



# Enfermería Neurológica

[www.elsevier.es/rcsedene](http://www.elsevier.es/rcsedene)



## ORIGINAL

### Intervención terapéutico-cognitiva individual de los síntomas psicológicos y conductuales de pacientes con demencia (estudio PRESTA)



Sílvia Reverté-Villarroya<sup>a,b,\*</sup>, Josep Zaragoza-Brunet<sup>b</sup>,  
Calamanda Matamoros-Obiol<sup>b</sup>, Ester Inglada-García<sup>b</sup>,  
Sonia Escalante-Arroyo<sup>b</sup>, Eva Forcadell-Ferreres<sup>b</sup> y Patricia Esteve-Belloch<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Facultad de Enfermería, Departamento de Enfermería, Universitat Rovira i Virgili (URV), Tortosa, Tarragona, España

<sup>b</sup> Servicio de Neurología, Hospital de Tortosa Verge de la Cinta, Instituto de Investigación Sanitaria Pere i Virgili (IISPV), Tortosa, Tarragona, España

Recibido el 14 de febrero de 2019; aceptado el 20 de agosto de 2019

Disponible en Internet el 31 de octubre de 2019

#### PALABRAS CLAVE

Demencia;  
Síntomas psicológicos  
y conductuales;  
Cuidadores;  
Intervención  
educativa;  
Cuidados de  
enfermería

#### Resumen

**Introducción:** Los síntomas psicológicos y conductuales de las demencias (SPCD) aparecen con frecuencia asociados a los pacientes con demencia, agravando su estado cognitivo y conductual, que genera angustia a sus cuidadores principales. Las terapias no farmacológicas son un método para abordar los SPCD.

**Objetivo:** Analizar la eficacia de una intervención terapéutico-conductual y de apoyo al cuidador familiar sobre la reducción de su sobrecarga y si dicha reducción tiene un impacto positivo sobre los SPCD del paciente con demencia.

**Método:** Ensayo clínico, aleatorizado, doble ciego en una muestra de pacientes con demencia y sus cuidadores principales (CP). Los CP fueron asignados a un grupo de intervención (GI) y a un grupo control (GC). La intervención consistió en una educación cognitivo-conductual individual realizada por enfermería ambulatoria, con controles periódicos telefónicos durante 3 meses. El GC recibió la atención de práctica clínica habitual. Fue evaluada la función cognitiva: escala Mini-Mental State Exploration (MMSE) y Neuropsychiatric Inventory (NPI-10); la depresiva: escala depresión geriátrica (GDS) y sobrecarga del cuidador: escala Zarit. Los SPCD fueron recogidos según datos cuantitativos y cualitativos en la visita inicial y final.

**Resultados:** Edad media total de pacientes:  $78,96 \pm 6,64$  años, y distribución por sexos, (50%) hombres. Los CP ( $n = 28$ ) mostraron una edad media de  $58,64 \pm 11,69$  años, siendo la práctica totalidad (92,9%) mujeres. El GI ( $n = 13$ ) mostró mejor puntuación que el GC ( $n = 15$ ) entre visitas (inicial y 3 meses), tanto en el MMSE ( $p < 0,001$ ) como en la GDS ( $p < 0,001$ ), aunque sin

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [Silvia.reverte@urv.cat](mailto:Silvia.reverte@urv.cat) (S. Reverté-Villarroya).

**KEYWORDS**

Dementia;  
Behavioural  
symptoms;  
Caregivers;  
Educational  
assessment;  
Nursing care

cambios en la NPI-10 ( $p=0,419$ ), indicando mejoría cognitiva y depresiva tras la intervención. Los cuidadores también obtuvieron puntuaciones estadísticamente significativas en el Zarit ( $p=0,010$ ). Los SPCD mejoraron en el GI: repetición ( $p<0,001$ ), depresión ( $p=0,013$ ), apatía e indiferencia ( $p=0,003$ ), trastornos del sueño y del ritmo diurno ( $p=0,006$ ) y trastornos de la alimentación ( $p=0,019$ ) a los 3 meses. Identificador Clinicaltrial.gov: NCT03732521.

**Conclusiones:** La terapia no farmacológica de intervención terapéutico-cognitiva individual dirigida a cuidadores y conducida por personal de enfermería experto en su manejo tiene un impacto favorable en el control y reducción de los SPCD de los pacientes con demencia.

© 2019 Sociedad Española de Enfermería Neurológica. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## Individual therapeutic-cognitive intervention of the psychological and behavioural symptoms of patients with dementia (PRESTA study)

**Abstract**

**Introduction:** The behavioural and psychological symptoms of dementia (BPSD) are frequently associated with patients with dementia, aggravating their cognitive and behavioural status, which generates anguish for their main caregivers. Non-pharmacological therapies are a method to approach BPSD.

**Aim:** To analyse the effectiveness of a behavioural educational intervention and support to the family caregiver in reducing overload, and whether this reduction has a positive impact on the BPSD of the patient with dementia.

**Method:** A randomised, controlled, double-blind trial was conducted with patients with dementia and their principal caregivers (PC). The PC were randomised to either the intervention (IG) or control group (CG). The intervention comprised an individual cognitive-behavioural education intervention performed by outpatient nursing, with periodic telephone contacts, over 3 months. The CG received treatment as usual. Cognitive function was assessed using the cognitive scale Mini-Mental State Exploration (MMSE), Neuropsychiatric inventory (NPI-10) and depressive Geriatric Depression Scale (GDS). And caregiver-reported burden using the Zarit Caregiver Burden Inventory. The qualitative and qualitative data of the BPSD were collected at baseline and after the intervention.

**Results:** The mean total age of the patients was  $78.96 (\pm 6.64)$  years, and 50% were men. And in the PC ( $n=28$ ) it was  $58.64 (\pm 11.69)$  years, and 92.9% were women. The IG ( $n=13$ ) showed a better score than the CG ( $n=15$ ) in the MMSE  $P<.001$  and the GDS  $P<.001$ , although without changes in the NPI-10 ( $P=0,419$ ), between the start visit and at 3 months, indicating improvement in cognitive and depressive symptoms after the intervention. The PC also obtained statistically significant scores on the Zarit scale ( $P=.010$ ). BPSD improved significantly in the IG: repetition  $P<.001$ , depression ( $P=.013$ ), apathy and indifference ( $P=.003$ ), sleep and diurnal rhythm disorders ( $P=.006$ ), and eating disorders ( $P=.019$ ) at 3 months. Clinicaltrials.gov Identifier: NCT03732521.

**Conclusions:** Non-pharmacological therapy of individual therapeutic-cognitive intervention targeted at caregivers and carried out by nursing personnel expert in its management, has a favourable impact on the control and reduction of the BPSD of patients with dementia.

© 2019 Sociedad Española de Enfermería Neurológica. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

**Introducción**

La demencia es un síndrome neuropsiquiátrico con un pico de incidencia a partir de los 65 años<sup>1</sup>. En el 2015 se estimó una cifra de 47 millones de personas con demencia en el mundo y si la prevalencia se mantiene, en el año 2050 alcanzará los 130 millones, todo ello influido por el incremento de la longevidad y la supervivencia en la población<sup>2</sup>.

