisión de institucionalizar al paciente suele tomarse en momentos de tensión y por un desgaste emocional. Además, atender estos síntomas implica un aumento importante en los gastos de salud, ya que se necesita supervisión constante, intervenciones médicas frecuentes y en muchos casos, el uso de medicamentos o tratamientos alternativos para poder controlar la situación (19).

3.4. Intervenciones no farmacológicas en el manejo de los síntomas psicológicos y conductuales de la demencia

En esta etapa corresponde abordar la temática de los principios generales de abordaje no farmacológico, la atención centrada en la persona y se detalla la clasificación de los tratamientos no farmacológicos.

3.4.1. Principios generales del abordaje no farmacológico

El enfoque DICE (describir, investigar, crear y evaluar) es una estrategia integral basada en el modelo de atención centrada en la persona para el manejo de los SPCD. Su principal objetivo es mejorar la calidad de vida del paciente y del cuidador, mediante la incorporación de estrategias no farmacológicas personalizadas, haciendo énfasis en una participación activa del cuidador y una evaluación continua de los síntomas (25).

El enfoque abarca cuatro pasos, el primero implica la etapa de describir, que consiste en obtener una descripción completa de los síntomas conductuales y el contexto en el ocurren, mediante una entrevista con el cuidador y la persona con demencia. Dentro de la entrevista es importante abordar la naturaleza exacta del síntoma, el tiempo, la frecuencia y la duración del comportamiento, así como el contexto social y ambiental en el que ocurre y por último las reacciones del cuidador y del ambiente familiar (25).

El segundo paso consiste en la etapa de investigar, una vez descrito el síntoma se procede a examinar las posibles causas que pueden estar desencadenando o provocando el comportamiento alterado. Se estudian factores ambientales, psicológicos, sociales, médicos o incluso relacionados con el cuidador (25).

El tercer paso describe la etapa de crear, en esta etapa se diseña un plan personalizado que prioriza las intervenciones de tipo no farmacológicas como primera línea de tratamiento. Algunas estrategias que se pueden implementar son las actividades significativas, las cuales deben de ser interesantes y adecuadas a la capacidad del paciente, la educación del cuidador con el fin de mejorar las conductas y la comunicación, la modificación ambiental que consiste en ajustar el entorno, la seguridad y reducir estímulos estresantes, mejoras en la

comunicación destinadas a fortalecer el dialogo entre cuidador y paciente, adaptando el lenguaje y el tono, y por último, rutinas estructuradas que reduzcan la ansiedad y la confusión (25).

Por último, el cuarto paso establece la etapa de evaluar, en donde se realiza un monitoreo de los síntomas, la respuesta a las intervenciones y nuevas conductas o problemas. Se busca que los cuidadores puedan reconocer desencadenantes antes de la aparición de los síntomas y que puedan mantener las estrategias aprendidas. Esta etapa permite ajustar el plan según la evolución de los síntomas, apoyar al cuidador en el manejo de situaciones complejas y detectar la necesidad de intervención médica o farmacológica en caso de ser necesario (25).

Las intervenciones no farmacológicas son estrategias terapéuticas que no implican el uso de sustancias químicas. Pueden estar dirigidas tanto al paciente como a su entorno, tienen el propósito de impactar clínicamente en el bienestar (19).

En el abordaje de los SPCD, este tipo de intervenciones deben considerarse como la primera línea de tratamiento. Debido a que la alta prevalencia de la polifarmacia favorece a la aparición y empeoramiento de los síntomas (26).

Los psicofármacos tienen una eficacia limitada, pueden provocar efectos adversos no deseados y se utilizan con frecuencia para tratar los SPCD. Sin embargo, un número creciente de organizaciones médicas y grupos especializados como la Sociedad Americana de Geriátrica (SAG) y la Asociación Americana de Psiquiatría Geriátrica (AAPG) consideran actualmente que las intervenciones no farmacológicas deben ser la primera línea de tratamiento, salvo en situaciones de emergencia, especialmente cuando la conducta del paciente representa un riesgo para sí mismo o para otros (27). Por esta razón, la implementación de iniciativas

orientadas a reducir el uso de estos fármacos se ha convertido en una prioridad internacional. Un componente central de estas iniciativas es el desarrollo de guías clínicas que recomiendan el uso de tratamientos no farmacológicos antes de iniciar la farmacoterapia (28).

El abordaje no farmacológico de los SPCD puede clasificarse en dos categorías:

Tabla 9.

Clasificación del abordaje no farmacológico de los síntomas psicológicos y conductuales en intervenciones directas e indirectas

Tipo de intervención	Descripción breve	Ejemplos
Intervenciones indirectas	Actúan sobre el entorno o los cuidadores para reducir los SPCD.	Formación de cuidadores, equipos multidisciplinarios, planes individualizados y ajustes ambientales.
Intervenciones directas	Se aplican directamente a la persona con demencia para aliviar los síntomas.	Terapias recreativas, estimulación sensorial, ejercicio físico, musicoterapia y masajes.

Fuente: elaboración propia basada en autor Caspar, S. (28)

La compleja naturaleza de los SPCD exige un enfoque integral para una intervención y manejo efectivos. Los enfoques que no contemplan los factores biológicos, psicosociales, psicológicos y ambientales probablemente producirán resultados esporádicos, inconsistentes y de corta duración. Por eso, más que aplicar soluciones aisladas, hace falta un abordaje que mire el panorama completo, lo que necesita la persona, lo que viven sus cuidadores y cómo influye el ambiente que los rodea, desde lo físico hasta lo emocional (28).

En ese sentido, la Academia Americana de Neurología (ANN) resalta que es clave formar bien a los cuidadores profesionales, pues esto puede ayudar a evitar el uso innecesario de medicamentos. Estas estrategias se apoyan en una idea importante: la del cerebro como algo

que todavía puede adaptarse, especialmente en las primeras etapas de la demencia, cuando aún existe cierta capacidad para reorganizar funciones gracias a la neuroplasticidad (19).

3.4.2. Atención centrada en la persona

La atención centrada en la persona (ACP) surgió como un enfoque transformador y fue introducido en 1998 por Tom Kitwood. Desde ese momento, se ha consolidado como una estrategia clave que ofrece una atención de calidad y desplaza la atención de la enfermedad hacia una comprensión más profunda de la persona enferma (29). La ACP se ha convertido en sinónimo de atención de excelencia, desafiando al enfoque médico tradicional que se centra en la enfermedad o en el profesional de la salud, ya que propone un cambio adaptado a las necesidades y características de cada persona (30).

Este modelo va más allá de la visión clínica tradicional, promueve una comprensión integral del cuidado, en la cual el paciente es valorado como una persona digna de respeto y con identidad propia independiente del grado de deterioro cognitivo. Desde esta perspectiva, este abordaje contempla no solo la enfermedad, sino también las necesidades particulares de cada individuo, sus emociones, valores e historia de vida.

El enfoque de la ACP reconoce que existen necesidades no satisfechas, como el aislamiento, que pueden ser el origen de los síntomas psicológicos y conductuales (SPCD) en pacientes con demencia. La ACP permite incorporar conocimiento al personal sobre la persona con demencia, promoviendo así realizar actividades significativas, priorizar el bienestar y mejorar la calidad de la relación entre el profesional de salud y la persona con demencia. La ACP ha demostrado efectos beneficiosos en el manejo de conductas desafiantes, reducción del uso de antipsicóticos y mejora de la satisfacción laboral del personal (31).

Este modelo es una nueva forma de abordar el cuidado; los profesionales reconocen que su participación en la vida del paciente es temporal y, asimismo, respetuosa. Es el paciente quien ocupa el papel principal, ya que orienta, colabora y lidera su camino hacia la recuperación. La meta final es que cada persona pueda llevar una vida plena y satisfactoria, requiriendo lo menos posible de la intervención médica (32).

Finalmente, la atención centrada en la persona también podría verse como un derecho y no solo como un valor del servicio, destacando los derechos humanos de las personas con demencia (33).

La Tabla 10 presenta los elementos esenciales de este modelo de atención, los cuales permiten garantizar un cuidado integral, coordinado y personalizado enfocado en mejorar la calidad del paciente y su entorno.

Tabla 10.

Elementos esenciales de la atención centrada en la persona

Elementos	Descripción
Plan individualizado y con metas	Se adapta a las preferencias y objetivos del paciente.
Evaluación integral	Considera aspectos médicos, funcionales y sociales.
Revisión continua del plan	El plan se actualiza según cambios en salud o prioridades.
Equipo interdisciplinario con rol activo del paciente	El paciente participa y el equipo se ajusta a sus necesidades.
Punto de contacto principal	Profesional que coordina y facilita la comunicación.
Coordinación entre proveedores	Servicios conectados y fluidos entre distintos niveles de atención.
Comunicación integrada	Información compartida de forma constante y clara.

Elementos	Descripción
Educación y capacitación	Formación para equipo, paciente y cuidadores para decisiones informadas.
Evaluación y mejora continua	Se miden resultados centrados en el paciente para mejorar la atención.

Fuente: elaboración propia basada en autor American Geriatrics Society Expert Panel (34)

3.4.3. Clasificación de los tratamientos no farmacológicos

Dentro de las terapias de tipo no farmacológico se encuentran cuatro grandes grupos, las terapias cognitivas y de estimulación, las terapias sensoriales, las psicosociales y las actividades físicas y ocupacionales. En esta sección se desarrollarán las opciones de terapia según cada tipo.

3.4.3.1. Terapias cognitivas y de estimulación

Las terapias cognitivas y de estimulación se centran en recuperar la autonomía y autoestima del paciente, esto se realiza mediante actividades personalizadas, que buscan trabajar sobre las capacidades que aún conservan los pacientes con demencia, con el fin de favorecer un bienestar emocional, ayudando a mantener la identidad y el contacto con el entorno.

3.4.3.1.1. Terapia de orientación a la realidad

La orientación a la realidad (OR) se trata de una estrategia terapéutica enfocada en mantener el contacto de la persona con demencia con su entorno, mediante la repetición de información básica, como los nombres de las personas, el lugar y la fecha. Esta estrategia terapéutica tiene el propósito de fortalecer la consciencia del presente, lo que favorece a la autonomía, la sensación de seguridad y un incremento en la autoestima de la persona (7). La OR puede

aplicarse en formato grupal y de manera continua a lo largo del día. La modalidad grupal, también conocida como OR en aula, desarrolla sesiones estructuradas que abordan temas cotidianos, apoyándose de herramientas visuales, como la información del clima, tableros, calendarios o del menú diario de alimentación. Por otro lado, la orientación continua se enfoca en mantener una conexión constante con la realidad por medio de la interacción con el entorno y el personal de cuidado (35).

No obstante, debe aplicarse de manera cuidadosa y sensible. Implementarla de forma poco empática o rígida puede resultar contraproducente, sobre todo si no se toma en cuenta el estado cognitivo y emocional del paciente. Corregir de manera insistente las desorientaciones de los pacientes puede tener el efecto adverso de incrementar la ansiedad y provocar frustración. Esta intervención es recomendable para las etapas iniciales de la enfermedad, donde los efectos positivos funcionales y cognitivos suelen presentar una evidencia más sólida (7).

Aunque los efectos de esta terapia suelen ser positivos, estudios demuestran que los mismos pueden ser transitorios si no se refuerzan de manera constante, ya que no hay una relación clara entre la duración de las sesiones y sus beneficios. Por ello, se sugiere combinar esta intervención con estrategias de apoyo continuo que incluyan señalización permanente e implementación de programas de orientación activa las 24 horas del día en entornos institucionales (35).

Se ha demostrado que, la OR mejora el funcionamiento cognitivo en comparación con quienes no la reciben. Una revisión de año 2013, publicada en *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, señaló que la OR ayuda a postergar la institucionalización y desacelera

el deterioro cognitivo. Sumado a esto, un estudio de The Cochrane Library identificó efectos favorables en la disminución de conductas problemáticas, lo que se tradujo en una mejoría de la calidad de vida de las personas con demencia (36). A continuación, en la Tabla 11 se presentan las recomendaciones clave para su aplicación clínica, así como los principales beneficios identificados en la literatura.

Tabla 11.

Recomendaciones y beneficios de la terapia de orientación a la realidad en personas con demencia

Beneficios	Recomendaciones
<ul style="list-style-type: none"> • Mejora la orientación temporal, espacial y personal. • Refuerza la autoestima al facilitar la comprensión del entorno. • Ayuda a conservar habilidades cognitivas por más tiempo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Uso de calendarios, relojes grandes y visibles, actualizados a diario. • Conversar sobre noticias del día usando periódicos recientes. • Colocar etiquetas o señales claras en las puertas y armarios para identificar su uso. • Asegurar que el personal y los visitantes lleven tarjetas con su nombre visible. • Repetir con frecuencia el nombre de la persona y referencias temporales. • Fomentar conversaciones a partir de fotografías, objetos personales o decoraciones.

Fuente: elaboración propia basada en autor NDO (7)

3.4.3.1.2. Terapia de reminiscencia

La terapia de reminiscencia (TR) es una estrategia terapéutica que busca evocar recuerdos significativos del pasado, especialmente de la infancia y la adolescencia, etapas en las que las experiencias suelen estar más arraigadas. A través del diálogo sobre vivencias pasadas con familiares o cuidadores, y apoyándose en elementos como fotografías, libros u objetos

personales, se fomenta en las personas con demencia la recuperación de momentos valiosos de su vida (7).

La terapia de reminiscencia permite a las personas con demencia reconectar con sus experiencias pasadas, dándole un significado a su trayectoria de vida. Además, ha demostrado ser útil para mejorar la función cognitiva y la calidad de vida, al contribuir con la reducción de síntomas depresivos y otros síntomas asociados a la demencia. Los beneficios psicosociales derivados de esta intervención no solo impactan positivamente en los pacientes, sino también en sus cuidadores. En los últimos años, la incorporación de recursos digitales ha ampliado las posibilidades de la TR, facilitando la personalización de los contenidos durante las sesiones individuales. Esta adaptación permite ajustar la intervención a los intereses y necesidades de cada persona, fortaleciendo así un enfoque de atención centrado en el paciente (37).

El uso de videos permite presentar estímulos visuales y auditivos de forma combinada; los estímulos multisensoriales son más cercanos a la realidad, interesantes y efectivos. Esto aumenta la estimulación del lenguaje y la memoria, lo que facilita una mayor evocación de recuerdos. El uso de videos incrementa la profundidad y amplitud de los recuerdos, estimula la atención, el pensamiento y la memoria. De modo que se puede argumentar que la riqueza de estas discusiones refuerza el efecto de las aplicaciones de la terapia de reminiscencia (38).

