
Treball Fi de Grau

Intervenciones Psicológicas Eficaces para la Depresión en Pacientes con Enfermedad de Alzheimer: revisión sistemática de la literatura

Carla Alloza Pérez



Aquest TFG està subject a la licència [Reconeixement-NoComercial-SenseObraDerivada 4.0 Internacional \(CC BY-NC-ND 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

Este TFG está sujeto a la licencia [Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional \(CC BY-NC-ND 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

This TFG is licensed under the [Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International \(CC BY-NC-ND 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

Intervenciones Psicológicas Eficaces para la Depresión en Pacientes con Enfermedad de Alzheimer: revisión sistemática de la literatura.

Grado en psicología

Autor	Carla Alloza Pérez
Director	Iris Crespo Martin
Fecha de presentación	13/05/2024

Agradecimientos

Quiero agradecer a mi abuelo, por haberme inspirado a realizar este trabajo.

A mis padres y mi pareja, por estar ahí y apoyarme durante todo este proceso.

Y a mí misma, por el esfuerzo realizado.

Resumen

La prevalencia de demencia aumentará en los próximos años. El envejecimiento es el principal factor de riesgo y la Enfermedad de Alzheimer (EA) una de las causas principales. La EA se caracteriza por un deterioro cognitivo de inicio insidioso, progresivo e irreversible, que provoca deterioro funcional. Las alteraciones psicológicas y conductuales están presentes durante todo el curso de la enfermedad. La depresión es la más frecuente, generando interferencia en la vida diaria y sufrimiento al paciente y a la familia, por lo que es necesario abordarla. Por este motivo, el objetivo del estudio fue investigar qué intervenciones psicológicas han mostrado eficacia para reducir la depresión en pacientes con EA leve y/o moderada. Para ello, se realizó una búsqueda avanzada de literatura en las bases de datos de Web of Science y PubMed. Siguiendo los criterios de inclusión y exclusión, se seleccionaron nueve estudios. Se encontró que las intervenciones psicológicas eficaces para reducir la depresión en pacientes con EA son la terapia de reminiscencia, la intervención multicomponente, el entrenamiento cognitivo basado en nuevas tecnologías, la musicoterapia, el programa de terapia ocupacional basado en el recuerdo, el programa de actividad física y la arteterapia. Es importante conocer estas terapias y sus características, para aplicarlas a los pacientes, reduciendo así la sintomatología depresiva y aumentando la calidad de vida.

Palabras clave: Enfermedad de Alzheimer, depresión, intervención psicológica, eficacia.

Abstract

Dementia's prevalence will increase in the future. Aging is the main risk factor and Alzheimer's Disease (AD) is one of the main causes. AD is characterized by cognitive decline with an insidious, progressive and irreversible onset, which causes functional decline. Psychological and behavioral symptoms are present throughout the course of the disease. Depression is the most frequent, producing interference in daily life and suffering for the patient and family, so it is necessary to treat it. The objective of the study was to investigate which psychological interventions are effective to reduce depression in patients with mild and/or moderate AD. To do this, an advanced search of articles was carried out in the Web of Science and PubMed databases. Following the inclusion and exclusion criteria, nine studies were selected. It was found that effective psychological interventions to reduce depression in patients with AD are reminiscence therapy, multicomponent intervention, cognitive training based on new technologies, music therapy, occupational therapy program based in memory, physical activity program and art therapy. It is important to know these therapies and their characteristics to apply them to patients, in order to reduce depressive symptoms and increase quality of life.

Key words: Alzheimer disease, depression, psychological intervention, efficacy.

Índice

Introducción	7
Metodología	19
Diseño y procedimiento	19
Selección de estudios	19
Extracción de datos	21
Resultados	22
Discusión	30
Referencias bibliográficas	34

Introducción

La esperanza de vida ha aumentado a los 73,3 años (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020), por lo que muchas más personas llegan a la vejez. Se calcula, que, de la población mayor de 65 años, más de 55 millones sufren demencia, cifra que aumentará a 78 millones en 2030 y a 139 millones en 2050 (OMS, 2021). La demencia surge debido a enfermedades y lesiones que afectan al cerebro, siendo la Enfermedad de Alzheimer la principal causa en el 60-70% de los casos. Asimismo, se considera el envejecimiento como el principal factor de riesgo. En la actualidad, la demencia, es la séptima causa de muerte, uno de los tres mayores problemas sanitarios y una de las principales causas de dependencia, por lo que es necesaria la atención e intervención específica para estos pacientes (OMS, 2023).

De forma natural, el cerebro envejece con el paso de los años y sufre un deterioro cognitivo normal. Estos cambios se observan en memoria, atención, funciones ejecutivas y lenguaje, y, en la mayoría de casos, se buscan estrategias compensatorias para contrarrestarlos, por lo que no provocan interferencia en las actividades de la vida diaria (González-Moreno, 2023).

La Quinta versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (DSM-V, 2014) establece un estadio más avanzado del deterioro provocado por el envejecimiento, al cual denomina *Trastorno Neurocognitivo Menor* o *Deterioro Cognitivo Leve* (DCL). Este se caracteriza por el déficit en una o más habilidades cognitivas, de gravedad leve pero preocupantes para el individuo o un tercero, que no interfiere en la funcionalidad (por ello no se considera una demencia) (Custodio et al., 2019; González-Moreno, 2023; López & Agüera, 2015). Diversos autores y grupos de trabajo han hablado sobre las características concretas para el diagnóstico de dicho trastorno, pero sin llegar a un consenso. Todos exponen la necesidad de una afectación cognitiva evidenciada por los resultados de pruebas neuropsicológicas, por la exploración psicopatológica y por la

valoración funcional, pero difieren en la presencia de biomarcadores (siendo para unos indispensables y para otros únicamente un soporte para el diagnóstico) (Custodio et al., 2019). En la práctica clínica habitual, los criterios diagnósticos más utilizados son los propuestos por el DSM-V (2014), que requiere: (1) evidencia de declive cognitivo en uno o más dominios, (2) no interferencia en la independencia, (3) no ocurren en el contexto de un *delirium* y (4) no son atribuibles a la presencia de otro trastorno mental.

Generalmente, se considera el DCL como el estadio preclínico de la demencia. La demencia es un trastorno neurodegenerativo que se caracteriza por la presencia de deterioro cognitivo permanente, dificultades para llevar a cabo actividades de la vida diaria e interferencia significativa en la calidad de vida y el entorno familiar, social o laboral. Es adquirida, causada por una enfermedad o lesión que afecta al sistema nervioso central. El curso y evolución es lento, progresivo e irreversible ante el tratamiento, por lo que se buscan intervenciones destinadas a mejorar la calidad de vida del paciente y su entorno (Nitrini & Brucki, 2012). La sintomatología principal es la alteración en la memoria, deterioro en funciones ejecutivas, y alteraciones motoras y conductuales (González-Moreno, 2023). El DSM-V (2014) establece el término *Trastorno Neurocognitivo Mayor* para referirse a ella y para su diagnóstico requiere la presencia de declive cognitivo en uno o más dominios, referido como queja del individuo, cuidador o profesional, declive en el desempeño neuropsicológico (2 o más desviaciones típicas por debajo de la media) e interferencia significativa en la vida diaria. La undécima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11, 2019, 2021) añade como apoyo para el diagnóstico el deterioro en el control emocional, conductual y motivacional. Por lo tanto, teniendo en cuenta esta información, la diferencia principal entre el DCL y la demencia son la intensidad de los síntomas y el grado de dependencia del paciente.

Hoy en día, predomina el enfoque clínico-biológico para el estudio y diagnóstico de las demencias, por lo que en los diferentes subtipos coexisten síntomas neuropsicológicos y patología cerebral (Custodio et al., 2019). Las demencias se clasifican según la edad de aparición en demencia precoz (aparición anterior a los 65 años) y demencia senil (aparece a partir de los 65 años, por lo que el principal factor de riesgo es el envejecimiento). Dentro de este último grupo se distinguen varios subtipos en función de la etiología (Avila, 2016).

La Enfermedad de Alzheimer (EA), descrita por primera vez por Alois Alzheimer en 1907, es considerada la primera causa de demencia senil y una de las enfermedades más prevalentes entre la población. Es un síndrome caracterizado por la pérdida progresiva de memoria reciente (Custodio et al., 2019; López & Agüera, 2015).

La demencia vascular es causada por una lesión cerebrovascular en la sustancia blanca, producida por un accidente cerebrovascular o un infarto (daño en los vasos sanguíneos del cerebro que provoca un derrame o falta de sangre). Debido al origen multicausal, la presentación clínica es variada, pero predomina un declive en funciones cognitivas (funciones ejecutivas, atención, lenguaje, memoria y funciones visuoespaciales) que afecta a la funcionalidad (Avila, 2016; Custodio et al., 2019; González-Moreno, 2023).