Una de las principales características de las demencias es el deterioro cognitivo con afectación progresiva de las funciones diarias, con frecuencia asociado a las alteraciones del comportamiento. Así pues, aparecen los síntomas psicológicos y conductuales de las demencias (SPCD), definidos como «síntomas de alteración de la percepción, del pensamiento, del estado de ánimo o de la conducta»<sup>3</sup>. Estas alteraciones, como agitación, depresión, euforia, delirios y alucinaciones, se relacionan entre sí. Aproximadamente 5 de

cada 6 pacientes con demencia desarrollarán SPCD<sup>4,5</sup>. El 20% de las personas iniciarán con SPCD los primeros 2 años tras el diagnóstico de demencia y al menos el 50% presentará nuevos SPCD cada mes<sup>6</sup>. Los SPCD como la agitación pueden estar presentes varios meses en el 50-80% de los casos. Estos síntomas son las manifestaciones que más sufrimiento generan en el paciente, sus cuidadores y en la sociedad en general<sup>7</sup>. Además, empeoran las 2 esferas sintomáticas (cognitiva y funcional) que conllevan un mayor coste económico, estrés en el cuidador, discapacidad funcional y disminución en la calidad de vida (cuidador y paciente), todo ello precipitando la institucionalización temprana de los enfermos con demencia<sup>8,9</sup>.

En líneas generales, el abordaje terapéutico de los SPCD debería ser multidisciplinar y coordinado en los diferentes niveles asistenciales, asociando terapias tanto farmacológicas como no farmacológicas (TNF)<sup>10,11</sup>. Las TNF en la demencia se encuadran en el modelo biopsicosocial de cuidados a los pacientes<sup>12</sup>. En comparación con los fármacos, presentan un perfil de efectos adversos más favorable por el valor añadido del contacto social y la posibilidad de una mayor individualización<sup>13-15</sup>.

Encontramos evidencias en la literatura sobre la eficacia de las intervenciones educativas ambulatorias en el cuidador familiar en cuanto a la disminución de la sobrecarga y la mejora de su estado de ánimo<sup>15,16</sup> pero se mantienen incógnitas al relacionar si dicha mejora puede tener un impacto indirecto sobre los SPCD del paciente, o bien sobre su cuidador.

Así pues, el objetivo del presente estudio fue analizar la eficacia de una intervención educativa conductual individual y de apoyo al cuidador familiar sobre la reducción de su sobrecarga y si dicha reducción tiene un impacto positivo sobre los SPCD del paciente con demencia.

## Métodos

### Diseño y población de estudio

Se realizó un ensayo clínico, aleatorizado, doble ciego y comparativo entre una muestra de pacientes con demencia que recibieron tratamiento médico aislado comparado con otro grupo de tratamiento más intervención educativa por parte de enfermería de soporte a sus cuidadores principales en el Hospital de Tortosa Verge de la Cinta (HTVC), desde marzo del 2014 hasta noviembre del 2017. El estudio obtuvo el dictamen favorable del Comité de Ética de Investigación Clínica de referencia con el código CEIC-10/2014 y fue registrado en el ClinicalTrials.gov con el número de identificación NCT03732521.

La población de estudio fueron todos los pacientes con presencia de SPCD y sus cuidadores principales atendidos en la Unidad de Trastornos Cognitivos y de la Conducta (UTCC) del HTVC que aceptaron voluntariamente su participación mediante la autorización del consentimiento informado tras cumplir los siguientes criterios de selección.

### Criterios de inclusión

- Pacientes con edad  $\geq 65$  años con diagnóstico de demencia y en tratamiento con inhibidores de la

acetilcolinesterasa y memantina durante un periodo mínimo de 6 meses.

- Puntuación entre 4 y 6 en la escala Global de Severidad de Reisberg<sup>17</sup>, ambos incluidos.
- Puntuación  $\geq 4$  en la escala Neuropsychiatric Inventory (NPI-10)<sup>18</sup>, con síntomas presentes al menos un mes anterior a la visita, sin ser atribuibles a enfermedad médica intercurrente ni a un síndrome confusional agudo.
- Residentes en domicilio familiar y que acudan a consulta acompañados de un cuidador principal, que acceda a firmar el consentimiento informado tras obtener toda la información del estudio en cuestión. Se entiende como cuidador principal el familiar que convive en el mismo domicilio, se encarga principalmente de los cuidados diarios del paciente y lo acompaña a las visitas en el centro sanitario.

### Criterios de exclusión

- Pacientes que presenten enfermedades médicas intercurrentes que le confieran un pronóstico vital inferior a 6 meses.
- Pacientes en los que los SPCD puedan estar en el contexto de una enfermedad toxico-metabólica, dolor no controlado o delirium, según criterio clínico.
- Pacientes en tratamiento con neurolépticos típicos, benzodiacepinas de acción larga, opioides mayores o fármacos que potencialmente puedan alterar el estado de consciencia.

### Recogida de datos

Se recogieron variables sociodemográficas como la edad, el sexo, los años de escolarización y los antecedentes familiares de enfermedad psiquiátrica.

Las variables clínicas incluían el tipo de demencia, los años desde el diagnóstico, los factores de riesgo cardiovascular (hipertensión, diabetes mellitus, dislipidemia, sobrepeso, presencia de hábito tabáquico o enólico y cardiopatías).

Además, se recogieron variables funcionales, los tratamientos farmacológicos para los SPCD asociados a la demencia y la cuantificación y evaluación cualitativa de los SPCD clasificada en: resuelto (R), mejora (M), empeora (E), sin cambios (SC) y no presenta (NP).

Las variables neuropsicológicas se recogieron mediante las escalas NPI-10, MMSE y GDS de Reisberg. El inventario NPI-10 permite obtener información sobre la presencia de síntomas psiquiátricos y conductuales en pacientes con demencia, y explora 10 aspectos: delirios, alucinaciones, agitación, depresión/disforia, ansiedad, euforia/júbilo, apatía/indiferencia, desinhibición, irritabilidad/labilidad y conducta motora sin finalidad. Cada aspecto o ítem incluye una pregunta, si se responde afirmativamente, se pasa a la siguiente, y si se responde negativamente, se pasa a una subescala. La puntuación total para las subescalas es el producto de la frecuencia multiplicada por la gravedad. También se utilizó el MMSE, que evalúa el estado mental mediante las áreas: orientación espacial y temporal, memoria inmediata, atención y cálculo, memoria diferida, lenguaje y praxis: nominación, repetición, comprensión de órdenes verbales, lectura, escritura espontánea

y copia de dibujo, y construcción visual. La puntuación total se obtiene de la suma del total de aciertos, así que a mayor puntuación, mejor estado cognitivo, aunque su puntuación de corte es de 24 y 27 según el nivel de estudios de los pacientes. Y por último, el GDS de Reisberg, instrumento diseñado para detectar la posible presencia de depresión, está compuesto por 30 ítems con respuestas dicotómicas (sí/no). La puntuación total se obtiene de la suma de todos los ítems, su intervalo es de 0-30 y sus puntos de corte son: normal (0-10 puntos) y posible depresión (11-30 puntos).

Finalmente, la sobrecarga del cuidador se evaluó con el test de Zarit, que se compone de 22 preguntas; cada ítem se valora por la frecuencia (nunca, casi nunca, a veces, bastantes veces y casi siempre) y su puntuación va de 0 a 4. La puntuación total se obtiene de la suma de todas las preguntas y su puntuación máxima es de 88 puntos. No existen normas ni puntos de corte, aunque se considera que «no hay sobrecarga» con una puntuación inferior a 46 puntos y existe «sobrecarga intensa» en una puntuación superior a 56.

### Procedimientos, aleatorización y reclutamiento

Tras la inclusión del paciente en el estudio, se aleatorizó en el grupo intervención (GI) (práctica clínica habitual e intervención educativa de enfermería en el cuidador familiar) o en el grupo control (GC) (práctica clínica habitual) indistintamente con una proporción 1:1 mediante el software no comercial Epidat 3.0 (Xunta de Galicia y OPS-OMS). El tamaño de la muestra se calculó mediante el software gratuito (Granmo, Institut Municipal d'Investigació Mèdica, Barcelona) versión 7.12. El cálculo se realizó teniendo en cuenta como variable dependiente la escala de sobrecarga del cuidador Zarit<sup>19</sup>, aceptando un riesgo alfa de 0,05 y un riesgo beta inferior a 0,2 en un contraste bilateral. Se asignaron 18 cuidadores en el GI y 18 en el GC, para detectar una diferencia igual o superior a 4 puntos entre los grupos, con una tasa de pérdidas de seguimiento del 10%.