Aunado a esto, la terapia de reminiscencia no solo se aplica de forma individual, sino que también se utilizan intervenciones de tipo grupal que se basan en recuerdos vocales o silenciosos e implica la discusión de actividades, eventos y experiencias pasadas, generalmente con la ayuda de estímulos tangibles. La terapia grupal de reminiscencia tiene

como objetivo compartir experiencias positivas en un entorno grupal, para que las personas mayores se sientan más fuertes, valiosas y seguras de sí mismas. Diversos estudios revelan que la terapia de reminiscencia tiene resultados positivos en los adultos mayores en cuanto a variables como el estado de ánimo, algunas habilidades cognitivas, calidad de vida, bienestar, comunicación, integridad del ego y depresión. La mayor parte de los estudios incluyó una muestra poblacional reducida, por lo que se recomienda ampliar los estudios a una escala mayor (39).

La terapia de reminiscencia debe incluirse como parte del cuidado rutinario para la mejora de las funciones cognitivas, los síntomas depresivos y la calidad de vida en personas mayores con enfermedad de Alzheimer. Se recomienda a los enfermeros y a todos los demás profesionales de la salud que trabajan con personas mayores que integren de forma rutinaria la terapia de reminiscencia, la cual debe planificarse de acuerdo con las necesidades y características fisiológicas de los pacientes, con el objetivo de protegerlos de enfermedades crónicas y garantizarles una vida más plena (39).

En esta misma línea, un análisis reciente de ensayos clínicos aleatorizados encontró que la terapia de reminiscencia ofrece mejoras modestas en las funciones cognitivas y efectos más notorios en la reducción de síntomas depresivos en personas mayores con demencia. Estos beneficios parecen ser más evidentes en quienes viven en instituciones. Al tratarse de una estrategia sencilla de aplicar, se recomienda incorporarla dentro de planes terapéuticos integrales dirigidos a esta población (40). Según el autor NDO (7), los beneficios de la TR se muestran a continuación:

1. Brinda sensación de éxito y confianza.

2. Permite la oportunidad de hablar y compartir algo significativo, en lugar de solo escuchar.
3. Ayuda a recordar momentos felices del pasado, generando alegría.
4. Contribuye a afrontar el estrés.
5. Reduce los síntomas depresivos, aumenta la autoestima y el bienestar psicológico.
6. Brinda una sensación de valor, importancia, pertenencia, poder y paz.
7. Reduce el daño a la autoimagen, crea una sensación de intimidad, da un significado especial a la interacción con los demás, mejora y fortalece la participación e implicación social.

3.4.3.1.3. Trabajo con historia de vida

Las personas que viven con demencia suelen enfrentar dificultades para expresar quiénes son, qué les gusta y cuáles han sido sus experiencias más significativas. Esto puede generar sentimientos de pérdida de identidad, especialmente a medida que avanza la enfermedad. El trabajo con historia de vida (THV) surge como una herramienta terapéutica que permite rescatar y preservar la identidad personal a través del recuerdo y la narración de experiencias pasadas (7).

El THV se usa comúnmente como una intervención para comprender la biografía de la persona; permite a los cuidadores ver al individuo detrás de la enfermedad y posibilita que la persona con demencia sea vista y escuchada. Es una intervención que abarca una variedad de términos como biografía, historia de vida y relato de vida. Consiste en trabajar con una persona y/o su familia para registrar un relato de su vida pasada y presente con el objetivo de

influir en la atención que recibe. Esto da como resultado un libro de historias o una biografía, que también puede incluir imágenes, fotografías o recuerdos (41).

El trabajo con historia de vida tiene la capacidad de humanizar a los pacientes y ver más allá del diagnóstico. A través de la implementación de talleres de biografía familiar, el personal de cuidado puede entender el contexto del pasado, así como comportamientos que se observan en el presente. Estudios destacan que estos talleres facilitan la conexión entre paciente y el cuidador, de igual forma, ayuda a comprender situaciones y utilizarlas como forma de intervención para dar calma en momentos de angustia. Estos talleres brindan la oportunidad de entender el contexto familiar, lo cual ayuda a mejorar todas las interacciones entre personal, paciente y familiares (41).

Brindar una terapia sólida puede ser un desafío para el personal de cuidado que trabaja con personas con demencia. La THV no solo se enfoca en una simple recopilación de datos, sino que debe basarse en intervenciones personalizadas; por ejemplo, hablar en inglés con una ex secretaria de idiomas extranjeros o proporcionar contacto con un perro a un antiguo pastor (42).

Este enfoque, centrado en la persona, consiste en recopilar de forma tangible, ya sea en álbumes, cajas de recuerdos, grabaciones o libros de momentos relevantes de la vida del paciente, como su infancia, sus pasatiempos, sus logros o sus relaciones más significativas. No solo fortalece la autoestima y la memoria, sino que también facilita una conexión emocional más profunda entre el paciente, los cuidadores y los familiares (7).

Los objetivos de esta intervención se basan en prevenir la pérdida de identidad, comprender y apreciar a la persona y su historia, sirve de base para desarrollar actividades personalizadas

que respondan a los intereses y vivencias de la persona (7). Según el autor NDO (7) los beneficios de la THV se muestran a continuación:

1. Incrementa el bienestar.
2. Mejora el estado de ánimo y la función cognitiva.
3. Reduce la desorientación y la ansiedad.
4. Mejora la autoestima, memoria y la interacción social.

Los mejores resultados suelen observarse en contextos donde hay un liderazgo comprometido, personal calificado y una cultura institucional que valora la comunicación, la escucha activa y el respeto por la historia de cada persona (7).

3.4.3.1.4. Terapia de estimulación cognitiva

Entre las distintas intervenciones disponibles para apoyar a personas con demencia, la Terapia de Estimulación Cognitiva (TEC) es una de las más respaldadas por la evidencia. Este enfoque consiste en una serie de sesiones estructuradas, que pueden ser individuales o grupales, desarrolladas generalmente durante siete semanas con una frecuencia de dos veces por semana y una duración de 45 minutos por sesión (7).

Originalmente desarrollada en 2001, la TEC fue concebida para potenciar la cognición de los individuos con demencia a través de experiencias de aprendizaje, rememoración de momentos pasados, reconocimiento de personas y objetos. Dado su enfoque flexible y de aplicación prolongada, muchas personas con demencia pueden beneficiarse de dicha intervención; sin embargo, por diversas razones, como el deterioro del funcionamiento del paciente, sobrecarga del cuidador o falta de recursos, gran parte de los estudios no han dado

un seguimiento adecuado de la terapia a largo plazo. La falta de evidencia no permite asegurar con certeza que los resultados de la terapia se sostengan en el tiempo (43).

Cada encuentro sigue una rutina clara para favorecer la familiaridad y el compromiso, suele comenzar con una actividad de calentamiento, una canción y una breve orientación a la realidad (con información del día, clima, ubicación y hora). Las actividades pueden incluir juegos de palabras, discusiones sobre noticias, escuchar música, cantar o cocinar (7).

Este tipo de terapia puede ser implementada en diversos entornos como residencias, hospitales o centros de día, y está dirigida a personas con demencia leve o moderada. No requiere un profesional específico, pero sí capacitación previa en TEC. Una vez finalizado el programa inicial, se recomienda continuar con sesiones de mantenimiento que sigan una estructura similar (7).

Con la creciente evidencia de los beneficios de la TEC y su incorporación en los servicios de atención, se hizo evidente la necesidad de ofrecer la TEC a través de distintas vías. Se reconoció que la TEC no siempre es accesible para quienes no pueden o no desean asistir a grupos. Teniendo en cuenta sus necesidades y deseos, se desarrolló la versión individual de la TEC (iTEC). La iTEC se realiza en el hogar y es facilitada por un cuidador informal (por ejemplo, un familiar, amigo o persona cercana a quién padece demencia) o un cuidador remunerado (como un trabajador de apoyo domiciliario) (44).

En términos de los resultados específicos de la TEC sobre diferentes aspectos de la salud en personas con demencia, se encontró que la intervención tiene un efecto positivo significativo en la función cognitiva global, lo que indica que la TEC puede ser una estrategia eficaz para mejorar la cognición de las personas con demencia leve a moderada (43).

Los efectos positivos de la TEC destacaron aún más la importancia de mirar más allá de los medicamentos contra la demencia y fortalecieron la idea de que ambos enfoques podrían proporcionar beneficios óptimos cuando se combinan. Los testimonios de las personas con demencia también han sido alentadores; han informado disfrutar de las sesiones e incluso haber ganado confianza después de la TEC (44). Según el autor NDO (7) los beneficios de la TEC se muestran a continuación:

1. Fortalece la memoria y otras funciones cognitivas mediante actividades estructuradas.
2. Fomenta la interacción social en un entorno grupal seguro y estimulante.
3. Promueve el aprendizaje y la creatividad, al ofrecer oportunidades para expresar ideas y compartir experiencias.
4. Mejora la orientación temporal y espacial, gracias al uso de recursos como tablas de orientación a la realidad.

3.4.3.1.5. Rehabilitación cognitiva

Las dificultades cognitivas que se asocian a la demencia afectan diferentes áreas de la vida diaria; los pacientes suelen presentar problemas para recordar fechas, nombres, ejecutar tareas domésticas o manejar electrodomésticos. La rehabilitación cognitiva tiene el objetivo de apoyar a estas personas para enfrentar estas limitaciones, especialmente buscan conservar y recuperar funciones esenciales para su independencia (7).

Se trata de un enfoque personalizado, basado en un marco de resolución de problemas, que permite a las personas con demencia participar en actividades cotidianas o gestionarlas, funcionar de manera óptima y mantener la mayor independencia posible. La rehabilitación

denota un enfoque positivo para permitir a las personas aprovechar al máximo su capacidad funcional, especialmente en el entorno comunitario (45).

Además, esta terapia reconoce el derecho de la persona de recibir el apoyo necesario para el alcance de su máximo nivel de funcionamiento. La RC resulta relevante para la sostenibilidad de los sistemas de salud, ya que mejoran el desempeño de actividades de la vida diaria y pueden reducir la dependencia del cuidado profesional, evitar hospitalizaciones innecesarias y la prevención de ingresos anticipados a residencias (45).

Los profesionales encargados en aplicar esta terapia pueden tener formación en distintas disciplinas, como enfermería, psicología clínica, terapia ocupacional o neuropsicología. Es habitual que un especialista avanzado supervise al personal con formación más básica; de igual forma, los cuidadores domiciliarios pueden ser capacitados para implementar la RC con la debida supervisión. Se ha demostrado que en un estadio avanzado la terapia pierde eficacia por lo que se recomienda su implementación en etapas más iniciales. De la misma manera, las terapias de mantenimiento son recomendadas para obtener mejores resultados (45).

Dentro de la RC hay una modalidad que se basa en el enfoque individual y está orientado a establecer metas específicas, este enfoque lo desarrolla un profesional con una colaboración estrecha de la persona enferma y su cuidador con el fin de alcanzar objetivos claros, como puede ser el fortalecimiento de la memoria, recordar compromisos y reducir la repetición de preguntas (7).

Otra opción respaldada por evidencia es la Rehabilitación de la Memoria en el Hogar (RMH), indicada especialmente para un estadio temprano de la enfermedad. Este programa, desarrollado y coordinado por terapeutas ocupacionales, se basa en seis sesiones dentro del

domicilio, que se enfocan en la instauración de hábitos y rutinas a través de una constante repetición. Cada encuentro se enfoca en un tema particular, que puede ir desde el manejo de la medicación hasta la orientación espacial apoyándose de herramientas como pizarras, cuadernos y calendarios (7).

Las personas con demencia leve a moderada pueden lograr mejoras sustanciales en su capacidad para realizar las tareas que se abordan en la rehabilitación cognitiva (RC) y los beneficios pueden mantenerse hasta nueve meses después de finalizar la intervención cuando se ofrecen sesiones de mantenimiento. La RC representa una valiosa herramienta clínica que ayuda a superar las barreras diarias derivadas de las dificultades cognitivas. Por tanto, es fundamental brindar apoyo a los cuidadores para prevenir el cansancio (45). Según el autor NDO (7), los beneficios de la RC se muestran a continuación:

1. Facilita el logro de metas personales significativas, como recordar eventos recientes o nombres importantes.
2. Refuerza la autonomía y autoestima, al permitir que la persona con demencia participe activamente en su propio proceso de mejora.
3. Establece rutinas prácticas y sostenibles, mediante el uso de estructura y repetición en el entorno familiar.
4. Promueve el uso efectivo de ayudas de memoria, como calendarios, pizarras o cuadernos para apoyar la vida diaria.
5. Fomenta el trabajo conjunto entre la persona, el cuidador y el profesional, fortaleciendo el apoyo personalizado y el seguimiento continuo.

3.4.3.1.6. Terapia de validación

La terapia de validación (TV), desarrollada por Naomi Feil en la década de 1960, propone una forma empática y comprensiva de comunicarse con personas que viven con demencia, especialmente en etapas avanzadas. La validación, como término general, puede definirse como la aceptación de la realidad y la verdad personal de la experiencia del otro. Esto, por sí mismo, es un elemento central en todas las terapias orientadas humanísticamente y un aspecto clave de los enfoques centrados en la persona para el cuidado de personas con demencia; puede considerarse como una especie de filosofía de cuidado. Dentro de un enfoque centrado en la persona, la validación se identifica como una expresión de alta empatía y un intento por comprender el estado de salud de la persona (46).

Su enfoque parte del principio de que muchos comportamientos confusos o difíciles pueden estar ligados a emociones profundas o a asuntos de vida no resueltos. En lugar de corregir o contradecir lo que la persona expresa, se busca comprender el trasfondo emocional que motiva su conducta (7).

La validación no solo implica reconocer lo que la persona dice, sino también sintonizar con lo que siente. Al hacerlo, se promueve una sensación de seguridad y confianza, y se reduce la angustia que puede acompañar la desorientación o el deterioro cognitivo. Este tipo de intervención requiere conocer bien la historia personal de la persona, sus valores, pérdidas y relaciones significativas (7).

Aunque los profesionales advierten que se necesita tiempo para observar cambios en el comportamiento, la validación puede producir transformaciones positivas duraderas. Dependiendo del individuo, esto puede traducirse en menos llanto, menos deambulación o

retramiento, más comunicación verbal y no verbal, y un mayor sentido de autoestima. A través de la empatía y el respeto, los practicantes de validación ayudan a que las personas se sientan escuchadas y apoyadas para así poder recuperar la dignidad que la enfermedad les ha arrebatado y, en el mejor de los casos, experimentar una mayor sensación de paz en la etapa final de sus vidas (47).

Se sugiere seguir tres pasos sencillos para facilitar una respuesta emocionalmente significativa: reconocer los sentimientos de la persona, ofrecer ayuda brindando apoyo emocional, consuelo y por último redirigir la atención hacia algo más agradable, cambiando de tema, actividad o entorno. La validación puede ayudar a construir un sentido de confianza y seguridad, al tiempo que reduce la ansiedad. Es esencial tener un buen conocimiento de la persona y su situación (7).