La demencia mixta es un deterioro cognitivo gradual debido a la existencia simultánea de demencia vascular y demencia tipo Alzheimer. A nivel científico no existe consenso de criterios diagnósticos, pero se usan los de la EA asociada a cambios morfológicos causados por una lesión cerebral vascular para su diagnóstico (Custodio et al., 2019; González-Moreno, 2023).

La demencia fronto-temporal se diferencia por los síntomas conductuales, cambios en la personalidad y afectación en el lenguaje (incluso mutismo en fases avanzadas). Se inicia con alteraciones en las funciones ejecutivas, que avanzan hasta el deterioro de la memoria. La causa principal es la degeneración de los lóbulos frontales y temporales, con pérdida neuronal

o conjuntos de proteína Tau (acumulaciones anormales de proteína Tau dentro de las neuronas) (Avila, 2016; Custodio et al., 2019; González-Moreno, 2023).

La demencia por cuerpos de Lewy surge de forma subaguda por la presencia de cuerpos de Lewy en el cerebro y la pérdida de las neuronas que secretan acetilcolina. Esto se traduce en un trastorno que comparte características propias de la enfermedad de Parkinson y de la EA, por lo que predominan cambios en la cognición, alucinaciones visuales, alteraciones conductuales y síntomas de parkinsonismo (Custodio et al., 2019).

La Enfermedad de Parkinson es un trastorno neurodegenerativo multisistémico caracterizado por la presencia de síntomas musculares (falta de movimiento, temblor en reposo y rigidez) y síntomas psicológicos. Con la evolución de la clínica, algunos pacientes desarrollan demencia. La demencia debida a la Enfermedad de Parkinson es similar a la demencia por cuerpo de Lewy, ya que los signos principales son alteraciones ejecutivas y motoras, junto a deterioro cognitivo leve (González-Moreno, 2023).

La parálisis supranuclear progresiva se debe a una afectación de la proteína Tau en la sustancia negra, ganglios basales y algunas regiones corticales. Se manifiesta mediante rigidez o lentitud motriz, cambios de personalidad, problemas de lenguaje, problemas en el movimiento ocular, apatía y depresión. La degeneración corticobasal surge por la degeneración del córtex y los ganglios basales, debido a una taupatía (patología de la proteína Tau). Aparece rigidez, temblores y movimientos asimétricos en las extremidades, dificultades en el habla o afasia (Avila, 2016).

De todos los tipos de demencias mencionadas anteriormente, la Enfermedad de Alzheimer es una de las más prevalentes entre la población mayor. Es por ello, que este trabajo se centrará principalmente en ella. La Enfermedad de Alzheimer (EA) se caracteriza por un deterioro cognitivo de inicio insidioso, progresivo e irreversible, que provoca deterioro funcional y cursa junto a alteraciones psicopatológicas y de la conducta (aunque no son parte

nuclear de la enfermedad), las cuales causan mayor sufrimiento en el paciente y la familia. Es una enfermedad compleja, por lo que el diagnóstico es clínico y biológico. Diferentes grupos científicos han establecido los criterios diagnósticos: afectación progresiva y gradual a nivel cognitivo (evidenciada mediante pruebas neuropsicológicas), presencia de patología cerebral y biomarcadores positivos, e interferencia en la funcionalidad, independencia y calidad de vida. Debido a la complejidad de la enfermedad, se considera que los criterios del DSM y la CIE son simplistas. Para el diagnóstico, se debe realizar una evaluación del perfil neuropsicológico, una exploración clínica y funcional, y estudio biológico de la patología cerebral (Deus et al., 2018; López & Agüera, 2015).

La Enfermedad de Alzheimer cursa con un perfil neuropsicológico heterogéneo, que se caracteriza por alteraciones en la memoria, el lenguaje y las funciones ejecutivas (Deus et al., 2018). Aparecen alteraciones en la memoria a corto plazo o reciente, memoria episódica, semántica, retrógrada y de trabajo, dificultades en la capacidad de evocar y recuperar información, dificultades en el aprendizaje de nuevos conceptos y desorientación temporal (Castellani et al., 2010; Deus et al., 2018; López & Agüera, 2015). Además, se presentan alteraciones en el lenguaje como anomia, pérdida de fluidez semántica y verbal, dificultades en el lenguaje matemático, y mutismo, alexia y agrafia en estadios avanzados (Deus et al., 2018; González-Moreno, 2023; Toloza et al., 2021). Respecto a las funciones ejecutivas, se observan déficits en el control voluntario, toma de decisiones, cambios de personalidad, planificación, organización y juicio social (Deus et al., 2018; González-Moreno, 2023; Toloza et al., 2021). Se dan apraxias, que evolucionan durante todo el curso de la enfermedad, y rigidez muscular en fases terminales (Deus et al., 2018). Asimismo, se detectan alteraciones en habilidades visuoespaciales como alteración en la percepción y orientación espacial, dificultad en la manipulación de objetos, agnosias y anosognosia (Deus et al., 2018). Como síntomas psicológicos y conductuales principales se han descrito la irritabilidad, apatía,

ansiedad, depresión, aislamiento, agitación conductual, vagabundeo, agresividad, inmovilidad o problemas de sueño, y, en pocos casos, ideas delirantes o alucinaciones. Son los primeros síntomas que aparecen, aunque no forman parte de los criterios diagnósticos, y empeoran el deterioro cognitivo, causan interferencia en la vida diaria y afectan directamente al paciente y la familia, por lo que es conveniente evaluarlos y tratarlos (Deus et al., 2018; Montañés, 2011). Destacan la apatía, la depresión, la irritabilidad y las alteraciones conductuales porque se mantienen durante todo el curso de la enfermedad (Deus et al., 2018). El deterioro funcional repercute sobre la realización de las actividades de la vida diaria (AVD): actividades básicas (ABVD), instrumentales (AIVD) y avanzadas (AAVD), lo que implica la necesidad de un cuidador permanente. En función del grado de deterioro cognitivo y funcional de la EA, hay tres estadios evolutivos: leve o inicial, moderado o intermedio, y severo o avanzado (para determinarlo se usa la Escala de Deterioro Global (GDS) de Barry Reisberg, 1982). La capacidad funcional se ve disminuida de forma progresiva, a la vez que el deterioro cognitivo (Deus et al., 2018).

Como se ha comentado, el deterioro cognitivo es progresivo, de manera que se distinguen tres fases en la enfermedad: fase pre-demencial, asintomática o preclínica (biomarcadores positivos, primeros síntomas y déficit cognitivo, pero sin interferencia funcional), fase pre-demencial sintomática o prodrómica (biomarcadores positivos y cambios clínicos sutiles respecto a la fase anterior) y fase demencial (síndrome neuropsicológico, síntomas psicológicos y conductuales, e interferencia funcional) (Deus et al., 2018; Montañés, 2011; Valls et al., 2010).

Después de conocer el perfil neuropsicológico y los síntomas clínicos de la EA, es importante conocer la etiología de estos, la patología cerebral (que se agrava a medida que el paciente cambia de estadio). La EA es multicausal, factores ambientales interactúan con factores biológicos (Elhani, 2022). Diversos estudios postmortem, han evidenciado que la

neuropatología común y diferencial de la EA (que puede iniciarse hasta 10 años antes que los síntomas) son las placas de beta amiloide (β -A) y los ovillos neurofibrilares de proteína Tau (Elhani, 2022; McKhann et al., 2011). En la etapa inicial hay una sobreproducción de β -A, debido al funcionamiento inadecuado y a la rotura de la proteína precursora de amiloide (APP), lo que hace que se formen placas seniles o neuríticas de β -A a nivel extracelular en el hipocampo y el neocórtex. Estas impiden el desarrollo de redes neuronales y la comunicación neuronal, lo que desencadena el proceso neurodegenerativo (Deus et al., 2018; Elhani, 2022; Fernández-Medina et al., 2014). Los ovillos neurofibrilares son acumulaciones anormales de proteína Tau dentro de las neuronas de la sustancia blanca y gris, y de estructuras límbicas. Estos dañan la estructura neuronal, lo que se relaciona con la severidad de la enfermedad (Castellani et al., 2010; Deus et al., 2018; Elhani, 2022; Fernández-Medina et al., 2014). Ambas patologías provocan disminución de sinapsis y muerte neuronal, que, al principio, afecta a las estructuras reguladoras de la memoria y el aprendizaje (hipocampo y corteza entorrinal), y que, de forma gradual, se extiende por el resto de estructuras cerebrales, lo que da lugar al deterioro cognitivo irreversible (Castellani et al., 2010; Deus et al., 2018; Elhani, 2022; Fernández-Medina et al., 2014). Además, se observa un cerebro atrofiado, con surcos más anchos y circunvoluciones más estrechas (que se extiende del lóbulo temporal al resto de la corteza), junto con menor peso y volumen cerebral (Castellani et al., 2010; Da Silva, 2018). A nivel de biomarcadores, que permiten un diagnóstico más preciso, se detecta la disminución de β -A y el aumento de Tau en el líquido cefalorraquídeo (LCR), presencia del gen ApoE4, déficit de acetilcolina, alteraciones en pruebas de neuroimagen funcional y atrofia cerebral en el lóbulo temporal medial (Da Silva, 2018; Deus et al., 2018; Hu et al., 2010).

