



Universidad
Nacional
de Loja

Universidad Nacional de Loja

Facultad de la Salud Humana

Carrera de Psicología Clínica

Tratamiento No Farmacológico en la Demencia: Una Revisión Sistemática

Trabajo de Integración Curricular
previa a la obtención del título de
Licenciada en Psicología Clínica.

AUTORA:

María José Malla Guachizaca

DIRECTORA:

Psic. Cl. Cindy Estefanía Cuenca Sánchez Mg. Sc

Loja-Ecuador

2024

Certificación



UNL

Universidad
Nacional
de Loja

Sistema de Información Académico
Administrativo y Financiero - SIAAF

CERTIFICADO DE CULMINACIÓN Y APROBACIÓN DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

Yo, **CUENCA SANCHEZ CINDY ESTEFANIA**, director del Trabajo de Integración Curricular denominado **Tratamientos No Farmacológicos en la Demencia: Una Revisión Sistemática**, perteneciente al estudiante **MARIA JOSE MALLA GUACHIZACA**, con cédula de identidad N° **1150705836**.

Certifico:

Que luego de haber dirigido el **Trabajo de Integración Curricular**, habiendo realizado una revisión exhaustiva para prevenir y eliminar cualquier forma de plagio, garantizando la debida honestidad académica, se encuentra concluido, aprobado y está en condiciones para ser presentado ante las instancias correspondientes.

Es lo que puedo certificar en honor a la verdad, a fin de que, de así considerarlo pertinente, el/la señor/a docente de la asignatura de **Integración Curricular**, proceda al registro del mismo en el Sistema de Gestión Académico como parte de los requisitos de acreditación de la Unidad de Integración Curricular del mencionado estudiante.

Loja, 6 de Agosto de 2024



CINDY ESTEFANIA
CUENCA SANCHEZ

F) -----

**DIRECTOR DE TRABAJO DE INTEGRACIÓN
CURRICULAR**



Certificado TIC/TT.: UNL-2024-002055

Autoría

Yo, María José Malla Guachizaca, declaro ser autora del presente Trabajo de Integración Curricular y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido del mismo. Adicionalmente, acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi Trabajo de Integración Curricular en el Repositorio Digital Institucional- Biblioteca Virtual.

Firma: 

Cédula de identidad: 1150705836

Fecha: Loja, 16 de septiembre del 2024

Correo electrónico: maria.j.malla@unl.edu.ec

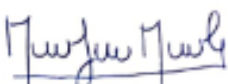
Teléfono: 0978725120

**Carta de autorización por parte de la autora para la consulta, reproducción parcial o total
y/o publicación electrónica del texto completo del Trabajo de Integración Curricular**

Yo, **María José Malla Guachizaca**, declaro ser autora del Trabajo de Integración Curricular, denominado: **Tratamiento No Farmacológico en la Demencia: Revisión Sistemática**, como requisito para optar el título de **Licenciada en Psicología Clínica**, autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que, con fines académicos, muestre la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido en el Repositorio Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el Repositorio Institucional, en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad. La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia del Trabajo de Integración Curricular que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los dieciséis días del mes de septiembre del dos mil veinticuatro.

Firma: 

Autora: María José Malla Guachizaca

Cédula: 1150705836

Dirección: Jipiro Alto

Correo Electrónico: maria.j.malla@unl.edu.ec

Teléfono: 0978725120

DATOS COMPLEMENTARIOS:

Directora del Trabajo de Integración Curricular: Psic. Cl. Cindy Estefanía Cuenca Sánchez

Mg. Sc

Dedicatoria

El Trabajo de Integración Curricular está dedicado a todas las personas que han estado apoyándome en mi camino estudiantil y personal, de manera especial a mis padres y hermanos. Además, de igual a Bangtan Sonyeondan, que a través de su música me acompañaron durante todo este trayecto. A todos ellos, muchas gracias.

María José Malla Guachizaca

Agradecimiento

Agradezco a la Universidad Nacional de Loja, especialmente a todos quienes conforman la Carrera de Psicología Clínica por brindarme todo el conocimiento y experiencias necesarias para el desarrollo profesional; de manera especial a la Directora de mi Trabajo de Integración Curricular, la Psic. Cl. Cindy Estefanía Cuenca Sánchez Mg. Sc, por brindarme su apoyo, asesoramiento y acompañamiento durante la elaboración de la presente investigación.

María José Malla Guachizaca

Índice General

Portada	i
Certificación	ii
Autoría	iii
Carta de Autorización	iv
Dedicatoria	v
Agradecimiento	vi
Índice General	vii
1. Título	1
2. Resumen	2
3. Abstract	3
4. Introducción	4
5. Marco teórico	6
5.1 Capítulo 1: Demencia	6
5.1.1. Clasificación Etiológica de la Demencia	6
5.1.2. Tipos de Demencia	7
5.1.2.1. Demencia en la Enfermedad de Alzheimer	7
5.1.2.1.1. <i>Manifestaciones Clínicas</i>	7
5.1.2.1.2. <i>Etapas o Fases de la Enfermedad de Alzheimer</i>	8
5.1.2.1.3. <i>Factores de Riesgo</i>	9
5.1.2.1.4. <i>Prevalencia</i>	9
5.1.2.1.5. <i>Diagnóstico</i>	9
5.1.2.1.6. <i>Tratamiento</i>	11
5.1.2.2. Demencia Vascular	11
5.1.2.2.1. <i>Clasificación y Manifestaciones Clínicas</i>	12

5.1.2.2.2. <i>Factores de Riesgo</i>	12
5.1.2.2.3. <i>Prevalencia</i>	13
5.1.2.2.4. <i>Diagnóstico</i>	13
5.1.2.2.5. <i>Tratamiento</i>	14
5.1.2.3. <i>Demencia en la Enfermedad de Parkinson</i>	14
5.1.2.3.1. <i>Manifestaciones Clínicas</i>	15
5.1.2.3.2. <i>Factores de Riesgo</i>	16
5.1.2.3.3. <i>Prevalencia</i>	16
5.1.2.3.4. <i>Diagnóstico</i>	16
5.1.2.3.5. <i>Tratamiento</i>	17
5.1.2.4. <i>Demencia con cuerpos de Lewy</i>	17
5.1.2.4.1. <i>Manifestaciones Clínicas</i>	18
5.1.2.4.2. <i>Prevalencia</i>	18
5.1.2.4.3. <i>Factores de Riesgo</i>	19
5.1.2.4.4. <i>Diagnóstico</i>	19
5.1.2.4.5. <i>Tratamiento</i>	19
5.1.2.5. <i>Demencia Frontotemporal</i>	20
5.1.2.5.1. <i>Manifestaciones Clínicas y Variantes de la Demencia Frontotemporal</i>	20
5.1.2.5.2. <i>Prevalencia</i>	20
5.1.2.5.3. <i>Factores de Riesgo</i>	20
5.1.2.5.4. <i>Diagnóstico</i>	21
5.1.2.5.5. <i>Tratamiento</i>	21
5.1.2.6. <i>Demencia mixta</i>	21
5.1.2.7. <i>Otros tipos de demencia</i>	22
5.2. <i>Capítulo 2: Tratamientos No Farmacológicos</i>	22

5.2.1.	<i>Ejercicio-actividad física</i>	22
5.2.2.	<i>Terapia Asistida Por Animales</i>	23
5.2.3.	<i>Musicoterapia</i>	24
5.2.4.	<i>Estimulación Cognitiva</i>	24
5.2.5.	<i>Terapia Hortícola</i>	25
5.2.6.	<i>Tecnologías de la Información y las Comunicaciones</i>	25
6.	Metodología	27
6.1.	Método de estudio	27
6.2.	Enfoque de la investigación	27
6.3.	Tipo de investigación	27
6.4.	Diseño de la Investigación	29
6.5.	Población.....	29
6.6.	Muestra.....	29
6.7.	Criterios de Inclusión	29
6.8.	Criterios de Exclusión	30
6.9.	Técnica	30
6.10.	Instrumento.....	30
6.11.	Procedimiento.....	31
7.	Resultados	33
	Objetivo general: Establecer la evidencia científica del tratamiento no farmacológico en la demencia	33
	Objetivo específico 1: Conocer los tratamientos no farmacológicos de mayor aplicación en la demencia	34
	Objetivo específico 2: Analizar la eficacia de los tratamientos no farmacológicos en la demencia	35

Objetivo específico 3: Diseñar una guía informativa sobre los tipos de tratamientos no farmacológicos de mayor aplicación en la demencia.	36
Introducción.....	36
Justificación.....	37
Objetivo general	38
Objetivos específicos.....	38
Desarrollo	39
8. Discusión.....	51
9. Conclusiones.....	53
10. Recomendaciones.....	55
11. Bibliografía.....	57
12. Anexos.....	64
<i>Anexo 1. Base de datos de ensayos clínicos analizados</i>	<i>64</i>
<i>Anexo 2. Checklist PRISMA 2020.....</i>	<i>76</i>
<i>Anexo 3. Guía informativa didáctica</i>	<i>79</i>
<i>Anexo 4. Informe de pertinencia</i>	<i>80</i>
<i>Anexo 5. Designación de Director del Trabajo de Integración Curricular.....</i>	<i>81</i>
<i>Anexo6. Certificado de Traducción del resumen al idioma inglés</i>	<i>82</i>

Índice de Tablas

Tabla 1. Evidencia científica de los tratamientos no farmacológicos en la demencia	33
Tabla 2. Eficacia de los tratamientos no farmacológicos en la demencia.....	35
Tabla 3. Principales síntomas psicológicos y conductuales de la demencia.....	44
Tabla 4. Actividades enmarcadas en los distintos tipos de TNF que se aplican en el abordaje de las personas con demencia	47

Índice de Figuras

Figura 1. PRISMA diagrama de flujo que ilustra el proceso de selección de artículos para la investigación.....	31
Figura 2. Tratamientos no farmacológicos de mayor aplicación en la demencia	34

1. Título

Tratamiento No Farmacológico en la Demencia: Una Revisión Sistemática

2. Resumen

La falta de implementación de los Tratamientos No Farmacológicos en el abordaje de la demencia, suele atribuirse al énfasis predominante por los tratamientos biomédicos-farmacológicos, considerando erróneamente “que es lo único que se podría hacer frente a un paciente demenciado”, el escaso conocimiento sobre la diversidad de los mismos, y las restricciones financieras que se cree, podrían obstaculizar su aplicación; sin embargo, el avance de nuevas investigaciones han demostrado la eficacia y los beneficios de los Tratamientos No Farmacológicos en el tratamiento de la demencia. Es por ello, que el presente trabajo de integración curricular tuvo como objetivo establecer la evidencia científica de los Tratamientos No Farmacológicos más aplicados y de mayor eficacia en la demencia. La metodología usada fue un método deductivo, con un enfoque mixto, y de tipo documental, utilizando un diseño transversal. Para dar resultado a los objetivos de la investigación se utilizó el método PRISMA para la selección de la muestra, obteniendo un total de 18 artículos científicos, los cuales cumplían con los criterios de inclusión y exclusión. Cabe destacar que el presente trabajo de integración curricular se centró en la revisión de ensayos clínicos científicos de libre acceso en línea, en español e inglés, por lo tanto, es importante considerar las limitaciones metodológicas en la selección de la muestra. Los resultados hallados evidencian que los Tratamientos No Farmacológicos de mayor aplicación son: actividad física, terapia asistida por animales, musicoterapia, estimulación cognitiva, terapia hortícola y tecnologías de la información y la comunicación; y los de mayor eficacia en el abordaje de la demencia son: actividad física, terapia asistida por animales, musicoterapia, terapia hortícola y tecnologías de la información y la comunicación.

Palabras clave: Deterioro cognitivo, Alzheimer, intervenciones complementarias, actividad física, terapia asistida por animales, musicoterapia, terapia hortícola.

3. Abstract

The lack of implementation of non-pharmacological treatments in the approach to dementia is often attributed to the predominant emphasis on biomedical-pharmacological treatments. These treatments have been erroneously considered 'the only solution for managing a dementia patient.' The limited knowledge about the variety of non-pharmacological treatments and the financial constraints surrounding them may hinder their application. However, recent research has demonstrated the efficacy and benefits of non-pharmacological treatments in dementia care. Therefore, the present research aimed to establish the scientific evidence of the most applied and most effective non-pharmacological treatments in dementia. The methodology used was a deductive and documentary approach with a cross-sectional design. The PRISMA method was used to select the sample in order to achieve the research objectives, resulting in a total of 18 scientific articles that met the inclusion and exclusion criteria. It should be noted that the present thesis project focused on the review of scientific clinical trials of free access online, in Spanish and English. Therefore, it is important to consider the methodological limitations in the selection of the sample. The results found show that the most widely applied non-pharmacological treatments are: physical activity, animal-assisted therapy, music therapy, cognitive stimulation, horticultural therapy, and information and communication technologies. Among these, physical activity, animal-assisted therapy, music therapy, horticultural therapy, and information and communication technologies have been found to be the most effective in improving cognitive function and quality of life in individuals with dementia.

Key words: Cognitive impairment, Alzheimer's, complementary interventions, physical activity, animal-assisted therapy, music therapy, horticultural therapy.

4. Introducción

La demencia es un síndrome generado por una enfermedad del cerebro, de naturaleza crónica y progresiva, teniendo un origen en común, una enfermedad cerebral debido a una lesión o trauma en el cerebro, generando una disfunción a nivel cerebral. Esta disfunción se evidencia con un deterioro en varias funciones corticales superiores como: la orientación, la memoria, la comprensión, el pensamiento, el lenguaje, la capacidad para el aprendizaje, el cálculo y el juicio (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1995).

De acuerdo a la OMS (2023), alrededor de 55 millones de personas tienen demencia alrededor del mundo, y cada año existen alrededor de 10 millones de casos nuevos. Además, el mismo informe señala que la demencia es la séptima causa de defunción y unas de las principales causas de discapacidad y dependencia. Según la Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2024), en el año 2019 la demencia ocupó representó la tercera causa de muerte en la Región de las Américas, con 390.473 número de defunciones. Además, de acuerdo a varios estudios, se estima que en Ecuador existen de 80 a 100 mil personas que padecen de demencia (Mejía et al., 2021).

Por otro lado, los Tratamientos No Farmacológicos (TNF) de acuerdo a Carballo-García et al. (2012), son aquellas intervenciones no químicas, pero teóricamente sustentadas, focalizadas y que se pueden re aplicar, efectuadas ya sea sobre el paciente o el cuidador, y que, además, son potencialmente capaces de generar beneficios relevantes. Además, han demostrado ser eficaces en el manejo de los síntomas y manifestaciones clínicas de las demencias y juegan un papel importante en la prevención de las mismas, además pueden ser combinados simultáneamente y en serie con otros TNF y con tratamientos farmacológicos sin mayor interferencia. Generan un impacto positivo significativo en la cognición, calidad de vida y bienestar durante el curso de las enfermedades neurodegenerativas (Sikkes et al., 2021).

La presente investigación se desarrolla como un estudio de revisión sistemática que pretende aportar nueva información sobre la aplicación y eficacia de los TNF en la demencia, la cual puede ser de gran ayuda a profesionales de la salud que se desenvuelven en el área gerontológica, cuidadores y familiares para orientarles en la toma de decisiones para la intervención no farmacológica que se ajuste más a cada paciente. En consecuencia, el presente trabajo tiene por como objetivo general, establecer la evidencia científica del tratamiento no

farmacológico en la demencia; y como objetivos específicos: conocer los tratamientos no farmacológicos de mayor aplicación en la demencia; analizar la eficacia de los tratamientos no farmacológicos en la demencia y finalmente diseñar una guía informativa sobre los tipos TNF de mayor aplicación en la demencia.

El estudio es deductivo, con un enfoque mixto y tipo de investigación documental, utilizando un diseño transversal. La población de estudio estuvo constituida por 59 fuentes de información referentes a tratamientos no farmacológicos en la demencia, de la cual se seleccionaron 18 estudios científicos empleando el método prisma y basándose en los criterios de inclusión y exclusión.

El marco teórico se dividió en dos capítulos. El primer capítulo describe teóricamente y conceptualmente la de demencia, tipos de demencia, manifestaciones clínicas, prevalencia, factores de riesgo, diagnóstico y tratamiento. El segundo capítulo aborda los conceptos de tratamientos no farmacológicos, ejercicio-actividad física, terapia asistida por animales, musicoterapia, estimulación cognitiva, terapia hortícola y tecnologías de la información y las comunicaciones.

5. Marco teórico

5.1 Capítulo 1: Demencia

La demencia se define como un síndrome ocasionado por una enfermedad del cerebro, cuya naturaleza es crónica y progresiva, teniendo una etiología en común, una enfermedad cerebral debido a una lesión o trauma en el cerebro, lo que conlleva una disfunción a nivel cerebral. Esta disfunción se evidencia con un deterioro en varias funciones corticales superiores como: la orientación, la memoria, la comprensión, el pensamiento, el lenguaje, la capacidad para el aprendizaje, el cálculo y el juicio. Cabe destacar que no hay alteración de la conciencia. Además, los deterioros en el área cognoscitiva acompañan a esta enfermedad y son precedido, a menudo por un déficit del control emocional, del comportamiento o la motivación (Organización Mundial de la Salud, 1995).

De acuerdo a Peñaherrera-Oviedo et al. (2014), la demencia se define como un síndrome, el cual cursa con un deterioro cognitivo de carácter persistente y progresivo, afectando la calidad de vida y causando pérdida de independencia, requiriendo atención o ayuda de terceros. Además, el nivel de conciencia no se encuentra alterado, y se lo diferencia del delirium por la cronicidad de la enfermedad.

Según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su cuarta edición (DSM-IV) la demencia es:

La característica esencial de una demencia consiste en el desarrollo de múltiples déficits cognoscitivos que incluyen un deterioro de la memoria y al menos una de las siguientes alteraciones cognoscitivas: afasia, apraxia, agnosia o una alteración de la capacidad de ejecución. La alteración es lo suficientemente grave como para interferir de forma significativa las actividades laborales y sociales y puede representar un déficit respecto al mayor nivel previo de actividad del sujeto (Pichot et al., 1995, p.140).