Investigadores concluyeron que la terapia de validación no tiene efectos perjudiciales, pero que la evidencia que respalda su efectividad es limitada. Señalaron que se necesitan más estudios de alta calidad. Esto no significa que sea ineficaz, sino que no hay datos lo suficientemente sólidos para demostrar que sea útil (48). Según el autor NDO (7), los beneficios de la TV se muestran a continuación:

1. Fomenta la confianza y la seguridad emocional, al reconocer y respetar los sentimientos de la persona.
2. Reduce la ansiedad y la angustia, al evitar la confrontación y enfocarse en comprender el estado emocional del paciente.
3. Mejora la comunicación, permitiendo que las personas expresen sus emociones de forma no verbal o alternativa.

4. Ayuda a procesar emociones no resueltas, lo que puede aliviar comportamientos difíciles o desconcertantes.
5. Promueve una relación más empática, fortaleciendo un vínculo más humano en el cuidado.

3.4.3.2. Terapias sensoriales

Las terapias sensoriales buscan alternativas que permiten la estimulación de los sentidos, generando sensaciones de calma y seguridad a través de movimientos, aromas, luces o sonidos.

3.4.3.2.1. Musicoterapia y otras intervenciones musicales

La musicoterapia se ha utilizado como una estrategia terapéutica complementaria o alternativa en algunos tipos de demencia. Esta práctica cuenta con una historia extensa, el primer registro documentado muestra una sesión en la que un grupo de músicos tocaba en las salas hospitalarias, lo cual generó una disminución en la percepción del dolor, además de provocar reacciones relajantes y estimulantes, según lo informado por el personal médico en ese momento (49).

De acuerdo con la definición proporcionada por la American Music Therapy Association, esta se define como "el uso clínico y basado en evidencia de intervenciones musicales para alcanzar objetivos individualizados dentro de una relación terapéutica, por parte de un profesional acreditado que haya completado un programa aprobado de musicoterapia" (44).

La musicoterapia puede implementarse de diversas maneras, como se describe en la Tabla 12. Esta intervención se clasifica en dos modalidades la de tipo activo, que implica una

participación directa como el uso del canto o de un instrumento, y la de tipo pasivo, que se centra en la escucha musical. Tiene la ventaja de contar con una aplicación flexible y de realizarse tanto en residencias como en el hogar, de forma grupal o de forma individual (49).

Tabla 12.

Modalidades terapéuticas de la musicoterapia en el abordaje no farmacológico de la demencia.

Modalidades	Descripción
Composición de canciones	Bajo la orientación de un musicoterapeuta, los pacientes generalmente en sesiones grupales crean letras que se ajustan a una melodía.
Escucha dirigida de música	La música se reproduce en sesiones personalizadas, a menudo seleccionada según las preferencias del paciente.
Ejercicios de relajación con música	Se realizan estiramientos y ejercicios de respiración sincronizados con el ritmo musical.
Análisis de letras	En sesiones grupales, los participantes comentan y reflexionan sobre el contenido de las letras de una canción, usualmente acompañados por un musicoterapeuta.
Canto / Vocalización	Los pacientes cantan siguiendo una melodía ya establecida, que incluye letra.
Movimiento con música	Los participantes se mueven o bailan al compás de piezas musicales.
Creación de grabaciones y videos	Los pacientes colaboran en la producción de grabaciones musicales o videos, participando activamente en el proceso creativo.
Clases adaptadas de instrumentos	Se enseñan a tocar instrumentos musicales con niveles de dificultad ajustados a las capacidades individuales de cada paciente.

Fuente: elaboración propia basada en autor Lam, H.L. (49).

La música es una de las intervenciones terapéuticas más utilizadas para el estímulo de las emociones y la memoria. Puede desarrollarse en grupo o de manera individual, empleando

componentes musicales como armonía, melodía y ritmo, que promuevan la expresión y el vínculo a través de la música. Las actividades abarcan cantar, moverse al ritmo de la música, escuchar música, combinar la música con ejercicios físicos o sesiones de reminiscencia o tocar instrumentos musicales. Pueden llevarse a cabo mediante sesiones planificadas o de manera espontánea, a través de presentaciones musicales, el uso de auriculares o simplemente disfrutar grabaciones favoritas (7). Según el autor NDO (7), los beneficios de la musicoterapia se muestran a continuación:

1. Ayuda a las personas con demencia a expresar sus sentimientos e ideas.
2. Fomenta el ejercicio físico, el baile o el movimiento.
3. Promueve la interacción social, reducir el aislamiento y fomentar la actividad grupal.
4. Evoca recuerdos. Al activarse la memoria a largo plazo, se restablece una sensación del “yo recordado” y se revive la calma y seguridad de esos momentos.
5. Disminuye la angustia, siendo especialmente útil durante el cuidado personal al ofrecer una distracción beneficiosa.

Hoy en día, la búsqueda de terapias alternativas es más común, ya que muchas personas han comenzado a tomar decisiones sobre su salud de forma autónoma. Los familiares, por su parte, participan cada vez más activamente en los tratamientos. En comparación con épocas anteriores, pacientes, cuidadores y seres queridos recurren con mayor frecuencia a esta forma de terapia. Cada nuevo estudio incrementa la confianza de los beneficios terapéuticos de la musicoterapia. La investigación fortalece la evidencia de su efectividad en el tratamiento de la demencia (50). Estudios señalan la contribución significativa de la musicoterapia en la agitación, la ansiedad y otras alteraciones conductuales (51). En contraparte, los beneficios

relacionados con la memoria, funcionalidad en actividades básicas de la vida diaria y calidad de vida global no muestran evidencia sólida aportada por los estudios (44).

3.4.3.2.2. *Aromaterapia*

La aromaterapia se basa en la estimulación sensorial, tiene su origen en la medicina herbaria y botánica. En la actualidad, la aromaterapia se define como un tratamiento natural que emplea diversos métodos (inhalación, aplicación tópica y masaje), utilizando aceites esenciales extraídos de plantas aromáticas para equilibrar, armonizar y promover la salud del cuerpo, la mente y el espíritu. Las guías clínicas sobre estrategias no farmacológicas para el manejo de los SCPD recomiendan altamente la aromaterapia como la mejor estrategia debido a la buena calidad de la evidencia centrada en el paciente. La misma actúa sobre el cuerpo mediante la estimulación olfativa o la absorción percutánea de los compuestos químicos que están presentes en los aceites esenciales (52).

La aromaterapia emplea el uso de fragancias con el fin de fomentar la salud integral y el bienestar psicológico, influyendo positivamente en el estado de ánimo. Esta práctica recurre principalmente a aceites esenciales extraídos de plantas, los cuales se aplican comúnmente a través de masajes, aunque también se pueden usar mediante baños aromáticos o difusión en el ambiente. Tradicionalmente, se ha utilizado para aliviar estados emocionales, como el estrés o la ansiedad, y para tratar molestias físicas como el dolor, las náuseas y los trastornos del sueño. Su popularidad se debe en parte a que es una alternativa no invasiva, accesible, de bajo costo, placentera y que no requiere la intervención directa de un profesional, siendo incluso apta para su uso autónomo (7).

La aromaterapia se utiliza para abordar síntomas conductuales y psicológicos en la demencia, con el objetivo de reducir el comportamiento alterado, promover el sueño y estimular conductas motivadas, dado a esto, podría ser particularmente útil como intervención para personas que están confundidas, tienen poca o ninguna función del lenguaje, para quienes la interacción verbal es difícil y para quienes no encuentran en la medicina tradicional beneficios significativos (53).

Por otra parte, estudios cuantitativos no encontraron diferencias significativas entre la aromaterapia y las condiciones de control, lo cual podría deberse a la alta diversidad en sus enfoques de intervención, tipos de aceites esenciales, dosis, frecuencias y duración de las intervenciones de aromaterapia, así como a las metodologías e instrumentos utilizados para la medición de resultados (52).

Tabla 13.

Beneficios terapéuticos de los aceites esenciales utilizados en aromaterapia para personas con demencia

Aceite esencial	Beneficios principales
Lavanda	<ul style="list-style-type: none"> • Uno de los aceites esenciales más utilizados en aromaterapia y el masaje. • Es un calmante y equilibra emociones intensas. • Mejora el estado de ánimo y favorece el sueño.
Melisa – (<i>Melissa officinalis</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • El aceite más estudiado y considerado uno de los más efectivos. • Ayudar a inducir la calma y la relajación. • Reduce la ansiedad y el insomnio.
Menta	<ul style="list-style-type: none"> • Estimula la mente para calmar los nervios. • Mejora la falta de concentración y la memoria. • Usada por la mañana, energiza a la persona y estimula el apetito.

Fuente: elaboración propia basado en autor NDO (7)

3.4.3.2.3. *Terapia de luz*

Muchas personas que viven con demencia tienen dificultades para dormir y no se trata de algo menor, ya que casi la mitad presenta insomnio o se despierta varias veces durante la noche. Frente a este problema, se ha visto que una mayor exposición a la luz natural durante el día puede ser bastante útil. Recibir luz intensa no solo mejora el descanso nocturno, sino que también ayuda a que la persona esté más despierta durante el día, menos agitada y con un ritmo de sueño más estable. Un aspecto de importancia es que conforme avanza la enfermedad, se vuelve complejo mantener la continuidad de esta terapia y esto resulta en investigaciones con limitaciones de los beneficios a largo plazo (54).

La terapia de luz (TL) se desarrolla por medio de esquemas estructurados del uso de la fototerapia, específicamente se trabaja en el tipo de luz utilizada, la intensidad y el tiempo de exposición. La fototerapia se fundamenta en como la luz interviene en el sistema circadiano de las personas con demencia (55).

Dentro de la intensidad de la luz para estimular efectivamente el sistema circadiano, la recomendación diurna de exposición debe ser superior a 1000 lux medidos en la córnea, esto con una duración sugerida de mínimo 2 horas; se ha demostrado que, a este nivel, se mejora el ritmo sueño vigilia de los pacientes. Si la exposición se mantiene por un periodo mayor de 2 horas, se sugiere reducir la intensidad a un mínimo de 600 lux (55).

En cuanto a la exposición nocturna, con el fin de evitar la supresión de la melatonina y reducir la interrupción del sueño la recomendación es que la iluminación sea baja, específicamente, que no sobrepase los 60 lux de luz tipo blanca con baja eficiencia circadiana. El uso de luces sutiles durante la noche, las cuales van de 5-10 lux en la córnea, pueden facilitar la orientación

sin causar deslumbramiento, ni perturbar el sueño, las mismas son especialmente útiles y son accionadas por sensores de movimiento (55).

Se sugiere que se realicen tratamientos a largo plazo que tengan una duración de 6 meses o más debido a que la respuesta circadiana suele ser lenta. La exposición a la luz azul (longitud de onda alrededor de 470 nm) es altamente efectiva para el sistema circadiano cuando se implementa en sesiones de 2 horas en horario de la tarde que beneficia la eficiencia del sueño (55).

Se recomienda implementar esquemas de iluminación para el día y la noche que combinen la luz intensa durante el día para potenciar y sincronizar el ritmo biológico, luz tenue durante la noche para promover un sueño sin interrupciones y una iluminación ambiental adecuada que garantice la comodidad y la seguridad (55).

Los adultos mayores con demencia suelen experimentar una reducción de los estímulos sensoriales, baja sensibilidad del núcleo supraquiasmático (NSQ) ante la luz y una exposición limitada a la luz natural intensa. La terapia de luz (TL) ha sido propuesta como una alternativa para contrarrestar los cambios neurodegenerativos que afectan al NSQ, considerando el reloj biológico central como el responsable de los trastornos circadianos de los enfermos (56). El cuerpo humano tiene una especie de reloj interno que se encarga de marcar ritmos importantes durante el día, como dormir, comer o regular la temperatura. A esto se le llama ritmo circadiano. En quienes viven con demencia, este ritmo suele alterarse con frecuencia, lo que puede tener un impacto considerable en su bienestar y calidad de vida.

La TL busca reestablecer el equilibrio natural a través de una exposición programada de la retina a ciclos de luz y oscuridad. Esta técnica de tipo no invasivo ha demostrado grandes

beneficios en los patrones de sueño, en los síntomas depresivos y en la reducción de la agitación. Su aplicación puede darse por medio de la luz natural o de dispositivos artificiales como láseres, luz polarizada o luz de espectro completo, las cuales ofrecen diferentes intensidades que la iluminación convencional de interiores (7). Según el autor NDO (7), los beneficios de la terapia de luz se muestran a continuación:

1. Mejora la eficiencia del sueño.
2. Mejora la cognición.
3. Reduce las alteraciones del sueño o los despertares nocturnos.
4. Genera mejoras modestas en ciertos parámetros de salud mental como: depresión, disforia y trastornos alimenticios.
5. Muestra cambios favorables en el estado de ánimo, funciones cognitivas y no cognitivas.

3.4.3.2.4. Masaje y terapias de contacto

El masaje manual actúa sobre la piel y, dependiendo de la localización, la presión aplicada es diferente para estimular los sistemas vascular, muscular y nervioso. Puede aplicarse como fricción, caricias o presión sobre diferentes partes del cuerpo, como las manos, los pies o la espalda. Estudios han mostrado que la oxitocina mejora la cognición y los síntomas conductuales en personas con demencia, también observaron que el ser tocado activa una subclase particular de fibras aferentes C amielínicas. Estas fibras estimulan neuronas magnocelulares de los núcleos paraventricular y supraóptico del hipotálamo y desencadenan la liberación de oxitocina en la hipófisis posterior. En el sistema vascular, la oxitocina ejerce numerosos efectos y mediante receptores distribuidos ampliamente en el sistema nervioso

central, contribuye a una gama de procesos sensoriales y psicológicos esenciales para el comportamiento social adaptativo (57).

La terapia de masaje y contacto comprende una variedad de métodos que se diferencian principalmente en cómo se aplican el contacto físico, la presión y la fuerza durante la intervención. Esta práctica es realizada por profesionales capacitados en técnicas de masaje. En contextos clínicos o de cuidados prolongados, una de las formas más habituales y accesibles de esta intervención es el masaje de manos, debido a su sencillez y efectividad para brindar bienestar físico y emocional; sin embargo, los estudios no caracterizan el tipo de masaje ni la duración de estos, por lo que se requieren estudios más detallados para comprender mejor los beneficios (7).

Al ser el masaje manual fácil de aplicar, el mismo podría convertirse en una estrategia útil para que los cuidadores y familiares intenten mejorar los cambios en el comportamiento y estado de ánimo del familiar con demencia. También podría servir para reducir la carga del cuidador. Por ello, el masaje manual debería formar parte integral de los programas educativos para cuidadores y familiares (57).