Dada la importancia del diagnóstico precoz, es importante conocer los factores de riesgo que pueden aumentar las probabilidades de desarrollar la enfermedad. Por un lado,

están los factores de riesgo no modificables como la edad, la genética y el sexo. El envejecimiento y la neurodegeneración cerebral asociada a la edad son el principal factor de riesgo para la EA (a partir de los 65 años aumenta el riesgo de padecer demencia). La presencia del gen ApoE4, familiares de primer grado con Alzheimer y pertenecer al sexo femenino también aumentan el riesgo. Por otro lado, encontramos factores de riesgo modificables como un bajo nivel educativo y poca estimulación cognitiva, aislamiento social, depresión, estrés, hipertensión arterial, obesidad, diabetes, enfermedades cerebrovasculares, lesiones cerebrales, poca actividad física, consumo de tabaco y alcohol (Da Silva, 2018; Deus et al., 2018; Fernández-Medina et al., 2014). No existe una alta certeza científica sobre la prevención total de la demencia, pero se deben considerar y tener en cuenta los factores de riesgo modificables que aumentan la probabilidad de desarrollarla. De este modo, se pueden atender durante las etapas evolutivas anteriores y disminuir el riesgo de desarrollar Enfermedad de Alzheimer en la vejez.

Dado que no existe la prevención total y que la EA afecta a la calidad de vida y la funcionalidad, es necesario el estudio y diseño de intervenciones clínicas y farmacológicas que aumenten la autonomía y calidad de vida de los pacientes, favoreciendo así también a familiares y cuidadores (Da Silva, 2018). A lo largo de la historia, se han planteado diversas intervenciones no farmacológicas (psicológicas y neuropsicológicas), individualizadas según las necesidades del paciente y su entorno. Las primeras terapias clínicas en pacientes con demencia se basaban únicamente en el acompañamiento emocional a la familia y cuidadores. Estas tenían como objetivo disminuir el malestar emocional del entorno del paciente (Deus et al., 2018). Con el aumento de conocimiento sobre la enfermedad y la patología cerebral, se han planteado estrategias terapéuticas con la finalidad de estimular y mantener la capacidad cognitiva, aumentar la autonomía y tratar los síntomas psicológicos, afectivos y conductuales del enfermo, para mejorar su calidad de vida y la de las familias. En estos últimos años, y en

la actualidad, el psicólogo trabaja mediante técnicas que ayudan al enfermo a compensar las funciones de las estructuras dañadas (aunque estas no son aplicables en estadios avanzados) y a estimular las funciones de estructuras no lesionadas, para que sean útiles por más tiempo (Deus et al., 2018). Por lo que, las estrategias de estimulación cognitiva (para estimular funciones preservadas) y las estrategias cognitivo-conductuales (para reducir síntomas psicológicos y conductuales) son las más utilizadas ante personas con demencia (Deus et al., 2018). También se deben considerar las técnicas cognitivas como el entrenamiento, la estimulación y la rehabilitación cognitiva, la orientación a la realidad o la realización de tareas computerizadas, ya que han demostrado mejoras en el funcionamiento cognitivo de manera global, así como reducir las alteraciones conductuales y el aislamiento social (Ahunca, 2017; Deus et al., 2018; Livingston et al., 2020; McDermott et al., 2019; Olazarán et al., 2010). Por otro lado, se tienen que tener en cuenta las intervenciones físicas y funcionales como el ejercicio físico y entrenamiento en AVD, porque aumentan la capacidad física y funcional de los pacientes, algo que reduce la carga del cuidador (Deus et al., 2018; Livingston et al., 2020; McDermott et al., 2019; Olazarán et al., 2010). Asimismo, se usan programas multicomponentes, en los que se interviene combinando técnicas cognitivas y físicas, para retrasar el deterioro de las AVD y mejorar el estado de ánimo (Olazarán et al., 2010). Del mismo modo, se ha demostrado cómo las intervenciones específicas para aliviar síntomas psicológicos, conductuales y emocionales (como la terapia cognitivo-conductual, la musicoterapia y la modificación ambiental para eliminar estímulos que aumentan estos síntomas) son beneficiosas para estos pacientes (Livingston et al., 2020). Por último, se llevan a cabo intervenciones psicosociales centradas en la persona, con el objetivo de aumentar las relaciones sociales de los enfermos (Deus et al., 2018; Livingston et al., 2020). Todas estas intervenciones han demostrado eficacia y son las más utilizadas, ya que plantean como objetivo principal aumentar la calidad de vida del paciente y la adaptación al contexto, lo que

beneficia directamente a la familia (Deus et al., 2018; Livingston et al., 2020). Anotar que, aparte del trabajo psicológico, el profesional correspondiente debe tratar las enfermedades comórbidas del enfermo, para asegurar un mayor nivel de vida (Livingston et al., 2020).

Como se ha descrito, la progresión de la enfermedad hace que el paciente requiera de un cuidador (que en muchos casos es un familiar). La dependencia y los síntomas psicológicos y conductuales afectan a la familia, quienes sufren sobrecarga, estrés crónico, dificultades de afrontamiento y aceptación, y cambios en las dinámicas familiares, lo que les repercute a nivel físico y emocional (Borisovskaya et al., 2014; Deus et al., 2018). Por este motivo, deben recibir atención psicológica que disminuya su malestar emocional, les ayude a gestionar la situación y aumente su calidad de vida. Las intervenciones dirigidas a cuidadores más eficaces son la psicoeducación sobre la enfermedad, orientaciones para el cuidado, apoyo psicológico y emocional (individual o grupal), fomento del autocuidado y actividades de ocio, proveer recursos, acompañamiento en el proceso de final de vida, intervenciones de afrontamiento y generalización de aprendizajes. Estas tienen como objetivo reducir la sobrecarga, la afectación emocional y física, y aumentar la autoeficacia, lo que favorece al paciente. Los grupos de apoyo a familiares son el tipo de terapia más antigua y más utilizada actualmente. Ayudan a reducir los síntomas emocionales y mejorar el estado de ánimo, ya que permiten a los cuidadores compartir experiencias, formarse, expresar emociones y establecer relaciones sociales con personas en situaciones similares (Borisovskaya et al., 2014; Livingston et al., 2020; McDermott et al., 2017; Olazarán et al., 2010). En su inicio, formaban parte de las intervenciones básicas, pero solo permitían intercambiar información y dar apoyo, sin tener en cuenta otras variables. Se observó gran satisfacción de los asistentes, pero esto no implicó la mejora a nivel anímico. Por ello, se empezaron a comparar diferentes tipos de grupos. Se mostró que las intervenciones individuales eran más eficaces, ya que los grupos únicamente mejoraron levemente el estado de ánimo, pero no el nivel de sobrecarga del

cuidador. Así, se iniciaron actuaciones grupales para el manejo del estrés. Los participantes describieron que estas les aportaban orientación, formación, apoyo social, recursos, conciencia de sus niveles de estrés y autocuidado (lo que implica mayores beneficios que las anteriores) (Hornillos & Crespo, 2011). Hoy en día, no hay una conclusión común sobre qué son los grupos de apoyo a cuidadores y la importancia de estos, por lo que se plantean nuevas líneas de investigación (Hornillos & Crespo, 2011).

La intervención en pacientes con demencia y familiares es multidisciplinar. En esta, el papel del psicólogo es relevante. El profesional especializado en psicología implementa las terapias psicológicas y neuropsicológicas de manera individual y grupal con el enfermo, y trabaja con el entorno la aceptación, afrontamiento y sobrecarga, dando apoyo emocional. Asimismo, es importante que forme y apoye al personal que trabaja con personas con demencia, para garantizar el mayor bienestar posible (Davison et al., 2017).