5.1.1. Clasificación Etiológica de la Demencia

Calle (2006), ha clasificado a la demencia de acuerdo a su etiología en los siguientes grupos:

1) Las demencias degenerativas primarias se producen por afectación de las células del cerebro, sin una causa bien conocida (intervienen factores genéticos, ambientales, etc.). La más frecuente es la enfermedad de Alzheimer, que supone el 50-70% de todas las demencias. La demencia con cuerpos de Lewy (DCL) representa el 15-20% de ellas, siendo la segunda forma más frecuente de demencia.

2) Las demencias secundarias pueden estar ocasionadas por patologías diversas, entre las que se encuentran las alteraciones vasculares cerebrales que son la causa más frecuente de demencia de este grupo.

3) Las demencias combinadas están provocadas por la combinación de dos o más enfermedades (p. 168).

5.1.2. Tipos de Demencia

5.1.2.1. Demencia en la Enfermedad de Alzheimer. De acuerdo a Gómez-Virgilio et al. (2022), la enfermedad de Alzheimer es un desorden neurodegenerativo caracterizado por "la presencia de placas extracelulares de péptidos amiloide- β ($A\beta$), formas intracelulares hiperfosforiladas de la proteína tau que integran marañas neurofibrilares, acompañadas de pérdida sináptica y neuronal".

La enfermedad de Alzheimer según Llibre et al. (2022), es una enfermedad neurodegenerativa progresiva que presenta características clínicas y neuropatológicas diferenciadas, la cual se caracteriza por el depósito anormal de dos proteínas en el cerebro: la proteína Beta Amiloide, la cual se relaciona con las Placas Amiloideas y la proteína Tau, relacionada con el cambio u ovillo neurofibrilar.

5.1.2.1.1. Manifestaciones Clínicas. En la enfermedad de Alzheimer se ve afectada la memoria episódica con presencia de síntomas corticales como agnosia, afasia y apraxia, además, se presentan problemas del juicio, de planificación, de toma de decisiones, en la orientación y alteraciones a nivel conductual que impiden el desenvolvimiento diario del individuo. La dificultad en el lenguaje puede manifestarse durante el transcurso de la enfermedad, presentando una disminución de la fluidez verbal. Además, el declive visuoespacial se presenta y el individuo se pierde en lugares conocidos y presenta problemas en el funcionamiento ejecutivo, planificación y ejecución de actividades de su vida diaria (Llibre et al., 2022).

Los problemas en la memoria suelen ser uno de los primeros signos o señales de deterioro cognitivo. Los síntomas para la enfermedad de Alzheimer varían entre las personas, sin embargo, la disminución en la cognición en aspectos como la memoria, la búsqueda de palabras, problemas visuales, el juicio y el razonamiento se encuentran deteriorados, los cuales serían indicadores para las etapas tempranas de la enfermedad (National Institute on Aging, 2023).

5.1.2.1.2. Etapas o Fases de la Enfermedad de Alzheimer. El inicio de la enfermedad de Alzheimer, se caracteriza por olvidos frecuentes, dificultad en el cálculo y denominación, desorientación en espacio y tiempo, ausencia de conciencia de la enfermedad y reducción de la iniciativa. Posterior y de forma progresiva, la pérdida de la memoria de corto plazo aumenta. Además, se evidencia el declive del lenguaje apareciendo afasia y agrafia. En la sintomatología, también se presenta apraxia y agnosia. También puede presentarse alteraciones comportamentales como, agresividad, hiperactividad y presencia de alucinaciones. Las funciones ejecutivas empeoran con el progreso de la enfermedad, por lo que la persona se vuelve dependiente y pueden aparecer problemas en la memoria remota (Muñoz y Mora, 2009).

De acuerdo a Barrera et al. (2018), la enfermedad de Alzheimer suele pasar por diferentes etapas: fase preclínica, fase prodrómica, enfermedad de Alzheimer en fase temprana y enfermedad de Alzheimer en fase tardía. La fase preclínica se describe como el período asintomático en aquellos individuos aparentemente sanos que posteriormente presentarán síntomas de la enfermedad de Alzheimer. En esta fase hay dos etapas; en la fase preclínica presintomática los individuos presentan un antecedente familiar de la enfermedad de Alzheimer, que generarán síntomas. Cabe destacar, que estos individuos no tienen síntomas, pero presentan por lo menos una mutación en los genes de la enfermedad de Alzheimer. En cambio, la fase preclínica asintomática los individuos son asintomáticos, teniendo presentes marcadores biológicos característicos de la enfermedad de Alzheimer.

La fase prodrómica es la fase sintomática que precede a la enfermedad de Alzheimer, generalmente se la suele denominar deterioro cognitivo leve, ya que los síntomas que se manifiestan no son demasiado severos para cumplir con el diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer (Viloria, 2011).

La enfermedad de Alzheimer en fase temprana el individuo suele experimentar lapsos de memoria y dificultad para encontrar palabras adecuadas, pérdida de confianza y cambios de

humor, lo cual llega a afectar en el desarrollo de sus actividades diarias. En cambio, la enfermedad de Alzheimer en fase tardía; también denominada esporádica, esta fase se manifiesta aproximadamente a los 65 años, la cual se la ha denominado como presentación clínica típica de la enfermedad, en donde los síntomas cognitivos y conductuales son más intensos lo que dificulta el desenvolvimiento normal del individuo (Tellechea et al., 2018).

5.1.2.1.3. Factores de Riesgo. La enfermedad de Alzheimer es multifactorial, por lo que no solo puede atribuirse a un solo factor de riesgo, sino que existen múltiples factores los cuales pueden contribuir al desarrollo de la enfermedad. El factor genético es relevante, ya que la presencia de mutaciones en los genes APP, PSEN1 Y PSEN2 aumenta la aparición temprana de la enfermedad de Alzheimer y los polimorfismos en el gen APOE se suele asociar a la aparición tardía de la enfermedad. El envejecimiento es otro factor para desarrollar la enfermedad de Alzheimer esporádica. Además, la menor educación, la presencia de enfermedades cerebrovasculares, lesiones cerebrales traumáticas, hipertensión arterial, nivel alto de índice de masa corporal, diabetes, aislamiento social y consumo de sustancias son otros factores de riesgo para la enfermedad de Alzheimer (Gómez-Virgilio et al., 2022).

5.1.2.1.4. Prevalencia. De acuerdo a la OMS (2024), la enfermedad de Alzheimer es la forma más común de demencia en el mundo y llega a representar entre un 60% y 70% de todos los casos de demencia.

Según la Junta de Beneficencia de Guayaquil (2020), en Ecuador se estima que existe alrededor de 120 mil personas con la enfermedad de Alzheimer y que existen pocos centros de atención especializada, ya que es una enfermedad que afecta gravemente la calidad de vida de los individuos que la padecen.

5.1.2.1.5. Diagnóstico. De acuerdo a Barrera, et al. (2018), el diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer se la realiza de acuerdo a criterios diagnósticos específicos, ya sea mediante los criterios clínicos del Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales de su V edición o de la Clasificación Internacional de las Enfermedades; o más específico mediante el uso de los criterios de Dubois o criterios del Instituto Nacional de Envejecimiento de los Estados Unidos y la Asociación Alzheimer (NIA-AA).

El Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, en su quinta edición, presenta en su manual el Trastorno Neurocognitivo Mayor y Leve, diferenciándose entre sí por la

intensidad de los síntomas y la repercusión en el nivel de funcionalidad del paciente. Cabe destacar que, para el diagnóstico de la Enfermedad de Alzheimer, se deben cumplir los criterios diagnósticos del Trastorno Neurocognitivo Mayor o Leve, y, además, tener un inicio insidioso y de progresión gradual, y que, además, cuente con los criterios de Enfermedad de Alzheimer probable o posible (Association, 2014).

Los Criterios de Dubois fueron desarrollados para ser utilizados específicamente en la enfermedad de Alzheimer, en donde el eje clínico central es la presencia de un trastorno de la memoria episódica inicial, el cual es progresivo y gradual, y que estas alteraciones sean demostradas mediante el empleo de pruebas neuropsicológicas, y además, se evidencien alteraciones cognitivas. Estos criterios muestran una ventaja dentro del diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer, ya que incluyen estudios de biomarcadores y de imagen, como la PET (tomografía por emisión de positrones) (Fontán, 2012).

También debe haber por lo menos uno o más de los siguientes criterios: a) atrofia temporal medial por RM, b) perfil de biomarcadores en LCR, c) alteraciones características de neuroimagen funcional con PET o d) evidencia de mutación autosómica dominante en un familiar de primer grado. También se deben cumplir los criterios de exclusión para la enfermedad de Alzheimer (p. 38).

De acuerdo a López-Álvarez y Agüera-Ortiz (2015), los Criterios NIA-AA son de utilidad para el diagnóstico de cualquier tipo de demencia, abarcando todo el espectro de la gravedad. La demencia se la diagnostica cuando los síntomas cognitivos o conductuales interfieren en el funcionamiento diario, genera un deterioro en su funcionamiento o en sus funciones previas, los síntomas no se deben por delirios o un trastorno psiquiátrico mayor, el deterioro cognitivo se lo detecta y confirma con la historia clínica y una valoración del estado mental y el deterioro cognitivo o conductual incluye por lo menos 2 de las siguientes características (McKhann et al., 2011):

- a. Capacidad deteriorada para adquirir y recordar nueva información; los síntomas incluyen: preguntas o conversaciones repetitivas, extraviar pertenencias personales, olvidar eventos o citas, perderse en una ruta familiar.
- b. Razonamiento deficiente y manejo de tareas complejas, falta de juicio; los síntomas incluyen: comprensión deficiente de los riesgos de seguridad, incapacidad para

administrar las finanzas, capacidad deficiente para tomar decisiones, incapacidad para planificar actividades complejas o secuenciales.

c. Habilidades visuoespaciales deterioradas: los síntomas incluyen: incapacidad para reconocer caras u objetos comunes o para encontrar objetos a la vista directa a pesar de una buena agudeza, incapacidad para operar implementos simples u orientar la ropa según el cuerpo.

d. Funciones del lenguaje deterioradas (hablar, leer, escribir): los síntomas incluyen: dificultad para pensar en palabras comunes mientras se habla, vacilaciones; errores de habla, ortografía y escritura.

e. Cambios en la personalidad, el comportamiento o el comportamiento; los síntomas incluyen: fluctuaciones inusuales del estado de ánimo, como agitación, falta de motivación, iniciativa, apatía, pérdida de impulso, retraimiento social, disminución del interés en actividades anteriores, pérdida de empatía, conductas compulsivas u obsesivas, socialmente inaceptables. comportamientos.

5.1.2.1.6. Tratamiento. Gómez, et al. (2022), refieren que en la actualidad no hay tratamientos que puedan curar la enfermedad de Alzheimer, sin embargo, existen estrategias terapéuticas, las cuales buscan disminuir el ritmo de la progresión de la enfermedad o evitar la aparición. El manejo de la enfermedad de Alzheimer es multifactorial, basándose en los siguientes componentes: comunicación constante entre el personal médico, cuidador y paciente, para poder obtener una identificación oportuna de los síntomas, una evaluación y diagnóstico; así como orientación apropiada, con un enfoque sobre el comportamiento, planificación de las necesidades y decisiones legales y médicas, terapia cognitiva-conductual y apoyo dirigido al cuidador-familiar. Para el manejo de la enfermedad de Alzheimer se han propuesto fármacos de los cuales, la mayoría 82.5% se enfoca en la biología subyacente de la enfermedad de Alzheimer con el objetivo de modificar la enfermedad; 10.3% hacen referencia a agentes potenciadores cognitivos putativos y 7.1%, fármacos dirigidos a reducir los síntomas neuropsiquiátricos.

5.1.2.2. Demencia Vascular

La demencia vascular, se genera debido a problemas vasculares como coágulos de sangre, que interrumpen el flujo sanguíneo regular en el cerebro, es decir, presentando ictus cerebrales. Cabe destacar que las enfermedades cerebrovasculares causan deterioro cognitivo y por ende

demencia. Un síndrome de demencia se genera cuando la enfermedad cerebral es lo suficientemente grave para generar déficits significativos en el desarrollo de las capacidades sociales, laborales y funcionales (Kalaria, 2018).

Jameson et al. (2018) señala, "el daño cognitivo vascular y la demencia vascular se refieren a los déficits cognitivos y al comportamiento en un espectro de gravedad que se relaciona con la enfermedad vascular cerebral" (p.3118). Un síndrome de demencia se genera cuando la enfermedad cerebral es lo suficientemente grave para generar déficits significativos en el desarrollo de las capacidades sociales, laborales y funcionales.

5.1.2.2.1. Clasificación y Manifestaciones Clínicas. De acuerdo a Rojo et al. (2019), las manifestaciones clínicas de la demencia vascular son diversas debido a la variedad de patologías subyacentes y las diversas zonas del cerebro afectadas. Por lo que llega a clasificarlas en demencia vascular multiinfarto, demencias vascular subcortical y demencia por infarto estratégico. La demencia vascular multiinfarto se genera por una acumulación de infartos múltiples corticales, el inicio suele ser agudo con una evolución escalonada, generando empeoramiento con la presencia de nuevos ictus. El cuadro cognitivo y los síntomas conductuales y neuropsicológicos varían de la localización del área afectada, sin embargo se presenta, alteración del lenguaje, memoria, cálculo, presencia de depresión, alucinaciones, alteración motriz, sensitiva, visual, etc.

La demencia vascular subcortical se genera debido a una lesión isquémica que incluye el infarto completo, ya sea infartos lacunares y microinfartos, e infarto completo de la sustancia blanca cerebral profunda. Los principales síntomas hacen referencia al enlentecimiento disejecutivo motor y cognitivo, disartria, olvidos, cambios de humor, síntomas urinarios y marcha con pasos cortos (Román et al., 2002).

La demencia por infarto estratégico es de instauración aguda y es originada debido a la presencia de un único infarto o hemorragia en zonas cerebrales específicas que implican las funciones conductuales y cognitivas, por lo que, las manifestaciones clínicas son muy variadas, dependiendo del área afectada (López et al., 2018).

5.1.2.2.2. Factores de Riesgo. El factor de riesgo predominante y principal es el avance de la edad. Los factores genéticos también tienen una importancia para el desarrollo de la demencia

vascular, sin embargo, se conocen pocos genes que sean de riesgo. Existe evidencia que la presencia de hipertensión en una edad media y de diabetes, parece aumentar la carga de patología a nivel cerebrovascular. Además, un factor de riesgo potente a desarrollar demencia vascular es la enfermedad cerebrovascular, ya sea sintomática como asintomática (Iadecola, et al., 2019).

La edad, se considera como el principal factor de riesgo para el desarrollo de la enfermedad cerebro vascular y el accidente vascular cerebral, de los cuales, se puede desarrollar una demencia vascular. Se señala que, para los 70 años de edad, el 70% de toda la población tiene trastorno de la sustancia blanca y lesiones en las neuroimágenes, con la presencia de pequeños infartos. La hipertensión crónica, diabetes, hiperlipidemia, y tabaquismo, son factores que contribuyen al desarrollo de la enfermedad. Además, la enfermedad cardíaca puede causar daño cognitivo, dando como resultado un flujo sanguíneo insuficiente (Jameson et al., 2018).

5.1.2.2.3. Prevalencia. Se considera que la demencia vascular es la segunda causa de demencia con más frecuencia en una fase ya avanzada en las poblaciones caucásicas, y puede llegar a constituir la causa más frecuente de demencia en el Oriente Asiático. Debido a la poca información epidemiológica sobre los tipos de demencia, hace que se dificulte la identificación de la prevalencia de las mismas (Iadecola, et al., 2019).

5.1.2.2.4. Diagnóstico. De acuerdo a Román et al. (1993), los criterios para la demencia vascular refieren que es necesario demostrar la evidencia en donde se vea comprometida la memoria y al menos dos áreas cognitivas, aparte de la evidencia de lesión vascular y que, además, el inicio de la demencia se muestre dentro de un periodo de 3 meses de haberse producido el ictus cerebral, sin embargo, estos criterio presentaban una limitación ya que la disfunción de la memoria era tomada como un criterio principal, pero este síntoma sólo suele presentarse en estadios avanzados.

En la actualidad, la demencia vascular puede ser diagnosticada sin necesidad de evidencia clínica de una lesión neurológica focal y con la presencia, por lo menos alguna evidencia de lesión de sustancia blanca, ya sea esta focal o difusa y con o sin infarto. Además, los criterios diagnósticos de la demencia vascular incluyen: un deterioro previo o variación en los exámenes o evaluaciones basales previos en más de dos dominios de carácter cognitivo, y que estos sean lo suficientemente graves, que afecten el desarrollo de las actividades de la vida diaria, y que los deterioros sean independientes de las secuelas del evento vascular. Cabe destacar que, en el

nuevo enfoque, la demencia vascular es tomado en cuenta como un término arbitrario en la evolución y progreso de la enfermedad vascular cerebral, la cual estaría al final de un continuo de sucesos originados por los diversos factores de riesgo vascular cerebral (Custodio et al., 2016).

Los mecanismos más empleados para determinar el diagnóstico son el empleo de equipos como la resonancia magnética y la tomografía computarizada. Cabe mencionar, que el diagnóstico se debe basar en los datos clínicos y neuropsicológicos recogidos. Además, también es frecuente el uso de criterios diagnósticos, los cuales hacen referencia a las principales características de la demencia vascular (Rojo et al., 2019).

5.1.2.2.5. Tratamiento. De acuerdo a García-Soldevilla et al. (2019), el tratamiento para las demencias debe ser de tipo multidisciplinar, en donde de abarque terapias farmacológicas como no farmacológicas. Por lo que describe, que el tratamiento más empleado para los síntomas cognitivos y conductuales en la demencia son; para el manejo de delirios, alucinaciones y trastornos de identificación frecuentemente se usa queteapina u olanzapina, y además, pudiendo usarse aripiprazol o risperidona. Para el manejo de la depresión se usan antidepresivos los del tipo inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina o antidepresivos duales, y en caso de depresión psicótica, se suele usar queteapina. Para el manejo de ansiedad e irritabilidad se suele usar ansiolíticos como las benzodiazepinas, y, además, pueden ser usados en trastornos para el sueño. Para el manejo de la agresividad y agitación generalmente se usan fármacos como risperidona, olanzapina y haloperidol.