Finalmente, tanto la aromaterapia como el masaje terapéutico han mostrado ser efectivos para mejorar la calidad del sueño, reducir la ansiedad y la depresión, y disminuir la frecuencia de los síntomas psicológicos y conductuales asociados a la demencia (SPCD). La evidencia disponible respalda que su uso combinado resulta especialmente beneficioso para mitigar estos síntomas. Por su parte, la digitopuntura también ha demostrado, de forma independiente, ser una intervención útil en la reducción de los SPCD (58). Según el autor NDO (7), los beneficios de la terapia de masajes y contacto se muestran a continuación:

1. Promueve la relajación, reduce el estrés, la ansiedad y favorece un estado de bienestar emocional.
2. Mejora la salud general, contribuye a una mejor calidad de vida y previene la aparición de enfermedades.
3. Mantiene la condición física, conserva la movilidad, la fuerza y la independencia en las actividades diarias.
4. Apoya procesos de recuperación, acelera la rehabilitación y facilita una reintegración más efectiva a la rutina habitual.

3.4.3.2.5. Terapia con muñecos

La terapia con muñecos es una forma de apoyo no medicamentoso que busca dar compañía y ayudar a que las personas con demencia se sientan útiles y conectadas. Los muñecos asemejan ser un niño y permiten que la persona los toque, los abrace o los vista, lo que puede traer recuerdos de cuando cuidaban a sus propios hijos. Esto puede ayudar a que dejen de mostrar conductas difíciles y en cambio se enfoquen en cuidar al muñeco (59).

La idea se basa en la teoría del apego de John Bowlby, que nos dice que las personas necesitan sentir conexión y cariño, sobre todo cuando están vulnerables, como pasa en la demencia. Cuando no se sienten atendidas en ese aspecto, pueden angustiarse y estar más inquietas. Por eso, el muñeco puede funcionar como una forma de apoyo emocional que les da seguridad (60).

Aunque a veces se critica esta terapia porque algunos creen que puede ser infantilizante o poco respetuosa, quienes la usan con cuidado y respeto ven que es una forma valiosa de generar afecto, especialmente en etapas avanzadas de la demencia. Aquí la persona sigue

siendo el centro y el muñeco solo ayuda a que se sientan acompañados. Antes de usar esta terapia, es importante conocer bien a la persona y su historia, porque si tuvo experiencias traumáticas relacionadas con la maternidad o paternidad podría no reaccionar bien (7).

Aunque la evidencia no es muy extensa, algunos estudios han visto que ayuda a calmar la agitación y la agresividad, y que quienes la usan a menudo muestran signos de alegría cuando están con el muñeco, como sonreír o aplaudir, lo que indica que les gusta y les hace bien. Sin embargo, no todo es sencillo. Algunos profesionales tienen dudas sobre esta terapia, pensando que puede ser denigrante o poco ética. Pero esas preocupaciones son menos comunes entre los cuidadores que la aplican y ven sus beneficios, lo que indica que explicar bien cómo funciona puede ayudar mucho. También se ha visto que en algunos casos surgen conflictos entre pacientes por quién se queda con el muñeco, algo que hay que manejar con atención (60). Según el autor NDO (7), los beneficios de la terapia con muñecos se muestran a continuación:

1. Brinda un sentido de propósito y validación, mejora la alerta, los niveles de actividad y la comunicación general con los demás.
2. Reduce comportamientos desafiantes o necesidades no satisfechas.
3. Ofrece satisfacción y una sensación de calma simplemente al sostener o estar con el muñeco.
4. Proporciona una sensación de consuelo y seguridad.
5. Evoca recuerdos del cuidado de sus hijos, genera sentimientos de afecto y recuerdos agradables, y permite expresar emociones.

3.4.3.2.6. *Terapias simuladas y robóticas*

El uso de mascotas simuladas o robóticas se ha incorporado como una opción terapéutica en el acompañamiento de personas con demencia moderada a avanzada, especialmente en contextos donde el aislamiento social, la apatía o la agitación están presentes. Estos dispositivos pueden ofrecer consuelo emocional y favorecer la participación en actividades significativas, ayudando a restablecer conexiones afectivas y comunicativas (7).

A medida que avanza la tecnología, el uso de robots sociales ha cobrado cada vez más atención. El robot de compañía más popular para adultos mayores con demencia es el robot social PARO, diseñado en Japón por Shibata, es un robot interactivo con cinco tipos de sensores: luz, táctil, postura, temperatura y sonido, y ha sido descrito como un robot de compañía (61).

Los robots sociales se utilizan para apoyar el cuidado emocional, cognitivo y físico de las personas con demencia, con el objetivo de mantener su independencia y mejorar su bienestar. Existen distintos tipos de robots sociales denominados con una terminología no uniforme según sus diversas funciones y apariencias. Según su uso principal previsto, los robots sociales pueden clasificarse en robots mascota, robots asistenciales, robots humanoides y robots de telepresencia (62).

Los robots mascota están diseñados principalmente para mejorar las interacciones sociales con personas afectadas por demencia y, por lo tanto, mejorar su estado emocional. El funcionamiento de las intervenciones con robots mascota se basa en los efectos positivos de la terapia asistida con animales sobre la agitación y los síntomas depresivos (62).

Los robots asistenciales y humanoides se emplean principalmente para apoyar a las personas con demencia en actividades de la vida diaria y mejorar su calidad de vida. Estos sistemas robóticos están equipados para realizar diversas tareas, como interacción social, gesticulación, movimiento y reconocimiento de expresiones faciales. El uso de robots de telepresencia tiene como objetivo principal proporcionar conexión social, apoyo remoto, cuidado y tratamiento médico, por ejemplo, mediante un sistema de cámara bidireccional. Estos robots buscan reducir el aislamiento social de las personas con demencia y por ende, mejorar su calidad de vida (62).

Diversos estudios han señalado que la interacción con mascotas robóticas puede reducir conductas desafiantes, ansiedad, depresión y sentimientos de soledad. También se ha observado que favorecen la comunicación, promoviendo momentos de interacción tanto con el personal de cuidado como con familiares (7). Las investigaciones que revisan los efectos de los robots sociales asistenciales en el cuidado de la salud de personas mayores han señalado que pueden reducir los niveles de estrés y aumentar la respuesta del sistema inmunológico, mejorar el estado de ánimo al disminuir los sentimientos de soledad y aumentar la comunicación (61).

La experiencia práctica sugiere que estas herramientas tienen mayor impacto positivo en tres grupos específicos, personas con demencia en etapas más avanzadas, personas que han tenido una relación previa significativa con animales domésticos y personas con dificultades para expresarse verbalmente (7).

Antes de incorporar una mascota robótica en la rutina de cuidado, es esencial que los profesionales de la salud comprendan su funcionamiento y sus posibles aplicaciones. Esta

comprensión permite utilizar el dispositivo de manera más eficaz y segura. Además, se recomienda que exista una capacitación básica y que cada institución cuente con un protocolo claro para su uso, garantizando así una implementación coherente y respetuosa de esta herramienta en el entorno terapéutico (7).

Las intervenciones con robots sociales podrían no ser efectivas para mejorar el estado cognitivo de las personas con demencia ni para manejar sus trastornos conductuales, como la apatía y los síntomas neuropsiquiátricos. Sin embargo, las intervenciones con robots con forma de mascota podrían tener un impacto beneficioso sobre la agitación y el uso de medicación. En cuanto a los resultados relacionados con las emociones (por ejemplo, síntomas depresivos), los resultados funcionales y la calidad de vida, no se puede sacar conclusiones sobre el beneficio o la falta de beneficio general de las intervenciones con robots sociales (62). Según el autor NDO (7), los beneficios de las terapias simuladas y robóticas se muestran a continuación:

1. Reduce de la ansiedad, confusión, soledad y depresión, mejorando el bienestar emocional general.
2. Estimula la comunicación, facilitando la interacción con cuidadores y familiares.
3. Disminuye de conductas desafiantes, tanto en frecuencia como en intensidad.
4. Fomenta el compromiso social, reduciendo el aislamiento y promoviendo la conexión con el entorno.
5. Induce la calma y sensación de seguridad, creando un ambiente más relajado y positivo.

3.4.3.2.7. *Terapia de Snoezelen*

La terapia de Snoezelen es una intervención diseñada para estimular los sentidos primarios, los cuales son el gusto, el tacto, el oído, la vista y el olfato, mediante la aplicación de equipos y materiales que incluyan efectos luminosos, música, aromas y superficies táctiles. La terapia se implementa bajo dos modalidades principales, la primera llamada programa basado en sesiones estructuradas, la misma consiste en sesiones planificadas con una frecuencia y duración limitada, durante la cual el paciente se expone a estímulos de tipo multisensorial en un ambiente especializado (63).

Esta modalidad es fácil de aplicar y requiere poco personal, su efecto puede estar limitado por la periodicidad y duración de las sesiones. La segunda forma de aplicar la terapia es el enfoque integrado 24 horas, el cual incorpora un cuidado diario, impulsando la creación de una cultura Snoezelen en el hogar o en la institución. Lo anterior implica que todas las personas relacionadas apliquen diferentes estímulos multisensoriales a todas las situaciones cotidianas, trabajando de esta manera en una estimulación continua. Este enfoque posee efectos más sostenidos y duraderos en el tiempo, pero requiere una mayor inversión de recursos, supervisión y capacitación (63).

Esta terapia ha ganado popularidad en el ámbito clínico; sin embargo, hay poca evidencia que respalde su eficacia en la mejora de las conductas, la comunicación y el estado de ánimo de los pacientes. Sumado a esto, la terapia presenta importantes retos, entre ellos la falta de instrumentos estandarizados que sirvan para medir la relación terapéutica y la calidad del cuidado, la heterogeneidad a la hora de aplicarla debido a que pueden existir diferentes formatos, duraciones, intensidad y protocolos, y por último, la escasa investigación sobre el

grado de demencia y los efectos prolongados fuera de las sesiones. Según el autor Chung, J.C.C. (63), los beneficios de la terapia Snoezelen se muestran a continuación:

1. Mejora en el estado de ánimo.
2. Fomenta comportamientos positivos.
3. Facilita la comunicación e interacción.
4. Reduce conductas disruptivas o problemáticas.
5. Potencia la calidad de vida y la relación con el cuidador.
6. Crea un ambiente de bienestar y más humano.

3.4.3.3. Terapias psicosociales

Las terapias psicosociales promueven la participación activa del paciente, logrando mejorar el bienestar emocional y social, además de provocar una disminución en los efectos adversos de la enfermedad, tales como la apatía, la depresión y la ansiedad. A la vez que se fortalecen vínculos con las personas de su entorno, desarrollando una atención más humana y centrada en el paciente.

3.4.3.3.1. *Actividades significativas*

Las actividades significativas son actividades placenteras relacionadas con intereses y valores personales, las cuales ofrecen a las personas que viven con demencia la oportunidad de expresar su identidad (64).

Las actividades significativas incluyen propuestas individualizadas que remiten a acciones habituales del entorno doméstico, como vestirse, en donde el personal puede guiar al paciente mostrando el proceso en lugar de hacerlo por la persona. Actividades como el dibujo, la

jardinería, la pintura y el cuidado del entorno son opciones creativas y significativas para las personas con demencia. Pueden desarrollarse en grupo o de forma individual y su principal objetivo es fomentar la participación activa y reforzar el sentido de propósito de la persona (7).

Con el avance de la enfermedad, actividades que eran importantes para la persona se vuelven difíciles de realizar debido al deterioro funcional y cognitivo. Aunque los cuidadores suelen adaptar o sustituir dichas actividades, en muchas ocasiones terminan abandonando el proceso por motivos de agotamiento, problemas de salud, por no contar con apoyo o por enfrentar nuevas demandas en el cuidado diario. Por otra parte, cuando los cuidadores están bien de salud, cuentan con herramientas adecuadas y el acompañamiento necesario, las personas con demencia pueden seguir disfrutando de actividades que les aporten bienestar, identidad y alegría (57).

La participación en actividades puede ayudar a reducir síntomas conductuales, como apatía, agitación e irritabilidad, y síntomas psicológicos como depresión y ansiedad (65). Según el autor NDO (7), los beneficios de las actividades significativas se muestran a continuación:

1. Ayuda a la persona a mantener su independencia el mayor tiempo posible.
2. Ayuda a conservar habilidades.
3. Mejora la autoestima.
4. Mejora la calidad de vida de la persona con demencia y de sus cuidadores.
5. Permite a la persona expresar sus sentimientos a través del arte, la música, el canto y el baile.

3.4.3.3.2. *Terapia asistida con animales*

La interacción entre humanos y animales ha sido estudiada desde mediados del siglo XX y, actualmente, los animales pueden ser incorporados en programas terapéuticos, educativos o sociales con diversos fines. Así, entendemos las terapias asistidas con animales (TAA) como terapias estructuradas, con objetivos definidos, utilizadas por profesionales de la salud e intencionalmente diseñadas para incorporar perros en contextos sanitarios con el propósito de obtener beneficios terapéuticos y mejorar la salud y el bienestar. La TAA no sigue un plan terapéutico específico, pero sí posee un enfoque motivacional, educativo o lúdico (66).

La TAA se ha convertido en una herramienta terapéutica valiosa que ofrece beneficios a nivel físico y emocional. Es una intervención formal que forma parte de los planes terapéuticos personalizados. Los profesionales capacitados supervisan de forma constante los avances en aspectos como funciones cognitivas, bienestar emocional, relaciones sociales y salud física. Las sesiones pueden llevarse a cabo de manera individual o grupal, siempre que se adapten a la necesidad de cada persona. En cambio, las actividades asistidas con animales (AAA) tienen un enfoque menos estructurado y más recreativo. Están orientadas a mejorar la calidad de vida, a generar bienestar, a motivar, entretener y educar. A diferencia de la TAA, estas pueden ser realizadas por voluntarios (7).

Tanto la TAA como las AAA han mostrado beneficios importantes en el acompañamiento de personas con demencia. Los animales utilizados suelen ser perros, gatos o aves, aunque en algunos contextos también se emplean caballos u otras especies, según las preferencias y necesidades del paciente. La evidencia respalda que para muchas personas con demencia pueden ser experiencias enriquecedoras (7).

La TAA tiene múltiples aplicaciones potenciales en pacientes con condiciones específicas y en sus cuidadores. En el caso de la demencia, la investigación muestra una reducción en la agitación, una mejora en la calidad de vida y una posible disminución del malestar del cuidador. En la depresión, aunque los estudios presentan resultados generalmente positivos, la evidencia científica a favor de la TAA sigue siendo insuficiente (67).