Por último, mencionar la dificultad existente para concretar los tratamientos farmacológicos de la enfermedad. En el momento actual, se utilizan como segunda línea de intervención. No se ha encontrado evidencia científica sobre medicamentos que eviten, modifiquen o detengan el avance de la demencia, con lo cual, actualmente no tiene cura. Los fármacos estudiados para estadios leves o moderados son inhibidores de la acetilcolinesterasa (donepezilo, galantamina y rivastigmina) y antagonistas del receptor NMDA (memantina) (Deus et al., 2018; Elahi, 2022). La función de estos es estabilizar el deterioro cognitivo y mejorar la sintomatología, lo que conlleva una leve mejoría en la funcionalidad y la calidad de vida. A raíz del mayor conocimiento de la fisiopatología, se están abriendo nuevas líneas de investigación para desarrollar fármacos efectivos que logren frenar el curso del Alzheimer (Deus et al., 2018).

En definitiva, conociendo la complejidad, variabilidad y gravedad de los síntomas de la Enfermedad de Alzheimer, sabiendo que es la primera causa de demencia senil y uno de los

problemas sociosanitarios más relevantes de los últimos años, teniendo en cuenta la afectación en la calidad de vida de pacientes y cuidadores, así como que no se han encontrado fármacos que logren detenerla o curarla, se considera relevante investigar y sintetizar aquellas intervenciones psicológicas que hayan demostrado evidencia científica respecto a un beneficio en la depresión de los pacientes. Por lo que el objetivo de la presente revisión es explorar qué intervenciones existen que realmente mejoren la depresión de los pacientes con Enfermedad de Alzheimer en grado leve y/o moderado y cuáles son sus características.

Metodología

Diseño y Procedimiento

En el presente trabajo se ha realizado una revisión sistemática de la literatura existente siguiendo el método PRISMA (Moher et al., 2009). Con este fin, se realizó una búsqueda avanzada de artículos utilizando las bases de datos de Web of Science (WoS) y de PubMed. El objetivo principal fue investigar qué intervenciones psicológicas existentes son eficaces para tratar la depresión en pacientes con Enfermedad de Alzheimer leve y/o moderada, no cuidadores principales. La búsqueda se realizó en inglés, por lo que previamente se determinaron las palabras clave que se utilizarían para ello. Las palabras clave utilizadas fueron: *“psychological intervention” AND “improve*” AND “psychological symptom*” AND “Alzheimer disease” OR “Alzheimer dementia” AND “psychology experimental” NOT “caregivers”*. La búsqueda se limitó temporalmente a los últimos 15 años (de 2009 a 2023, ambos incluidos), al idioma inglés y español, y a ensayos clínicos.

Selección de Estudios

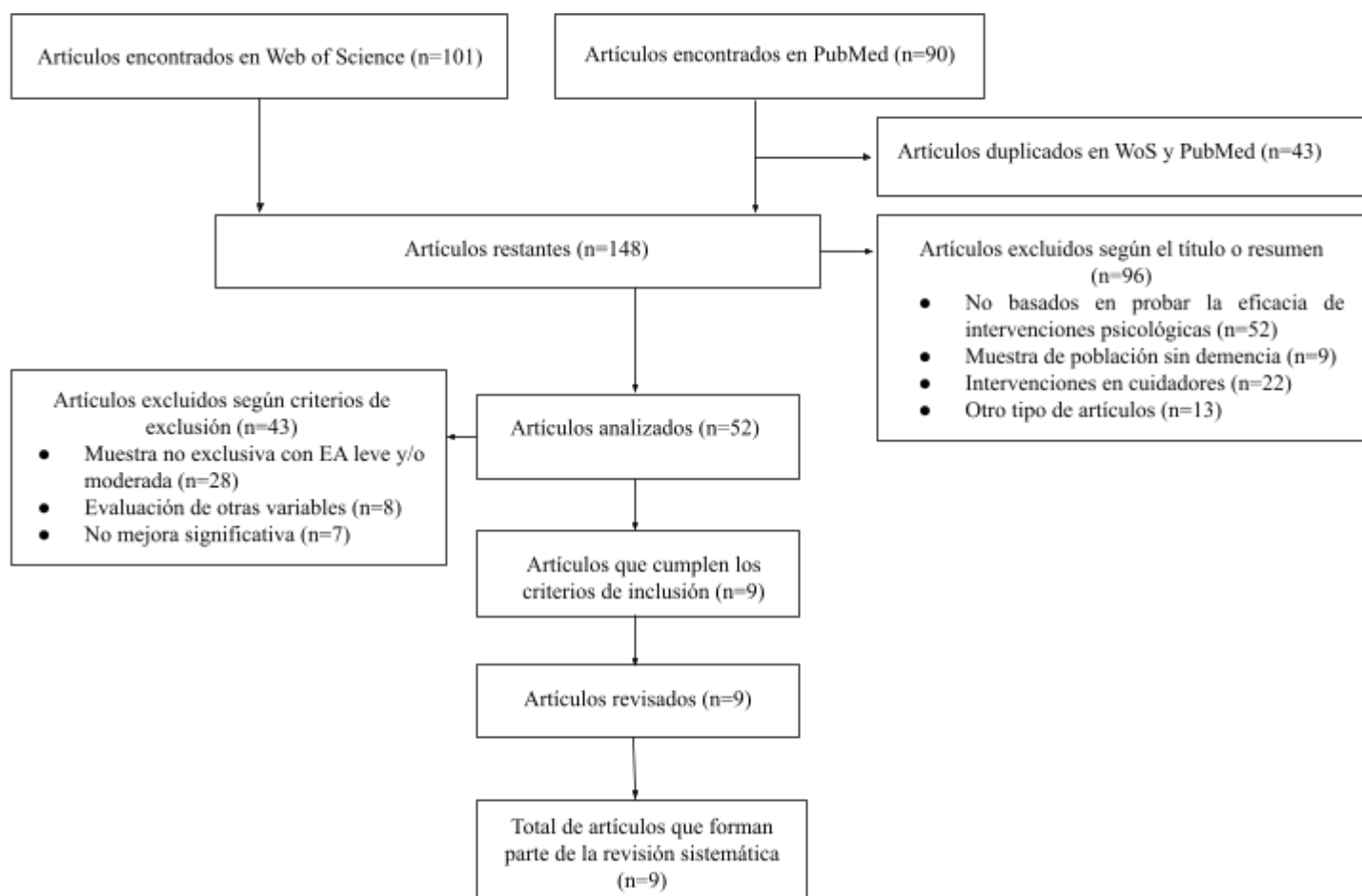
Los criterios de inclusión de los artículos fueron que la muestra del estudio incluyera pacientes con diagnóstico clínico-biológico de Enfermedad de Alzheimer (EA) leve y/o moderada, que se evaluara mediante tests la depresión antes y después de la intervención, que los resultados mostraran una mejora significativa y objetiva en la variable, y que fueran estudios experimentales. Como criterios de exclusión se determinaron: (a) otro tipo de artículos (revisiones sistemáticas, protocolos o diseños de intervención), (b) estudios en los que la muestra no fuera población diagnosticada con algún tipo de demencia, (c) estudios en los que la muestra no fuera población exclusivamente diagnosticada de EA leve y/o moderada, (d) intervenciones dirigidas a cuidadores, (e) estudios que no probaban la eficacia de intervenciones psicológicas (ensayos con fármacos, pruebas de otros procedimientos

médicos u otro tipo de estudios con objetivos distintos a evaluar la eficacia de una intervención psicológica), (f) aquellos en los que se evaluarán otro tipo de variables, y (g) estudios en los no se evidenciará una mejora significativa de los síntomas de forma objetiva. Aquellos estudios, que cumplían más de un criterio de exclusión, se excluyeron principalmente por la muestra de pacientes.

Se obtuvieron un total de 191 artículos (n=101 procedentes de Web of Science y n=90 procedentes de PubMed). Del total, después de realizar una comparativa, se descartaron 43 artículos por estar duplicados en ambas bases de datos. Finalmente, se obtuvieron 148 artículos. A través de la lectura del título y el resumen se descartaron 96, por no tratarse de intervenciones psicológicas (n=52), porque la muestra del estudio no era población con demencia (n=9), por tratarse de intervenciones dirigidas a cuidadores (n=22) y por ser otro tipo de artículo (n=13). A continuación, se analizaron los 52 artículos restantes. De todos ellos, se descartaron 43 porque la muestra de pacientes no era exclusiva con diagnóstico clínico-biológico de EA leve y/o moderada (n=28), porque evaluaron otra variable distinta a la depresión (n=8) y porque los resultados no mostraron una mejora significativa en la sintomatología depresiva (n=7). Por lo tanto, 9 artículos cumplieron con los criterios de inclusión del estudio. En la figura 1 se muestra el proceso de selección y descarte explicado anteriormente.

Figura 1

Diagrama de flujo sobre el proceso de selección y descarte de los artículos.