Los pacientes y los cuidadores, tras su asignación al grupo de estudio, fueron evaluados por un neurólogo que identificaba la presencia de SPCD, ajustaba el tratamiento y evaluaba las escalas NPI-10, MMSE, GDS de Reisberg y Zarit. Se registraron las puntuaciones totales de las escalas y en el caso de la NPI-10, el valor utilizado fue el resultado de multiplicar la frecuencia por la gravedad.

Los cuidadores del GI fueron citados a los 15 días para una primera visita en la consulta de enfermería, que disponía de los resultados de las escalas e identificación previa de los SPCD evaluados por el neurólogo. La enfermera intervencionista revisaba los SPCD de la primera visita y posteriormente realizaba la intervención educativa. Hubo controles telefónicos para reforzar las intervenciones y valorar la aparición de nuevos SPCD a los 30 y 60 días. Ambos grupos fueron citados a los 90 días con un nuevo neurólogo, ciego al grupo de asignación, el cual revaluó las escalas NPI-10, MMSE, GDS de Reisberg y Zarit. Se realizó una valoración cualitativa de los SPCD remitida por el cuidador mediante una clave de respuesta clasificada como: R, M, E, SC y NP (fig. 1).

### Intervención educativa

El equipo de enfermería que aplicó la intervención educativa estaba compuesto por 2 enfermeras expertas de la UTCC, que fueron previamente formadas por un profesional de neuropsicología para homogenizar su abordaje.

Se definieron los SPCD previamente, así como las intervenciones para cada caso, en lo referente a la actitud con el paciente y la modificación del ambiente domiciliario en el que tuvo lugar el síntoma (tabla 1). Todo ello fue recogido en un dossier que posteriormente se entregó a los cuidadores principales del GI con adaptaciones individualizadas según el contexto social y familiar. Cada intervención educativa presencial tuvo una duración estimada entre 90 y 120 min, y las visitas telefónicas, de 30 min.

### Manejo del paciente con demencia

En la visita inicial el neurólogo ajustó el tratamiento médico a cada paciente.

Para las alucinaciones y los delirios se utilizaron quetiapina o risperidona, según el perfil de comorbilidades y la tolerancia de cada paciente.

Para la depresión o la ansiedad se emplearon citalopram a dosis bajas, mirtazapina y, en caso de no respuesta, duloxetine o venlafaxina. El fármaco se eligió según comorbilidades o tolerancia del paciente.

Solo fueron aceptadas las benzodiacepinas de acción corta a dosis bajas si los pacientes las estaban tomando previamente a la inclusión del estudio (lorazepam o lormetazepam)<sup>20-24</sup>.

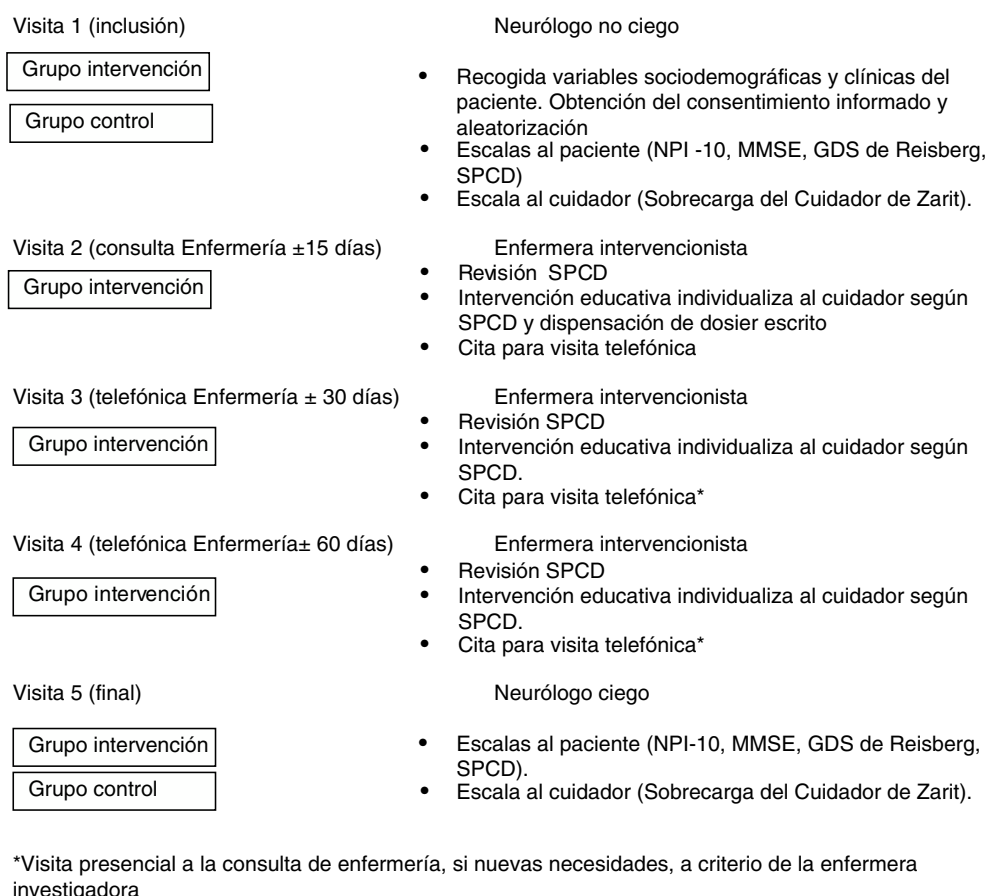
### Análisis de datos

Para el análisis estadístico se utilizó el paquete SPSS v23.0 para Windows (IBM). Todas las pruebas fueron aplicadas con el 95% de confianza. Los resultados se presentan en forma de tabla, con sus respectivas frecuencias absolutas y relativas. Las variables numéricas están representadas por medidas de tendencia central y medidas de dispersión descritas como media  $\pm$  desviación estándar. Se utilizó la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk para las variables cuantitativas. La comparación entre la visita inicial y la final de las variables del mismo grupo se realizó mediante las pruebas de la chi al cuadrado y t de Student, según el tipo de variables. Se aplicó la correlación de Pearson (distribución normal) y la correlación de Spearman (distribución no normal) para la comparación de los 2 grupos.

### Resultados

De un total de 36 pacientes con demencia y sus cuidadores principales incluidos en el estudio (18 en el GC y 18 en el GI), completaron el estudio 28 participantes (n = 15 en el GC y n = 13 en el GI). Los motivos de pérdida de seguimiento por parte del cuidador fueron: razones médicas (n = 3), falta de tiempo (n = 3), empeoramiento del paciente (n = 1) y periodo vacacional (n = 1).

Las características sociodemográficas de los participantes y sus cuidadores principales se pueden observar en la



**Figura 1** Cronograma de visitas y evaluaciones del estudio.

<sup>a</sup>Visita presencial a la consulta de enfermería, si nuevas necesidades, a criterio de la enfermera investigador.

Fuente: elaboración propia.