5.1.2.3. Demencia en la Enfermedad de Parkinson

La enfermedad de Parkinson según Vásquez-Celaya et al. (2019), es:

La enfermedad de Parkinson es una afección crónica y neurodegenerativa de evolución lenta que afecta el sistema nervioso central, se ha relacionado con neuroinflamación y degeneración prematura, progresiva e irreversible de las neuronas dopaminérgicas de la sustancia negra, lo cual lleva a la presencia de trastornos motores; esta enfermedad tiene una incidencia mayor entre los 45 y 70 años (p. 3).

La característica clínica distintiva es la existencia de un síndrome motor asimétrico con una aparición insidiosa y tiene un empeoramiento lento y progresivo, en donde se evidencia la

presencia de bradicinesia e hipocinesia, rigidez, temblor que se muestra principalmente en reposos y trastornos característicos en la postura, actitud y marcha. Además, se han presentado 2 subtipos clínicos de la enfermedad de Parkinson: uno en el cual, predomina los trastornos en la estabilidad postural y en la marcha, y el otro, en donde predomina el temblor. Cabe destacar que en la enfermedad de Parkinson se presentan síntomas cognitivos y conductuales, pero si estos se presentan en una intensidad suficientemente marcada, puede llegar a cumplirse el cuadro para una demencia en la enfermedad de Parkinson (Demey y Allegri, 2008).

5.1.2.3.1. Manifestaciones Clínicas. Las manifestaciones motoras de la enfermedad de Parkinson, tienen un inicio focal, generalmente de un segmento de la extremidad, manifestándose como acinesia, rigidez, bradicinesia y temblor, lo cual se relaciona con una disfunción del circuito motor. El déficit cognitivo en la enfermedad de Parkinson puede ir desde la disfunción ejecutiva frontal, la cual, en estadios tardíos puede desarrollar una demencia. Otros déficits en la función cognitiva pueden presentarse como una alteración de la función visual espacial, alteración del lenguaje en estadios tardíos y alteración en el aprendizaje, tanto para el desarrollo de tareas motoras como cognitivas (Gutiérrez, 2012).

Las manifestaciones clínicas de la enfermedad de Parkinson, de acuerdo a Jameson et al. (2018), se presentan de la siguiente manera:

Desde el punto de vista clínico, la enfermedad de Parkinson se caracteriza por temblor en reposo, rigidez, bradicinesia y trastorno de la marcha con inestabilidad postural, rasgos conocidos como los signos cardinales de la enfermedad. Las manifestaciones adicionales incluyen congelación de la marcha, dificultad para hablar, deglución alterada, trastornos autonómicos y una serie de manifestaciones no motoras que incluyen alteraciones sensitivas, trastornos del estado de ánimo, disfunción del sueño, deterioro cognitivo y demencia. (p. 3120)

La demencia en la enfermedad de Parkinson las funciones cognitivas afectadas son predominantes en las capacidades ejecutivas, atencionales y visuoespaciales. Con respecto a las funciones atencionales, suele verse afectado el rendimiento en tareas que es necesario la atención sostenida y focalizada. Con respecto a las capacidades ejecutivas, se ve alterado la capacidad que involucra la organización, planificación, la capacidad de razonamiento y el pensamiento abstracto. Con respecto a la memoria, la memoria episódica se ve afectada. Con respecto a las

habilidades visuoespaciales, frecuentemente se encuentran apraxias de tipo ideomotor, además se suelen presentar dificultades visuconstructivas. Con respecto al lenguaje hay un marcado déficit de la fluencia verbal. En el aspecto conductual, los pacientes con demencia en la enfermedad de Parkinson presentan alucinaciones de tipo visual y auditiva con mayor frecuencia, depresión, trastornos de ansiedad y apatía (Demey y Allegri, 2008).

5.1.2.3.2. Factores de Riesgo. De acuerdo a Benavides-Toledo et al. (2024), las diversas investigaciones han permitido establecer distintos factores de riesgo los cuales podrían tener responsabilidad en el desarrollo de la enfermedad de Parkinson, los cuales son; factores genéticos, factores ambientales, exceso de peso corporal y el envejecimiento. Dentro de los factores genéticos se determina que una mutación en el gen SNCA, con herencia autosómica dominante, así como duplicaciones y triplicaciones genéticas, se verían implicadas en el desarrollo de la enfermedad. En los factores ambientales se ha determinado que en zonas industrializadas es en donde existe una mayor prevalencia, como consecuencia a la exposición de factores ambientales como exposición a pesticidas, a metales, solventes, consumo de alimentos contaminados, etc.

5.1.2.3.3. Prevalencia. De acuerdo a la OMS (2023), la enfermedad de Parkinson en los últimos 25 años se ha duplicado. De acuerdo a estimaciones actuales, en el año 2019, la enfermedad de Parkinson presentó un aumento del 81% desde el año 2000, causando 329.000 defunciones, generando un aumento de más del 100% desde el año 2000.

La enfermedad de Parkinson, de acuerdo a las investigaciones es uno de los trastornos neurodegenerativos con mayor frecuencia, luego de las demencias, con una prevalencia mundial de más de 1% en individuos a partir de la sexta década de la vida. En Ecuador, en un estudio realizado se determinó una prevalencia de la enfermedad de Parkinson de 243 casos por cada 100.000 habitantes, confirmando su predominio en personas mayores de 61 años y con mayor frecuencia en hombres (Montalvo, 2017).

5.1.2.3.4. Diagnóstico. El diagnóstico para la enfermedad de Parkinson necesita la presencia de acinesia y, por lo menos, uno de los siguientes síntomas: rigidez, temblor de reposo 4-6 Hz e inestabilidad postural. Además, el diagnóstico de la enfermedad de Parkinson se basa en los criterios de la Movement Disorder Society. Además, se usan varias pruebas de imagen las cuales van a permitir confirmar o excluir otros diagnósticos. Por lo que se suele usar con frecuencia la

resonancia magnética, ecografía transcraneal y técnicas de medicina nuclear, como la tomografía computadorizada por emisión de fotón único y la tomografía por emisión de positrones (Alemán et al., 2022).

Los criterios de la Movement Disorder Society se basan en un examen neurológico clínico el cual muestre un síndrome parkinsoniano caracterizado por bradicinesia y al menos la presencia de una característica motora como rigidez o temblor asimétrico clásico, además, presenta características clínicas no excluyentes que son poco usuales en la enfermedad, por lo que se debería sospechar de algunos probables diagnósticos alternativos (Tolosa et al., 2021).

De acuerdo Gutiérrez (2012), el diagnóstico para la enfermedad de Parkinson es principalmente clínico, ya que se basa más en los síntomas que presentan los pacientes. El diagnóstico no suele ser difícil en los casos típicos, en donde los signos son evidentes, sin embargo, en las fases iniciales el diagnóstico puede ser complejo, ya que pueden existir diversas causas subyacentes de varias enfermedades del movimiento.

5.1.2.3.5. Tratamiento. El tratamiento debe adaptarse de acuerdo a las necesidades de cada paciente, ya que no hay una estrategia que sea adecuada para todos los pacientes con la enfermedad de Parkinson. Por lo que el personal médico debe utilizar su criterio, basado en la información preclínica y clínica, para usar fármacos que tengan efectos modificadores en la enfermedad (Jameson et al., 2018).

Dentro de los tratamientos farmacológicos, los fármacos más empleados son los anticolinérgicos, usados en las primeras etapas de la enfermedad y los sustitutos de la dopamina. En cambio, en las intervenciones no farmacológicas, se enfoca en brindar un tratamiento de rehabilitación integral, implicando el abordaje de los trastornos motores, alteraciones del lenguaje y de los trastornos deglutorios (Alemán et al., 2022).

5.1.2.4. Demencia con cuerpos de Lewy

La demencia por cuerpos de Lewy es considerado un trastorno degenerativo que afecta tanto a nivel cortical como subcortical. También es conocido como 'Parkinson plus', debido a que se presentan alteraciones del sistema extrapiramidal y neuropsicológicas, las cuales son similares a la enfermedad de Parkinson. La evolución de la enfermedad es rápida, existiendo una pérdida neuronal encefálica y presencia de cuerpos de Lewy. Los cuerpos de Lewy fueron

descritos por Foater y Lewy en 1912, los cuales pudieron determinar que los cuerpos de Lewy se trataban de inclusiones citoplasmáticas, es decir, grupo neurofilamentos y proteínas acumulados en el cerebro (Manso y Fernández, 2015).

5.1.2.4.1. Manifestaciones Clínicas. Las manifestaciones del síndrome clínico de la demencia por cuerpos de Lewy se determinan por la presencia de "alucinaciones visuales, parkinsonismo, estado de alerta fluctuante, caídas y, a menudo, trastornos conductuales durante el sueño de movimientos oculares rápidos" (Kasper et al., 2016).

De acuerdo a Golimstok (2017), es preferible dividir el cuadro y manifestaciones en dos etapas, una prodrómica y una etapa de demencia por cuerpos de Lewy. En la etapa prodrómica se presentan signos y síntomas característicos de la enfermedad, pero no los suficientes para determinar una demencia. Se evidencia fluctuación en la atención y la cognición, presencia de alucinaciones visuales, trastorno del comportamiento del sueño con movimientos oculares rápidos, disfunción autonómica y presencia de parkinsonismo. En cambio, en la etapa de demencia, el paciente presenta con demencia y alucinaciones visuales. Además, se evidencian los síntomas y signos motores extrapiramidales que generalmente se desarrollan simultáneamente o poco tiempo después del inicio de la demencia. Se encuentra afectada la atención, la habilidad visuoespacial y la función cognitiva, cabe destacar, que la memoria se mantiene relativamente conservada al inicio del síndrome, pero con el progreso, la memoria va empeorando. El parkinsonismo dentro del síndrome se caracteriza por la presencia de bradicinesia, deterioro de la marcha y el temblor, ya sea de reposo o postural.

De acuerdo a la fluctuación a nivel de conciencia o de la atención es una de las características principales, estas fluctuaciones van desde períodos de lucidez hasta descensos del nivel de conciencia y períodos de somnolencia diurna. Una característica principal es la presencia de síntomas psicóticos, con presencia de alucinaciones visuales y la presencia de signos motores parkinsonianos. Además, en ciertos pacientes se puede manifestar alteración de la marcha con tendencia a caer, incontinencia urinaria, episodios sincopales, sensibilidad a neurolépticos y presencia de ideas delirantes (Calle, 2006).

5.1.2.4.2. Prevalencia. La demencia por cuerpos de Lewy es un síndrome infradiagnosticado, ya que sus características y manifestaciones clínicas se superponen con otros trastornos neurodegenerativos como la enfermedad de Parkinson y la enfermedad de Alzheimer.

De acuerdo a varios estudios, se ha demostrado que representa entre el 20% y 30% de todos los casos de demencia. Además, es más frecuente en hombres que en mujeres (Haider et al., 2023).

5.1.2.4.3. Factores de Riesgo. De acuerdo a Campos et al. (2022), los factores de riesgo para el desarrollo de la demencia por cuerpos de Lewy se superponen en cierto grado con los detallados en la enfermedad de Parkinson y la enfermedad de Alzheimer.

Dentro de los factores no asociados directamente con alteraciones genéticas se encuentran la edad avanzada, el sexo masculino, la historia familiar de demencia, el sedentarismo, la deficiencia de vitamina E, la depresión, la hipertensión, la diabetes mellitus y la hiperlipidemia. Se han descrito además mutaciones en los genes SNCA, LRRKA, Interleucina-1, APOE ϵ 4, SLARB2 y GBA, siendo estas dos últimas unas de las mutaciones responsables del inicio de la enfermedad en edades tempranas (p. 53).

5.1.2.4.4. Diagnóstico. El diagnóstico para la demencia con cuerpos de Lewy se toma en cuenta las características clínicas y biomarcadores diagnósticos. Generalmente para el diagnóstico se utilizan los criterios que propone el Consorcio de Demencia con Cuerpos de Lewy (McKeith et al., 2017). Además, para el diagnóstico se puede emplear una imagen por resonancia magnética del cerebro para ayudar a descartar otras enfermedades o demencias. En cambio, Loscalzo et al. (2022), refieren que “los biomarcadores que sustentan el diagnóstico incluyen polisomnografía que muestra RBD con atonía, detección de oligómeros de sinucleína α en el líquido cefalorraquídeo o concentraciones de fosfo-tau217 en el CSF o la sangre, gammagrafía cardíaca con yodo-123-meta-yodobencilguanidina”

5.1.2.4.5. Tratamiento. El tratamiento de la demencia con cuerpos de Lewy es multidimensional. Para el tratamiento sintomático y estabilizador de la demencia, frecuentemente se usan inhibidores de la acetilcolinesterasa como tacrina, donepezilo, rivastigmina y galantamina, también se suele usar inhibidor del receptor NMDA de glutamato. Además, para el manejo de los trastornos del comportamiento se suelen emplear neurolepticos, benzodiazepinas y otros agentes para el tratamiento de la agitación. En cambio, para el manejo de síntomas no cognitivos se suele emplear medidas no farmacológicas dirigidas al paciente y cuidadores (Calle, 2006).

5.1.2.5. Demencia Frontotemporal

La demencia frontotemporal hace referencia a un grupo de enfermedades neurodegenerativas las cuales se caracterizan por la presencia de cambios significativos en la conducta o la pérdida progresiva del lenguaje, las cuales se encuentran asociadas a alteraciones patológicas, ya sea en los lóbulos temporales y frontales del cerebro (Rodríguez et al., 2018).

5.1.2.5.1. Manifestaciones Clínicas y Variantes de la Demencia Frontotemporal. Las manifestaciones clínicas de la demencia frontotemporal son muy variadas. En los estadios tempranos se puede evidenciar cambios de personalidad, desinhibición y poco control de los impulsos. Además, se puede presentar apatía y abandono de la rutina diaria en el individuo. En estadios moderados se caracteriza por disfunción ejecutiva y presencia de trastornos del lenguaje (Cruzado et al., 2021).

Kasper et al. (2016), ha descrito tres síndromes clínicos centrales en la demencia frontotemporal: variante conductual, variante semántica y variante no fluida/agramática:

En la variante conductual, el síndrome de demencia frontotemporal más frecuente es la disfunción social y emocional se manifiesta como apatía, desinhibición, compulsividad, pérdida de la empatía e ingestión excesiva de alimento, muchas veces acompañados de deficiencias en el control ejecutivo. La FTLD a menudo causa dos formas de afasia progresiva primaria, la variante semántica y la no fluida/agramática, y se incluyen en el espectro de la FTLD. En la variante semántica, los pacientes pierden poco a poco la capacidad para decodificar el significado de palabras, objetos, personas específicas y emociones; por su parte, los enfermos con la variante no fluida/agramática desarrollan una marcada incapacidad para generar palabras, a menudo con daño motor prominente del habla (p. 2603).

5.1.2.5.2. Prevalencia. La demencia frontotemporal tiene una prevalencia menor en comparación con otras demencias, como la demencia de la enfermedad de Alzheimer o la demencia por cuerpos de Lewy. Frecuentemente suele aparecer entre los 50 y 60 años, siendo la segunda causa de demencia en individuos menores de 65 años (Gómez y Pérez, 2019).

5.1.2.5.3. Factores de Riesgo. Existen pocos estudios que demuestren los factores de riesgo en la demencia frontotemporal, sin embargo, se ha evidenciado un alto riesgo de padecer esta demencia debido a un trauma craneoencefálico. Además, un factor importante es la genética, ya

que un 20% o 40% de los casos se debe a un patrón de herencia autosómico dominante, en donde se ven varios genes implicados, entre estos encontramos: gen de la MAPT, gen de la PGRN, gen de la Charged multivesicular Body protein 2B (CHMP2B), ligado a 9p gen desconocido y gen de la presenilina (Granadillo y Zarante, 2008).

5.1.2.5.4. Diagnóstico. Para el diagnóstico de la demencia frontotemporal es importante el desarrollo de una historia clínica bien construida, un adecuado examen físico y se puede emplear test clínicos que permitan dar una pauta diagnóstica, como el Addenbrooke's Cognitive Examination version III, el cual permite diferenciar entre la demencia frontotemporal y otros tipos de demencia (Rodríguez et al., 2018).

De acuerdo a Lillo y Leyton (2016), para el diagnóstico es frecuente el empleo de resonancia magnética, el desarrollo de técnicas como voxel-bamorphometry, mapeo de grosor cortical y de estudios explorando la conectividad de redes neuronales, permiten un mejor diagnóstico. Además, se suelen emplear los criterios del Consenso internación de criterios para demencia fronto-temporal variante conductual, en donde se consideran tres categorías para su diagnóstico: posible, probable o definitivo. En cambio, para las variantes de la afasia progresiva primaria se emplean los Criterios para la clasificación de variantes clínicas de afasia progresiva primaria, en donde se presentan tres variantes: semántica, no-fluente-agramática y logopénica.

5.1.2.5.5. Tratamiento. En la actualidad aún no existe un recurso el cual permita reducir la progresión del síndrome o mejorar los síntomas. Sin embargo, se suelen utilizar inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina para manejar las compulsiones e irritabilidad. Por lo tanto, el tratamiento es sintomático ya que no se cuenta con tratamientos modificadores de la enfermedad. Sin embargo, se emplean estrategias no farmacológicas, las cuales contribuyen a disminuir la agresividad, ansiedad e irritabilidad (Rodríguez et al., 2018).

5.1.2.6. Demencia mixta

La demencia mixta ha sido denominada como la combinación de la enfermedad de Alzheimer con la enfermedad cerebrovascular. Sin embargo, varios autores han caracterizado a la demencia mixta como la combinación patogénica de por lo menos 2 diferentes tipos de demencia. Además, generalmente se suele dar este diagnóstico mediante un estudio histopatológico, en donde se evidencien las características esenciales de la enfermedad de Alzheimer y de lesiones cerebrales vasculares (Moreno et al., 2015).

Jurado et al. (2013), señala que:

Es importante considerar que la demencia mixta no debería conceptualizarse como una entidad que deba cumplir a la vez criterios de EA y de DV. Es concebible que cambios propios de la EA, incluso sin ser suficientes para cumplir los criterios histológicos de EA, puedan sumarse a los cambios vasculares para producir alteración cognitiva clínicamente significativa, y viceversa, un ictus es más probable que cause demencia en personas con cambios subclínicos de EA (p. 81).