En los últimos años, se han realizado varios estudios sobre la efectividad de la TAA en personas mayores con trastornos neurocognitivos. Se han observado mejoras en síntomas psiquiátricos como agitación, agresividad, ansiedad, depresión o apatía, mejoras en la interacción social con aumento del comportamiento prosocial, mejor calidad de vida y preservación de funciones como el estado de alerta o la presión arterial. Existen diversas teorías que intentan explicar los beneficios observados en estas intervenciones. Algunas de ellas destacan la activación de procesos psicológicos básicos como la atención, la percepción o la motivación en presencia del animal, y su importancia para el logro de los objetivos terapéuticos (66). Según el autor NDO (7), los beneficios de la terapia asistida con animales se muestran a continuación:

1. Reduce la agitación, la depresión y la agresión, mejorando la calidad de vida.
2. Aumenta la interacción social y fomenta el comportamiento de cuidado en personas con demencia.
3. Mejora la motivación y la función cognitiva.
4. Genera un impacto positivo en la actividad física, la ingesta alimentaria y el bienestar general.

5. Brinda la oportunidad de expresar emociones.
6. Proporciona oportunidades de comunicación significativa a través de la interacción con el animal.

3.4.3.3.3. *Tecnología asistencial y teleasistencia*

La tecnología asistencial y la teleasistencia (TA) representan herramientas clave para apoyar la autonomía y la seguridad de las personas con demencia. Siguiendo la terminología más utilizada en la práctica clínica e investigativa irlandesa, la tecnología asistencial se refiere a dispositivos autónomos que pueden ser utilizados directamente por la persona con demencia. Entre ellos se incluyen relojes con calendario, teléfonos simplificados y dispositivos que emiten recordatorios. En cambio, la teleasistencia hace referencia a sistemas que alertan a los cuidadores ante una necesidad o situación de riesgo. Estos pueden ser activos (cuando la persona genera la alerta) o pasivos (cuando sensores detectan el problema de forma automática). Estos sistemas pueden estar conectados a centros de monitoreo o funcionar de forma local en el hogar (7).

La Organización Internacional de Normalización (OIN) define la tecnología asistencial como “Cualquier producto (incluidos dispositivos, equipos, instrumentos y software), producido especialmente o disponible en general, usado por o para personas con discapacidad: para la participación; para proteger, apoyar, entrenar, medir o sustituir funciones o estructuras corporales y actividades; o para prevenir discapacidades, limitaciones de actividad o restricciones de participación”. (7).

Cuando se aplica de manera ética y ajustada a las necesidades individuales, la tecnología asistencial puede tener un impacto positivo considerable en la calidad de vida de quienes viven con demencia. Sin embargo, es importante tener en cuenta que esta tecnología no reemplaza el valor del contacto humano ni los enfoques centrados en la persona (7).

Dentro de las nuevas tecnologías se habla de la silla Nordic Sensi® (NSC), la cual proporciona una experiencia sensorial integrada que combina música, estimulación táctil, estimulación vestibular y relajación. Es especialmente útil en hogares de ancianos, ya que la estimulación táctil y vestibular puede ser eficaz para regular la hiperactivación y promover la calma, particularmente en momentos de agitación. La NSC es una mecedora eléctrica con música incorporada MusiCure®, la cual cuenta con programas como “*Relax*”, “*Refresh*” y “*Comfort*”, capaz de ofrecer una experiencia multisensorial ajustable que incluye música relajante, estimulación táctil y movimiento de balanceo, mejorando la calidad de vida de los pacientes. Los estudios apoyan su uso como una intervención no farmacológica efectiva, lo que sugiere su relevancia clínica en el manejo de los SCPD en personas con demencia (68).

Las Tecnologías Asistidas Inteligentes (TAI) se están integrando progresivamente en el cuidado de la demencia, especialmente para apoyar a los adultos mayores en la realización de las Actividades de la Vida Diaria (AVD), tales como comer, bañarse, vestirse, utilizar el inodoro y mantener la continencia. Estos avances reflejan tanto el deseo de las personas mayores con demencia de preservar su independencia como la necesidad de los sistemas de salud de retrasar o evitar la institucionalización, fomentando así un envejecimiento en el hogar más autónomo y prolongado (69). Según el autor NDO (7), los beneficios de la terapia asistencial y teleasistencia se muestran a continuación:

1. Localiza objetos perdidos, como carteras, llaves y bolsos.
2. Ayuda con la orientación o direcciones.
3. Recuerda día, la fecha y la hora.
4. Mantiene el contacto con familiares y amigos.
5. Recuerda la toma de medicamentos.
6. Ayuda a localizar a personas desorientadas o extraviadas.

3.4.3.3.4. *Jardines terapéuticos*

El ser humano tiene una conexión natural con la naturaleza. Investigaciones evidencian que el contacto con el entorno natural proporciona beneficios físicos y emocionales. Un enfoque llamado constructo de la biofilia, propuesto por Wilson, se basa en la hipótesis acerca de que los humanos sienten instintivamente atracción por el mundo natural. Sentir la presencia de vegetación, animales o estar en contacto con el agua despierta emociones positivas que contribuyen a aliviar el estrés. Estar expuestos a elementos naturales activa una recuperación psicofisiológica que restaura el bienestar físico y el equilibrio emocional (70).

Los jardines terapéuticos se adaptan a las capacidades de cada individuo, puede ofrecer una intervención relajante, donde solo se observe el entorno, aunque también puede implicar una participación más activa trabajando en labores de jardinería. Sin importar las condiciones del clima, los espacios pueden adaptarse con túneles y pasadizos que permitan el disfrute de la jardinería. También las verandas ofrecen una opción resguardada para disfrutar del exterior (7).

Estas actividades no solo brindan oportunidades de ejercicio físico placentero que favorecen la movilidad y la coordinación mediante acciones como caminar, agacharse o plantar, sino que también pueden fortalecer el cuerpo y mejorar la condición física para prevenir la osteoporosis. El contacto con la naturaleza a través del jardín puede ser una fuente importante de bienestar y estar en un ambiente natural reduce el estrés, despierta la curiosidad por el entorno y promueve la relajación. Actividades sencillas como prensar flores, elaborar tarjetas, crear arreglos florales, preparar compresas aromáticas o cocinar con ingredientes propios del jardín pueden ser muy gratificantes. La simple tarea de observar los colores, las texturas y los aromas de las plantas se torna en una actividad altamente estimulante (7).

Estos espacios contribuyen a la reducción de los síntomas depresivos, la agresividad, la agitación y el estrés, de igual forma, favorecen la creatividad, mejoran la autoestima y fomentan la interacción social. También son una valiosa fuente de estimulación sensorial apoyando el desarrollo de habilidades de coordinación (70). Según el autor NDO (7), los beneficios de la terapia hortícola se muestran a continuación:

- Fomenta la conexión innata hacia la naturaleza.
- Estar al aire libre genera sentimientos de aprecio, tranquilidad, espiritualidad y paz.
- Estar presente en un jardín es restaurador y participar activamente en la jardinería intensifica esos sentimientos, mientras ayuda a mantener los ritmos circadianos.

3.4.3.4. Actividades físicas y ocupacionales

Las actividades físicas y ocupacionales son fundamentales para conservar la autonomía en el paciente y evitar posibles complicaciones relacionadas con su movilidad; se emplean actividades que mejoran aspectos como la fuerza física, el equilibrio, la agilidad y demás habilidades relacionadas con el movimiento humano.

3.4.3.4.1. Ejercicio físico

El ejercicio físico es una intervención prometedora para las personas con demencia y ha recibido mayor atención en los últimos años. Se considera al ejercicio físico como una alternativa no farmacológica capaz de inducir beneficios mediante la modulación de la estructura y función cerebral. La evidencia sugiere que el ejercicio físico promueve la neurogénesis, la neuroplasticidad y tiene efectos beneficiosos en la regulación de factores neurotróficos. Las intervenciones con ejercicio tienen un impacto positivo en varios resultados de salud en pacientes con demencia, incluyendo la mejora de factores de riesgo cardiovascular, metabolismo, composición corporal y la mejora de la capacidad funcional. Estos factores se han descrito como determinantes en la aparición y progresión de la demencia (71).

El ejercicio físico comprende cualquier actividad que implique esfuerzo corporal, realizada con el propósito de preservar o mejorar la salud y la condición física. Esto incluye tanto acciones cotidianas (caminar, hacer tareas domésticas o jardinería) como actividades más estructuradas (nadar, bailar, andar en bicicleta, practicar Tai Chi o realizar ejercicios en el gimnasio). Para adultos mayores, se recomienda realizar al menos 150 minutos semanales de actividad moderada, distribuidos en sesiones de mínimo 10 minutos, combinando ejercicios

aeróbicos, de fuerza y equilibrio. Incluso personas en etapas avanzadas de demencia pueden beneficiarse de moverse con frecuencia, cambiar de postura, caminar por casa o sentarse sin apoyo, siempre bajo supervisión. Está demostrado que la actividad física puede retrasar el avance del deterioro cognitivo leve y, probablemente, también ralentice la progresión de la demencia en etapas iniciales (7).

El ejercicio puede generar efectos positivos en síntomas conductuales, capacidad funcional y calidad de vida. Sin embargo, no se observaron mejoras en la función cognitiva, lo que concuerda con otros estudios que sugieren que para ver beneficios cognitivos se necesitaría una intervención de tipo prolongado (71).

Finalmente, datos limitados pero concluyentes indican que el ejercicio puede disminuir la carga neuropatológica y aumentar la neurogénesis en el hipocampo. La evidencia sugiere que a niveles más altos de capacidad cardiorrespiratoria y actividad física hay un mayor volumen cerebral, menor atrofia cerebral, progresión más lenta de la demencia y menor riesgo de padecerla (72). Según el autor NDO (7), los beneficios de la terapia con ejercicio físico se muestran a continuación:

1. Proporciona ocupación y compromiso.
2. Ayuda a mantener un sistema cardiovascular saludable, lo que puede reducir el riesgo de hipertensión arterial y enfermedades cardíacas.
3. Disminuye el riesgo de ciertos tipos de cáncer (especialmente de mama y colon), accidente cerebrovascular y diabetes tipo 2.

CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN

El abordaje de los síntomas psicológicos y conductuales de la demencia es un desafío en el manejo de esta enfermedad; para su tratamiento se emplean alternativas de tipo farmacológico y no farmacológico, siendo estas últimas la recomendación de primera línea en la atención de la enfermedad. La Sociedad Americana de Geriátría, con base en los Criterios de Beers, plantean que el uso de medicación antipsicótica debe evitarse para abordar los SPCD, a excepción de que las intervenciones no farmacológicas hayan sido ineficaces o el entorno y la falta de conocimiento de estas no haya permitido su desarrollo, o que el paciente represente una amenaza para sí mismo o para terceros. Por esta razón, se han implementado alternativas no farmacológicas para tratar los síntomas asociados a la demencia, debido a que presentan mínimos efectos adversos. Dentro de las terapias se encuentran la aromaterapia, la musicoterapia, la terapia de reminiscencia y la terapia de luz (56).

5.1. Terapias cognitivas y de estimulación

A través de múltiples estudios, la OR ha demostrado brindar a las personas una mejoría de la función cognitiva en comparación con las personas que no la recibieron. El uso de OR impartida por familiares entrenados se tradujo en un desarrollo positivo de las capacidades cognitivas, pero no mostró efectos sobre el estado de ánimo ni el comportamiento (35).

Por otra parte, diversos estudios demuestran un impacto positivo a manera general en el comportamiento. Si bien no hay suficiente evidencia entre la duración de la sesiones y los beneficios de la terapia, los resultados respaldan que su uso es seguro, libre de efectos adversos y fácil de incorporar en enfoques de atención integral (36).

Se ha comprado mediante estudios que el uso de la terapia de reminiscencia ha tenido efectos positivos en el rendimiento cognitivo, en los síntomas depresivos y por ende una mejora en la calidad de vida de los pacientes portadores de demencia. Sin embargo, se requieren estudios con una muestra de población más amplia, para así generalizar los efectos de esta (39). Cabe mencionar que varios estudios demuestran que la TR tiene mejores efectos sobre los síntomas depresivos en pacientes institucionalizados con respecto a adultos mayores que viven dentro de la comunidad (40).

Datos sugieren que al implementar la terapia de trabajo con historia de vida en etapas tempranas de la enfermedad resulta beneficioso. Además, esta terapia se basa en la atención centrada en la persona y vela por la integridad y autonomía del paciente que sufre demencia (41).

Los hallazgos sugieren que la terapia de estimulación cognitiva tiene evidencia positiva respecto a mejoría en las habilidades cognitivas de personas con demencia; sin embargo, debido a la falta de seguimiento en los estudios, no se evidenciaron efectos a largo plazo. Así mismo, en síntomas depresivos, conductuales y en la calidad de vida, la evidencia obtenida fue de baja a moderada. Por ello, se recomienda la implementación de esta terapia a largo plazo, a través de programas estandarizados, instrumentos de evaluación y periodos de seguimiento para proporcionar evidencia más sólida (43). Datos sugieren que la TEC es efectiva para persona en etapas leves y moderadas de la demencia. Esta intervención es beneficiosa para mantener la actividad mental, por ende, ha demostrado beneficios en la calidad de vida y el funcionamiento cognitivo. El informe mundial de Alzheimer recomienda el uso de esta intervención de forma rutinaria para todos los pacientes portadores de la enfermedad (44).

La evidencia científica de la RC es más efectiva en pacientes en estadio leve a moderado de la demencia, permitiendo mejoras en la facultad para desempeñar tareas de vida cotidiana. Estas mejoras se preservaron hasta 9 meses posterior a la aplicación de la terapia, siempre y cuando se vean acompañadas de terapias de mantenimiento (45).

La TV se utiliza principalmente en pacientes que se encuentran en la etapa final de la enfermedad, esta terapia trata de abordar conflictos no resueltos para que las personas puedan morir en paz. Diversos estudios demuestran que se requiere de un tiempo prologando de intervención para poder observar cambios en el comportamiento, pero utilizada a largo plazo podrían ser favorable (47). Diferentes estudios confirman su efectividad en la disminución de comportamientos agresivos, mientras que otros han determinado que no es más beneficiosa que el placebo (48).

5.2. Terapias sensoriales

Respecto de la efectividad de la musicoterapia, hay evidencia de mejoría en la fluidez verbal, reducción de síntomas como la ansiedad, la depresión y la apatía. No obstante, no hay suficiente hallazgos que demuestren beneficios en la memoria, funcionalidad en actividades de vida diaria o la calidad de vida global (49). Se ha demostrado que la musicoterapia puede activar zonas del cerebro, como el hipocampo, que está relacionado con la memoria, por lo cual se emplea como una estrategia terapéutica en pacientes con demencia (50).