**tabla 2.** Con relación a los pacientes, la edad media total fue de  $78,96 \pm 6,64$  años y el 50% eran hombres. El 14,3% presentaba antecedentes psiquiátricos en el momento de la inclusión, encontrándose el 50% en algún tratamiento psicofarmacológico para el control de los SPCD asociados a su demencia. La enfermedad de Alzheimer fue el tipo de demencia mayoritaria (71,4%), seguido de la demencia mixta<sup>4,21</sup> y vascular<sup>1,7</sup>, con una media de evolución desde el diagnóstico de  $2,11 \pm 1,54$  años. El 57,1% no tenía factores de riesgo cardiovascular y de los que sí los tenían (42,9%), el factor de riesgo mayoritario fue la hipertensión arterial (42,9%) seguida del hábito tabáquico (32,1%), el sobrepeso (32,1%) y la dislipidemia (25,0%).

En la muestra de cuidadores, de los que el 92,9% fueron mujeres, la edad media fue de  $58,64 \pm 11,69$  años y tenían  $8,36 \pm 3,57$  años de escolarización. La distribución entre los 2 grupos de estudio (familiares y cuidadores) fue similar, sin obtención de significación estadística en las variables sociodemográficas.

La comparación de las puntuaciones obtenidas en las escalas del paciente (MMSE y GDS) mostró diferencias significativas entre el GI y el GC comparando la visita inicial con el seguimiento a los 3 meses. Se observó que el GI redujo la puntuación en la escala MMSE significativamente ( $p < 0,001$ ) entre la visita de inicio ( $16,92 \pm 7,48$ ) y la de 3 meses ( $15,31 \pm 6,18$ ) en comparación con el GC, cuyas puntuaciones

fueron  $16,53 \pm 5,02$  en la visita inicial y  $16,53 \pm 7,03$  en la final, indicando una leve mejora en su estado cognitivo. En cuanto a la clasificación, no se observaron diferencias significativas.

La escala GDS también obtuvo resultados significativos ( $p < 0,001$ ), ya que el GI puntuó en la visita inicial  $4,85 \pm 0,68$  y  $5,08 \pm 0,76$  en la final en comparación con el GC (visita inicial  $5,07 \pm 0,88$  y final  $5,07 \pm 0,88$ ), indicando una leve mejora en la clínica depresiva. La escala NPI-10 no obtuvo significación estadística ( $p = 0,419$ ) pero se observó una tendencia a la mejoría en los SPCD en el GI (visita inicial  $35,31 \pm 17,05$  vs. final  $32,23 \pm 21,57$ ), mientras que el GC mostró peores resultados (visita inicial  $24,33 \pm 21,64$  vs. final  $29,26 \pm 12,94$ ).

El test de Zarit de sobrecarga del cuidador principal también obtuvo puntuaciones estadísticamente significativas ( $p = 0,010$ ) pero en este caso mostró un empeoramiento en la sobrecarga del cuidador del GI en la visita final ( $59,08 \pm 20,81$ ) respecto a la inicial ( $52,38 \pm 12,94$ ), mientras que el GC obtuvo mejores puntuaciones ( $48,53 \pm 15,72$ ) vs. la inicial ( $48,60 \pm 19,16$ ). Aunque en la clasificación del Zarit no se obtuvo significación, se observó que el GI presentaba puntuaciones medias de sobrecarga intensa, mientras que el GC se situaba en sobrecarga leve (tabla 3).

Se identificaron todos los SPCD previamente establecidos en el estudio en ambos grupos en la visita inicial o final. Al

**Tabla 1** SPCD establecidos para el estudio e intervenciones conductuales

| SPCD                                 | Principios básicos de las intervenciones conductuales individualizadas para el cuidador del paciente con demencia                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|--------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Repetición                           | No indicarle que se repite<br>Tranquilizarlo<br>Escribir las respuestas a las peticiones repetidas (si se puede)<br>Distraerlo<br>No contradecirlo o infantilizar sus actos                                                                                                                                                                                                                |
| Perdida u ocultación de objetos      | Determinar un lugar específico donde dejar los objetos<br>Mantener el orden en el hogar<br>Hacer copias de seguridad<br>Identificar el lugar preferido del paciente para ocultar los objetos<br>Cerrar con llave los armarios<br>Evitar que tenga acceso a objetos o documentos de valor<br>En caso de alguna pérdida, aceptarlo<br>Evitar dejar grandes cantidades de dinero a su alcance |
| Seguimiento persistente del cuidador | Buscar actividades para mantenerlo ocupado<br>Pedir ayuda a otras personas para poder realizar tareas personales o descansar                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Quejas e insultos contra el cuidador | Dejar otro cuidador formado algún periodo<br>Dejar teléfonos de contacto en caso de urgencia<br>Reaccionar con calma                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Depresión                            | Tomar en serio quejas de salud<br>Ofrecer comprensión<br>Buscarle actividades sencillas para sentirse útil y seguro                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Apatía e indiferencia                | Intentar que el paciente se interese por el entorno<br>Aceptar pequeñas tareas<br>Estimularlo con moderación<br>Felicitar los logros y no centrarse en lo que no ha realizado                                                                                                                                                                                                              |
| Agitación                            | Pedir tareas viables<br>Identificar los motivos que lo enojan<br>Dar soporte emocional<br>Evitar aquello que no le genera comodidad, bienestar<br>Distraerle en caso de enfado<br>Simplificar su entorno y su seguridad                                                                                                                                                                    |
| Ansiedad, nerviosismo e inquietud    | Evitar situaciones tensas<br>Suprimir estimulantes<br>Responder con afecto<br>Dar seguridad y comodidad a su entorno                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Empeoramiento a las noches           | Generar un ambiente tranquilo<br>Buscar comidas ágiles<br>Evitar los estímulos<br>Evitar cosas que le disgustan                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Delirios                             | Evitar contradecir<br>Evitar conflictos<br>Transmitir tranquilidad<br>Utilizar la distracción para centrar la atención                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Alucinaciones                        | Solo intervenir si son negativas<br>Reaccionar con calma y serenidad<br>No combatirlas<br>No reforzarlas<br>Utilizar la distracción<br>Descartar problemas visuales o auditivos                                                                                                                                                                                                            |

Tabla 1 (continuación)

|                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| SPCD                                    | Principios básicos de las intervenciones conductuales individualizadas para el cuidador del paciente con demencia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Trastornos del sueño y del ritmo diurno | No discutir<br>Evitar peligros del entorno (cerrar puertas y balcones, etc.)<br>Evitar siestas o descansos cortos y largos durante el día<br>Aumentar la actividad física durante el día<br>Ir al baño antes de acostarse<br>Intentar que la cama y el entorno sea cómodo<br>Evitar luces o utilizar antifaz durante el descanso.<br>Las luces de cortesía pueden ser útiles<br>Intentar coincidir con las horas de descanso<br>Utilizar fármacos bajo prescripción médica |
| Trastornos de la alimentación           | Vigilar la alimentación, sobre todo si el paciente es autónomo<br>Adaptar la comida y los utensilios según necesidades<br>Establecer un horario de comidas<br>Revisar la prótesis dental<br>Cerrar la despensa y el frigorífico<br>Utilizar complementos dietéticos bajo prescripción                                                                                                                                                                                      |

Fuente: elaboración propia.

Adaptado de Joling et al.<sup>27</sup>, Olazarán et al.<sup>30</sup>, Martín-Carrasco et al.<sup>34</sup>, Bendicho Montés et al.<sup>35</sup>, Hernández Ferrándiz<sup>36</sup> y Ferré-Grau et al.<sup>37</sup>.

comparar la nueva aparición de SPCD entre la visita inicial y final, así como su evaluación entre los grupos, se observaron diferencias estadísticamente significativas a favor del GI en los SPCD: repetición ( $p < 0,001$ ), depresión ( $p = 0,013$ ), apatía e indiferencia ( $p = 0,003$ ), trastornos del sueño y del ritmo diurno ( $p = 0,006$ ) y trastornos de la alimentación ( $p = 0,019$ ) (tabla 4).