Extracción de Datos

Finalmente, se encontraron 9 artículos que cumplieran con los criterios de inclusión mencionados, por lo que son estos nueve los que forman parte de la revisión sistemática. A través de la lectura del artículo se extrajeron los siguientes datos: país dónde se realizó el estudio, número de sujetos incluidos en la muestra, nivel de gravedad de la EA de los sujetos, tipo de intervención realizada, variable evaluada, instrumento utilizado para la evaluación de la variable y resultados principales del estudio (puntuaciones de los test administrados antes y después de la intervención). Asimismo, se detallan las características principales de cada tipo de intervención: objetivo, número de sesiones, modalidad y frecuencia.

Resultados

Después de la lectura de los nueve artículos seleccionados, se encontraron siete intervenciones psicológicas eficaces para mejorar la depresión de personas diagnosticadas con Enfermedad de Alzheimer en grado leve y/o moderado, tal y como se estableció en el objetivo de investigación.

En los nueve estudios, la muestra principal se dividió por la mitad para formar un grupo experimental, sobre el cual se aplicó la terapia, y un grupo control. El diagnóstico de los sujetos de la muestra fue Enfermedad de Alzheimer, según los criterios de distintos manuales. Respecto al nivel de gravedad de la enfermedad, en todos los estudios se especificó como leve y/o moderada siguiendo las puntuaciones obtenidas en el Mini Mental State Examination (MMSE) (Folstein et al., 1975) que se realizó a los participantes. Banglio et al., (2015) y Giovagnoli et al., (2018) se centraron en evaluar los síntomas psicológicos de la demencia, dentro de los cuales se incluye la depresión, mediante la Escala del Inventario Neuropsicológico (NPI) (Cummings et al., 1994). Mientras que el resto evaluaron la eficacia de la intervención en la depresión. El estudio turco (Aşiret & Kapucu, 2015) y el estudio francés (Pongo et al., 2017) utilizaron la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) (Yesavage et al., 1982), y el estudio coreano (Kim, 2020) utilizó la versión corta de la misma, traducida y validada al coreano (SGDS-K) (Cho et al., 1999). Finalmente, los otros dos estudios turcos (Lök et al., 2018; Lök et al., 2023) y los dos estudios españoles (Fernández-Calvo et al., 2011; Fernández-Calvo et al., 2014) usaron la Escala de Cornell para la Depresión en la Demencia (CSDD) (Alexopoulos et al., 1988). La información relevante de los nueve estudios se muestra resumida en la tabla 1.

Tabla 1*Datos relevantes de los artículos incluidos en la revisión.*

Artículo	País	Tamaño muestra	Grado EA	Intervención	Variable evaluada	Test	Resultados
Aşiret & Kapucu, 2015	Turquía	n=62	Leve - moderado	Terapia de reminiscencia	Depresión	Geriatric Depression Scale (GDS)	15.61 antes > 9.32 después
Banglio et al., 2015	Milán	n=60	Leve - moderado	Terapia de grupo de estimulación multidimensional	Síntomas psicológicos y conductuales de la demencia (incluye depresión)	Neuropsychiatric Inventory Scale (NPI)	15.70 antes > 13.20 después
Fernández-Calvo et al., 2011	España	n=45	Leve	Entrenamiento cognitivo basado en nuevas tecnologías	Depresión	Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD)	8.66 antes > 3.33 después
Fernández-Calvo et al., 2014	España	n=61	Leve	Intervención multicomponente	Depresión	Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD)	8.32 antes > 6.48 después
Giovagnoli et al., 2018	Italia	n=45	Moderado	Musicoterapia	Síntomas psicológicos y conductuales de la demencia (incluye depresión)	Neuropsychiatric Inventory Scale (NPI)	3.50 antes > 1.73 después
Kim, 2020	Corea	n=35	Leve	Programa de terapia ocupacional basado en el recuerdo	Depresión	Short-Form Geriatric Depression Scale-K (SGDS-K)	6.55 antes > 4.10 después

(continúa)

Artículo	País	Tamaño muestra	Grado EA	Intervención	Variable evaluada	Test	Resultados
Lök et al., 2018	Turquía	n=60	Leve - moderado	Terapia de reminiscencia	Depresión	Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD)	10.66 antes > 8.86 después
Lök et al., 2023	Turquía	n=72	Leve - moderado	Programa de actividad física	Depresión	Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD)	8.97 antes > 6.00 después
Pongan et al., 2017	Francia	n=59	Leve	Arteterapia	Depresión	Geriatric Depression Scale (GDS)	8.79 antes > 6.82 después

Nota. n=número total de sujetos incluidos en la muestra del estudio.

Centrándonos en el objetivo principal de la presente revisión sistemática, las intervenciones que han mostrado eficacia para tratar la depresión de pacientes con EA son: la terapia de reminiscencia, la intervención multicomponente, el entrenamiento cognitivo basado en nuevas tecnologías, la musicoterapia, el programa de terapia ocupacional basado en el recuerdo, el programa de actividad física y la arteterapia. Las características principales de cada intervención se muestran resumidas en la tabla 2.

La terapia de reminiscencia mostró eficacia en dos artículos (Aşiret & Kapucu, 2015; Lök et al., 2018). Aşiret & Kapucu (2015) realizaron 12 sesiones y Lök et al., (2018) 8 sesiones, en ambos casos, en grupos reducidos. Para llevar a cabo la terapia de reminiscencia, el terapeuta utilizó distintos materiales (como objetos, fotografías, música y comidas) para facilitar el recuerdo de experiencias positivas de la infancia y la vida familiar, la escuela, el trabajo y la historia laboral, experiencias lúdicas, el matrimonio, plantas y animales, hijos, comidas, festividades y viajes, y celebraciones. Seguidamente, facilitó la interacción verbal entre los miembros del grupo y los reforzó para que se sintieran seguros de expresar sus vivencias pasadas. Al terminar la sesión, se hizo un resumen del tema hablado y se presentó el tema para la siguiente sesión. Los resultados de los dos estudios mostraron una reducción significativa en las puntuaciones de los tests de depresión (CSDD y GDS), comparando las puntuaciones previas y posteriores a la terapia (Aşiret & Kapucu, 2015; Lök et al., 2018).

La intervención de estimulación multicomponente mostró eficacia en dos estudios (Banglio et al., 2015; Fernández-Calvo et al., 2014). Mientras que Banglio et al., (2015) implementaron el programa a través de 30 sesiones grupales, Fernández-Calvo et al., (2014) realizaron 48 sesiones individuales. La intervención multidimensional incluyó actividades para los pacientes y una parte para los cuidadores. El primer nivel se centró en los pacientes. Estas sesiones se basaron en realizar actividades de entretenimiento, ejercicios cognitivos, tareas de orientación a la realidad, estrategias de resolución de problemas, uso de estrategias

compensatorias, ejercicio físico y actividades de la vida diaria. El segundo nivel del programa consistió en una entrevista individual y una sesión psicoeducativa con los cuidadores. En esta se buscó habilitar, educar y formar a los familiares para que ayudaran a los pacientes a generalizar los aprendizajes en el hogar. Es por ello, que la última parte del programa tuvo como objetivo que los sujetos puedan aplicar las habilidades aprendidas en su vida diaria, con ayuda de sus cuidadores. Los resultados de los dos estudios mostraron una reducción significativa de la depresión al finalizar la intervención, tanto en la subescala de depresión del NPI (Banglio et al., 2015) como en el test de depresión CSDD (Fernández-Calvo et al., 2014).

El entrenamiento cognitivo basado en nuevas tecnologías se llevó a cabo a través del programa informático *Big Brain Academy* (BBA). Se realizaron 36 sesiones individuales. El programa consta de diferentes actividades para activar y estimular las funciones cognitivas. Las actividades, con tres niveles de dificultad, se agruparon en cinco áreas: percepción, memoria, cálculo, análisis y agudeza. Para aplicar el BBA, se escogió una tarea (de dificultad media) de cada categoría, formando grupos de cinco actividades que el sujeto debió realizar durante la sesión. Al finalizar el programa, se compararon las puntuaciones previas y posteriores del CSDD, observándose una disminución significativa de la depresión (Fernández-Calvo et al., 2011).

La musicoterapia se implementó durante 48 sesiones grupales, siguiendo una perspectiva no verbal, usando instrumentos melódicos y rítmicos. En las sesiones, se permitió a los participantes escoger un instrumento y tocarlo de manera libre, buscando la interacción musical entre ellos. La única función del terapeuta fue gestionar el tiempo. Al finalizar las sesiones, se volvió a evaluar y se observó una reducción significativa de los puntos en la subescala de depresión del test NPI (Giovagnoli et al., 2018).