Datos acerca de la aromaterapia mostraron resultados inconsistentes respecto de la reducción de los SPCD, a raíz de que hay diversas formas de aplicación de esta, además de un número reducido de muestras y falta de seguimiento de la adherencia (52). No se ha comprobado la evidencia de la aromaterapia en los SPCD, e incluso, se clasifica como una intervención de

baja evidencia, por lo cual se requieren estudios más amplios para poder determinar los beneficios de esta terapia (53).

La implementación de la terapia de luz muestra efectos positivos sobre las alteraciones del sueño, particularmente una reducción en el número de despertares nocturnos, pero hasta ahora, no se ha comprobado con certeza mejorías en la depresión o la agitación. Los efectos a largo plazo se desconocen debido a la falta de evidencia, por lo que en el futuro se requiere profundizar más a fondo con estudios más completos (56). Otro estudio reveló que la intervención también tiene efectos positivos sobre el comportamiento y el estado de ánimo, pero de igual forma, se necesitan más estudios de investigación para respaldar estos resultados (54).

Estudios demuestran que el masaje terapéutico por sí solo tiene la capacidad de aliviar los SPCD y disminuir el uso de medicación sedante, la cual trae consigo muchos efectos secundarios, pero para poder brindar recomendaciones más consistentes, los estudios deberían contar con muestras más grandes y proporcionar detalles, tales como el tipo y la duración del masaje implementado (57). En contraparte, cuando la terapia de masajes es combinada con aromaterapia y acupresión se muestra una mayor efectividad en la reducción de los SPCD en pacientes con demencia en etapa avanzada (58).

Estudios demuestran que la terapia con muñecos ofrece mejoras en el estado emocional, la conducta y las relaciones sociales, especialmente en pacientes que viven en lugares de larga estancia. Además, investigaciones indican que hay una reducción de la agitación, la agresividad y las conductas de deambulación errática. Existe un tema controversial, ya que algunos cuidadores consideran que la intervención podría comprometer la dignidad del

paciente; sin embargo, la evidencia clínica apunta a que puede promover el bienestar cuando se aplican con respeto y empatía (59).

Los hallazgos de las intervenciones simuladas y robóticas favorecen un bienestar integral, fortaleciendo emociones positivas, la interacción social y la disminución de los SPCD, entre los cuales tenemos la agitación, la depresión y la ansiedad; no obstante, aún faltan estudios de alta calidad para arrojar resultados más decisivos (61). En contra parte, varios estudios revisados mencionan que el uso de robots no son efectivos para mejorar el estado cognitivo ni para el manejo de la apatía, pero sí han mostrado resultados positivos en la agitación y una reducción en el uso de medicación (62).

5.3. Terapias psicosociales

Estudios analizan que las actividades significativas están ligadas directamente con el compromiso y apoyo que brinde el cuidador. Hay tres escenarios relacionados con la terapia, inicialmente se tratan de mantener las actividades significativas el mayor tiempo posible; en segundo lugar, adaptar las actividades significativas según las capacidades del paciente conforme el progreso de la enfermedad, esto para seguir manteniendo el sentido de autonomía; y por último, abandonarlas debido al cansancio del cuidador, es por esto que se destaca la necesidad de tener personal capacitado que vele por el mantenimiento de las actividades, con el fin de para apoyar tanto al paciente como al cuidador y se promueva una mejor calidad de vida (64).

La literatura respalda que el uso de TAA proporciona efectos beneficiosos en el ámbito afectivo y conductual, con mayor evidencia en pacientes institucionalizados (66). En otro estudio, la TAA ha mostrado potencial en la reducción de la agitación, mejora en la calidad

de vida y un menor malestar en el cuidador. Con respecto a los síntomas depresivos, los resultados son favorables, pero los estudios aún siguen siendo limitados (67).

Las terapias asistenciales mostraron una disminución de los SPCD; del mismo modo, facilitaron una mejora en la calidad de vida del paciente, además de generar ambientes más confortables tanto para el paciente como para el cuidador. Es una opción muy prometedora para el manejo de los SPCD, por lo cual se deben de continuar las investigaciones para promover su uso en centros residenciales (68).

Con respecto del uso de jardines terapéuticos, las investigaciones encontraron que el contacto con la naturaleza genera estados de ánimo positivos y favorece a la reducción de los niveles de estrés. La interacción con la ambiente crea una atención espontánea, siendo que esto beneficia a la restauración de la atención del paciente también promueven la salud y el bienestar general de los pacientes. Se encontraron beneficios sobre la agitación, la deambulacion, la depresión y la agresividad (70).

5.4. Actividades físicas y ocupacionales

Un estudio realizado por un periodo de seis meses mostró que el ejercicio físico potenció un fortalecimiento en la capacidad funcional, redujo síntomas conductuales y mejoró la calidad de vida de pacientes institucionalizados con demencia leve a moderada, además el hecho de que el paciente se mantenga activo y más autónomo alivia la carga del cuidador (71). Otro ensayo identificó que el ejercicio aeróbico podría mejorar la memoria y reducir la atrofia del hipocampo, aunque sin cambios significativos en la función ejecutiva o síntomas depresivos. El ejercicio es una terapia muy prometedora, con una evidencia sólida y clara que respalda sus resultados (72).

5.5. Recomendaciones y niveles de evidencia según organismos internacionales

5.5.1. *Guías clínicas canadienses*

Las guías canadienses (Anexo 1) indican que, para tratar la agitación, la musicoterapia cuenta con una recomendación fuerte y un respaldo moderado. Asimismo, recomienda de forma condicional el uso de mascotas robóticas, la cual cuenta con una evidencia moderada. Por último, recomienda condicionalmente la terapia con masajes, la cual tiene una evidencia moderada. No obstante, la estimulación cognitiva, la terapia con masaje y tacto, el ejercicio físico y la terapia de reminiscencia cuentan con recomendación fuerte y respaldo moderado para tratar los síntomas depresivos (73).

Terapias como la aromaterapia, la terapia asistida con animales y la terapia reminiscencia presentan una recomendación condicional; es decir, dependen de ciertos factores o circunstancias específicas, ya sea del paciente, cuidador o ambiente para aplicarlas, debido a esto la evidencia de las mismas es muy baja (73).

5.5.2. *Guías Clínicas de la Organización Mundial de la Salud*

La OMS (Anexo 2) recomienda la terapia asistida con animales con evidencia moderada para mejorar la calidad de vida. De la misma manera, recomienda la musicoterapia específicamente relacionada con la danza, ya que demuestra una mejoría de los síntomas depresivos y cuenta con una evidencia moderada.

Por otro lado, la estimulación cognitiva ayuda a mejorar los síntomas de ansiedad y depresión, esta cuenta con una evidencia moderada y, con respecto de las actividades de la vida diaria, la evidencia es alta.

La actividad física mejora la función cognitiva y las actividades de la vida diaria, su evidencia es alta. La terapia hortícola favorece a la agitación y su evidencia es moderada; finalmente, la aromaterapia utilizando aceite de *melissa* controla la agitación y cuenta con evidencia de tipo moderado. El resto de las terapias que cuentan con evidencia existente son limitadas en sus estudios y presentan heterogeneidad metodológica, tamaños de muestra reducidos o resultados que son poco replicables o donde no se ha dado seguimiento clínico (74).

5.5.3. Guías Clínicas de la Asociación Internacional de Geriátría

Las guías de esta entidad (Anexo 3) destacan intervenciones relacionadas con síntomas específicos que desarrollan las personas portadoras de demencia. Se recomiendan ampliamente las actividades recreativas adaptadas donde se respeten los intereses de la persona, por ejemplo, se pueden ofrecer actividades tales como el arte, la música y el contacto físico, las cuales pueden ser efectivas para mejorar el estado de ánimo y reducir la agitación. En esta misma línea, la musicoterapia ha mostrado ser beneficiosa para disminuir la agitación y la agresividad, esta terapia tiende a ser más efectiva si se utiliza la música favorita del paciente y más aún si la música es en vivo, ya que estimula a que también haya movimiento (23).

Asimismo, la aromaterapia con aceite de lavanda al 2% y masajes en zonas específicas, como cara y brazos, contribuyen a una disminución de la agitación. La actividad física por un periodo de 30 minutos diarios parece ser útil para tratar los síntomas depresivos (23).

Respecto de la tendencia a deambular sin rumbo, lo ideal es adaptar el entorno al paciente, por lo que se propone ocultar manijas y mejorar la señalización hacia sitios importantes, como el servicio sanitario. Finalmente, se sugieren adaptaciones del entorno físico, destacando la importancia de ofrecer espacios accesibles, bien señalizados y seguros (23).

5.5.4. Guías Clínicas de la Oficina Nacional de Demencia

Diversos estudios (Anexos 4, 5 y 6) han mostrado beneficios en el manejo de síntomas conductuales en personas con demencia. La aromaterapia, los masajes, la música calmante y el contacto físico pueden disminuir la agitación, pero requieren más estudios. La musicoterapia destaca especialmente por su efecto positivo a corto plazo en la agitación y la depresión, aunque sus efectos sobre la conducta siguen siendo variables. El ejercicio físico ha demostrado mejorar el sueño, y las tecnologías asistenciales, como detectores de movimiento y alarmas, han sido efectivas para la deambulación errática (7).

Además, terapias de luz, jardines sensoriales, actividades hortícolas y técnicas conductuales muestran efectos prometedores, pero necesitan mayor respaldo científico. Otros síntomas específicos, como la agresión y la agitación, muestran una respuesta positiva a intervenciones psicosociales individualizadas; la ansiedad mejora con enfoques multicomponentes; la apatía con recreación terapéutica individual; y la depresión con ejercicio físico y estrategias conductuales. Las conductas desinhibidas y los trastornos nocturnos requieren abordajes conductuales, educación y control de factores físicos contribuyentes. Aunque los hallazgos son alentadores, es necesario continuar investigando para consolidar la evidencia (7).

5.5.5. *Guías Clínicas del Instituto Nacional para la Excelencia en Salud y Atención*

La guía NICE resalta que las intervenciones no farmacológicas pueden ser útiles en el tratamiento de los síntomas psicológicos y conductuales de la demencia, especialmente en etapas leves a moderadas de la demencia. Dentro de estas, la estimulación cognitiva es la que cuenta con mayor respaldo en cuanto al nivel de efectividad, principalmente por las mejoras en el funcionamiento cognitivo. No obstante, no muestran beneficios en actividades de vida diaria, síntomas depresivos, calidad de vida y carga del cuidador (75).

Otras intervenciones, como la rehabilitación cognitiva, la reminiscencia o el ejercicio físico presentan efectos beneficiosos en actividades de vida diaria y cognición, pero generalmente son de corta duración, lo que indica que la eficacia depende del paciente y entorno en el que se aplican. La musicoterapia, en particular, ha mostrado ser aceptada por los pacientes y efectiva en la reducción de la agitación, aunque no se ha comprobado que supere a las actividades de vida diaria. En cuanto a intervenciones como la aromaterapia y fototerapia, la evidencia es limitada, y propuestas innovadoras como el uso de terapias robóticas muestran resultados prometedores. Si bien algunas intervenciones no logran disminuir directamente síntomas como la apatía o la agitación, muchas generan respuestas emocionales positivas que favorecen la calidad de vida de la persona con demencia (75).

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La demencia es una enfermedad de naturaleza muy compleja, ya que no solo implica un deterioro cognitivo progresivo, sino también el desarrollo de síntomas emocionales y conductuales que afectan la calidad de vida, tanto del paciente como del cuidador, conforme esta evoluciona. Esto ha influenciado una búsqueda de alternativas más integrales para abordar la enfermedad, por lo que en los últimos años han surgido tratamientos que van más allá del uso de fármacos.

La presente investigación ha evidenciado cómo diferentes entidades internacionales han promovido el uso de tratamientos no farmacológicos como una primera línea de tratamiento, donde no solamente se aborda la enfermedad de una manera fisiológica, sino también de una manera más integral y humana para el paciente y su entorno, convirtiéndose así en una manera de gestionar la enfermedad con un enfoque centrado en la persona.

A diferencia del enfoque tradicional mediante el cual se ha tratado la enfermedad históricamente, las alternativas no farmacológicas dotan al tratamiento de un enfoque donde se contemplan preferencias, gustos, valores e historia de vida, con el fin de hacer sentir al paciente más humano y brindar una atención personalizada y adecuada según las necesidades de la persona con demencia.

Esta estrategia brinda múltiples beneficios que mejoran la calidad de vida del paciente. Entre los principales encontrados se destacan una mejora en la confianza, aumento de la autoestima, mejora del estado de ánimo, reducción significativa de la desorientación, mayor interacción social, promueve la creatividad, disminuye la agitación, reduce la agresividad, mejora en los síntomas depresivos y en la función cognitiva. Finalmente, se destaca que todos estos

aspectos positivos no solamente impactan en la salud de la persona enferma, sino también en las personas que lo rodean.

Si bien es cierto, todas las opciones expuestas muestran beneficios, según lo investigado, hay algunas que revelan mejores resultados que otras. Se destacan principalmente la terapia con uso de mascotas robóticas, la musicoterapia y la terapia con masajes para la agitación. Para los síntomas depresivos se recomienda la terapia de estimulación cognitiva, la terapia con masaje y tacto, el ejercicio físico y la terapia de reminiscencia. Finalmente, existe un importante respaldo de que la actividad física mejora la función cognitiva y las actividades de la vida diaria, como los hábitos de higiene y demás acciones comunes que requiere realizar la persona de forma cotidiana.

La investigación demuestra que los tratamientos no farmacológicos son una alternativa por considerar para el manejo de los síntomas psicológicos y conductuales de la demencia. La información presentada sugiere a los profesionales de la salud el valorar estas terapias como complemento a las demás opciones tradicionales que existen en la medicina. Es importante considerar que los estudios actuales también exponen las limitantes de las terapias no farmacológicas, pues dada la naturaleza de estas, en muchas ocasiones el seguimiento, tamaño de la muestra, evolución del paciente, falta de recursos, falta de capacitación del personal en las instituciones y desgaste del cuidador son factores que podrían provocar sesgos en los resultados.

Es importante generar más conocimiento alrededor de las intervenciones no farmacológicas, por lo que se recomienda impulsar el desarrollo de más investigación relacionada con este

tema donde se enfatice en la producción de evidencia más sólida para respaldar su uso y que sean más aplicadas en el abordaje integral de la enfermedad.

Dado que estas terapias no son de uso común en el contexto latinoamericano, se debe promover la formación y capacitación de las personas vinculadas con la atención de pacientes con demencia, por medio de programas de educación que incluyan el desarrollo de habilidades para la aplicación de los métodos, herramientas y demás intervenciones relacionadas con las terapias no farmacológicas.