Además, en el GI no hubo empeoramiento de ningún SPCD en la evaluación final: 6 de los SPCD se clasificaron como resueltos en algún caso y se identificaron 29 nuevos casos entre las visitas. Por otra parte, el GC mostró 6 resoluciones de los SPCD iniciales, empeoró en 7 SPCD e incrementó 35 nuevos casos en diferentes SPCD a los 3 meses.

## Limitaciones del estudio

La detección y el reclutamiento de los pacientes y sus cuidadores formaron parte de la rutina asistencial, por lo que no se puede descartar un sesgo de selección además de la dificultad en el cumplimiento de los criterios de inclusión para la selección de pacientes. El sexo de los cuidadores estuvo desequilibrado, así como el grado de sobrecarga del cuidador. Las pérdidas de seguimiento afectaron a ambos grupos, reduciéndose de este modo el total de participantes y, a su vez, influyó en el análisis posterior de los resultados. Debido a la variabilidad de los SPCD asociados a la demencia y sus subtipos, las intervenciones expuestas en el presente trabajo se centran en los principios básicos de su abordaje, lo que puede afectar a la validez externa del estudio. Finalmente, se estimó un periodo corto de intervención y seguimiento en ambos grupos, que pudo influir en la valoración del impacto de la intervención.

## Discusión y conclusiones

El perfil clínico y sociodemográfico de los pacientes y sus cuidadores principales incluidos en el presente estudio es

comparable con el de otros trabajos realizados en población con demencia, otras enfermedades neurodegenerativas o, en general, pacientes dependientes<sup>1,3,4,25</sup>.

Cuando aparecen SPCD en pacientes con demencia, su cuidador familiar refiere incapacidad o dificultad para gestionarlos, generando estrés y sobrecarga en el proceso, además de dificultades de afrontamiento tanto para él como para el paciente<sup>26-28</sup>. Existen estudios que demuestran el beneficio del uso de las TNF en pacientes con demencia. Entre ellas, encontramos las intervenciones educativas individuales de carácter conductual, destinadas a mejorar los SPCD o del bienestar del cuidador<sup>29,30</sup>.

Desgraciadamente, aunque los SPCD se identifiquen en la práctica clínica diaria de las unidades de trastornos cognitivos, las TNF no se incorporan en la rutina asistencial de los consultas de enfermería<sup>31,32</sup>, por lo que los estudios que valoran su impacto presentan ciertas limitaciones<sup>28</sup>. En nuestro estudio, hemos detectado diferencias significativas en el MMSE y el GDS a favor del GI, indicando una ligera mejoría en el estado cognitivo y depresivo de los pacientes en la visita final del estudio en comparación con la inicial.

También se encontraron diferencias en el test de sobrecarga del cuidador. Sin embargo, no fue en beneficio de los cuidadores del GI, quizá porque curiosamente presentaban mayor sobrecarga desde un inicio. Este hecho ha podido influir en los resultados, ya que aunque la escala NPI-10 no fuera significativa, sí mostró un descenso de SPCD en el GI. Es posible que los cuidadores que más se benefician de las TNF sean los más sobrecargados y, a su vez, aunque se observen mejoras directamente en las escalas de sobrecarga del cuidador o identificación de SPCD, sí que indirectamente se refleja la mejora cognitiva y depresiva del paciente.

Se identificó un mayor número de SPCD en la visita de inclusión en el GI, aunque, en cambio, en la visita final ambos grupos se equipararon. Los SPCD con mejor pronóstico a favor de la intervención educativa conductual se centraron significativamente en el GI y en los SPCD de repetición,

**Tabla 2** Características basales de los pacientes y sus cuidadores familiares

| Características del paciente              | Total (n=28), n (%) | GC (n=15), n (%)  | GI (n=13), n (%)  | p valor |
|-------------------------------------------|---------------------|-------------------|-------------------|---------|
| <b>Sexo</b>                               |                     |                   |                   | 0,705   |
| Hombre                                    | 14 (50)             | 7 (46,7)          | 7 (53,8)          |         |
| Mujer                                     | 14 (50)             | 8 (53,3)          | 6 (46,2)          |         |
| <b>Antecedentes psiquiátricos</b>         |                     |                   |                   | 0,216   |
| Sí                                        | 4 (14,3)            | 1 (6,7)           | 3 (23,1)          |         |
| No                                        | 24 (85,7)           | 14 (93,3)         | 10 (76,9)         |         |
| <b>Tipo de demencia</b>                   |                     |                   |                   | 0,254   |
| Alzheimer                                 | 20 (71,4)           | 11 (73,3)         | 9 (69,2)          |         |
| Vascular                                  | 2 (7,1)             | 0                 | 2 (15,4)          |         |
| Mixta                                     | 6 (21,4)            | 4 (26,7)          | 2 (15,4)          |         |
| <b>Factores de riesgo</b>                 |                     |                   |                   |         |
| <b>Sí</b>                                 | 12 (42,9)           | 4 (26,7)          | 8 (46,2)          | 0,063   |
| Hipertensión                              | 12 (42,9)           | 6 (40,0)          | 6 (46,2)          | 0,743   |
| Diabetes mellitus                         | 5 (17,9)            | 3 (20,0)          | 2 (15,4)          | 0,750   |
| Dislipidemia                              | 7 (25,0)            | 4 (26,7)          | 3 (23,1)          | 0,827   |
| Hábito tabáquico                          | 9 (32,1)            | 5 (33,3)          | 4 (30,8)          | 0,615   |
| Enolismo                                  | 2 (7,1)             | 1 (6,7)           | 1 (7,7)           | 0,988   |
| Sobrepeso                                 | 9 (32,1)            | 5 (33,3)          | 4 (30,8)          | 0,885   |
| Cardiopatías                              | 6 (21,4)            | 3 (20,0)          | 3 (23,1)          | 0,843   |
| <b>No</b>                                 | 16 (57,1)           | 11 (73,3)         | 5 (38,5)          | 0,069   |
| <b>Tratamiento para los SPCD</b>          |                     |                   |                   | 0,624   |
| Mirtazapina                               | 2 (7,1)             | 1 (6,7)           | 1 (7,7)           |         |
| Benzodiacepinas                           | 7 (25,0)            | 5 (33,3)          | 2 (15,4)          |         |
| Quetiapina                                | 1 (3,6)             | 0                 | 1 (7,7)           |         |
| ISRS                                      | 3 (10,7)            | 2 (13,3)          | 1 (7,7)           |         |
| Butirofenonas                             | 1 (3,6)             | 0                 | 1 (7,7)           |         |
| Ninguno                                   | 14 (50,0)           | 7 (46,7)          | 7 (53,8)          |         |
| <b>Edad (años)</b>                        | Media $\pm$ DE      | Media $\pm$ DE    | Media $\pm$ DE    | p valor |
| <b>Años de diagnóstico de la demencia</b> | 78,96 $\pm$ 6,64    | 79,20 $\pm$ 6,91  | 78,69 $\pm$ 6,58  | 0,845   |
|                                           | 2,11 $\pm$ 1,54     | 2,00 $\pm$ 1,41   | 2,23 $\pm$ 1,72   | 0,701   |
| <b>Características del cuidador</b>       | Total (n=28)        | GC (n=15)         | GI (n=13)         | p valor |
| <b>Edad (años)</b>                        | Media $\pm$ DE      | Media $\pm$ DE    | Media $\pm$ DE    |         |
| <b>Escolarización (años)</b>              | 58,64 $\pm$ 11,69   | 58,53 $\pm$ 12,99 | 58,77 $\pm$ 10,52 | 0,959   |
|                                           | 8,36 $\pm$ 3,57     | 8,00 $\pm$ 3,89   | 8,77 $\pm$ 3,27   | 0,580   |
|                                           | n (%)               | n (%)             | n (%)             | p valor |
| <b>Sexo</b>                               |                     |                   |                   | 0,916   |
| Hombre                                    | 2 (7,1)             | 1 (6,7)           | 1 (7,7)           |         |
| Mujer                                     | 26 (92,9)           | 14 (93,3)         | 12 (92,3)         |         |

Chi al cuadrado. Correlación significativa p valor (&lt; 0,05).

depresión, apatía e indiferencia, trastornos del sueño y del ritmo diurno, y trastornos de la alimentación, todos ellos de mayor impacto en pacientes con demencia y que coinciden con otros estudios realizados<sup>14,29,33,34</sup>. Así pues, ningún SPCD del GI empeoró en la evaluación final, a diferencia del GC.