El programa de terapia ocupacional basado en el recuerdo se basó en un total de 24 sesiones grupales. El autor seleccionó cinco categorías de actividades: ejercicio físico,

música, arte, actividades hortícolas y actividades de la vida diaria. De cada una de estas categorías, propuso a los asistentes recordar un acontecimiento o realizar una pequeña tarea que ellos habían podido experimentar durante tres etapas de su ciclo vital: la infancia, la edad adulta y la edad adulta tardía. Después, se pidió a los participantes que compartieran con los miembros del grupo recuerdos y experiencias positivas vividas en el pasado con respecto a esas tareas. Los resultados del estudio mostraron una reducción significativa en la depresión, comparando las puntuaciones del SGDS-K de la evaluación previa y posterior a la terapia (Kim, 2020).

El programa de actividad física tuvo una duración de 60 sesiones grupales. Se realizaron 3 sesiones de ejercicio físico musical a la semana que se estructuraron de la siguiente manera: 10 minutos iniciales de calentamiento con actividades físicas y mentales ligeras; 20 minutos de movimientos físicos moderados de resistencia, fuerza, estiramiento y equilibrio, acompañados de respiraciones; y 10 minutos de enfriamiento muscular final con ejercicios de baja intensidad. También se realizaron 2 sesiones semanales de caminatas de 40 minutos. Los resultados mostraron una diferencia significativa entre las puntuaciones del CSDD previas y posteriores al programa (Lök et al., 2023).

La arteterapia se realizó a través de 144 sesiones grupales. Las sesiones se iniciaron con una bienvenida y se dividieron en dos partes: en la primera parte se presentaron cuadros de pintores profesionales y se debatió sobre ellos, y, en la segunda parte, se escogió un tema concreto y se pidió a los sujetos pintar de manera libre. Los resultados del estudio mostraron una reducción significativa de las puntuaciones del GDS previas y posteriores a la terapia (Pongan et al., 2017).

Tabla 2*Características principales de cada intervención.*

Intervención	Objetivo	Número de sesiones	Modalidad	Frecuencia
Terapia de reminiscencia (Aşiret & Kapucu, 2015)	Generar un efecto positivo en la depresión y el estado cognitivo mediante la terapia de reminiscencia para mejorar las AVD en pacientes con EA.	12 sesiones (de 30-45 minutos)	Grupal	1 sesión semanal durante 12 semanas.
Terapia de grupo de estimulación multidimensional (Banglio et al., 2015)	Aplicar la terapia de estimulación multidimensional en personas con EA para mejorar los síntomas psicológicos y conductuales de la demencia.	30 sesiones (de 2 horas y media)	Grupal	3 sesiones semanales hasta completar las 30 sesiones.
Entrenamiento cognitivo basado en nuevas tecnologías (Fernández-Calvo et al., 2011)	Evaluar la eficacia del BBA en comparación con un programa de psicoestimulación clásico para reducir los síntomas psicológicos y conductuales de la demencia en pacientes con EA leve.	36 sesiones (de 1 hora)	Individual	3 sesiones semanales durante 12 semanas.
Intervención de rehabilitación multicomponente (Fernández-Calvo et al., 2014)	Evaluar la eficacia de un programa de intervención múltiple para mejorar los síntomas cognitivos, funcionales, afectivos y conductuales de pacientes con EA leve.	48 sesiones (de 90 minutos)	Individual	3 sesiones semanales durante 16 semanas.

(continúa)

Intervención	Objetivo	Número de sesiones	Modalidad	Frecuencia
Musicoterapia (Giovagnoli et al., 2018)	Evaluar la eficacia de la musicoterapia sobre el lenguaje, el funcionamiento cognitivo, los síntomas psicológicos y conductuales de la demencia y las AVD.	48 sesiones (de 40 minutos)	Grupal	2 sesiones semanales durante 24 semanas.
Programa de terapia ocupacional basado en el recuerdo (Kim, 2020)	Evaluar el efecto de un programa de terapia ocupacional basado en el recuerdo sobre las funciones cognitivas, la depresión y la calidad de vida de sujetos con EA leve.	24 sesiones (de 1 hora)	Grupal	5 sesiones semanales hasta completar las 24 sesiones.
Terapia de reminiscencia (Löök et al., 2018)	Observar el efecto de la terapia de reminiscencia sobre las funciones cognitivas, la depresión y la calidad de vida en sujetos con EA.	8 sesiones (de 1 hora)	Grupal	1 sesión semanal durante 8 semanas.
Programa de actividad física (Löök et al., 2023)	Evaluar el efecto de un programa de actividad física sobre las funciones cognitivas y la depresión en individuos con EA.	60 sesiones (de 40 minutos)	Grupal	5 sesiones semanales (3 días de ejercicio físico musical y 2 días de caminata) durante 12 semanas.
Arteterapia (Pongan et al., 2017)	Evaluar la eficacia de la musicoterapia y la arteterapia sobre el dolor crónico, el estado de ánimo, la calidad de vida y la cognición en pacientes con EA leve.	144 sesiones (de 2 horas)	Grupal	12 sesiones semanales durante 3 meses.

Nota. AVD=actividades de la vida diaria; BBA=Big Brain Academy (programa computerizado).

Discusión

En el presente trabajo se realizó una revisión sistemática de la literatura con el objetivo de explorar e investigar qué intervenciones psicológicas han mostrado eficacia para mejorar la depresión de pacientes con Enfermedad de Alzheimer en grado leve y/o moderado, y sintetizar sus características. Para ello, se realizó una búsqueda avanzada en dos bases de datos (Web of Science y PubMed), y basándonos en los criterios de inclusión y exclusión establecidos, se realizó la selección de estudios. Siguiendo estos criterios, se seleccionaron nueve artículos para formar parte de la revisión. Estos nueve resultados mostraron siete intervenciones psicológicas eficaces para reducir la depresión de sujetos con EA.

La sintomatología depresiva está presente en todas las fases de la enfermedad (Deus et al., 2018), por lo que es necesario tratarla. Aşiret & Kapucu, (2015) y Lök et al., (2018) mostraron como facilitar recuerdos y experiencias positivas del pasado a través de la terapia de reminiscencia, puede reducir la sintomatología depresiva de los enfermos de Alzheimer que se encuentran en la fase leve o moderada de la enfermedad.

La literatura previa había evidenciado cómo los programas multicomponente ayudan a mejorar la funcionalidad y el estado de ánimo (Olazarán et al., 2010). En la búsqueda realizada, se han encontrado dos intervenciones de estimulación multicomponente que han demostrado reducir la depresión de los sujetos (Banglio et al., 2015; Fernández-Calvo et al., 2014). Tanto de forma grupal (Banglio et al., 2015) como de forma individual (Fernández-Calvo et al., 2014), la combinación de técnicas cognitivas y físicas del programa multicomponente permite tratar positivamente la depresión en personas con enfermedad de Alzheimer. Aunque el trabajo no estaba centrado en los cuidadores, los programas multidimensionales encontrados también incluyeron una parte de intervención dirigida a formar a los cuidadores a través de psicoeducación, para habilitar y facilitar la generalización de habilidades en casa. Previamente, se había visto también como la psicoeducación y la

generalización de aprendizajes son dos de las intervenciones dirigidas a cuidadores más utilizadas y eficaces, ya que tienen un impacto positivo en el estado de ánimo de los pacientes (Borisovskaya et al., 2014; Olazarán et al., 2010).

Las intervenciones funcionales, como el entrenamiento en actividades de la vida diaria (AVD), son eficaces para aumentar la funcionalidad y autonomía del paciente (Deus et al., 2018; McDermott et al., 2019; Olazarán et al., 2010). En la revisión realizada se encontró un programa de terapia ocupacional basado en el recuerdo (Kim, 2020), que combinó el recuerdo y la realización de pequeñas AVD, y demostró que, aparte de mejorar la funcionalidad, conseguía mejorar la sintomatología depresiva de los sujetos. Por otro lado, las intervenciones físicas, como el ejercicio físico, ayudan a aumentar la capacidad física de los pacientes (Livingston et al., 2020). Lök et al., (2023) mostraron cómo el ejercicio físico por sí solo también mejora los niveles de depresión en estos pacientes. Además, los efectos sobre el enfermo de estos dos tipos de intervenciones ayudaron a reducir la carga del cuidador (Deus et al., 2018; Livingston et al., 2020; McDermott et al., 2019; Olazarán et al., 2010).

Existen evidencias de que la realización de tareas computerizadas puede ayudar a mejorar la función cognitiva (McDermott et al., 2019). Al realizar la revisión, se evidenció que el uso de las nuevas tecnologías para realizar un entrenamiento cognitivo no solo enlentece el deterioro cognitivo, sino que además disminuye la sintomatología depresiva (Fernández-Calvo et al., 2011). Este programa computerizado incluyó también actividades de orientación a la realidad, lo que indica que la combinación de ambos aspectos fue clave para disminuir la depresión.