La mayoría de los estudios que respaldan lo expuesto en la presente investigación exponen que generalmente las terapias no farmacológicas se aplican a pacientes institucionalizados, por lo que existe una importante desigualdad en el acceso a esta alternativa; por este motivo, se recomienda impulsar políticas sanitarias que garanticen un acceso equitativo a las intervenciones no farmacológicas y sus beneficios.

Anexos

Anexo 1. Tabla de recomendaciones y evidencia según Guías Clínicas Canadienses para la evaluación y el manejo de los síntomas psicológicos y conductuales de la demencia

Síntomas	Terapias recomendadas	Recomendación	Evidencia
Agitación	-Mascotas robóticas	- Condicional	- Moderada
	- Terapia asistida con animales	- Condicional	- Muy baja
	-Ejercicio físico	- Condicional	- Muy baja
	-Musicoterapia	- Fuerte	- Moderada
	-Masajes	- Condicional	- Moderada
	- Aromaterapia	- Condicional	- Muy baja
Psicosis	- Musicoterapia	- Condicional	- Muy baja
Síntomas depresivos	- Terapia asistida con animales	- Condicional	- Muy baja
	-Mascotas robóticas	- Condicional	- Moderada
	-Estimulación cognitiva	- Fuerte	- Moderada
	-Masaje y tacto	- Fuerte	- Moderada
	-Ejercicio físico	- Fuerte	- Moderada
	-Reminiscencia	- Fuerte	- Moderada
	- Terapia ocupacional	- Condicional	- Baja

Fuente: elaboración propia basada en autor Canadian Coalition for Seniors Mental Health, Canadian Academy of Geriatric Psychiatry (73).

Anexo 2. Tabla de recomendaciones y evidencia según Guías de la Organización Mundial de la Salud Clínicas para la evaluación y el manejo de los síntomas psicológicos y conductuales de la demencia.

Terapias recomendadas	Síntomas	Evidencia
Terapia asistida con animales	-Síntomas depresivos	-Baja
	-Agitación	-Muy baja
	-Comportamiento	-Muy baja
	-Función social	-Baja
	-Función psicológica	-Baja
	-Función actividades diarias	-Baja
	-Calidad de vida	-Moderada
Musicoterapia (danza)	-Síntomas depresivos	-Moderada
	-Ansiedad	-Baja
Estimulación cognitiva	-Función cognitiva	-Baja/Muy baja
	-Ansiedad	-Moderada
	-Comportamiento	-Baja
	-Síntomas depresivos	-Moderada
	-Actividades de vida diaria	-Alta
	-Calidad de vida	-Muy baja
Musicoterapia	-Función cognitiva	-Muy baja
	-Síntomas depresivos	-Muy baja
	-Calidad de vida	-Muy baja
	-Función cognitiva	-Alta

Actividad física	-Actividades de vida diaria	-Alta
Tecnología Asistencial	-Síntomas depresivos	-Muy baja
	-Agitación	-Muy baja
	-Actividades de vida diaria	-Muy baja
Terapia Hortícola	-Agitación	-Moderada
Terapia reminiscencia	-Síntomas depresivos	-Baja/Muy baja
Aromaterapia	-Agitación	-Baja
		-Moderada (melisa)

Fuente: elaboración propia basada en autor OMS (74)

*Anexo 3. Tabla de recomendaciones según Guías Clínicas de la Asociación
Internacional de Psicogeriatría*

Terapia recomendada	Síntomas	Recomendaciones
Actividades recreativas adaptadas	-Agitación -Estado de ánimo y comportamiento	Adaptar actividades a intereses previos; incluir arte, ritmo y contacto físico para mayor satisfacción.
Aromaterapia (aceite de lavanda y melisa)	-Agitación	Aplicar aceite de lavanda al 2% en unidades de cuidados y realizar masajes con aceite de melisa en cara y brazos.
Musicoterapia	-Agitación -Agresividad (verbal y física)	Seleccionar música según los intereses; música en vivo provoca mayor activación y uso de grabaciones de música favorita durante el baño.
Interacción uno a uno con terapeuta	-Conductas verbales disruptivas	Usar contacto empático, conversación, ejercicio suave o actividades manuales adaptadas a habilidades e intereses.
Actividad física	-Estado de ánimo bajo	Programa diario de ejercicio activo de 30 minutos mejora en el estado de ánimo.
Tendencia a salir	-Conductas erráticas	Ocultar manijas/puertas, evitar paneles de vidrio en puertas de salida, señalización clara y accesos seguros.

Preguntas repetitivas	-Ansiedad	Ofrecer consuelo, iniciar una actividad placentera y técnica de recuperación espaciada.
Programa de higiene del sueño	-Trastornos del ciclo sueño/vigilia	Fomentar actividad diurna, rutina de sueño personalizada, minimizar ruido, luz nocturna y evitar interrupciones.
Entorno físico	-Agitación -Agresividad -Ansiedad	Unidades residenciales pequeñas, acceso fácil al personal de atención, dormitorios individuales, accesos claros señalizados a baños, iluminación adecuada, acceso a jardines y senderos seguros.

Fuente: elaboración propia basada en autor IPA (23)

Anexo 4. Tabla de recomendaciones según Guías Clínicas de la Oficina Nacional de Demencia (O'Neil et al., 2011)

Intervenciones prometedoras identificadas en O'Neil <i>et al.</i> (2011)	
Tipo de intervención	Descripción
Masajes / Contacto / Otras terapias sensoriales	La limitada cantidad de evidencia sugiere que, en comparación con no recibir tratamiento, estas pueden tener efectos beneficiosos. Existe algo de evidencia sobre la efectividad de algunas intervenciones sensoriales (aromaterapia, baños térmicos, música calmante y masajes en las manos) para disminuir la agitación, pero con una variabilidad considerable en los detalles de las intervenciones, la duración de la exposición y los resultados medidos.
Musicoterapia (para la agitación)	Faltan estudios bien conducidos, pero las intervenciones musicales tienen potencial para reducir la agitación en personas con demencia a corto plazo.
Técnicas de manejo conductual	La evidencia proporciona cierto respaldo a las técnicas de manejo conductual, como intervenciones efectivas para los síntomas conductuales. Los resultados mixtos de los estudios, la variedad de intervenciones específicas y las preocupaciones metodológicas sugieren la necesidad de investigaciones adicionales.
Ejercicio (para el sueño)	La evidencia más consistente mostró que el ejercicio aumentó la duración del sueño y disminuyó los despertares nocturnos; el

	<p>impacto de la mejora del sueño sobre resultados de salud a más largo plazo sigue siendo incierto y puede representar un beneficio adicional para los cuidadores afectados de manera desproporcionada por el sueño disfuncional.</p>
<p>Tecnologías asistidas (para el deambular)</p>	<p>En estudios no aleatorizados, los dispositivos de rastreo, los detectores de movimiento y las alarmas en el hogar fueron generalmente efectivos para detectar el deambular y localizar a pacientes perdidos.</p>

Fuente: elaboración propia basada en el autor NDO (7)

Anexo 5. Tabla de recomendaciones según Guías Clínicas de la Oficina Nacional de Demencia (Abraha et al., 2017)

Intervenciones prometedoras identificadas en Abraha et al. (2017)	
Tipo de intervención	Descripción
Aromaterapia	Una revisión Cochrane encontró efectos inconsistentes de la aromaterapia sobre las medidas de agitación, síntomas conductuales y calidad de vida. Otra revisión que cubría once estudios mostró alguna evidencia prometedora, pero los resultados no fueron consistentes entre los estudios.
Masajes y terapia de contacto	Una revisión Cochrane encontró una cantidad limitada de evidencia confiable disponible sobre el potencial de las intervenciones de masaje y contacto para dos aplicaciones específicas: masaje de manos para la reducción inmediata o a corto plazo del comportamiento agitado, y la adición del contacto al estímulo verbal para comer con el fin de mejorar la ingesta nutricional. Otra revisión encontró solo un estudio confiable que proporcionó evidencia que respalda el uso del masaje como un enfoque no farmacológico para manejar la agitación en personas mayores con demencia.
Terapia de luz	Una revisión Cochrane evaluó la efectividad de la terapia de luz para mejorar la cognición, las actividades de la vida diaria (AVD), el sueño y los síntomas neuropsiquiátricos (SPCD). La revisión no

	<p>encontró ningún efecto de la terapia de luz sobre la función cognitiva, el sueño, los SPCD (por ejemplo, la agitación) ni los síntomas psiquiátricos asociados con la demencia, y los autores concluyeron que no había evidencia suficiente para justificar el uso de la terapia de luz intensa en la demencia. Una revisión sistemática más reciente evaluó la evidencia sobre la terapia de luz específicamente para problemas relacionados con el sueño, abarcando tanto problemas generales del sueño como problemas relacionados con la enfermedad de Alzheimer y la demencia. La revisión encontró que la terapia de luz fue efectiva en el tratamiento de problemas del sueño.</p>
<p>Jardines sensoriales y actividades hortícolas</p>	<p>Una revisión sistemática abarcó estudios cuantitativos y cualitativos sobre el impacto de los jardines y la terapia hortícola en el bienestar mental y físico de residentes con demencia en residencias de ancianos y centros especializados en cuidado de la demencia. Aunque la base de evidencia era muy limitada y, en general, de baja calidad, los autores concluyeron que la evidencia es prometedora en cuanto a los impactos positivos sobre los niveles de agitación en los residentes de residencias con demencia que pudieron pasar tiempo en un jardín.</p>
<p>Musicoterapia</p>	<p>Una revisión de alta calidad incluyó nueve ensayos controlados aleatorizados (ECA) y nueve ensayos controlados. Las intervenciones específicas de musicoterapia incluyeron escuchar,</p>

	<p>moverse/bailar y cantar/tocar, a veces combinadas con ejercicio y terapia de reminiscencia. Esta revisión concluyó que la musicoterapia fue efectiva para reducir los síntomas conductuales (encontrado en seis ECA y cinco estudios controlados), así como para reducir la depresión (cuatro ECA y cinco estudios controlados) y la ansiedad (ocho estudios). Otra revisión de intervenciones musicales incluyó un metaanálisis y llegó a conclusiones algo diferentes. Encontró un efecto significativo sobre la cognición y la fisiología, pero no sobre el comportamiento o el afecto. Parte de la explicación de las discrepancias puede derivarse de las diferentes metodologías de revisión, así como del alcance más amplio de la segunda revisión que abarcó una amplia gama de intervenciones musicales y no solo la musicoterapia definida como en la primera revisión.</p>
--	---

Fuente: elaboración propia tomada de autor NDO (7)

Anexo 6. Tabla de recomendaciones según Guías Clínicas de la Oficina Nacional de Demencia para diferentes dominios de SPCD

Intervenciones sugeridas para diferentes dominios de SPCD (DCRC-ABC, Australia)	
Dominio SPCD	Intervención sugerida
Agresión	Las intervenciones psicosociales individualizadas pueden ser efectivas y han demostrado cierto apoyo para una variedad de intervenciones específicas.
Ansiedad	Las intervenciones multicomponentes proporcionan la mejor evidencia para el manejo psicosocial de la ansiedad en la demencia. Este grupo incluye intervenciones que abordan factores ambientales, biológicos y psicosociales que contribuyen a la ansiedad. Cuando es secundaria a otros problemas psicológicos, el tratamiento debe centrarse en el problema principal.
Agitación	Las intervenciones psicosociales individualizadas pueden ser efectivas y las intervenciones musicales proporcionan la mejor evidencia.
Apatía	Las intervenciones psicosociales tienen el potencial de reducir la apatía. La recreación terapéutica, particularmente cuando se proporciona de manera individual, tiene la mejor evidencia.
Depresión	Intervenciones psicosociales individualizadas como enfoque de primera línea, posiblemente junto con medicación cuando esté

	<p>indicada. Apoyo para intervenciones psicosociales y ambientales seleccionadas, con ejercicio y enfoques conductuales con la mejor evidencia.</p>
<p>Conductas desinhibidas</p>	<p>El manejo requiere identificación de factores potencialmente modificables; evidencia limitada, por lo que debe abordarse caso por caso. Las estrategias basadas en la conducta pueden ser útiles para desalentar estas conductas y la psicoeducación/psicoterapia puede apoyar a la familia y al personal de cuidado.</p>
<p>Trastornos nocturnos</p>	<p>El manejo requiere la identificación de factores potencialmente tratables que contribuyan: dolor, hambre, sed, infección y/o mala higiene del sueño. La intervención de tratamiento y educación sobre el insomnio nocturno en la enfermedad de Alzheimer (NITE-AD), una intervención multicomponente con educación sobre higiene del sueño para el cuidador tiene la mejor evidencia para el manejo psicosocial.</p>
<p>Síntomas psicóticos</p>	<p>Intervenciones psicosociales inicialmente, a menos que los síntomas causen una agitación, angustia o problemas de seguridad significativos. El programa de atención multifacético (Gentle Care), que construye una ‘prótesis de atención’ basada en el apoyo para compensar las pérdidas cognitivas y funcionales, proporciona la mejor evidencia.</p>

<p>Conducta vocalmente disruptiva</p>	<p>Las posibles causas incluyen malestar, condicionamiento operante (debido a una mayor atención) y umbral reducido de estrés. La recreación terapéutica proporciona la mejor evidencia.</p>
<p>Deambulaci3n</p>	<p>La tarea crucial es comprender qu3 significa la deambulaci3n para la persona, aunque esto puede ser difc3cil de determinar. Existe alguna evidencia para intervenciones psicosociales rentables y simples de implementar: para las categor3as de terapias ambientales, sensoriales y de contacto.</p>

Fuente: elaboraci3n propia tomada de autor NDO (7)

Referencias bibliográficas

1. An overview of systematic reviews of pharmacological and non-pharmacological interventions for the treatment of behavioral and psychological symptoms of dementia - PubMed. [citado 10 de abril de 2025]; Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29143695/>
2. WHO. Dementia: a public health priority [Internet]. 2012 [citado 10 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/dementia-a-public-health-priority>
3. Cao Q, Tan CC, Xu W, Hu H, Cao XP, Dong Q, et al. The Prevalence of Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Alzheimers Dis JAD*. 2020;73(3):1157-66.
4. Livingston G, Huntley J, Sommerlad A, Ames D, Ballard C, Banerjee S, et al. Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *The Lancet*. 8 de agosto de 2020;396(10248):413-46.
5. Nichols E, Szoeke CEI, Vollset SE, Abbasi N, Abd-Allah F, Abdela J, et al. Global, regional, and national burden of Alzheimer's disease and other dementias, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Neurol*. 1 de enero de 2019;18(1):88-106.
6. Román-Garita N, Boza-Calvo C. Estudio de prevalencia de demencias en adultos mayores de la comunidad de Santo Domingo de Heredia, Costa Rica. *Rev Ter*. 30 de enero de 2019;13(1):32-47.