A pesar de las limitaciones mencionadas, este estudio se suma a los beneficios de las intervenciones

conductuales individuales de carácter educativo dirigidas al cuidador principal y realizado por enfermería experta en el manejo del paciente. Por ello se recomienda integrar la TNF educativa individual y conductual de los SPCD en las unidades de trastorno cognitivo, en el modelo o plan de atención de cuidados de enfermería, desde una perspectiva multidisciplinar para dar respuesta a necesidades reales y tangibles de los cuidadores principales.

**Tabla 3** Comparación de las puntuaciones de las escalas del paciente y su cuidador, entre la visita de inclusión y a los 90 días, según grupo de asignación

| Grupo intervención (n = 13)     | Puntuaciones de las escalas<br>Visita 1 (inclusión)<br>Media $\pm$ DE | Puntuaciones de las escalas<br>Visita 5 (final)<br>Media $\pm$ DE | Grupo control (n = 15)          | Puntuaciones de las escalas<br>Visita 1 (inclusión)<br>Media $\pm$ DE | Puntuaciones de las escalas<br>Visita 5 (final)<br>Media $\pm$ DE | p valor                            |
|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| <i>MMSE</i>                     | 16,92 $\pm$ 7,48                                                      | 15,31 $\pm$ 6,18                                                  | <i>MMSE</i>                     | 16,53 $\pm$ 5,02                                                      | 16,53 $\pm$ 7,03                                                  | 0,000 <sup>**</sup> , <sup>b</sup> |
| <i>GDS</i>                      | 4,85 $\pm$ 0,68                                                       | 5,08 $\pm$ 0,76                                                   | <i>GDS</i>                      | 5,07 $\pm$ 0,88                                                       | 5,07 $\pm$ 0,88                                                   | 0,000 <sup>**</sup> , <sup>a</sup> |
| <i>NPI-10 total</i>             | 35,31 $\pm$ 17,05                                                     | 32,23 $\pm$ 21,57                                                 | <i>NPI-10 total</i>             | 24,33 $\pm$ 21,64                                                     | 29,26 $\pm$ 12,94                                                 | 0,419 <sup>a</sup>                 |
| <i>Zarit</i>                    | 52,38 $\pm$ 12,94                                                     | 59,08 $\pm$ 20,81                                                 | <i>Zarit</i>                    | 48,60 $\pm$ 19,16                                                     | 48,53 $\pm$ 15,72                                                 | 0,010 <sup>*</sup> , <sup>b</sup>  |
|                                 |                                                                       | n (%)                                                             |                                 |                                                                       | n (%)                                                             | p valor                            |
| <i>MMSE clasificación</i>       |                                                                       |                                                                   | <i>MMSE clasificación</i>       |                                                                       |                                                                   | 0,250                              |
| $\geq 27$ (normal)              |                                                                       | 2 (15,4)                                                          | $\geq 27$ (normal)              |                                                                       | 0                                                                 |                                    |
| $\leq 24$ (sospecha patológica) |                                                                       | 0                                                                 | $\leq 24$ (sospecha patológica) |                                                                       | 1 (6,7)                                                           | 0,559                              |
| 12-24 (deterioro)               |                                                                       |                                                                   | 12-24 (Deterioro)               |                                                                       |                                                                   |                                    |
| 9-12 (demencia)                 |                                                                       | 5 (38,5)                                                          | 9-12 (demencia)                 |                                                                       | 9 (60,0)                                                          |                                    |
|                                 |                                                                       | 6 (46,2)                                                          |                                 |                                                                       | 5 (33,3)                                                          |                                    |
| <i>Zarit clasificación</i>      |                                                                       |                                                                   | <i>Zarit clasificación</i>      |                                                                       |                                                                   |                                    |
| < 47 (no sobrecarga)            |                                                                       | 4 (30,8)                                                          | < 47 (no sobrecarga)            |                                                                       | 6 (40,0)                                                          |                                    |
| 47-55 (sobrecarga leve)         |                                                                       | 3 (23,1)                                                          | 47-55 (sobrecarga leve)         |                                                                       | 5 (33,3)                                                          |                                    |
| > 55 (sobrecarga intensa)       |                                                                       | 6 (46,2)                                                          | > 55 (sobrecarga intensa)       |                                                                       | 4 (26,7)                                                          |                                    |
|                                 |                                                                       |                                                                   |                                 |                                                                       | 5 (33,3)                                                          |                                    |

<sup>a</sup> Chi al cuadrado, correlación de Spearman.<sup>b</sup> Correlación de Pearson.<sup>\*</sup> p < 0,05.<sup>\*\*</sup> p < 0,01.

**Tabla 4** SPCD identificados des de la visita de inclusión hasta los 90 días, SPCD de nueva aparición, y valoración de su estado final según grupo de asignación