5.1.2.7. Otros tipos de demencia

De acuerdo a la Asociación Americana de Psiquiatría (2013), los trastornos neurocognitivos mayores o leves, de acuerdo a su etiología se subdividen en:

Enfermedad de Alzheimer, Degeneración del lóbulo fronto-temporal, Enfermedad por cuerpos de Lewy, Enfermedad vascular, traumatismo cerebral, Intoxicación por sustancias o medicamentos, Infección por VIH, Enfermedad por priones, Enfermedad de Parkinson, Enfermedad de Huntington, Debido a otra afección médica, Trastorno neurocognitivo no especificado (p. 603-604).

5.2. Capítulo 2: Tratamientos No Farmacológicos

De acuerdo a Carballo-García et al. (2012), los tratamientos no farmacológicos (TNF) son aquellas intervenciones no químicas, pero teóricamente sustentadas, focalizadas y que se pueden reaplicar, efectuadas ya sea sobre el paciente o el cuidador, y que, además, son potencialmente capaces de generar beneficios relevantes.

Los TNF han demostrado ser eficaces en el manejo de los síntomas y manifestaciones clínicas de las demencias y juegan un papel importante en la prevención de las mismas, además pueden ser combinados simultáneamente y en serie con otros TNF, y con tratamientos farmacológicos sin mayor interferencia. Cabe señalar que generan un impacto significativo en la cognición, calidad de vida y bienestar durante el curso de las enfermedades neurodegenerativas (Sikkens et al., 2021).

5.2.1. Ejercicio-actividad física

La OMS (2022), describe a la actividad física como cualquier movimiento del cuerpo realizado por los diversos músculos esqueléticos, y por consiguiente se dé un consumo de energía. Además, la actividad física hace referencia a todo movimiento que se realiza, incluyendo aquel que se hace durante el tiempo de ocio, ya sea aquel tiempo que se emplea para desplazarse a diferentes lugares.

El ejercicio físico aumenta la segregación de sustancias químicas que fomentan el desarrollo de neuronas y de nuevas conexiones neuronales entre ellas, al mismo tiempo promueve el desarrollo y crecimiento de vasos sanguíneos que nutren a las estructuras neuronales ya existentes. Cabe destacar que la actividad física mejora significativamente la salud física y mental de los individuos, reduce los riesgos de contraer enfermedades y beneficia la interacción social (Cintra y Balboa, 2011).

Es importante destacar que la actividad física regular es considerado un factor protector para la prevención y tratamiento de varias enfermedades no transmisibles como los accidentes cerebrovasculares, las cardiopatías, el cáncer de mama y colon, diabetes, sobrepeso y la hipertensión, además, se evidencia una mejor salud mental, un retraso en el comienzo de la demencia y genera mayor bienestar y calidad de vida (Organización Panamericana de la Salud, 2018). Por lo tanto, es importante destacar que el mantener actividad física regular mantiene la realización de las actividades de la vida diaria las cuales permiten el autocuidado, independencia, movilidad y desarrollo de actividades cotidianas del individuo (Acosta y González-Celis, 2010).

5.2.2. Terapia Asistida Por Animales

La Asociación Médica Veterinaria Americana (2007), describe que la terapia asistida con animales (TAA) es:

Una intervención con meta dirigida en la cual un animal que cumple con unos criterios en específico, es parte integral del proceso de tratamiento. La Terapia Asistida con Animales (TAA) es dirigida por proveedores de servicios de salud o humanos bajo el ámbito de su profesión. La Terapia Asistida con Animales está diseñada para promover la mejora en el funcionamiento humano tanto físico, social, emocional y cognitivo. Esta se provee en variedad de escenarios y puede ser de manera individual o grupal. El proceso es documentado y evaluado.

La TAA se basa en el vínculo entre humano y animal, por lo que esta terapia se considera como un puente de enlace, obteniendo los beneficios de la compañía animal con el bienestar individual del paciente. Además, la TAA tiene como objetivo desarrollar intervenciones directas con la participación de un animal como parte indispensable del tratamiento. Dentro de la TAA se encuentra la terapia con perros la cual tiene como objetivo que el perro sea un mediador emocional, el cual pueda permitir la comunicación terapéutica y aumente el interés y adherencia al tratamiento (Pulgarin y Orozco, 2016).

5.2.3. Musicoterapia

Para Bruscia (1987, como se citó en Poch, 2001), la musicoterapia es un proceso en el que el terapeuta ayuda al paciente a acrecentar, mantener o restaurar el estado de bienestar emocional, mediante la implementación de herramientas musicales, como fuerzas dinámicas de cambio. Por lo que la musicoterapia consta de etapas para su desarrollo: "información sobre los trastornos a tratar, trazado de objetivos, tratamiento, evaluación, seguimiento y finalización del tratamiento" (p. 94)

Según la Federación Mundial de la Musicoterapia (2011), define a la musicoterapia como:

" La musicoterapia es el uso profesional de la música y sus elementos como intervención en entornos médicos, educativos y cotidianos con personas, grupos, familias o comunidades que buscan optimizar su calidad de vida y mejorar su condición física, social, comunicativa, emocional, salud y bienestar intelectual y espiritual. La investigación, la práctica, la educación y la formación clínica en musicoterapia se basan en estándares profesionales según los contextos culturales, sociales y políticos "

5.2.4. Estimulación Cognitiva

La estimulación cognitiva de acuerdo es definida como el grupo de estrategias y técnicas las cuales buscan optimizar el funcionamiento de las capacidades y funciones cognitivas del individuo, mediante una serie de actividades las cuales se formulan para desarrollar un programa de entrenamiento cognitivo. Además, se busca una intervención integral abordando diversos factores como la conducta, afectividad, la esfera familiar, social y biológica. Las actividades que

se desarrollen buscan mejorar el funcionamiento cognitivo y disminuir la dependencia (Villalba y Espert, 2014).

La estimulación cognitiva hace referencia al conjunto de técnicas y estrategias que permiten optimizar la eficacia del funcionamiento de las funciones cognitivas y capacidades del paciente mediante el empleo de una serie de actividades, las cuales se planean y estructuran, desarrollando un programa de estimulación (Muñoz, 2018).

5.2.5. Terapia Hortícola

De acuerdo a la Asociación Americana de Terapia Hortícola (2024), la terapia hortícola se la define como el grupo de actividades hortícolas por un especialista hortícola con el objetivo de lograr metas concretas, las cuales fueron ya establecidas dentro de una planificación. Dentro de las actividades hortícolas se pueden encontrar el cultivo o sembrado de vegetales, frutas, flores y plantas ornamentales, realización de huertas no profesionales y actividades que requieran el contacto con la naturaleza (Herrera, 2017).

Haciendo referencia al abordaje terapéutico, la terapia empieza con una evaluación inicial del paciente, seguido de una consolidación de preferencias y objetivos que se deseen alcanzar, para continuar con una planificación de tareas específicas para la consecución de las metas propuestas, y como último punto, realizar el acompañamiento y reevaluación constante de la situación del paciente. Cabe destacar que, con el desarrollo de estas tareas, se busca promover el equilibrio global de los pacientes (Peña, 2011).

5.2.6. Tecnologías de la Información y las Comunicaciones

Las tecnologías de la información y comunicaciones (TIC) son aquellas tecnologías que se usan para la gestión, manejo y transformación de la información, y de manera particular el uso de ordenadores y programas que permiten crear, modificar almacenar, proteger y recuperar la información. Por lo que de modo particular se genera un sentido social en el uso de la tecnología, al ser asociada con la comunicación, se inserta ineludiblemente en las relaciones sociales (Sánchez, 2008).

Según Larrea y Tutiven (2021), las TIC hacen referencia:

Las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) son todos aquellos recursos, herramientas y programas que se utilizan para procesar, administrar y compartir la información mediante diversos soportes tecnológicos, tales como: computadoras, teléfonos móviles, televisores, reproductores portátiles de audio y video o consolas de juego (p.165).

De acuerdo a Cruz et al. (2019), las TIC se generan debido al desarrollo científico de las investigaciones en el ámbito de la informática y de las telecomunicaciones, por lo que la tecnología juega un papel importante en el proceso de producción, interacción, desarrollo y comunicación de la información.

6. Metodología

6.1. Método de estudio

La presente investigación empleó el método deductivo. Según Rodríguez y Pérez (2017), el método deductivo es un proceso en el que, mediante afirmaciones generales, se llegan a afirmaciones particulares, por medio de la investigación y análisis. Este método será de utilidad para la elaboración del planteamiento del problema, como para desarrollar las conclusiones de la investigación. Además, se empleó la observación, ya que es la forma más sistematizada y lógica para realizar el registro de lo que se busca conocer (Campos y Lule, 2012).

6.2. Enfoque de la investigación

La presente investigación adoptó un enfoque de investigación de tipo mixto, el cual permitirá dar respuesta a los objetivos propuestos. Siendo que, el enfoque cuantitativo de acuerdo a Babativa (2017), es un enfoque que se caracteriza por ser objetivo y deductivo, el cual, tiene como objeto de estudio realizar proyecciones, generalizaciones o relaciones, mediante el empleo de estrategias estadísticas. Mientras que, el enfoque cualitativo según Hernández-Sampieri y Mendoza (2018), se encarga de estudiar fenómenos de forma sistemática, en donde el investigador comienza su investigación estudiando las variables entre sí y revisando estudios previos de forma simultánea con el objetivo de desarrollar una teoría consistente. Por lo tanto, se emplearon estos enfoques, los cuales permitieron conocer cuáles son los tratamientos no farmacológicos más aplicados en la demencia.

6.3. Tipo de investigación

La investigación utilizó un tipo de investigación documental. De acuerdo a Ilis (1981), la investigación documental es un proceso científico, el cual se caracteriza por ser un proceso sistemático de indagación, recolección organización, análisis e interpretación de la información o datos de un tema determinado, permitiendo construir nuevos conocimientos. En la presente investigación se utilizó como herramienta principal el análisis de información obtenida de los diferentes artículos científicos revisados.

Cabe destacar que la presente investigación, se basó en el artículo número 57 del Reglamento del Comité de Ética de Investigación en seres Humanos (CEISH) de la Universidad Nacional de Loja (Órgano Colegiado Superior, 2023):

Art. 57.- Las investigaciones que para su realización utilicen de manera exclusiva datos abiertos o públicos, no necesitan la aprobación de un CEISH para su ejecución o publicación de resultados. Sin embargo, los investigadores podrán solicitar la carta de exención, si para su publicación la revista científica le solicita (p. 22).

Además, se basó en el artículo número 43 del Quinto Suplemento del Registro Oficial, Órgano de la República del Ecuador (Ministerio de Salud Pública , 2022):

Artículo 43.- Se consideran investigaciones sin riesgo, aquellos estudios en los que no se realiza ninguna modificación o intervención intencionada sobre variables biológicas, psicológicas o sociales de los sujetos participantes, y en los cuales no sea posible identificar a los mismos.

Se incluye en esta categoría las siguientes.

- a. Investigaciones que no se realiza sobre los seres humanos, sus datos o sus muestras biológicas.
- b. Investigaciones que utilizan datos abiertos o públicos.
- c. Análisis secundario de datos consolidados o bases de datos anonimizadas obtenidos de registros existentes que reposan en instituciones o establecimientos públicos o privados que cuenten con procesos estandarizados de anonimización o seudonimización de la información de acuerdo con la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales.
- d. Revisiones de políticas públicas y reglamentación.
- e. Investigaciones que utilizan fuentes secundarias de literatura científica.
- f. Investigaciones que evalúen anónimamente el sabor y/o calidad de alimentos o estudios de aceptación del consumidor.
- g. Investigaciones que evalúen anónimamente programas públicos o prácticas educativas.
- h. Investigaciones con recopilación de información de forma anónima, como cuestionarios entrevistas anónimas, donde no se registren datos que permitan la identificación de los participantes (datos personales), datos sensibles, población vulnerable, ni se traten aspectos sensibles de su conducta.

6.4. *Diseño de la Investigación*

La presente investigación contó con un diseño transversal. Según Manterola et al. (2023), este diseño se caracteriza porque son estudios de carácter observacional, descriptivo y de corte en el tiempo, es decir, la investigación se realizará tomando en cuenta un momento determinado, de 10 años para estudiar las variables de interés en la investigación.

6.5. *Población*

La población está conformada por 59 fuentes de información referentes a tratamientos no farmacológicos en la demencia. El área de estudio en el cual se desarrolló la investigación comprendió la búsqueda bibliográfica de información científica por medio artículos de revista, haciendo uso de las bases de datos facilitados en la biblioteca virtual de la Universidad Nacional de Loja: Pubmed, Dialnet y Scopus.

6.6. *Muestra*

Para la determinación de la muestra se utilizó un muestreo intencional, tomando en cuenta los criterios de inclusión como de exclusión. Se realizó la selección de 18 documentos los cuales cumplían con los criterios necesarios para incluir en el trabajo de investigación. Además, se empleó el diagrama de flujo, el cual permitió seleccionar los artículos científicos para el desarrollo del presente trabajo. Es importante recalcar que, para la selección y filtración de estos artículos, se excluyeron algunos documentos de acuerdo con los criterios de exclusión, con la finalidad de obtener información que conduzca al logro del objetivo de investigación.

6.7. *Criterios de Inclusión*

- Publicaciones registradas en inglés y español.
- Artículos de libre acceso.
- Artículos publicados a partir del año 2014.
- Artículos que abarquen la población de personas diagnosticadas con demencia.
- Artículos que hagan referencia a tratamientos no farmacológicos: actividad física, terapia asistida por animales, musicoterapia, estimulación cognitiva, terapia hortícola y terapias que empleen las tecnologías de la información y comunicación.
- Estudios experimentales.

- Ensayos controlados aleatorizados.
- Ensayos clínicos.
- Estudios pilotos.

6.8. Criterios de Exclusión

- Literatura gris
- Artículos publicados fuera del periodo previsto.
- Artículos científicos que hablen de tratamientos no farmacológicos empleados en un tipo específico de demencia.
- Estudios incompletos como protocolos de estudio o estudios en curso.
- Estudios que incluían participantes con deterioro cognitivo leve o moderado, o deterioro cognitivo sin demencia.
- Artículos de revisión sistemática o metaanálisis.

6.9. Técnica

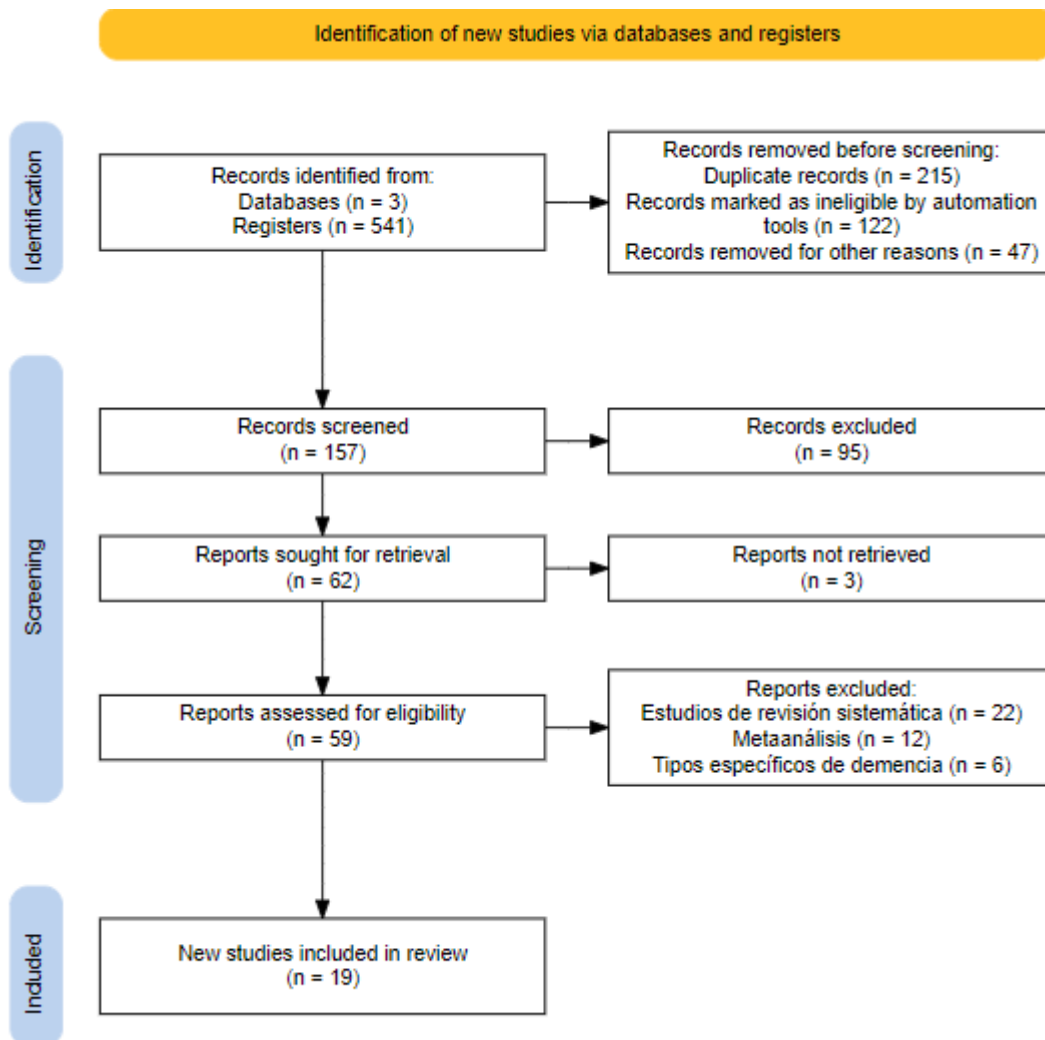
La técnica empleada en el proceso de investigación fue la sistematización de la información, la cual permitió organizar la información que previamente ha sido recogida, con el objetivo de analizar la información obtenida del proceso de investigación.

6.10. Instrumento

Para la identificación y búsqueda de las publicaciones se aplicó el método PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis). El diagrama de flujo PRISMA (Figura 1) resume la vía de decisión para incluir los estudios. La búsqueda arrojó un total de 541 registros. Luego de eliminar los artículos duplicados y de aquellos que no cumplían con los criterios de inclusión, 18 artículos cumplieron los criterios y fueron incluidos para el análisis final de la investigación.

Figura 1

PRISMA diagrama de flujo que ilustra el proceso de selección de artículos para la investigación.



6.11. Procedimiento

A continuación, se describen las fases que se desarrollaron durante el proceso investigativo.