7. non-cognitive-symptoms-of-dementia-guidance-on-non-pharmacological-interventions-for-healthcare-and-social-care-practitioners.pdf [Internet]. [citado 10 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.hse.ie/eng/dementia-pathways/files/non-cognitive-symptoms-of-dementia-guidance-on-non-pharmacological-interventions-for-healthcare-and-social-care-practitioners.pdf>
8. Cipriani G, Danti S, Picchi L, Nuti A, Fiorino MD. Daily functioning and dementia. *Dement Neuropsychol.* 2020;14(2):93-102.
9. Shinosaki K, Nishikawa T, Takeda M. Neurobiological basis of behavioral and psychological symptoms in dementia of the Alzheimer type. *Psychiatry Clin Neurosci.* diciembre de 2000;54(6):611-20.
10. Lövheim H, Sandman PO, Karlsson S, Gustafson Y. Behavioral and psychological symptoms of dementia in relation to level of cognitive impairment. *Int Psychogeriatr.* agosto de 2008;20(4):777-89.
11. Espinosa NR. Neurología de la cognición y la conducta • MÓDULO 2.
12. WHO. Demencia. 2025 [citado 28 de abril de 2025]. Demencia. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
13. Gutiérrez Rodríguez J, Guzmán Gutiérrez G. Definición y prevalencia del deterioro cognitivo leve. *Rev Esp Geriatria Gerontol.* junio de 2017;52:3-6.
14. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 5ta. Edición. Editorial Médica Panamericana;

15. National Institute on Aging. National Institute on Aging. [citado 28 de abril de 2025]. Infographic: Understanding Different Types of Dementia. Disponible en: <https://www.nia.nih.gov/health/alzheimers-and-dementia/understanding-different-types-dementia>
16. Prince M, Guerchet M, Prina M. The Epidemiology and Impact of Dementia - Current State and Future Trends. WHO Thematic Briefing [Internet]. 2015 [citado 28 de abril de 2025]. Disponible en: <https://hal.science/hal-03517019>
17. Gutiérrez R. El Alzheimer en Iberoamérica. Universidad Autónoma de Nuevo León; 2018.
18. Valverde EM, Aguilar DV, Garabain HJH, Araya CC, Azofeifa MP, Campos LEC, et al. Características clínicas de los casos de demencia diagnosticados en la Clínica de Memoria del Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología. Acta Médica Costarric [Internet]. 20 de julio de 2020 [citado 28 de abril de 2025];57(3). Disponible en: http://actamedica.medicos.cr/index.php/Acta_Medica/article/view/890
19. Muñoz García B. Terapias no farmacológicas para los síntomas psicológicos y conductuales de la enfermedad de Alzheimer. Rev Astur Ter Ocupacional. 2018;(13):1-12.
20. Eva B. Abordaje de los síntomas psicológicos y conductuales de la demencia. [España]: Universidad de Cantabria; 2017.

21. Tascone L dos S, Bottino CM de C. Neurobiology of neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease: A critical review with a focus on neuroimaging. *Dement Neuropsychol*. 2013;7(3):236-43.
22. Olazarán Rodríguez J, Agüera Ortiz LF, Muñiz Schwochert R. Síntomas psicológicos y conductuales de la demencia: prevención, diagnóstico y tratamiento. *Rev Neurol*. 2012;55(10):598.
23. International Psychogeriatric Association (IPA). Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. 2015.
24. Kolanowski A, Boltz M, Galik E, Gitlin LN, Kales HC, Resnick B, et al. Determinants of behavioral and psychological symptoms of dementia: A scoping review of the evidence. *Nurs Outlook*. 1 de septiembre de 2017;65(5):515-29.
25. Kales HC, Gitlin LN, Lyketsos CG. Assessment and management of behavioral and psychological symptoms of dementia. *BMJ*. 2 de marzo de 2015;350:h369.
26. Bessey LJ, Walaszek A. Management of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. *Curr Psychiatry Rep*. 1 de julio de 2019;21(8):66.
27. de Oliveira AM, Radanovic M, de Mello PCH, Buchain PC, Vizzotto ADB, Celestino DL, et al. Nonpharmacological Interventions to Reduce Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: A Systematic Review. *BioMed Res Int*. 2015;2015:218980.
28. Caspar S, Davis ED, Douziech A, Scott DR. Nonpharmacological Management of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: What Works, in What Circumstances, and Why? *Innov Aging*. 27 de marzo de 2018;1(3):igy001.

29. Lee KH, Lee JY, Kim B. Person-Centered Care in Persons Living With Dementia: A Systematic Review and Meta-analysis. *The Gerontologist*. 20 de abril de 2022;62(4):e253-64.
30. Mohr W, Rädke A, Afi A, Edvardsson D, Mühlichen F, Platen M, et al. Key Intervention Categories to Provide Person-Centered Dementia Care: A Systematic Review of Person-Centered Interventions. *J Alzheimers Dis JAD*. 2021;84(1):343-66.
31. Kim SK, Park M. Effectiveness of person-centered care on people with dementia: a systematic review and meta-analysis. *Clin Interv Aging*. 2017;12:381-97.
32. Berntsen GR, Yaron S, Chetty M, Canfield C, Ako-Egbe L, Phan P, et al. Person-centered care (PCC): the people's perspective. *Int J Qual Health Care J Int Soc Qual Health Care*. 29 de noviembre de 2021;33(Supplement_2):ii23-6.
33. Manthorpe J, Samsi K. Person-centered dementia care: current perspectives. *Clin Interv Aging*. 25 de noviembre de 2016;11:1733-40.
34. American Geriatrics Society Expert Panel on Person-Centered Care. Person-Centered Care: A Definition and Essential Elements. *J Am Geriatr Soc*. enero de 2016;64(1):15-8.
35. Spector AE, Orrell M, Davies SP, Woods B. Reality orientation for dementia - Spector, AE - 2000 | Cochrane Library. [citado 2 de mayo de 2025]; Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001119/full>
36. Heerema E. Verywell Health. [citado 2 de mayo de 2025]. The Benefits of Reality Orientation in Alzheimer's and Dementia. Disponible en:

<https://www.verywellhealth.com/treating-alzheimers-disease-with-reality-orientation-98682>

37. Moon S, Park K. The effect of digital reminiscence therapy on people with dementia: a pilot randomized controlled trial. *BMC Geriatr.* 6 de mayo de 2020;20(1):166.
38. İnel Manav A, Simsek N. The Effect of Reminiscence Therapy With Internet-Based Videos on Cognitive Status and Apathy of Older People With Mild Dementia. *J Geriatr Psychiatry Neurol.* marzo de 2019;32(2):104-13.
39. Lök N, Bademli K, Selçuk-Tosun A. The effect of reminiscence therapy on cognitive functions, depression, and quality of life in Alzheimer patients: Randomized controlled trial. *Int J Geriatr Psychiatry.* enero de 2019;34(1):47-53.
40. Huang HC, Chen YT, Chen PY, Huey-Lan Hu S, Liu F, Kuo YL, et al. Reminiscence Therapy Improves Cognitive Functions and Reduces Depressive Symptoms in Elderly People With Dementia: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *J Am Med Dir Assoc.* diciembre de 2015;16(12):1087-94.
41. McKinney A. The value of life story work for staff, people with dementia and family members. *Nurs Older People.* 31 de mayo de 2017;29(5):25-9.
42. Berendonk C, Caine V. Life story work with persons with dementia in nursing homes: A Grounded Theory study of the perspectives of care staff. *Dementia.* enero de 2019;18(1):282-302.

43. Cao Y, Wang N, Zhang Q, Shen N, Bai J, Luo X, et al. Effects of cognitive stimulation therapy on patients with dementia: An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Exp Gerontol*. 15 de junio de 2023;177:112197.
44. Rai H, Yates L, Orrell M. Cognitive Stimulation Therapy for Dementia. *Clin Geriatr Med*. noviembre de 2018;34(4):653-65.
45. Kudlicka A, Martyr A, Bahar-Fuchs A, Sabates J, Woods B, Clare L. Cognitive rehabilitation for people with mild to moderate dementia. *Cochrane Database Syst Rev*. 29 de junio de 2023;6(6):CD013388.
46. Neal M, Wright PB. Validation therapy for dementia - Neal, M - 2003 | Cochrane Library. [citado 2 de mayo de 2025]; Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001394/full>
47. Wegerer J. Empathy for Alzheimer's: The Validation Method | OurParents [Internet]. 2023 [citado 2 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.ourparents.com/senior-health/validation-method-for-alzheimers>
48. Heerema E. Verywell Health. [citado 2 de mayo de 2025]. Using Validation Therapy for People With Dementia. Disponible en: <https://www.verywellhealth.com/using-validation-therapy-for-people-with-dementia-98683>
49. Lam HL, Li WTV, Laher I, Wong RY. Effects of Music Therapy on Patients with Dementia-A Systematic Review. *Geriatr Basel Switz*. 25 de septiembre de 2020;5(4):62.
50. Trainor H. Effects of Using Music Therapy for Patients Suffering From Dementia. *Health Care Manag*. 2019;38(3):206-10.

51. Gómez-Romero M, Jiménez-Palomares M, Rodríguez-Mansilla J, Flores-Nieto A, Garrido-Ardila EM, González López-Arza MV. Benefits of music therapy on behaviour disorders in subjects diagnosed with dementia: a systematic review. *Neurol Barc Spain*. mayo de 2017;32(4):253-63.
52. Li BSY, Chan CWH, Li M, Wong IKY, Yu YHU. Effectiveness and Safety of Aromatherapy in Managing Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: A Mixed-Methods Systematic Review. *Dement Geriatr Cogn Disord Extra*. 2021;11(3):273-97.
53. Ball EL, Owen-Booth B, Gray A, Shenkin SD, Hewitt J, McCleery J. Aromatherapy for dementia. *Cochrane Database Syst Rev*. 19 de agosto de 2020;8(8):CD003150.
54. Fong KN, Ge X, Ting KH, Wei M, Cheung H. The Effects of Light Therapy on Sleep, Agitation and Depression in People With Dementia: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Am J Alzheimers Dis Other Demen*. 2023;38:15333175231160682.
55. Hanford N, Figueiro M. Light therapy and Alzheimer's disease and related dementia: past, present, and future. *J Alzheimers Dis JAD*. 2013;33(4):913-22.
56. Cibeira N, Maseda A, Lorenzo-López L, Rodríguez-Villamil JL, López-López R, Millán-Calenti JC. Application of light therapy in older adults with cognitive impairment: A systematic review. *Geriatr Nurs N Y N*. 2020;41(6):970-83.
57. Margenfeld F, Klocke C, Joos S. Manual massage for persons living with dementia: A systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Stud*. agosto de 2019;96:132-42.

58. Fung JKKM, Tsang HWH. Management of behavioural and psychological symptoms of dementia by an aroma-massage with acupressure treatment protocol: A randomised clinical trial. *J Clin Nurs*. mayo de 2018;27(9-10):1812-25.
59. Martín-García A, Corregidor-Sánchez AI, Fernández-Moreno V, Alcántara-Porcuna V, Criado-Álvarez JJ. Effect of Doll Therapy in Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: A Systematic Review. *Healthc Basel Switz*. 23 de febrero de 2022;10(3):421.
60. Ng QX, Ho CYX, Koh SSH, Tan WC, Chan HW. Doll therapy for dementia sufferers: A systematic review. *Complement Ther Clin Pract*. febrero de 2017;26:42-6.
61. Kang HS, Makimoto K, Konno R, Koh IS. Review of outcome measures in PARO robot intervention studies for dementia care. *Geriatr Nurs N Y N*. 2020;41(3):207-14.
62. Hirt J, Ballhausen N, Hering A, Kliegel M, Beer T, Meyer G. Social Robot Interventions for People with Dementia: A Systematic Review on Effects and Quality of Reporting. *J Alzheimers Dis JAD*. 2021;79(2):773-92.
63. Chung JC, Lai CK, Chung PM, French HP. Snoezelen for dementia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2002;2002(4):CD003152.
64. Allison TA, Gubner JM, Oh A, Harrison KL, Pham K, Barnes DE, et al. Meaningful Activities and Sources of Meaning for Community-Dwelling People Living with Dementia. *J Am Med Dir Assoc*. julio de 2022;23(7):1191-1196.e1.
65. Harding E, Sullivan MP, Camic PM, Yong KXX, Stott J, Crutch SJ. «I Want to Do Something» - Exploring What Makes Activities Meaningful for Community-Dwelling

- People Living With Dementia: A Focused Ethnographic Study. *Qual Health Res.* noviembre de 2024;34(13):1286-302.
66. Vegue Parra E, Hernández Garre JM, Echevarría Pérez P. Benefits of Dog-Assisted Therapy in Patients with Dementia Residing in Aged Care Centers in Spain. *Int J Environ Res Public Health.* 4 de febrero de 2021;18(4):1471.
67. Charry-Sánchez JD, Pradilla I, Talero-Gutiérrez C. Animal-assisted therapy in adults: A systematic review. *Complement Ther Clin Pract.* agosto de 2018;32:169-80.
68. García-Alberca JM, de la Rosa MD, Solo de Zaldívar P, Ledesma M, Oltra E, Gris E, et al. Effect of Nordic Sensi® Chair on Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia in Nursing Homes Residents: A Randomized Controlled Trial. *J Alzheimers Dis JAD.* 2023;96(4):1609-22.
69. Ienca M, Fabrice J, Elger B, Caon M, Scoccia Pappagallo A, Kressig RW, et al. Intelligent Assistive Technology for Alzheimer's Disease and Other Dementias: A Systematic Review. *J Alzheimers Dis JAD.* 2017;56(4):1301-40.
70. Murrioni V, Cavalli R, Basso A, Borella E, Meneghetti C, Melendugno A, et al. Effectiveness of Therapeutic Gardens for People with Dementia: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health.* 12 de septiembre de 2021;18(18):9595.
71. Sampaio A, Marques-Aleixo I, Seabra A, Mota J, Carvalho J. Physical exercise for individuals with dementia: potential benefits perceived by formal caregivers. *BMC Geriatr.* 6 de enero de 2021;21(1):6.

72. Morris JK, Vidoni ED, Johnson DK, Van Sciver A, Mahnken JD, Honea RA, et al. Aerobic exercise for Alzheimer's disease: A randomized controlled pilot trial. *PloS One*. 2017;12(2):e0170547.
73. Canadian Coalition for Seniors Mental Health, Canadian Academy of Geriatric Psychiatry. Canadian Clinical Practice Guidelines for Assessing and Managing Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD). 2024.
74. WHO. Dementia module - evidence profile DEM3: Non-pharmacological interventions for people living with dementia. 2023.
75. National Institute for Health and Care Excellence. Assessment, management and support for people living with dementia and their carers. 2018.