La musicoterapia es una de las estrategias específicas más utilizadas para aliviar síntomas psicológicos, conductuales y emocionales en esta población (Livingston et al., 2020). En la presente revisión, se ha encontrado, que años antes, Giovagnoli et al., (2018) concluyeron lo mismo: la terapia musical ayuda a reducir los síntomas psicológicos y

conductuales, dentro de los cuales se incluye la depresión. Asimismo, se demostró como la pintura también ayuda a reducir los síntomas depresivos (Pongan et al., 2017), algo que no se había encontrado previamente. Estos dos tipos de intervención también han demostrado ser eficaces para reducir la sintomatología depresiva en población con cáncer al final de la vida (Bozcuk et al., 2017; Planas et al., 2015).

En la mayoría de artículos incluidos en la revisión, la modalidad de la intervención es grupal. En este punto, se enfatiza la importancia del grupo. Como compartir experiencias, además de ayudar a mejorar el estado de ánimo, permite trabajar indirectamente habilidades sociales y aumenta los sentimientos de pertenencia. Esto recalca la idea de que aumentar las relaciones sociales de los enfermos ayuda a mejorar los síntomas psicológicos (Deus et al., 2018; Livingston et al., 2020).

Como se ha podido ver, a medida que disminuye la depresión, aumenta la calidad de vida del paciente. Todas las intervenciones encontradas cumplen con uno de los objetivos principales al trabajar con población con EA: aumentar la calidad de vida (Deus et al., 2018; Livingston et al., 2020). Por este motivo, se considera importante tener en cuenta que intervenciones psicológicas se pueden llevar a cabo con este tipo de población para contribuir a la mejora de la depresión, y así a la mejora de la calidad de vida.

Por último, recalcar algunos aspectos que se han observado y se consideran relevantes. En primer lugar, algunos estudios no distinguen qué tipo de demencia presentan los sujetos de la muestra. Las afectaciones y síntomas de cada uno de ellos son diferentes, por lo que es importante considerarlo para diseñar intervenciones individualizadas a la persona (Deus et al., 2018). En segundo lugar, destacar como el país (y la cultura) donde se desarrolla la intervención puede influir en los resultados, por lo que es importante realizar las adaptaciones culturales necesarias en cada caso. En tercer lugar, se ha visto que hay pocos estudios que incluyan una muestra exclusiva de pacientes con EA grave. Se plantea, para

futuros estudios, poder realizar una búsqueda en la que los criterios de inclusión sean pacientes con EA grave. Esto se cree importante debido a que la depresión está presente en todo el proceso de enfermedad (Deus et al., 2018).

La limitación principal del estudio es haber realizado la búsqueda únicamente en dos bases de datos. Esto ha hecho que los resultados sean limitados, y que no se hayan podido analizar otros estudios, que tal vez mostraban eficacia, al no encontrarse en dichos repertorios. En segundo lugar, como planteaba el objetivo de la investigación y uno de los criterios de inclusión principales, solo se han seleccionado intervenciones psicológicas, por lo que pueden existir intervenciones realizadas por otros profesionales que también reduzcan la depresión de los pacientes con EA. De igual modo, no se han incluido estudios publicados en otros idiomas diferentes al español e inglés. Estudios en otros idiomas pueden evidenciar la eficacia de intervenciones psicológicas para pacientes con EA, pero estos no han podido ser analizados por la barrera idiomática. Por último, descartar estudios con una muestra mezclada de pacientes con EA y otras patologías, puede haber sesgado los resultados. Puede que estas intervenciones también reduzcan la depresión, pero al tratarse de una muestra variada es difícil determinar si en los pacientes con EA leve y/o moderada es eficaz.

En definitiva, siendo conscientes de que el número de personas con demencia aumentará en los próximos años y conociendo que las afectaciones psicológicas, como la depresión, están presentes a lo largo de todas las fases de la enfermedad, hay que atenderlas y tratarlas con intervenciones que hayan demostrado científicamente su eficacia. Se ha demostrado que la terapia de reminiscencia, la intervención multicomponente, el entrenamiento cognitivo basado en nuevas tecnologías, la musicoterapia, el programa de terapia ocupacional basado en el recuerdo, el programa de actividad física y la arteterapia reducen la sintomatología depresiva de sujetos con Enfermedad de Alzheimer.

Referencias bibliográficas

- Ahunca, L. F. (2017). Más allá del deterioro cognitivo: síntomas neuropsiquiátricos en demencias neurodegenerativas. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 46(1), 51-58.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2017.05.006>
- Alexopoulos, G. S., Abrams, R. C., Young, R. C., & Shamoian, C. A. (1988). Cornell scale for depression in dementia. *Biological Psychiatry*, 23(3), 271-284.
[https://doi.org/10.1016/0006-3223\(88\)90038-8](https://doi.org/10.1016/0006-3223(88)90038-8)
- Aşiret, G. D., & Kapucu, S. (2015). The Effect of Reminiscence Therapy on Cognition, Depression, and Activities of Daily Living for Patients With Alzheimer Disease. *Journal Of Geriatric Psychiatry And Neurology*, 29(1), 31-37.
<https://doi.org/10.1177/0891988715598233>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *DSM-5 Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición*. Madrid: Editorial Panamericana.
- Avila, J. (2016). *La demencia*. CSIC, Consejo Superior de Investigaciones Científicas.
- Baglio, F., Griffanti, L., Lea Saibene, F., Ricci, C., Alberoni, M., Critelli, R., Villanelli, F., Fioravanti, R., Mantovani, F., D'amico, A., Cabinio, M., Preti, M. G., Nemni, R., & Farina, E. (2015). Multistimulation Group Therapy in Alzheimer's Disease Promotes Changes in Brain Functioning. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 29(1), 13-24.
<https://doi.org/10.1177/1545968314532833>
- Borisovskaya, A., Pascualy, M., & Borson, S. (2014). Cognitive and neuropsychiatric impairments in Alzheimer's disease: current treatment Strategies. *Current Psychiatry Reports*, 16(9). <https://doi.org/10.1007/s11920-014-0470-z>
- Bozcuk, H., Özcan, K., Erdoğan, C., Mutlu, H., Demir, M., & Coskun, S. (2017). A comparative study of art therapy in cancer patients receiving chemotherapy and

- improvement in quality of life by watercolor painting. *Complementary Therapies In Medicine*, 30, 67-72. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2016.11.006>
- Castellani, R. J., Rolston, R. K., & Smith, M. A. (2010). Alzheimer Disease. *Disease-a-Month: DM*, 56(9), 484-546. <https://doi.org/10.1016/j.disamonth.2010.06.001>
- Cho, M. J., Bae, J. N., Suh, G. H., Hahm, B. J., Kim, J. K., Lee, D. W., & Kang, M. H. (1999). Validation of geriatric depression scale, Korean version (GDS) in the assessment of DSM-III-R major depression. *J Korean Neuropsychiatric Association*, 38(1), 48-63. <https://www.koreamed.org/SearchBasic.php?RID=2340262>
- Cummings, J. L., Mega, M. S., Gray, K. F., Rosenberg-Thompson, S., Carusi, D. A., & Gornbein, J. (1994). The Neuropsychiatric Inventory: Comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology*, 44(12), 2308. <https://doi.org/10.1212/wnl.44.12.2308>
- Custodio, N., Montesinos, R., & Alarcón, J. O. (2019). Evolución histórica del concepto y criterios actuales para el diagnóstico de demencia. *Revista De Neuro-Psiquiatría*, 81(4), 235-250. <https://doi.org/10.20453/rnp.v81i4.3438>
- Da Silva, C. Y. (2018). *Neuropsicología del envejecimiento*. El Manual Moderno.
- Davison, T. E., Koder, D., Helmes, E., Doyle, C., Bhar, S., Mitchell, L., Hunter, C., Knight, B., & Pachana, N. (2017). Brief on the role of psychologists in residential and home care services for older adults. *Australian Psychological Society*, 52(6), 397-405. <https://doi.org/10.1111/ap.12209>
- Deus, J., Deví, J., & Sáinz, M.P. (2018). *Neuropsicología de la enfermedad de Alzheimer: Neuropsicología de la enfermedad de Alzheimer*. Editorial Síntesis.
- Elahi, M. (2022). *Alzheimer's Disease*. IntechOpen.