Fase 1

Se inició la selección de posibles artículos en las bases de datos escogidas: Pubmed, Scopus y Dialnet, con el fin de identificar artículos relacionados con los objetivos de la investigación. Para la búsqueda de la información se utilizaron los términos de Medical Subject Headings (MeSH) "dementia", "non-pharmacological treatments", "physical activity", "animal-assisted therapy", "

music therapy “, “ cognitive stimulation “, “ horticultural therapy “, “ information and communication technologies”; los cuales fueron asociados a través de los operadores booleanos AND/OR, con las siguientes combinaciones de búsqueda: (dementia) AND (non-pharmacological treatments), (dementia) AND (physical activity), (dementia) AND (animal-assisted therapy), (dementia) AND (music therapy), (dementia) AND (cognitive stimulation), (dementia) AND (horticultural therapy), (dementia) AND (information and communication technologies).

Fase 2

Tomando en cuenta los posibles artículos de revisión para la investigación, se procedió a realizar la revisión de literatura con el fin de identificar los artículos que cumplen con los criterios de inclusión y exclusión para la investigación.

Fase 3

Se procedió a seleccionar los artículos con información relevante para la investigación obtenidos en las bases de datos ya establecidas, mediante el uso del diagrama de flujo PRISMA, de acuerdo a Page et al. (2021), PRISMA es una guía de presentación de informes específicamente diseñada para abordar desafíos en la publicación de revisiones sistemáticas, la cual nos ayudara a documentar de manera transparente la justificación detrás de la revisión, detallar las acciones tomadas y presentar los resultados encontrados.

Fase 4

Finalmente, se desarrolló un análisis de la información de los artículos seleccionados con el fin de desarrollar conclusiones y dar respuesta al objetivo de la presente investigación. Además, se desarrolló una guía informativa dirigida a pacientes, personal de salud y personal a cargo del cuidado del paciente, para mejorar y generar un mejor manejo y mayor alcance sobre estos tratamientos en la demencia.

7. Resultados

Objetivo general: Establecer la evidencia científica del tratamiento no farmacológico en la demencia

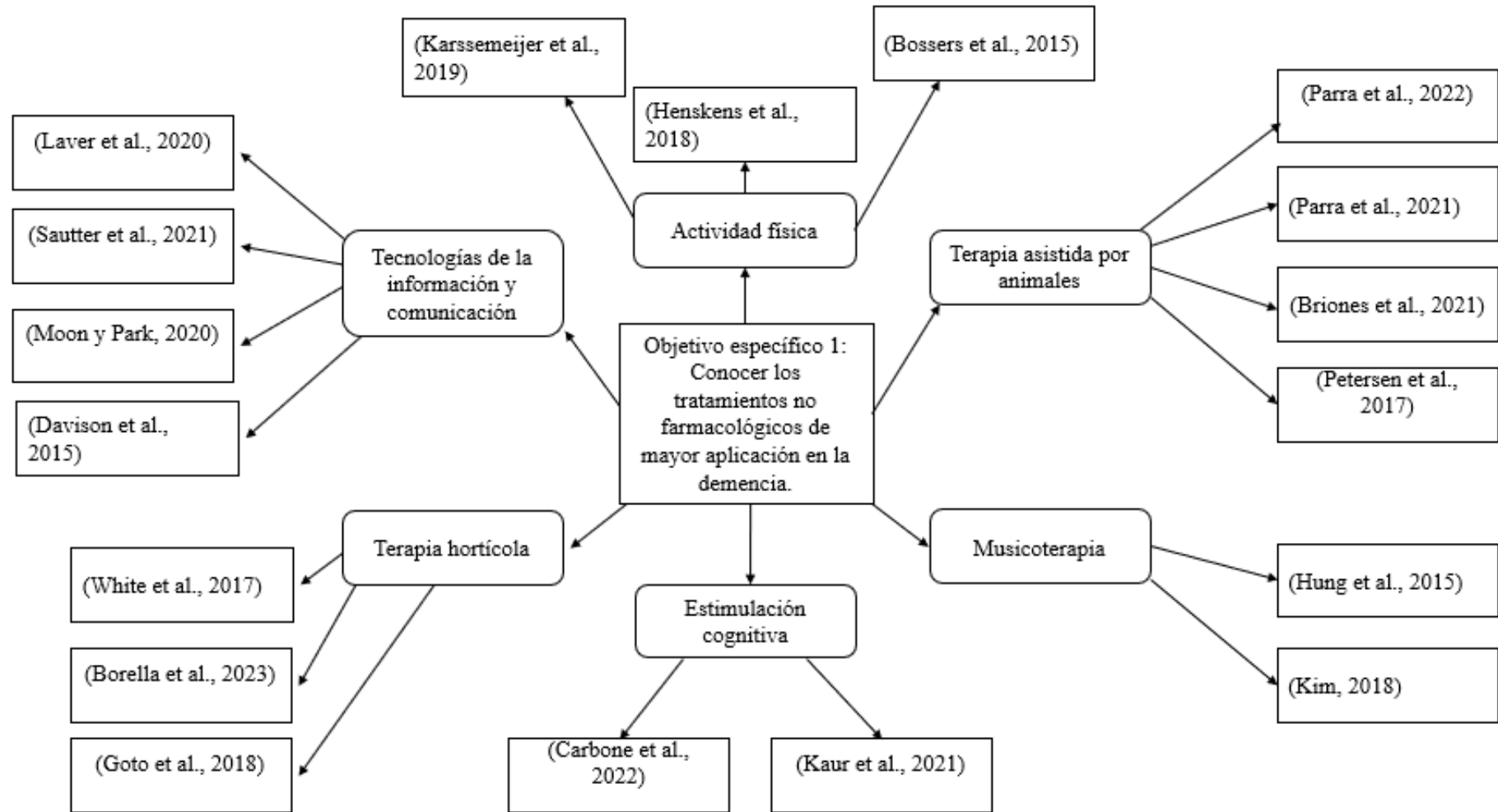
Tabla 1. Evidencia científica de los tratamientos no farmacológicos en la demencia

Nro	Referencia	País	Tratamiento no farmacológico	Valor p	Grado de demencia
1	(Bossers et al., 2015)	Países bajos	Actividad física	0.001	Leve a grave
2	(Briones et al., 2021)	España	Terapia asistida por animales	0,001	Leve a moderado
3	(Parra et al., 2021)	España	Terapia asistida por animales	0,000	Leve a grave
4	(Kim, 2018)	Nueva York	Musicoterapia	0.001	Leve a grave
5	(Goto et al., 2018)	Japón	Terapia hortícola	0.001	Leve a grave
6	(White et al., 2017)	Reino Unido	Terapia hortícola	0.001	Moderado a grave
7	(Moon y Park, 2020)	Corea	Tecnologías de la información y la comunicación	0.001	Moderado
8	(Laver et al., 2020)	Australia	Tecnologías de la información y la comunicación	0.001	Leve a grave

Análisis: en la tabla 1 se presenta la evidencia científica sobre los tratamientos no farmacológicos (TNF) en la demencia. Los TNF con resultados más significativos son los de Bossers et al. (2015), con la actividad física; Briones et al. (2021) y Parra et al. (2021), con terapia asistida por animales; Kim, (2018), con musicoterapia; Goto et al. (2018) y White et al. (2017), con horticultura y; Moon y Park, (2020) y Laver et al. (2020), con tecnologías de la información y la comunicación.

Objetivo específico 1: Conocer los tratamientos no farmacológicos de mayor aplicación en la demencia.

Figura 2. *Tratamientos no farmacológicos de mayor aplicación en la demencia*



Análisis: en la tabla 2 se presentan los tratamientos no farmacológicos (TNF) de mayor aplicación en la demencia. De los 18 artículos (100%), se evidencian la aplicación de diversos tipos de TNF: de actividad física, se encontró 3 artículos (16.66%), de terapia asistida por animales 4 artículos (22.22%), de musicoterapia 2 artículos (11.11%), de estimulación cognitiva 2 artículos (11.11%), terapia hortícola 3 artículos (16.66%) y de tecnologías de la información y comunicación se encontró 4 artículos (22.22%). Por lo tanto, estos TNF son los que son aplicados con mayor frecuencia en la demencia.

Objetivo específico 2: Analizar la eficacia de los tratamientos no farmacológicos en la demencia.

Tabla 2. Eficacia de los tratamientos no farmacológicos en la demencia.

Nro	Referencia	País	Tratamiento no farmacológico	Valor p	Eficacia
1	(Bossers et al., 2015)	Países bajos	Actividad física	0.001	Mejora de la función cognitiva
2	(Briones et al., 2021)	España	Terapia asistida por animales	0,001	Mejora de la sintomatología afectiva
3	(Parra et al., 2021)	España	Terapia asistida por animales	0,000	Mejora en aspectos afectivos y conductuales
4	(Kim, 2018)	Nueva York	Musicoterapia	0.001	Aumento de la calidad de vida
5	(Goto et al., 2018)	Japón	Terapia hortícola	0.001	Mejora de los aspectos cognitivos: memoria
6	(White et al., 2017)	Reino Unido	Terapia hortícola	0.001	Aumento del estado de ánimo
7	(Moon y Park, 2020)	Corea	Tecnologías de la información y la comunicación	0.001	Reducción de síntomas depresivos
8	(Laver et al., 2020)	Australia	Tecnologías de la información y la comunicación	0.001	Disminución de síntomas conductuales

Análisis: de los 18 artículos dentro de la revisión se determina que 8 muestran resultados significativos sobre la aplicación de tratamientos no farmacológicos (TNF) sobre pacientes con demencia. De los cuales se destaca los siguientes TNF: actividad física, terapia asistida por animales, musicoterapia, horticultura y tecnologías de la información y la comunicación, por lo tanto, se evidencia la eficacia de estos tratamientos en la mejora de la función cognitiva, sintomatología depresiva, aspectos afectivos y conductuales, aumento de la calidad de vida, mejora de la memoria, aumento del estado de ánimo, reducción de síntomas depresivos y disminución de síntomas conductuales en la demencia..

Objetivo específico 3: Diseñar una guía informativa sobre los tipos de tratamientos no farmacológicos de mayor aplicación en la demencia.

Guía informativa sobre los tipos de tratamientos no farmacológicos aplicados en la demencia

Introducción

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2023), alrededor de 55 millones de personas tienen demencia alrededor del mundo, y cada año existen alrededor de 10 millones de casos nuevos. Además, el mismo informe señala que la demencia es la séptima causa de defunción y unas de las principales causas de discapacidad y dependencia.

De acuerdo a Carballo-García et al. (2012), los tratamientos no farmacológicos (TNF) son aquellas intervenciones no químicas, pero teóricamente sustentadas, focalizadas y que se pueden re aplicar, efectuadas ya sea sobre el paciente o el cuidador, y que, además, son potencialmente capaces de generar beneficios relevantes.

Los TNF han demostrado ser eficaces en el manejo de los síntomas y manifestaciones clínicas de las demencias y juegan un papel importante en la prevención de las mismas, además pueden ser combinados simultáneamente con tratamientos farmacológicos sin mayor interferencia. Generan un impacto significativo en la cognición, calidad de vida y bienestar durante el curso de las enfermedades neurodegenerativas (Sikkes et al., 2021).

Es por ello, que la presente guía tiene el objetivo de brindar información y orientación sobre los tipos de intervención más eficaces en el abordaje de las demencias, está dirigida a profesionales vinculados al área gerontológica, cuidadores formales y no formales de pacientes con demencia, y a la población en general como medio de prevención.

Justificación

La presente guía informativa sobre los Tratamientos No Farmacológicos (TNF) en la demencia, surge de la necesidad de ampliar el conocimiento respecto a los tipos de intervención que han resultado ser eficaces en el mantenimiento de las capacidades cognitivas y físicas residuales, y en la detención del avance del deterioro cognitivo producto de las enfermedades neurodegenerativas.

En nuestro contexto, es escaso el conocimiento que se tiene sobre el tratamiento de personas con demencia fuera del contexto farmacológico y meramente asistencial, frente al importante número de población adulta mayor que la padece, dificultando así su abordaje tanto para los profesionales inmersos en el campo de atención como para los familiares o cuidadores de personas con demencia.

Es así que, el contenido de la guía pretende brindar posibles alternativas de intervención para paliar los efectos de deterioro cognitivo y funcional progresivo que se da en la demencia, además de brindar una explicación clara y fundamentada sobre los signos, síntomas y tipos de demencias, que pueda orientar a los profesionales y cuidadores a la toma de decisiones para la intervención no farmacológica que se ajuste más a cada paciente.

Objetivo general

Brindar información sobre los principales tipos de tratamientos no farmacológicos de mayor aplicación y eficacia en el abordaje de la demencia.

Objetivos específicos

- Detallar los principales tipos de demencias, síntomas y formas tempranas de manifestación.
- Dar a conocer las actividades enmarcadas en los distintos tipos de TNF que se aplican en el abordaje de las personas con demencia, dirigidas a mejorar y potenciar sus capacidades cognitivas y funcionales residuales, su estado anímico, su bienestar y calidad de vida.

Desarrollo

Existe un tipo de envejecimiento normal que se acompaña de un cierto declive cognitivo y funcional, que no necesariamente significa pérdida, y que puede transcurrir con alto nivel vitalidad y bienestar. Sin embargo, existe un tipo de envejecimiento patológico caracterizado por un deterioro cognitivo y funcional, que avanza progresivamente como es el caso de los trastornos neurodegenerativos o demencias, en el que las funciones cognoscitivas disminuyen sustancialmente, acompañándose de alteraciones emocionales, conductuales, que llegan a afectar la calidad de vida no solo de quienes lo padecen, sino también de sus familiares, y que además implica una seria dificultad para los profesionales en el abordaje de estos los pacientes.

¿Qué es la demencia?

La demencia se define como un síndrome ocasionado por una enfermedad del cerebro, de naturaleza crónica y progresiva, lo que conlleva una disfunción a nivel cerebral. Esta disfunción se evidencia con un deterioro en varias funciones como: la orientación, la memoria, la comprensión, el pensamiento, el lenguaje, la capacidad para el aprendizaje, el cálculo y el juicio (OMS, 1995).

“La alteración es lo suficientemente grave como para interferir de forma significativa las actividades laborales y sociales y puede representar un déficit respecto al mayor nivel previo de actividad del sujeto” (Pichot et al., 1995, p.140).

Conozcamos sobre los tipos de demencia

¿Qué es la enfermedad de Alzheimer?

La enfermedad de Alzheimer se debe a “la presencia de placas extracelulares de péptidos amiloide- β ($A\beta$), formas intracelulares hiperfosforiladas de la proteína tau que integran marañas neurofibrilares, acompañadas de pérdida sináptica y neurona del cerebro” (Gómez-Virgilio et al. 2022).

Síntomas

Leve

- El síntoma más común en estado inicial de la enfermedad de Alzheimer es la alteración de la memoria explícita y se manifiesta como la incapacidad de recordar

eventos o hechos de nuestra vida. Además, de un déficit en el aprendizaje y dificultad para retener nueva información.

- Las alteraciones visuoespaciales se presentan cuando el paciente se pierde en espacios poco frecuentes.

Moderado

- Dificultad para encontrar o recordar nombres es otro síntoma, llamado anomia. Se suele presentar en pacientes que no pueden recordar los nombres de sus hijos o de palabras comunes.
- Agitación, dificultad para controlar impulsos, menos activos y agresión.

Grave

- El lenguaje escrito suele verse más afectado que el lenguaje oral. Dificultades para realizar o reproducir movimientos manuales o en la imitación de gestos simbólicos. Además, se presenta alteración de la personalidad, depresión, delirios y alucinaciones. (Jurado et al., 2013)

¿Qué es la demencia vascular?

La demencia vascular, se genera debido a problemas vasculares como coágulos de sangre, que interrumpen el flujo sanguíneo regular en el cerebro. Cabe destacar que las enfermedades cerebrovasculares causan deterioro cognitivo y por ende demencia. Un síndrome de demencia se genera cuando la enfermedad cerebral es lo suficientemente grave para generar déficits significativos en el desarrollo de las capacidades sociales, laborales y funcionales.

Síntomas

- Los síntomas o manifestaciones clínicas de la demencia vascular son muy variadas, ya que, de acuerdo a las zonas afectadas del cerebro, la sintomatología va a variar. Sin embargo, los síntomas más comunes son: olvidos frecuentes de eventos actuales o pasados, dificultad para seguir instrucciones o retener nueva información, presencia de alucinaciones y cambios de humor (Kalaria, 2018).

¿Qué es la demencia en la enfermedad de Parkinson?

La enfermedad de Parkinson es:

Una afección crónica y neurodegenerativa de evolución lenta que afecta el sistema nervioso central, debido a neuroinflamación y degeneración prematura, progresiva e irreversible de las neuronas dopaminérgicas de la sustancia negra, lo cual lleva a la presencia de trastornos motores (Vásquez-Celaya et al., 2019) (p. 3).

Cabe destacar que en la enfermedad de Parkinson se presentan síntomas cognitivos y conductuales, pero si estos se presentan en una intensidad suficientemente marcada, puede llegar a cumplirse el cuadro para una demencia en la enfermedad de Parkinson (Demey y Allegri, 2008).

Síntomas

Problemas con el movimiento

- Temblor o rigidez en una de las extremidades del cuerpo, lo que se relaciona con una disfunción del circuito motor.
- Dificultad en la ejecución espontánea de gestos ya adquiridos, pero el paciente es capaz de reconocerlos.
- En la enfermedad de Parkinson es frecuente un déficit cognitivo, principalmente en las funciones ejecutivas, es decir, en la capacidad para organizar o planificar. Por lo que en estadios tardíos de la enfermedad se puede llegar a desarrollar una demencia.

Deterioro cognitivo

- Dificultad para planificar u organizar actividades.
- Dificultad para mantener la atención en actividades que demanden demasiado tiempo.
- Dificultad para recordar hechos o situaciones del pasado (Ghedina et al., 2021).

Alucinaciones de tipo visual y auditivo

Alteraciones emocionales

- Trastornos de ansiedad, depresión y apatía. (Demey y Allegri, 2008).

¿Qué es la demencia con cuerpos de Lewy?

La demencia por cuerpos de Lewy es considerado un trastorno degenerativo que afecta tanto a nivel cortical como subcortical. La evolución de la enfermedad es rápida, existiendo una pérdida neuronal encefálica y presencia de cuerpos de Lewy, que son inclusiones citoplasmáticas, es decir, neurofilamentos y proteínas que se acumulan en ciertas

áreas del cerebro afectando a los mensajeros químicos del cerebro (Manso y Fernández, 2015).