| SPCD-GI (n = 13)                           | Visita 1, n (%)<br>(n = 46) | Visita 5 y &, n (%)<br>(n = 70)        | SPCD<br>(n = 29) | SPCD-GC (n = 15)                           | Visita 1, n (%)<br>(n = 35) | Visita 5 y &, n<br>(%) (n = 69)                      | SPCD<br>(n = 35) | p valor            |
|--------------------------------------------|-----------------------------|----------------------------------------|------------------|--------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------------------------|------------------|--------------------|
| Repetición                                 | 1 (7,7)                     | 2 (15,4) SC                            | 1 <sup>a</sup>   | Repetición                                 | 4(26,7)                     | 1 (6,7) M<br>4 (26,7) SC                             | 1 <sup>a</sup>   | 0,000 <sup>*</sup> |
| Pérdida u ocultación de<br>objetos         | -                           | 3 (23,1) M<br>1 (7,7) SC               | 4 <sup>a</sup>   | Pérdida u ocultación<br>de objetos         | -                           | 1 (6,7) M<br>2 (13,3) SC                             | 3 <sup>a</sup>   | -                  |
| Seguimiento persistente<br>del cuidador    | 1 (7,7)                     | 1 (7,7) M<br>1 (7,7) SC                | 1 <sup>a</sup>   | Seguimiento<br>persistente del<br>cuidador | 1 (6,7)                     | 1 (6,7) M<br>1 (6,7) SC                              | 1 <sup>a</sup>   | 0,836              |
| Quejas e insultos contra<br>el cuidador    | 4 (30,8)                    | 1 (7,7) R<br>2 (15,4) M<br>2 (15,4) SC | 1 <sup>a</sup>   | Quejas e insultos<br>contra el cuidador    | 4 (26,7)                    | 1 (6,7) R<br>1 (6,7) M<br>3 (20,0) SC                | 1 <sup>a</sup>   | 0,534              |
| Depresión                                  | 4 (30,8)                    | 3 (23,1) R<br>4 (30,8) SC              | 3 <sup>a</sup>   | Depresión                                  | 3 (20,0)                    | 1 (6,7) R<br>3 (20,0) SC<br>2 (13,3) E               | 3 <sup>a</sup>   | 0,013 <sup>*</sup> |
| Apatía e indiferencia                      | 7 (53,8)                    | 8 (61,5) SC                            | 1 <sup>a</sup>   | Apatía e indiferencia                      | 4 (26,7)                    | 1 (7,1) R<br>1 (7,1) SC<br>6 (35,8) E                | 4 <sup>a</sup>   | 0,003 <sup>*</sup> |
| Agitación                                  | 7 (53,8)                    | 4 (30,8) M<br>6 (46,2) SC              | 3 <sup>a</sup>   | Agitación                                  | 5 (33,3)                    | 1 (6,7) R<br>2 (13,3) SC<br>5 (33,3) E               | 3 <sup>a</sup>   | 0,349              |
| Ansiedad, nerviosismo e<br>inquietud       | 4 (30,8)                    | 1 (7,7) R<br>1 (7,7) M<br>5 (38,5) SC  | 3 <sup>a</sup>   | Ansiedad,<br>nerviosismo e<br>inquietud    | 2 (13,3)                    | 2 (13,3) R<br>1 (6,7) M<br>5 (33,3) SC<br>2 (13,3) E | 8 <sup>a</sup>   | 0,764              |
| Empeoramiento a las<br>noches              | 6 (46,2)                    | 1 (7,7) R<br>2(15,4) M<br>2 (15,4) SC  | 1 <sup>a</sup>   | Empeoramiento a las<br>noches              | 4 (26,7)                    | 2 (13,3) SC<br>2 (13,3) E                            | -                | 0,603              |
| Delirios                                   | 2 (15,4)                    | 3 (23,1) R<br>1 (7,7) M<br>4 (30,8) SC | 6 <sup>a</sup>   | Delirios                                   | 3 (20,0)                    | 1 (6,7) R<br>4 (26,7) SC<br>2 (13,3) E               | 4 <sup>a</sup>   | 0,565              |
| Alucinaciones                              | -                           | 1 (7,7) M<br>2 (15,4) SC               | 3 <sup>a</sup>   | Alucinaciones                              | 1 (6,7)                     | 1 (6,7) R<br>2 (13,3) SC<br>1 (6,7) E                | 4 <sup>a</sup>   | -                  |
| Trastornos del sueño y<br>del ritmo diurno | 5 (38,5)                    | 1 (7,7) R<br>1 (7,7) M<br>2 (15,4) SC  | 1 <sup>a</sup>   | Trastornos del sueño<br>y del ritmo diurno | 4 (26,7)                    | 4 (26,7) SC                                          | -                | 0,006 <sup>*</sup> |
| Trastornos de la<br>alimentación           | 5 (38,5)                    | 1 (7,7) R<br>1 (7,7) M<br>3 (23,1) SC  | 1 <sup>a</sup>   | Trastornos de la<br>alimentación           | -                           | 1 (6,7) R<br>2 (13,3) SC                             | 3 <sup>a</sup>   | 0,019 <sup>*</sup> |

-: SPCD no presentes; &: clave para clasificar la evaluación final de los SPCD: resuelto (R), mejora (M), empeora (E), sin cambios (SC) y no presenta (NP).

<sup>a</sup> Nuevos SPCD identificados en las visitas de enfermería intervencionista del GI y en la visita final del GC.

\* Correlación significativa (p<0,05).

## Financiación

Sociedad Española de Enfermería Neurológica. Premio de Investigación. XX Congreso Anual, 2013.

## Conflicto de intereses

Ninguno de los autores declara ningún tipo de conflicto de interés.

## Agradecimientos

Este trabajo se realizó con la ayuda de Rosa Benet-Martí y Sonia Gálvez-Vicente. Se agradece la colaboración del Dr. Juan José Baiges-Octavio y el resto de equipo del Servicio de Neurología del HTVC, por su soporte en la ejecución y la revisión científica.

## Bibliografía

- Garre-Olmo J. Epidemiología de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. *Rev Neurol*. 2018;66:377-86 [consultado 4 Sep 2018]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29790571>.
- Prince M, Wimo A, Guerchet M, Ali G.-C, Wu Y.-T, Prina M. World Alzheimer Report 2015: The global impact of dementia. London 2015. Editorial: Alzheimer's Disease International (ADI), London [consultado 6 Sep 2018]. Disponible en: <https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2015.pdf>.
- Finkel SI, Costa e Silva J, Cohen GD, Miller S, Sartorius N. Behavioral and psychological symptoms of dementia: A consensus statement on current knowledge and implications for research and treatment. *Am J Geriatr Psychiatry*. 1998;6:97-100 [consultado 6 Sep 2018]. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1064748112610173>.
- Geda YE, Schneider LS, Gitlin LN, Miller DS, Smith GS, Bell J, et al. Neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease: Past progress and anticipation of the future. *Alzheimers Dement*. 2013;9:602-8 [consultado 6 Sep 2018]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23562430>.
- Ismail Z, Smith EE, Geda Y, Sultzer D, Brodaty H, Smith G, et al. Neuropsychiatric symptoms as early manifestations of emergent dementia: Provisional diagnostic criteria for mild behavioral impairment. *Alzheimers Dement*. 2016;12:195 [consultado 6 Sep 2018]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26096665>.
- Pawlucka U. [Symptoms of depression in chronically ill patients in long-term care facilities with particular explanation of depression in patients with nervous system diseases]. *Przegl Lek*. 2016;73:845-51 [consultado 6 Sep 2018]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29693962>.
- Hendriks SA, Smalbrugge M, Galindo-Garre F, Hertogh CPM, van der Steen JT. From admission to death: Prevalence and course of pain agitation, and shortness of breath, and treatment of these symptoms in nursing home residents with dementia. *J Am Med Dir Assoc*. 2015;16:475-81 [consultado 14 Oct 2018]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25736822>.
- De Vugt ME, Stevens F, Aalten P, Lousberg R, Jaspers N, Verhey FRJ. A prospective study of the effects of behavioral symptoms on the institutionalization of patients with dementia. *Int Psychogeriatrics*. 2005;17:577-89 [consultado 13 Dic 2018]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16185379>.
- Pérez Romero A, González Garrido S. La importancia de los síntomas psicológicos y conductuales (SPCD) en la enfermedad de Alzheimer. *Neurología*. 2018;33:378-84 [consultado 13 Dic 2018]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27130309>.
- Cabrera E, Sutcliffe C, Verbeek H, Saks K, Soto-Martin M, Meyer G, et al. Non-pharmacological interventions as a best practice strategy in people with dementia living in nursing homes. A systematic review. *Eur Geriatr Med*. 2015;6:134-50 [consultado 16 Dic 2018]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1878764914001065?via%3Dihub>.
- Cammisuli DM, Danti S, Bosinelli F, Cipriani G. Non-pharmacological interventions for people with Alzheimer's disease: A critical review of the scientific literature from the last 10 years. *Eur Geriatr Med*. 2016;7:57-64 [consultado 11 Dic 2018]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1878764916000048>.
- Seitz DP, Brisbin S, Herrmann N, Rapoport MJ, Wilson K, Gill SS, et al. Efficacy and feasibility of nonpharmacological interventions for neuropsychiatric symptoms of dementia in long term care: A systematic review. *J Am Med Dir Assoc*. 2012;13:503-6, e2. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22342481>.
- Abraha I, Rimland JM, Trotta F, Pierini V, Cruz-Jentoft A, Soiza R, et al. Non-pharmacological interventions to prevent or treat delirium in older patients: Clinical practice recommendations the SENATOR-ONTOP series. *J Nutr Health Aging*. 2016;20:927-36 [consultado 21 Ene 2019]. Disponible en: <http://link.springer.com/10.1007/s12603-016-0719-9>.
- Abraha I, Rimland JM, Trotta FM, Dell'Aquila G, Cruz-Jentoft A, Petrovic M, et al. Systematic review of systematic reviews of non-pharmacological interventions to treat behavioural disturbances in older patients with dementia. The SENATOR-OnTop series. *BMJ Open*. 2017;7:e012759 [consultado 26 Mar 2019]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28302633>.
- Dyer SM, Harrison SL, Laver K, Whitehead C, Crotty M. An overview of systematic reviews of pharmacological and non-pharmacological interventions for the treatment of behavioral and psychological symptoms of dementia. *Int Psychogeriatrics*. 2018;30:295-309 [consultado 26 Mar 2019]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29143695>.
- Preuss U, Wong J, Koller G. Treatment of behavioral and psychological symptoms of dementia: A systematic review. *Psychiatr Pol*. 2016;50:679-715 [consultado 12 Feb 2019]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27847922>.
- Reisberg B, Ferris SH, de Leon MJ, Crook T. The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. *Am J Psychiatry*. 1982;139:1136-9 [consultado 16 Mar 2019]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7114305>.
- Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosenberg-Thompson S, Carusi DA, Gornbein J. The Neuropsychiatric Inventory: Comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology*. 1994;44:2308-14 [consultado 16 Mar 2019]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7799117>.
- Lobo A, Escobar V, Ezquerro J, Seva Díaz A. El Mini-Examen Cognoscitivo, un test sencillo, práctico, para detectar alteraciones intelectuales en pacientes psiquiátricos. *Rev Psiquiatr y Psicol Médica*. 1980;14:39-57.
- Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. *Gerontologist*. 1980;20:649-55 [consultado 25 Mar 2019]. Disponible en: <https://academic.oup.com/gerontologist/article-lookup/doi/10.1093/geront/20.6.649>.
- Nourhashemi F, Olde Rikkert MG, Burns A, Winblad B, Frisoni GB, Fitten J, et al. Follow-up for Alzheimer patients: European Alzheimer Disease Consortium position paper. *J Nutr Health Aging*. 2010;14:121-30 [consultado 26 Mar 2019]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20126960>.
- Waldemar G, Gauthier S, Jones R, Wilkinson D, Cummings J, Lopez O, et al. Effect of donepezil on emergence of apathy