- Fernández-Calvo, B., Contador, I., Ramos, F., Olazarán, J., Mograbi, D. C., & Morris, R. G. (2014). Effect of unawareness on rehabilitation outcome in a randomised controlled trial of multicomponent intervention for patients with mild Alzheimer's disease. *Neuropsychological Rehabilitation*, 25(3), 448-477. <https://doi.org/10.1080/09602011.2014.948461>
- Fernández-Calvo, B., Rodríguez, R., Contador, I., Rubio, A., & Ramos, F. (2011). Eficacia del entrenamiento cognitivo basado en nuevas tecnologías en pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Psicothema*, 23(1), 44-50. <https://www.webofscience.com/wos/alldb/full-record/WOS:000286357700008>
- Fernández-Medina, J. M., Martínez, O., & Parra, N. (2014). Funciones neurobiológicas y neuropsicológicas afectadas en pacientes con Enfermedad de Alzheimer: Implicaciones y consecuencias en la Calidad de Vida. *Cuadernos De Neuropsicología*, 8(2), 242-265. [10.7714/cnps/8.2.206](https://doi.org/10.7714/cnps/8.2.206)
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state". *Journal Of Psychiatric Research*, 12(3), 189-198. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)
- Giovagnoli, A. R., Manfredi, V., Schifano, L., Paterlini, C., Parente, A., & Tagliavini, F. (2018). Combining drug and music therapy in patients with moderate Alzheimer's disease: a randomized study. *Neurological Sciences*, 39(6), 1021-1028. <https://doi.org/10.1007/s10072-018-3316-3>
- González-Moreno, J. (2023). *Evaluación e intervención en demencias*.
- Hornillos, C., & Crespo, M. (2011). Support groups for caregivers of Alzheimer patients: A historical review. *Dementia*, 11(2), 155-169. <https://doi.org/10.1177/1471301211421258>
- Hu, W. T., Chen Plotnik, A., Arnold, S., Grossman, M., Clark, C., Shaw, L., McCluskey, L., Elman, L., Karlawish, J., Hurtig, H., Siderowf, A., Lee, V., Soares, H., & Trojanowski, J. (2010). Biomarker discovery for Alzheimer's disease, frontotemporal lobar

- degeneration, and Parkinson's disease. *Acta Neuropathol*, 120(3), 385-399.
<https://doi.org/10.1007/s00401-010-0723-9>
- Kim, D. (2020). The Effects of a Recollection-Based Occupational Therapy Program of Alzheimer's Disease: A Randomized Controlled Trial. *Occupational Therapy International*, 2020, 1-8. <https://doi.org/10.1155/2020/6305727>
- Livingston, G., Huntley, J., Sommerlad, A., Ames, D., Ballard, C., Banerjee, S., Brayne, C., Burns, A., Cohen-Mansfield, J., Cooper, C., Costafreda, S. G., Dias, A., Fox, N., Gitlin, L. N., Howard, R., Kales, H. C., Kivimäki, M., Larson, E. B., Ogunniyi, A., Orgeta, V., Ritchie, K., Rockwood, K., Sampson, E. L., Samus, Q., Schneider, L. S., Selbæk, G., Teri, L., & Mukadam, N. (2020). Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *The Lancet Commissions*, 396(10248), 413-446.
[https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)30367-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)30367-6)
- Lök, N., Bademli, K., & Tosun, A. S. (2018). The effect of reminiscence therapy on cognitive functions, depression, and quality of life in Alzheimer patients: Randomized controlled trial. *International Journal Of Geriatric Psychiatry*, 34(1), 47-53.
<https://doi.org/10.1002/gps.4980>
- Lök, N., Tosun, A. S., Lök, S., Temel, V., & Aydın, Z. (2023). Effect of physical activity program applied to patients with Alzheimer's disease on cognitive functions and depression level: a randomised controlled study. *Psychogeriatrics*, 23(5), 856-863.
<https://doi.org/10.1111/psyg.13010>
- López, J., & Agüera, L. F. (2015). Nuevos criterios diagnósticos de la demencia y la enfermedad de Alzheimer: una visión desde la psicogeriatría. *Psicogeriatría*, 5(1), 3-14.
https://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0501/501_0003_0014.pdf
- McDermott, O., Charlesworth, G., Hogervorst, E., Stoner, C., Moniz-Cook, E., Spector, A., Csipke, E., & Orrella, M. (2019). Psychosocial interventions for people with dementia:

- a synthesis of systematic reviews. *Aging & Mental Health*, 23(4), 393-403.
<https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1423031>
- McKhann, G. M., Knopman, D. S., Chertkow, H., Hyman, B. T., Jack, C. R., Kawas, C. H., Klunk, W. E., Koroshetz, W. J., Manly, J. J., Mayeux, R., Mohs, R. C., Morris, J. C., Rossor, M. N., Scheltens, P., Carrillo, M. C., Thies, B., Weintraub, S., & Phelps, C. H. (2011). The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association Workgroups on Diagnostic Guidelines for Alzheimer's Disease. *Alzheimer's & Dementia*, 7(3), 263-269.
<https://doi.org/10.1016/j.jalz.2011.03.005>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D.G. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *Journal of clinical epidemiology*, 62(10), 1006-1012. <https://doi.org/10.1136/BMJ.B2535>
- Montañés, M. P. (2011). *Neuropsicología clínica y cognoscitiva*. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Ciencias Humanas. Departamento de Psicología.
- Nitrini, R., & Brucki, S. M. (2012). Demencia: definición y clasificación. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 12(1), 75-98.
<http://revistaneurociencias.com/index.php/RNNN/article/view/316/259>
- Olazarán, J., Reisberg, B., Clare, L., Cruz, I., Peña-Casanova, J., Del Ser, T., Woods, B., Beck, C., Auer, S., Lai, C., Spector, A., Fazio, S., Bond, J., Kivipelto, M., Brodaty, H., Rojo, J. M., Collins, H., Teri, L., Mittelman, M., Orrell, M., Feldman, H. H., & Muñoz, R. (2010). Nonpharmacological therapies in alzheimer's disease: a systematic review of efficacy. *Dement Geriatr Cogn Disord*, 30(2), 161-178.
<https://doi.org/10.1159/000316119>
- Organización Mundial de la Salud. (2019-2021). *CIE-11 Clasificación Internacional de Enfermedades, undécima revisión*.

- Organización Mundial de la Salud. (7 de diciembre de 2020). *Esperanza de vida al nacer (años)*. Organización Mundial de la salud. <https://data.who.int/es/indicators/i/90E2E48>
- Organización Mundial de la Salud. (2 de septiembre de 2021). *El mundo no está abordando el reto de la demencia*. Organización Mundial de la salud. <https://www.who.int/es/news/item/02-09-2021-world-failing-to-address-dementia-challenge>
- Organización Mundial de la Salud. (15 de marzo de 2023). *Demencia*. Organización Mundial de la salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- Planas, J., Escudé, N., Farriols, C., Villar, H., Mercadé, J., Ruiz, A. I., Mojal, S., & Rossetti, A. (2015). Effectiveness of Music Therapy in Advanced Cancer Patients Admitted to a Palliative Care Unit: A Non-Randomized Controlled, Clinical Trial. *Music And Medicine*, 7(1), 23-31. <https://doi.org/10.47513/mmd.v7i1.295>
- Pongan, E., Tillmann, B., Lévêque, Y., Trombert, B., Getenet, J. C., Auguste, N., Dauphinot, V., Haouari, H. E., Navez, M., Dorey, J., Krolak-Salmon, P., Laurent, B., & Rouch, I. (2017). Can Musical or Painting Interventions Improve Chronic Pain, Mood, Quality of Life, and Cognition in Patients with Mild Alzheimer's Disease? Evidence from a Randomized Controlled Trial. *Journal Of Alzheimer's Disease*, 60(2), 663-677. <https://doi.org/10.3233/jad-170410>
- Reisberg, B., Ferris, S. H., De Leon, M. J., & Crook, T. (1982). The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. *The American Journal Of Psychiatry*, 139(9), 1136-1139. <https://doi.org/10.1176/ajp.139.9.1136>
- Tolosa, D., Méndez, C., & Martella, D. (2021). Diagnóstico neuropsicológico diferencial en enfermedad de Alzheimer y demencia frontotemporal: una revisión sistemática cualitativa. *Sociedad Española de Neurología*, 1(1), 82-97. <https://doi.org/10.1016/j.neurop.2021.03.004>

- Valls, C., Molinuevo, J. L., & Rami, L. (2010). Diagnóstico precoz de la enfermedad de Alzheimer: fase prodrómica y preclínica. *Rev Neurol*, *51*(8), 471-480.
<http://fundalzheimer.com/wp-content/uploads/2019/01/AC-Diagnostico-precoz-de-la-enfermedad-de-Alzheimer.pdf>
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1982). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal Of Psychiatric Research*, *17*(1), 37-49.
[https://doi.org/10.1016/0022-3956\(82\)90033-4](https://doi.org/10.1016/0022-3956(82)90033-4)