Síntomas

Deterioro cognitivo

- Alteración de la conciencia y de la atención, característico por presencia de fluctuaciones de lucidez hasta descensos del nivel de conciencia y períodos de somnolencia diurna.
- Ideas desorganizadas e ilógicas.

Problemas con el movimiento

- Presencia de parkinsonismo: es decir presencia de rigidez, bradicinesia, temblor de reposo y alteración de los reflejos posturales.
- Expresión facial reducida.
- Presencia de signos extrapiramidales: es decir presencia de movimientos involuntarios, espasmos, alteraciones posturales o temblores (Cuevas et al., 2016).

Trastornos del sueño

- Trastorno del comportamiento del sueño con movimientos oculares rápidos: con presencia de movimientos en las extremidades y realizar ruidos o hablar mientras se duerme (Golimstok, 2017).

Otras alteraciones se pueden manifestar con alteración de la marcha con tendencia a caer, incontinencia urinaria y presencia de ideas delirantes (Calle, 2006).

¿Qué es la demencia frontotemporal?

La demencia frontotemporal hace referencia a un grupo de enfermedades neurodegenerativas las cuales se caracterizan por la presencia de cambios significativos en la conducta o la pérdida progresiva del lenguaje, las cuales se encuentran asociadas a alteraciones patológicas, ya sea en los lóbulos temporales y frontales del cerebro (Rodríguez et al., 2018).

Síntomas

Los síntomas de la demencia frontotemporal son muy variados. En los estadios tempranos se puede evidenciar cambios de personalidad, desinhibición y poco control de los

impulsos. Además, se puede presentar apatía y abandono de la rutina diaria en el individuo. En estadios moderados se caracteriza por disfunción en la función ejecutiva y presencia de trastornos del lenguaje (Cruzado et al., 2021).

Kasper et al. (2016), a descrito tres síndromes clínicos centrales en la demencia frontotemporal:

Variante conductual:

- Presencia de disfunción social y emocional, la cual se manifiesta como apatía, desinhibición, compulsividad, pérdida de la empatía e ingestión excesiva de alimento, muchas veces acompañados de deficiencias en el control ejecutivo.

Variante semántica

- Los pacientes pierden poco a poco la capacidad para decodificar el significado de palabras, objetos, personas específicas y emociones

Variante no fluida/agramática

- Las pacientes desarrollan una marcada incapacidad para generar palabras, a menudo con daño motor prominente del habla.

¿Qué es la demencia mixta?

La demencia mixta ha sido denominada como la combinación de la enfermedad de Alzheimer con la enfermedad cerebrovascular. Sin embargo, varios autores han caracterizado a la demencia mixta como la combinación patogénica de por lo menos 2 diferentes tipos de demencia. (Moreno et al., 2015).

Conozcamos otros tipos de demencia

De acuerdo a la Asociación Americana de Psiquiatría (2013), los trastornos neurocognitivos mayores o leves, de acuerdo a su etiología se subdividen en:

Traumatismo cerebral, Intoxicación por sustancias o medicamentos, Infección por VIH, Enfermedad por priones, Enfermedad de Parkinson, Enfermedad de Huntington, Demencia Debido a otra afección médica y Trastorno neurocognitivo no especificado (p. 603-604).

Tabla 3. Principales síntomas psicológicos y conductuales de la demencia

Síntoma	Descripción
Alteración del pensamiento	Identificaciones e interpretaciones falsas, delirios de robo o perjuicio, fabulaciones
Ilusiones y alucinaciones	Percepciones distorsionadas o falsas de tipo visual, auditivo, olfatorio, gustativo o somático
Agresividad	Cualquier conducta física o verbal que pueda causar daño
Depresión	Tristeza, sentimiento de ser una carga, falta de esperanza, etc., que provocan malestar significativo
Ansiedad	Temor o sentimiento de pérdida de control excesivo o injustificado
Euforia	Humor anormalmente elevado o inapropiado
Apatía	Falta de interés, motivación, sentimiento, emoción o preocupación
Desinhibición	Falta de tacto social
Irritabilidad	Mal humor, cambios de humor rápidos, intolerancia
Hiperactividad motora	Aumento de la deambulación o de otra actividad motora
Vocalizaciones repetidas	Cualquier sonido o expresión vocal molesta que no obedece a un cambio en el paciente o en su entorno
Alteración del sueño	Pérdida del ciclo sueño-vigilia (hipersomnias, insomnio)
Aumento del apetito	Impulso elevado para la ingesta de todos o de algún tipo de alimento, o ingesta de otras sustancias
Disminución del apetito	Falta del impulso para la ingesta

Nota: tabla extraída de Jurado et al. (2013) (p. 29)

Factores que aumentan el riesgo de sufrir demencia

Algunos factores que pueden aumentar el riesgo de sufrir en demencia son:

- La edad (es más común en personas de 65 años o más)
- Hipertensión arterial
- Exceso de azúcar en la sangre (diabetes)
- Exceso de peso o la obesidad
- Tabaquismo
- Consumo excesivo de alcohol

- Inactividad física
- Aislamiento social
- Depresión (OMS, 2023)

Diagnóstico de las demencias

El diagnóstico de las demencias es una tarea compleja para el personal de salud. Para el diagnóstico se suele incluir 4 elementos: a) historia clínica del paciente, b) exploración física, haciendo énfasis en el estado mental, evaluación neuropsicológica c) estudios de laboratorio y d) estudios de imagen como tomografía o resonancia magnética. Cabe destacar que para el diagnóstico de las demencias es necesario identificar los síntomas, el patrón de inicio, evolución de la enfermedad y antecedentes familiares (Barrera et al., 2018)

¿Existen tratamientos para la demencia?

Sí, existen los tratamientos no farmacológicos (TNF), que son aquellas intervenciones no químicas, pero teóricamente sustentadas, focalizadas y que se pueden re aplicar. Efectuadas ya sea sobre el paciente o el cuidador, y que, además, son potencialmente capaces de generar beneficios relevantes (Carballo-García et al., 2012).

¿Cuáles son los tratamientos no farmacológicos que han demostrado ser más eficaces?

- Actividad física
- Terapia asistida por animales
- Musicoterapia
- Terapia hortícola
- Tecnologías de la información y la comunicación.

¿Cuáles son los beneficios de los tratamientos no farmacológicos?

- Mejora de la función cognitiva
- Mejora de los aspectos afectivos como disminución de la ansiedad, tristeza y apatía.
- Aumento de la calidad de vida.
- Aumento del estado de ánimo.
- Disminución de depresión
- Disminución de síntomas conductuales como agresividad, agitación e irritabilidad.
- Para familiares o cuidadores: disminuye el agotamiento físico y psicológico que conlleva el cuidado del paciente. La sintomatología comportamental y psicológica de

la demencia disminuye, por lo que la familia y cuidador puede sobrellevar de mejor manera el cuidado del paciente.

- Para personal de salud: mejora los síntomas conductuales y psicológicos de los pacientes, por lo que, el manejo del paciente es mucho mejor.

Tabla 4. Actividades enmarcadas en los distintos tipos de TNF que se aplican en el abordaje de las personas con demencia

Tratamientos no farmacológicos	Beneficios	Desarrollo de las actividades	Enlaces de interés
Actividad física	<ul style="list-style-type: none"> Mejora de la función cognitiva 	<ul style="list-style-type: none"> Caminatas recurrentes, en sesiones de 30 minutos, 4 veces por semana. Sesiones de fuerza, preferentemente supervisado por un profesional especializado. Variantes: Otros ejercicios aeróbicos: bailar, subir y bajar escalones, realizar estiramientos, hacer bicicleta y nadar. 	<p>1. Lectura recomendada "Los cuatro tipos de ejercicio que pueden mejorar su salud y capacidad física"</p> <p>https://www.nia.nih.gov/espanol/ejercicio/cuatro-tipos-ejercicio-pueden-mejorar-su-salud-capacidad-fisica</p> <p>2.Link de video recomendado: "Rutina de ejercicios para adultos mayores"</p> <p>https://www.youtube.com/watch?v=gwP4TYUFuzs&pp=ygUXZWplcmNpY2lvcyBwYXJhIGFkdWx0b3M%3D</p>
Terapia asistida por animales	<ul style="list-style-type: none"> Disminución de aspectos afectivos como: sentimientos de aislamiento y soledad. 	<ul style="list-style-type: none"> Algunas actividades a realizar pueden ser: abrazar-acariciar, cargar, cepillar, asear o pasear al perro. Estas actividades se las pueden realizar todos los días, o como mínimo 3-4 veces por semana. 	<p>1.Lectura recomendada "Las personas que viven con perros gozan de una mejor salud cardiovascular"</p> <p>https://fundaciondelcorazon.com/prensa/notas-de-prensa/2784-las-personas-que-viven-con-perros-gozan-de-una-mejor-salud-cardiovascular.html</p>

- Disminución de aspectos conductuales como: agresividad e irritabilidad.

2.Lectura recomendada: Centro Regional de Adiestramiento Canino, adiestramiento canino para ofrecer ayuda psicológica.
<https://www.ministeriodegobierno.gob.ec/c-on-vinculos-afectivos-can-es-policiales-ayudan-a-mejorar-salud-y-destrezas-de-personas-discapacitadas/>

Musicoterapia

- Aumento de la calidad de vida.
- Sesiones de música recurrentes durante la semana en donde se coloque música agradable y de preferencia de los pacientes.
- Algunas actividades que se pueden realizar son: colocar música de preferencia del paciente para que escuche y brindarle la letra de las canciones e incentivarlo a cantar. Además, se puede brindar instrumentos musicales como: maracas, tambores y panderos e incentivarlos a que

1.Link recomendado para poder crear listas o playlist con canciones agradables para el paciente.

<https://support.spotify.com/es/article/create-playlists/>

		<p>realicen movimientos al ritmo de las canciones reproducidas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estas actividades se pueden hacer 4 veces por semana, en sesiones de 30 minutos. 	
Terapia hortícola	<ul style="list-style-type: none"> • Mejora de aspectos cognitivos como la memoria. • Aumento del estado de ánimo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sesiones de observación de 20-30 minutos de jardines o plantas, 5 veces por semana. Preferentemente que sean de agrado para el paciente. • Sesiones de observación de 20 minutos al día de la naturaleza en compañía de un cuidador. • Sembrar plantas en el hogar, es decir, crear un huerto casero para que el paciente pueda estar al cuidado de sus plantas. 	<p>1.Link de Youtube recomendado: Huerto casero https://www.youtube.com/watch?v=Wxrqms36eU0&list=RDQMtRuJFvfZlcU&start_radio=1</p>
Tecnologías de la información y la comunicación	<ul style="list-style-type: none"> • Reducción de síntomas depresivos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sesiones recurrentes dirigidas a mejorar la capacidad cognitiva de los pacientes mediante el empleo de aplicaciones tecnológicas dirigidas a 	<p>1.Aplicaciones recomendadas para trabajar la capacidad cognitiva: Fit Brains Trainer, Skillz, NeuroNation y Apalabrados. 2.Sitios web Lumosity: https://www.lumosity.com/es/</p>

-
- | | | |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Reducción de síntomas conductuales. | mejorar esta capacidad. Preferentemente sesiones de 30 minutos al día, 5 veces por semana. | Mementia:
https://cognitivaunidadmemoria.com/servicios/mementia/ |
|---|--|--|
-

Link de guía didáctica:

https://www.canva.com/design/DAGMd0zs6Uo/61k287dNeX5YG6Z6tSHhUg/edit?utm_content=DAGMd0zs6Uo&utm_campaign=designshare&utm_medium=link2&utm_source=sharebutton

8. Discusión

En esta revisión sistemática el objetivo principal se centró en describir la evidencia científica de los tratamientos no farmacológicos (TNF) empleados en la demencia, de los cuales se ha podido determinar que los TNF con resultados más significativos son los de Bossers et al. (2015), con la actividad física (AF); Briones et al. (2021) y Parra et al. (2021), con terapia asistida por animales (TAA); Kim, (2018), con musicoterapia (MT); Goto et al. (2018) y White et al. (2017), con terapia hortícola (TH) y; Moon y Park, (2020) y Laver et al. (2020), con tecnologías de la información y la comunicación (TIC). Cabe destacar que en todos los estudios revisados se puede constatar una aplicación rigurosa de los TNF, haciendo referencia al número de sesiones, tiempo de aplicación del tratamiento, seguimiento y evaluación de los resultados.

Estos hallazgos se sustentan en estudios previos que han demostrado la evidencia científica de los TNF antes mencionados. Como la investigación de Ngandu et al. (2015), respecto a la AF; la investigación de Menna et al. (2016), sobre la TAA; la investigación de Pongan et al. (2017) haciendo referencia a MT; la investigación de Zhao et al. (2020), sobre TH; y finalmente Cho et al. (2023) respecto a las TIC.

En esta misma línea, el estudio de metaanálisis realizado por Sikkes et al. (2020), demuestra que los TNF que mayor aplicación en la demencia son rehabilitación cognitiva, terapia de estimulación cognitiva, tratamientos nutricionales, entrenamiento físico, meditación, terapia de reminiscencia, tratamientos a base de música, tratamientos multisensoriales y terapia ocupacional. Además, Oliveira et al. (2015) en su estudio, evidencia la eficacia de los mismos TNF, a las que además incluye actividades como la aromaterapia, terapia con luz, terapia táctil, y actividades combinadas, terapias que no constan en este estudio al no contar con suficiente información sobre la aplicación de las mismas.

La eficacia de los TNF ha quedado evidenciada en las distintas investigaciones encontradas, siendo que, la aplicación de terapias basadas en la AF, de acuerdo a Bossers et al. (2015), evidenció una mejoría en la función cognitiva tras su aplicación. Este resultado es compatible con el estudio realizado por Ngandu et al. (2015) y el de Karssemeijer et al. (2017) en donde se determina que la realización de actividad física mejora la función cognitiva en pacientes con diagnóstico de demencia.

En lo que respecta a las TAA de acuerdo a Briones et al. (2021) en su estudio muestra resultados significativos en los pacientes, haciendo énfasis en los aspectos afectivos. Datos similares reporta el estudio de Menna et al. (2016) y el de Zafra et al. (2019) en el cual se pudo determinar que los aspectos afectivos y la apatía mejoraron luego de la intervención.

Por otro lado, haciendo referencia a la MT, el estudio de Kim (2018) muestra en sus resultados un aumento significativo en la calidad de vida. Un dato similar fue encontrado en el estudio de Pongan et al. (2017) en el cual la calidad de vida mejoró significativamente. En contraparte, en la revisión sistemática realizada por Gómez et al. (2017) demostró que la MT mejora la conducta, ansiedad y agitación de los pacientes.

Haciendo mención a la TH, el estudio de White et al. (2017) muestra un aumento significativo del estado del ánimo de los pacientes con demencia. Este resultado se asemeja con el estudio de Zhao et al. (2020) en donde, el empleo de la TH en pacientes, demostró que el estado de ánimo-emociones positivas de los pacientes mejoró.

Las TICS por su parte, en el estudio de Moon y Park, (2020) muestran una disminución significativa de la depresión mientras que el estudio de Laver et al., (2020), muestra una disminución significativa de los síntomas conductuales de la demencia. Estos resultados se asemejan con el estudio de Cho et al. (2023) en donde, el empleo de las TIC evidencia una disminución de la depresión y de los síntomas conductuales en personas con diagnóstico de demencia. Igualmente, el estudio realizado por Cho et al. (2024), que luego de la aplicación del programa, los síntomas conductuales y psicológicos disminuyeron significativamente.

Es importante mencionar que la terapia de estimulación cognitiva en esta presente investigación, no tuvo mayor número de artículos y resultados más significativos en comparación con los otros TNF, debido a que, en la búsqueda de artículos, existían pocos que cumplían los criterios de inclusión, principalmente respecto al año de publicación,

9. Conclusiones

El presente trabajo de integración curricular ha explorado varios estudios científicos sobre ensayo clínicos que brindan información y datos relevantes sobre la investigación, abarcando y brindando datos estadísticos los cuales permitieron dar respuestas a los objetivos planteados. Por lo que, en base a los resultados se puede determinar las siguientes conclusiones:

Se estableció la evidencia científica del tratamiento no farmacológico (TNF) en la demencia, en el cual se determinó que, de los 18 artículos seleccionados para el desarrollo de la presente investigación, 8 artículos mostraron resultados más significativos dentro de sus investigaciones. Los TNF que obtuvieron resultados más significativos son: actividad física, terapia asistida por animales, musicoterapia, horticultura y tecnologías de la información y la comunicación.

De los estudios analizados, los TNF de mayor aplicación en la demencia, de acuerdo al número de artículos investigados, tres (16.66%) son de actividad física, cuatro artículos (22.22%) de terapia asistida por animales, dos artículos (11.11%) de musicoterapia, dos artículos (11.11%) de estimulación cognitiva, tres artículos (16.66%) de terapia hortícola y cuatro artículos (22.22%) de tecnologías de la información y comunicación. Por lo tanto, estas terapias son las que cuentan con mayor evidencia científica en el tratamiento de la demencia.

Se determinó que los TNF más eficaces en la demencia son: la actividad física ($p=0,001$) con el estudio de Bossers et al. (2015) en el que el grupo de estudio evidenció mejoría en la función cognitiva; terapia asistida por animales con los estudios de Briones et al. (2021) ($p=0,001$) y Parra et al. (2021) ($p=0,000$) Evidenció que su aplicación en mejor los aspectos afectivos de los pacientes; la musicoterapia, con el estudio de Kim (2018) ($p=0.001$) mejoró la calidad de vida de los participantes de forma significativamente; en la terapia hortícola, con los estudios de Goto et al. (2018) ($p < 0.001$) y White et al. (2017) ($p < 0,001$) los participantes evidenciaron un aumento del estado de ánimo; y finalmente, las tecnologías de la información y la comunicación, con los trabajos de Moon y Park, (2020) ($p= 0.001$) y Laver et al. (2020) ($p=0.001$), evidenciaron eficacia en la disminución de la depresión y de los síntomas conductuales de la demencia.

Finalmente, se diseñó una guía informativa sobre los tipos de tratamientos no farmacológicos de mayor aplicación en la demencia, en la cual se brinda información importante, relevante y actualizada sobre la demencia, y formas de intervención que se pueden aplicar a las personas aquejadas de esta patología. Esta guía puede ser de gran utilidad para orientar a los profesionales y cuidadores a la toma de decisiones para la intervención no farmacológica más adecuada para el paciente.