- in mild to moderate Alzheimer's disease. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2011;26:150–7 [consultado 26 Mar 2019] Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1002/gps.2507>.
23. Grossberg GT, Pejović V, Miller ML, Graham SM. Memantine therapy of behavioral symptoms in community-dwelling patients with moderate to severe Alzheimer's disease. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2009;27:164–72 [consultado 25 Mar 2019] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19194105>.
  24. Sultzer DL. Psychosis and antipsychotic medications in Alzheimer's disease: Clinical management and research perspectives. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2004;17(1-2):78–90 [consultado 23 Feb 2019] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14566100>.
  25. Gill SS, Bronskill SE, Normand SL, Anderson GM, Sykora K, Lam K, et al. Antipsychotic drug use and mortality in older adults with dementia. *Ann Intern Med*. 2007;146:775–86 [consultado 23 Feb 2019] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17548409>.
  26. Martín-Carrasco M, Arranz FJ. Perspectiva de los psiquiatras españoles respecto a la atención de las demencias. *La encuesta PsicoDem*. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2014;8:17–25.
  27. Joling KJ, van Marwijk HWJ, Smit F, van der Horst HE, Scheltens P, van de Ven PM, et al. Does a family meetings intervention prevent depression and anxiety in family caregivers of dementia patients? A randomized trial. *PLoS One*. 2012;7:e30936 [consultado 26 Mar 2019] Disponible en: <http://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0030936>.
  28. Sánchez Janariz H, Hernández Fleta JL, Tristanco Ajamil R, Naranjo Sintés V. Manual de actuación en la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Tenerife: Gobierno de Canarias, Dirección General de Programas Asistenciales; 2011. p. 204 [consultado 27 Mar 2019] Disponible en: [https://enfermeriacomunitaria.org/web/attachments/article/572/Manual de Actuación en la enfermedad de Alzheimer y otras Demencias.pdf](https://enfermeriacomunitaria.org/web/attachments/article/572/Manual_de_Actuación_en_la_enfermedad_de_Alzheimer_y_otros_Demencias.pdf).
  29. Waldorff FB, Buss DV, Eckermann A, Rasmussen MLH, Keiding N, Rishøj S, et al. Efficacy of psychosocial intervention in patients with mild Alzheimer's disease: The multicentre, rater blinded, randomised Danish Alzheimer Intervention Study (DAISY). *BMJ*. 2012;345:e4693–e4693 [consultado 27 Mar 2019] Disponible en: <http://www.bmj.com/cgi/doi/10.1136/bmj.e4693>.
  30. Olazarán J, Reisberg B, Clare L, Cruz I, Peña-Casanova J, del Ser T, et al. Nonpharmacological therapies in Alzheimer's disease: A systematic review of efficacy. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2010;30:161–78 [consultado 27 Mar 2019] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20838046>.
  31. Olazarán-Rodríguez J, Agüera-Ortiz LF, Muñiz-Schwochert R. Síntomas psicológicos y conductuales de la demencia: prevención, diagnóstico y tratamiento. *Rev Neurol*. 2012;55:598–608 [consultado 27 Mar 2019] Disponible en: [https://www.mariawolff.org/\\_pdf/olazaran.pdf](https://www.mariawolff.org/_pdf/olazaran.pdf).
  32. Cuevas-Cancino JJ, Moreno-Pérez NE. Psicoeducación: intervención de enfermería para el cuidado de la familia en su rol de cuidadora. *Enfermería Univ*. 2017;14:207–18 [consultado 19 Mar 2019] Disponible en: [https://www.mariawolff.org/\\_pdf/olazaran.pdf](https://www.mariawolff.org/_pdf/olazaran.pdf).
  33. Mittelman MS, Ferris SH, Shulman E, Steinberg G, Levin B. A family intervention to delay nursing home placement of patients with Alzheimer disease. *JAMA*. 1996;276:1725–31 [consultado 19 Mar 2019] Disponible en: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.1996.03540210033030>.
  34. Martín-Carrasco M, Ballesteros-Rodríguez J, Domínguez-Panchón AI, Muñoz-Hermoso P, González-Fraile E. Interventions for caregivers of patients with dementia. *Actas Esp Psiquiatr*. 2014;42:300–14 [consultado 26 Mar 2019] Disponible en: <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/16/92/ENG/16-92-ENG-300-314-856657.pdf>.
  35. Bendicho Montés J. Una reflexión sobre las terapias no farmacológicas y su aplicación desde la experiencia: 20 años del «Programa de atención a afectados de Alzheimer» de la asociación COTLAS. *Inf Psicológica*. 2013;84–99 [consultado 19 Mar 2019] Disponible en: <http://www.informaciopsicologica.info/OJSmottif/index.php/leonardo/article/view/32>.
  36. Bustamante Revuelta E, Martínez Rioja E. Síntomas psicológicos y conductuales de las demencias. El papel de las terapias no farmacológicas. *Revisión bibliográfica*. *Nuberos Científica*. 2018;3):24-1 [consultado 1 Oct 2019]. Disponible en: <http://ciberindex.com/c/nc/2624nc>.
  37. Ferré-Grau C, Rodero-Sánchez V, Cid-Buera D, Vives-Relats C, Aparicio-Casals MR. Guía de cuidados de Enfermería: cuidar al cuidador, 61, 1.<sup>a</sup> ed. Tarragona: Publidisa; 2011 [consultado 16 Mar 2019] Disponible en: [http://www.urv.cat/dinfern/media/upload/arxiu/guia\\_cuidados\\_infermeria.pdf](http://www.urv.cat/dinfern/media/upload/arxiu/guia_cuidados_infermeria.pdf).