10. Recomendaciones

Se recomienda ampliar la presente línea de investigación, actualizando y analizando la eficacia de los tratamientos no farmacológicos (TNF), debido al creciente cambio demográfico que implica sin duda un incremento de personas adultas mayores, pero a la par, un aumento de casos demencia.

Se sugiere a los profesionales de la salud, sobre todo aquellos que se desempeñan en el ámbito gerontológico, potenciar la aplicación de los TNF en la demencia, los cuales han demostrado eficacia en el manejo de la misma, y que formen parte del tratamiento integral de estos pacientes.

Se recomienda la especialización de los profesionales o la capacitación de los paraprofesionales (cuidadores formales y no formales) en los distintos tipos de Terapias No Farmacológicas, ya que, al demostrarse su importancia y eficacia, es imperativa su aplicación en el ámbito gerontológico y clínico.

Se plantea la importancia de generar proyectos comunitarios que busquen brindar atención integral a adultos mayores, sobre todo, a aquellos que padecen cualquier tipo de demencia y en los que se incluyan los diversas TNF para paliar y retrasar el deterioro cognitivo, emocional y físico que conlleva el envejecimiento, mejorando el bienestar y calidad de vida de esta población.

Además, se recomienda realizar futuras investigaciones a nivel latinoamericano, nacional o local, de la aplicación de los TNF con el fin de conocer cuáles son los TNF de mayor aplicación en el contexto local y si han demostrado eficacia o resultados significativos.

Se sugiere que se desarrollen nuevas investigaciones que actualicen los beneficios de la terapia de estimulación cognitiva, para rectificar estos mismos. Ya que, varios de los estudios se han desarrollado hacía varios años, por lo que sería necesario que esta terapia y los investigadores actualicen los estudios periódicamente.

Finalmente, se sugiere la difusión de la Guía de TNF que se ha diseñado como parte del Proyecto de Integración Curricular con el objetivo de brindar información relevante a los profesionales de la salud, principalmente del ámbito gerontológico, así como a cuidadores,

familiares y población en general sobre los TNF que han demostrado ser más eficaces en el manejo de la demencia.

11. Bibliografía

- Acosta, C., y González-Celis, A. (2010). Actividades de la vida diaria en adultos mayores: la experiencia de dos grupos focales. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*, 15(2), 393-401.
- Alemán, S., Montero, C., Díaz, E., y Jarro, C. (2022). Enfermedad de parkinson. Diagnóstico y tratamiento. *Revista científica mundo de la investigación y el conocimiento*, 250-266. [https://doi.org/10.26820/recimundo/6.\(2\).abr.2022.250-266](https://doi.org/10.26820/recimundo/6.(2).abr.2022.250-266)
- American Journal of Occupational Therapy. (2007). Centennial Vision and Executive Summary. *Revista estadounidense de terapia ocupacional*, 61, 613-614. <https://doi.org/https://doi.org/10.5014/ajot.61.6.613>
- Association, A. P. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. Editorial médica panamericana.
- Babativa, C. (2017). *Investigación cuantitativa*. Areandino.
- Barrera, F., López, E., Hurtado, N., Maple, I., López, M., y Murillo, L. (2018). Diagnóstico Actual de la Enfermedad de Alzheimer. *Revista de Medicina Clínica*, 2(2).
- Borella, E., Melendugno, A., Meneghetti, C., Murrioni, V., Carbone, E., Goldin, G., . . . Pazzaglia. (2023). Effects of an outdoor horticultural activities program on cognitive and behavioral functioning, mood, and perceived quality of life in people with dementia: a pilot study. *Sec. Environmental Psychology*, 14. <https://doi.org/https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1182136>
- Bossers, W., Van der Woude, L., Boersma, F., Hortobágyi, T., Scherder, E., y Van Heuvelen, M. (2015). A 9-Week Aerobic and Strength Training Program Improves Cognitive and Motor Function in Patients with Dementia: A Randomized, Controlled Trial. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(11), 1106-1116. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jagp.2014.12.191>
- Briones, M., Pardo, I., y Escribano, F. (2021). Effectiveness of a Dog-Assisted Therapy Program to Enhance Quality of Life in Institutionalized Dementia Patients. *Clin Nurs Res*, 30(1), 89-97. <https://doi.org/10.1177/1054773819867250>
- Calle, M. (2006). Demencia con cuerpos de Lewy: diagnóstico, clínica y tratamiento. *Medicina de Familia. SEMERGEN*, 167-171.
- Campos, G., y Lule, N. (2012). La observación, un método para el estudio de la realidad. *Revista Xihmai*, 7(13), 45-60.
- Carbone, E., Piras, F., Pastore, M., y Borella, E. (2022). The Role of Individual Characteristics in Predicting Short- and Long-Term Cognitive and Psychological Benefits of Cognitive

- Stimulation Therapy for Mild-to-Moderate Dementia . *Front Aging Neurosci.*
<https://doi.org/10.3389/fnagi.2021.811127>
- Cho, E., Shin, J., Seok, J., Lee, H., Lee, K., Jang, J., . . . Kang, B. (2022). La eficacia de las intervenciones no farmacológicas utilizando tecnologías de la información y la comunicación para los síntomas conductuales y psicológicos de la demencia: Revisión sistemática y metaanálisis. *Revista Internacional de Estudios de Enfermería*, 138.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104392>
- Cho, E., Yang, M., Jang, J., Cho, J., Kang, B., Jang, Y., y Kim, J. (2024). A mobile app to predict and manage behavioral and psychological symptoms of dementia: Development, usability, and users' acceptability . *Digit Health*, 30(10).
<https://doi.org/10.1177/20552076241249277>
- Cintra, O., y Balboa, Y. (2011). La actividad física: un aporte para la salud . *Educación física y deportes*, 16(159).
- Cruzado, L., Custodio, N. M., y Lanata, S. (2021). Demencia frontotemporal – variante conductual como diagnóstico diferencial de trastornos psiquiátricos primarios. *Revista Neuropsiquiátrica*, 183-204. [https://doi.org/ https://doi.org/10.20453/rnp.v84i3.4035](https://doi.org/https://doi.org/10.20453/rnp.v84i3.4035)
- Cuevas, J., Campayo, A., Haro, J., Guerrero, A., y Lobo, A. (2016). Parkinsonismo, depresión y demencia: una tríada asoladora que debe investigarse. *Psicogeriatría*, 6(2), 39-49.
- Custodio, N., Alva-Díaz, C., Becerra-Becerra, Y., Montesinos, R., Lira, D., Herrera-Pérez, E., . . . ValerianoLorenzo, E. (2016). Rendimiento en pruebas cognitivas breves, de adultos mayores con demencia en estadios avanzados, residentes de una comunidad urbana de Lima, Perú. *Revista Peruana de medicina experimental y salud pública*, 33(4), 662-669.
- Davison, T., Nayer, K., Coxon, S., Bono, A., Eppinstall, B., Jeon, Y., . . . Connor, D. (2015). A personalized multimedia device to treat agitated behavior and improve mood in people with dementia: A pilot study. *Geriatr Nurs*, 37(1), 9-25.
<https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2015.08.013>
- Demey, I., y Allegri, R. (2008). Demencia en la enfermedad de parkinson y demencia por cuerpos de lewy. *Revista Neurológica Argentina*, 33, 3-21.
- Fontán, L. (2012). La enfermedad de Alzheimer: elementos para el diagnóstico y manejo clínico en el consultorio. *Biomedicina*, 34-43.
- Ghedina, R., Martín-casas, P., Mozo, J., y Polanco, R. (2021). Actualización y aproximación clínica a los modelos teóricos de la apraxia de extremidades. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, 30(3), 59-67. <https://doi.org/10.46997/revecuatneurol30300059>
- Gómez, C., y Pérez, C. (2019). DEMENCIA FRONTOTEMPORAL: PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN AFASIA PROGRESIVA PRIMARIA FLUENTE. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1.

- Gómez, M., Jiménez, M., Rodríguez, J., Flores, A., Garrido, E., y González, M. (2017). Benefits of music therapy on behaviour disorders in subjects diagnosed with dementia: a systematic review . *Neurologia*, 32(4), 253-263.
<https://doi.org/10.1016/j.nrl.2014.11.001>.
- Gómez-Virgilio, L., Reyes-Gutiérrez, G., Silva-Lucero, M., López-Toledo, G., y Cárdenas-Aguayo, M. (2022). Etiología, factores de riesgo, tratamientos y situación actual de la enfermedad de Alzheimer en México. *Gaceta Médica de México*, 244-251.
<https://doi.org/10.24875/GMM.22000023>
- Goto, S., Shen, X., Sun, M., Hamano, Y., y Herrup, K. (2018). The Positive Effects of Viewing Gardens for Persons with Dementia. *Journal of Alzheimer's Disease*, 20.
<https://doi.org/10.3233/JAD-170510>
- Granadillo, J., y Zarante, I. (2008). Genética de la demencia frontotemporal. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37(1), 95-113.
- Haider, A., Spurling, B., y Sánchez, J. (2023). *National Library of Medicine*.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482441/>
- Henskens, M., Nauta, I., Eekeren, M., y Scherder, E. (2018). Effects of Physical Activity in Nursing Home Residents with Dementia: A Randomized Controlled Trial . *Dement Geriatr Cogn Disord*, 46(1-2), 60-80. <https://doi.org/10.1159/000491818>
- Herrera, C. (2017). Horticultura como medio de intervención: una mirada ecológica desde la terapia ocupacional. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 17(2), 169-174.
- Hung, M., Flowerdew, R., Parker, M., Fachner, J., y Odell-Miller, H. (2015). Individual music therapy for managing neuropsychiatric symptoms for people with dementia and their carers: a cluster randomised controlled feasibility study. *BMC Geriatr* . <https://doi.org/10.1186/s12877-015-0082-4>
- Jameson, J., Fauci, A., Kasper, D., Hauser, S., Longo, D., y Loscalzo, J. (2018). *Harrison. Principios de Medicina Interna*. McGraw-Hill Education.
- Jurado, M., Mataró, M., y Pueyo, R. (2013). *Neuropsicología de las enfermedades neurodegenerativas*. SÍNTESIS S. A.
- Kalaria, R. (2018). Patología y fisiopatología de la demencia vascular. *Neurofarmacología*, 134, 226-239. <https://doi.org/10.1016/j.neuropharm.2017.12.030>
- Karssemeijer, E., Aaronson, J., Bossers, W., Smits, T., Olde, M., y Kessels, R. (2017). Positive effects of combined cognitive and physical exercise training on cognitive function in older adults with mild cognitive impairment or dementia: A meta-analysis. *Ageing Research Reviews*, 40, 75-83. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2017.09.003>
- Karssemeijer, E., Bossers, W., Aaronson, J., Sanders, L., Kessels, R., y Olde, M. (2019). Exergaming as a Physical Exercise Strategy Reduces Frailty in People With Dementia: A

- Randomized Controlled Trial . *J Am Med Dir Assoc*, 20(12), 1502-1508.
<https://doi.org/10.1016/j.jamda.2019.06.026>.
- Kasper, D., Fauci, A., Hauser, S., Longo, D., Jameson, J., y Loscalzo, J. (2016). *Harrison. Principios de Medicina Interna*. Mc Graw Hill Education.
- Kaur, H., Schneider, J., y Orrell, M. (2021). The Role of Individual Characteristics in Predicting Short- and Long-Term Cognitive and Psychological Benefits of Cognitive Stimulation Therapy for Mild-to-Moderate Dementia . *Clin Interv Aging*, 22(16), 2079-2094.
<https://doi.org/10.2147/CIA.S323994>
- Kim, H. (2018). The Effects of Music Therapy-Singing Group on Quality of Life and Affect of Persons With Dementia: A Randomized Controlled Trial. *Front Med*, 5.
<https://doi.org/10.3389/fmed.2018.00279>
- Larrea, L., y Tutiven, T. (2021). Tecnología de la información y comunicación en la enseñanza del derecho. *Revista de ciencias sociales y humanas*, 3(3), 162-181.
<https://doi.org/https://doi.org/10.47606/ACVEN/PH0064>
- Laver, K., Liu, E., Clemson, L., Gray, L., Gitlin, L., y Crotty, M. (2020). Does Telehealth Delivery of a Dyadic Dementia Care Program Provide a Noninferior Alternative to Face-To-Face Delivery of the Same Program? A Randomized, Controlled Trial. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(6), 673-682.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.02.009>
- Llibre, J. d., Gutiérrez, R., y Guerra, M. (2022). Enfermedad de Alzheimer: actualización en su prevención, diagnóstico y tratamiento. *Revista Habanera de ciencias médicas*, 21(3).
- López, M., Vicario, L., Brölen, V., Martín, C., y Valverde, V. (2018). Demencia por infarto estratégico. *Congreso de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología*, 53.
<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.341>
- Manso, C., y Fernández, V. (2015). Demencia por cuerpos de Lewy y enfermedad de Alzheimer: diferencias atencionales. *Psicogereatria*, 63-66.
- Manterola, C., Hernández-Leal, M., Otzen, T., Espinosa, M., y Grande, L. (2023). Estudios de Corte Transversal. Un Diseño de Investigación a Considerar en Ciencias Morfológicas. *International Journal of Morphology*, 41(1), 146-155.
- McKeith, I., Boeve, B., Dickson, D., Halliday, G., Taylor, J., Weintraub, D., . . . Bonani, L. (2017). Diagnóstico y manejo de la demencia con cuerpos de Lewy. *American Academy of Neurology*, 88-100. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000004058>
- McKhann, G., Knopman, D., Chertkow, H., Hyman, B., Jack, C., Kawas, C., . . . Phelps, C. (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. *Alzheimers Dement*. *Alzheimers Dement*, 263-269.
<https://doi.org/10.1016/j.jalz.2011.03.005>.

- Mejía, J., Mero, L., Apolinario, J., y Guillen, M. (2021). Relación entre alteraciones cognitivas y depresión en pacientes con alzhéimer en Ecuador . *Revista Ecuatoriana de Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud Pública*, 5(2).
<https://doi.org/https://doi.org/10.31790/inspilip.v5i2.38>
- Ministerio de Salud Pública . (agosto de 2022). *Ministerio de Salud Pública* .
 file:///C:/Users/Usuario/Downloads/REGLAMENTO%2000005-2022-JUL-29.-COMIT%20C3%89%20DE%20%20C3%89TICA.pdf
- Ministerio de Salud Pública. (2022). *Ministerio de Salud Pública*.
<https://www.inclusion.gob.ec/mies-realiza-foro-de-sensibilizacion-sobre-la-demencia-en-adultos-mayores-como-prioridad-para-la-salud-publica/>
- Moniz-Cook, E., Vernooij-Dassen, M., Woods, B., y Orrell, M. (2011). Intervenciones psicosociales en la investigación sobre el cuidado de la demencia: El manifiesto de INTERDEM. *Aging & Mental Health*, 15, 283-290.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1080/13607863.2010.543665>
- Moon, S., y Park, K. (2020). The effect of digital reminiscence therapy on people with dementia: a pilot randomized controlled trial. *BMC Geriatrics* , 20.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12877-020-01563-2>
- Moreno, C., Mimenza, A., Aguilar, S., Alvarado, P., Gutiérrez, L., Juárez, S., y Avila, J. (2015). Factores asociados a la demencia mixta en comparación con demencia tipo Alzheimer en adultos mayores mexicanos. *Sociedad Española de Neurología*, 309-315.
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.nrl.2015.12.006>
- Muñoz, D. (2018). La estimulación cognitiva como estrategia para la atención psicogerontológica a los adultos mayores con demencia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 44(3), 1-8.
- Organización Mundial de la Salud. (1995). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud*. Organización Panamericana de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2023). *Organización Mundial de la Salud*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- Organización Panamericana de la Salud. (2023). *Organización Panamericana de la Salud*.
<https://www.paho.org/es/temas/demencia>
- Órgano Colegiado Superior. (febrero de 2023). *Universidad Nacional de Loja*.
<https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://unl.edu.ec/sites/default/files/gaceta/anexo/2023-03/REGLAMENTO%2520DEL%2520COMIT%25C3%2589%2520DE%2520%25C3%2589TICA%2520DE%2520INVESTIGACI%25C3%2593N%2520EN%2520SERES%2520HUMANOS%2>

- Page, M., McKensie, J., Bossuyt, P., Boutron, I., Hoffmann, T., Mulrow, C., . . . Lalu, M. (2021). Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Revista Española de Cardiología*, 74(9), 790-799. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.recesp.2021.06.016>
- Parra, E., Hernández, J., y Echevarría, P. (2022). Impact of Dog-Assisted Therapy for Institutionalized Patients With Dementia: A Controlled Clinical Trial . *Altern Ther Health Med*, 28(1), 26-31. <https://doi.org/34197338>.
- Peña, I. (2011). Terapia hortícola-horticultura educativa social y terapéutica. *Autonomía personal*(4), 32-41.
- Peñaherrera-Oviedo, C., Moreno-Zambrano, D., y Duarte-Martínez, M. (2014). Concepto de la Demencia Como Enfermedad en un Grupo Poblacional de la Ciudad de Guayaquil. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, 23(1-3), 29-33.
- Petersen, S., Houston, S., Qin, H., Tague, C., y Studley, J. (2017). The Utilization of Robotic Pets in Dementia Care. *J Alzheimers Dis.*, 55(2), 569-574. <https://doi.org/10.3233/JAD-160703>
- Pichot, P., López-Ibor, J., y Valdés, M. (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. MASSON, S.A.
- Poch, S. (2001). Importancia de la musicoterapia en el área emocional del ser humano. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 42, 99-113.
- Pulgarin, N., y Orozco, J. (2016). Terapia asistida con animales: aproximación conceptual a los beneficios del vínculo humano – animal. *Reflexión*, 8(2), 221-228.
- Ramos, P., y Yubero, R. (2016). Tratamiento no farmacológico del deterioro cognitivo. *Revista española de geriatría y gerontología: Órgano oficial de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología*, 51(1), 12-21.
- Rodríguez, I., Oliva, J., Cueli, S., Carrizales, J., Chi, E., y Jiménez, M. (2018). demencia frontotemporal: revisión y nuestro punto de vista. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 20-31. <https://doi.org/10.24875/RMN.M18000011>
- Rojo, A., Ayuso, L., y García, M. G. (2019). Otras demencias degenerativas. Demencia con cuerpos de Lewy, demencia en la enfermedad de Parkinson, demencia frontotemporal y demencia vascular. *Medicine. Programa de Formación Médica Continuada*, 4329-4337. <https://doi.org/doi:10.1016/j.med.2019.03.013>
- Román, G., Erkinjuntti, T., Wallin, A., Pantoni, L., y Chui, E. (2002). Demencia vascular isquémica subcortical. *The Lancet*, 426-436. [https://doi.org/10.1016/s1474-4422\(02\)00190-4](https://doi.org/10.1016/s1474-4422(02)00190-4).
- Sánchez, E. (2008). Las tecnologías de información y comunicación desde una perspectiva social. *Revista electrónica Educare*, 12, 155-162.

- Sautter, S., Ord, A., Azher, A., Chidester, A., y Aravich, P. (2021). Benefits of Computer Engagement in Older Adults with Dementia. *Gerontol Geriatr Med.*, 7. <https://doi.org/10.1177/2333721421992996>
- Sikkas, S., Tang, Y., Jutten, R., Wesseelman, L., Turkstra, L., Brodaty, H., . . . Holland, T. (2021). Toward a theory-based specification of non-pharmacological treatments in aging and dementia: Focused reviews and methodological recommendations. *Alzheimers Dement.* <https://doi.org/10.1002/alz.12188>
- Tellechea, P., Pujol, N., Esteve-Belloch, P., Echeveste, B., García-Eulate, M., Arbizu, J., y Riverol, M. (2018). Enfermedad de Alzheimer de inicio precoz y de inicio tardío: ¿son la misma entidad? *Neurología*, 33, 244-253. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.nrl.2015.08.002>
- Tolosa, E., Garrido, A., Scholz, S., y Poewe, W. (2021). Challenges in the diagnosis of Parkinson's disease. *Lancet Neurol*, 385-397. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(21\)00030-2](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(21)00030-2).
- Villalba, S., y Espert, R. (2014). Estimulación cognitiva: una revisión neuropsicológica. *Terapeia*, 6, 73-93.
- Viloria, A. (2011). La enfermedad de Alzheimer antes de la demencia. Beneficios del diagnóstico precoz. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 47-54.
- White, P., Wyatt, J., Chalfont, . G., Bland, M., Neale, C., Trepel, D., y Graham, H. (2017). Exposure to nature gardens has time-dependent associations with mood improvements for people with mid- and late-stage dementia: Innovative practice. *SAGE*, 1-8. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1177/1471301217723772>
- Zafra, J., Pacheco, K., Andree, W., y Taype, A. (2019). Effects of dog-assisted therapy in adults with dementia: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-018-2009-z>

12. Anexos

Anexo 1. Base de datos de ensayos clínicos analizados

Nro	Referencia	Título	Tipo de estudio	Muestra	Metodología	Resultados
Actividad física						
1	(Karssemeijer et al., 2019) Nimega, Países Bajos.	Exergaming as a Physical Exercise Strategy Reduces Frailty in People With Dementia: A Randomized Controlled Trial	Ensayo controlado aleatorizado	115 personas con demencia, con una edad promedio de 79,2 años.	El estudio desarrolló 3 grupos de intervención: entrenamiento de exergame, entrenamiento aeróbico y entrenamiento de control activo. Se utilizó el índice de fragilidad de la evaluación de la actividad física (EFIP) para evaluar el nivel de fragilidad al inicio y después del período de intervención durante 12 semanas.	Reducción significativa del índice de fragilidad de la evaluación de la actividad física (EFIP) en el grupo de exergame ($p = 0,055$).
2	(Henskens et al., 2018) Holanda	Effects of Physical Activity in Nursing Home Residents with Dementia: A Randomized Controlled Trial	Ensayo controlado aleatorizado	87 residentes de residencias de ancianos con demencia mayores de 65 años	Los residentes fueron asignados al azar a 3 intervenciones de actividad física: actividades de entrenamiento de la vida diaria (ADL), entrenamiento de ejercicio multicomponente, o ejercicio multicomponente combinado con entrenamiento ADL. Estas	El entrenamiento de actividades de la vida diaria (ADL) benefició a las funciones ejecutivas, resistencia física y depresión entre los hombres ($p=0.01$). El entrenamiento del ejercicio multicomponente mejoró la fuerza de

					<p>intervenciones se desarrollaron durante un periodo de seis meses. En la intervención ADL el personal de enfermería estimuló a los participantes a realizar su autocuidado diario y actividades de la manera más independiente a lo largo del día. Las sesiones de ejercicios multicomponentes, consistieron en sesiones alternas de fuerza y aeróbicas.</p>	<p>agarre de los participantes ($p=0.03$). Los participantes que recibieron el entrenamiento combinado tuvieron síntomas significativamente menos depresivos ($p=0.04$), benefició a la movilidad funcional ($p=0.04$) y su resistencia física mejoró ($p=0.04$).</p>
3	(Bossers et al., 2015) Países bajos	A 9-Week Aerobic and Strength Training Program Improves Cognitive and Motor Function in Patients with Dementia: A Randomized, Controlled Trial	Ensayo controlado aleatorizado	109 pacientes con demencia de una residencia, con una edad promedio de 85,5 años.	<p>Los residentes fueron asignados al azar a 3 grupos. Un grupo combinado ($N = 37$) recibió y completó dos sesiones de fuerza y dos sesiones de ejercicio aeróbico (caminata), un grupo aeróbico ($N = 36$) completó cuatro sesiones, y un grupo social ($N = 36$) completó cuatro visitas sociales por semana. Durante 9 semanas de intervención.</p>	<p>El grupo combinado mejoró en comparación con el grupo social en la función cognitiva global ($p<0,001$), memoria visual ($p<0,001$), memoria verbal ($p=0.03$) y función ejecutiva ($p<0,001$). El grupo aeróbico frente al social sólo difiere a favor del grupo aeróbico en la función ejecutiva ($p = 0,021$). El grupo combinado mejoró en comparación</p>

						<p>con el grupo social en la resistencia al caminar ($p=0.04$), la fuerza muscular de las piernas ($p < 0,001$) y el equilibrio ($p=0.02$). El grupo combinado obtuvo puntuaciones más altas que el grupo aeróbico en resistencia al caminar ($p=0.04$) y fuerza muscular en las piernas ($p=0.001$). En el grupo combinado, se encontraron efectos significativos sobre la resistencia al caminar ($p=0.040$), la fuerza de las piernas ($p=0.036$) y el equilibrio ($p=0.021$).</p>
Terapia asistida por animales						
4	(Parra et al., 2022) España	Impact of Dog-Assisted Therapy for Institutionalized Patients With Dementia: A Controlled Clinical Trial	Ensayo clínico controlado	21 residentes que llevaban más de un año viviendo en la residencia, tenían más de 65 años y tenían síntomas asociados a la demencia.	. Los participantes fueron divididos en tres grupos: control, intervención y grupo sano. Los grupos de intervención y sano asistieron al DAT (terapia asistida por perros) además de a las terapias habituales del centro, que eran terapia ocupacional y fisioterapia, con una frecuencia diaria. El grupo	Se produjeron cambios significativos entre el inicio y el final de la intervención para el grupo de intervención en las áreas cognitiva y emocional, con $P < 0,011$ y $P < 0,005$, respectivamente. También se observaron diferencias significativas en ese

					de control no asistió a la DAT, pero sí a las terapias habituales del centro. La intervención se desarrolló durante un periodo de seis meses, con una sesión de 45 minutos por semana.	periodo para el grupo sano en las áreas cognitiva, emocional y conductual, con $P < 0,003$, $P < 0,008$ y $P < 0,003$, respectivamente. Se observaron diferencias significativas entre el grupo de intervención y el grupo de control en las áreas conductual, emocional y cognitiva, con $P < 0,037$, $P < 0,011$ y $P < 0,026$, respectivamente.
5	(Parra et al., 2021) España	Benefits of Dog-Assisted Therapy in Patients with Dementia Residing in Aged Care Centers in Spain	Ensayo clínico controlado aleatorizado	Residentes mayores de 65 años con demencia, residiendo en España ($n = 334$). Grupo Control: $n=185$ Grupo Experimental: $n=186$	Para el grupo experimental el programa consistió en sesiones semanales de 45 min, realizadas en grupos de 10 personas más el perro y el manejador del programa, durante un período de 8 meses.	Los resultados muestran mejoras significativas en el grupo experimental frente al grupo control en los aspectos afectivos ($T1 = p 0,000$; $T2 = p 0,000$) y conductuales ($T1 = p 0,005$; $T2 = p 0,000$), mostrando mayor progreso en el aspecto afectivo los participantes con trastornos depresivos ($p = 0. 022$) o de ansiedad ($p = 0,000$), con periodos de

						institucionalización más cortos ($p = 0,004$), y aquellos sometidos a psicoterapia complementaria ($p = 0,033$) o terapia alternativa ($p = 0,011$). *T: análisis en un determinado momento de la intervención
6	(Briones et al., 2021) España	Effectiveness of a Dog-Assisted Therapy Program to Enhance Quality of Life in Institutionalized Dementia Patients	Estudio experimental	34 residentes mayores de 65 años con demencia. Los cuales fueron asignados a dos grupos, intervención ($n=16$) y control ($n=18$).	Los participantes del grupo de intervención recibieron una sesión semanal de 50 minutos de terapia asistida por perros dirigida por el encargado. En el grupo de control, los participantes recibieron tratamiento, atención y servicios como de costumbre.	La calidad de vida mejoró con el tiempo ($p=0.001$).
7	(Petersen et al., 2017)	The Utilization of Robotic Pets in Dementia Care	Estudio aleatorizado	61 pacientes con una edad media de 83,4 años	Los participantes fueron aleatorizados en los grupos de control y experimental, durante un periodo de 3 meses. Los participantes del grupo experimental estuvieron expuestos al tratamiento con la mascota robótica PARO una vez al día durante tres días a la semana. Cada sesión duró 20 minutos y las sesiones	La escala para la ansiedad en la demencia (RAID) ($p=0.070$), la Escala de Cornell para la Depresión en Demencia (CSDD) ($p=0.054$), frecuencia de pulso ($p=0.439$), analgésicos ($p=0.639$) y medicación para el comportamiento($p=0.53$)

					continuaron durante tres meses.	7) disminuyeron en el grupo de tratamiento.
Musicoterapia						
8	(Kim, 2018) Nueva York	The Effects of Music Therapy-Singing Group on Quality of Life and Affect of Persons With Dementia: A Randomized Controlled Trial	Ensayo controlado aleatorizado	52 participantes, cuyas edades oscilan entre los 67 y los 99 años, fueron asignados al azar a uno de los tres grupos, de los cuales 37 participantes completaron las intervenciones	Los tres grupos hacen referencia a: musicoterapia-canto, musicoterapia y grupo control. Los participantes en cada grupo recibieron las actividades durante una sesión de 40 minutos dos veces por semana durante cuatro semanas consecutivas. El grupo de musicoterapia-canto, ejecutó el programa con 8 sesiones empleando un teclado y hojas con las letras de las canciones. El grupo de musicoterapia, ejecutó el programa con 8 sesiones, este grupo se dedicó a escuchar música de un CD (las mismas que fueron empleadas en el grupo de musicoterapia-canto). El grupo de control, ejecutó el programa con 8 sesiones, este grupo se dedicó a observar un programa de comedia, con una duración similar a los	El grupo de musicoterapia-canto mejora la calidad de vida significativamente de pre a post-test $p=0.001$.

					grupos experimentales. El efecto positivo y negativo se midió en tres puntos, incluyendo pre y post-test, en las primeras, cuarta y octavas intervenciones.	
9	(Hung et al., 2015) Reino Unido	Individual music therapy for managing neuropsychiatric symptoms for people with dementia and their carers: a cluster randomised controlled feasibility study	Estudio experimental	17 residentes con demencia del hogar de atención de mayores de 40 años fueron aleatorizados al grupo de intervención de musicoterapia o al grupo de control.	Los participantes en el grupo de intervención recibieron musicoterapia activa una vez a la semana, además de atención estándar, durante un período de 5 meses.	Los residentes que recibieron musicoterapia mejoraron los síntomas neuropsiquiátricos ($p = 0,006$) y aumentó nivel de bienestar ($p = 0,003$)
Estimulación cognitiva						
10	(Kaur et al., 2021) Inglaterra	An Individual Cognitive Stimulation Therapy App for People with Dementia and Carers: Results from a Feasibility Randomized Controlled Trial (RCT)	Ensayo controlado aleatorizado	60 participantes fueron aleatorizados en dos grupos, un grupo recibió de estimulación cognitiva n-30 y grupo de control n-30. Durante 11 semanas, en pacientes con demencia mayores de 50 años.	El grupo de estimulación cognitiva recibió el prototipo de la aplicación iCST durante 11 semanas. La aplicación consta de 21 actividades que incluyen una mezcla de características interactivas, similares a juegos, como estímulos audiovisuales, y preguntas de discusión. Todas las actividades fueron completadas	En pacientes con demencia hubo una mejora en la calidad de vida ($p = 0,006$).

					conjuntamente por la persona con demencia y el cuidador.	
11	(Carbone et al., 2022) Italia	The Role of Individual Characteristics in Predicting Short- and Long-Term Cognitive and Psychological Benefits of Cognitive Stimulation Therapy for Mild-to-Moderate Dementia	Ensayo controlado	123 participantes con demencia, mayores de 65 años.	Todos los participantes asistieron a 20 sesiones del programa de estimulación cognitiva durante un período de 23 semanas	El funcionamiento cognitivo general mejoró ($p=0.029$) Los participantes reportaron síntomas conductuales y neuropsiquiátricos menos frecuentes y menos graves ($p=0.01$).
Terapia hortícola						
12	(Borella et al., 2023) Italia	Effects of an outdoor horticultural activities program on cognitive and behavioral functioning, mood, and perceived quality of life in people with dementia: a pilot study	Estudio piloto	La muestra fue de 24 pacientes con demencia mayores de 65 años.	Los participantes se dividieron en tres grupos. Un grupo participó del programa de terapia hortícola (TG 1)($n=7$), otro grupo asistió al mismo programa de terapia hortícola con actividades extra de estimulación cognitiva (TG2)($n=8$) y el último grupo de control ($n=9$) el cual se unió a las actividades educativas típicas del centro. Todos	Los resultados mostraron síntomas conductuales y neuropsiquiátricos menos frecuentes y severos ($p=0.002$) y menos síntomas depresivos ($p=0.01$). Además, se mostró beneficios en el funcionamiento cognitivo general ($p=0.76$), y calidad de vida auto-reportada ($p=0.42$).

					los participantes asistieron a 14 sesiones.	
						*Para los resultados se ocupó la muestra completa TG1 y TG 2.
13	(Goto et al., 2018) Japón	The Positive Effects of Viewing Gardens for Persons with Dementia	Experiment al-observacion al	La muestra fue de 32 participantes con demencia que han sido pacientes institucionalizados durante 3 años, mayores de 90 años.	Para medir el impacto de observar los jardines (tradicionales japoneses) se midió en tres test. La primera consistió en observar la construcción del jardín. La segunda consistió en observar el jardín y la tercera, de igual manera observar el jardín, pero con la puerta de vidrio puesta. Todos los 3 test fueron realizados dos veces por semana con un tiempo de 15 minutos de observación, durante 6 meses.	La observación del jardín no sólo alivió el estrés fisiológico, sino que mejoró medidas cualitativas como la verbalización y la memoria ($p < 0.05$; $p < 0.01$; $p < 0.001$.) respectivamente.
14	(White et al., 2017) Reino Unido	Exposure to nature gardens has time-dependent	Estudio observacion al	28 participantes con demencia media-tardía mayores de 70 años.	Se tomaron en cuenta las 853 observaciones tomadas por los cuidadores.	Hubo un aumento significativo en la puntuación del estado de ánimo ($P < 0,001$)

		associations with mood improvements for people with mid- and late-stage dementia: Innovative practice				después de salir al exterior y observa la naturaleza. Las mejoras notables en el estado de ánimo se asociaron con un tiempo al aire libre de sólo 20 minutos de duración y los mayores beneficios se asociaron con un tiempo al aire libre de 80-90 minutos de duración.
Tecnologías de la información y comunicación						
15	(Davison et al., 2015) Australia	A personalized multimedia device to treat agitated behavior and improve mood in people with dementia: A pilot study.	Estudio piloto	La muestra fue de 16 residentes con diagnóstico de demencia mayores de 60 años.	Se utilizó el sistema llamado Memory Box, el cual utilizó un interfaz simplificado para ayudar a las personas con demencia a acceder al material de forma independiente (este material era individualizado, el cual fue proporcionado por la familia como música favorita, películas, mensajes y fotos). La duración del programa fue de 8 semanas, con 4 sesiones cada semana de 2 horas.	Las puntuaciones de las medidas de resultado se midieron antes y después de las exposiciones de Memory Box. Durante la condición Memory Box las puntuaciones de la Escala de Cornell para la Depresión en la Demencia descendieron de 5,7 a 3,5 ($p < 0,01$), mientras que las puntuaciones de la escala de para la Ansiedad en la Demencia descendieron de una media de 6,6 a 3,2 ($p < 0,05$).

16	(Moon y Park, 2020) Corea	The effect of digital reminiscence therapy on people with dementia: a pilot randomized controlled trial.	Estudio controlado aleatorizado	49 participantes con demencia en mujeres mayores de 65 años	Se desarrolló una aplicación de Android y contenido digital para terapia de reminiscencia digital. Con un grupo de intervención ($n = 25$) y cuentacuentos en un grupo de control ($n = 24$) sin materiales digitales. Se realizó la intervención durante 4 semanas, en 8 sesiones de 30 minutos cada una.	La depresión ($p = 0.001$) se redujo significativamente en T1 y T2 (Post intervención e intervención) y el compromiso ($p = 0.011$) se incrementó significativamente en la última sesión en el grupo digital en comparación con el grupo de control. Sin embargo, la cognición los síntomas conductuales y psicológicos de la demencia no fueron significativamente diferentes entre grupos y puntos de tiempo. *T: análisis en un determinado momento de la intervención
17	(Sautter et al., 2021) Estados Unidos	Benefits of Computer Engagement in Older Adults with Dementia.	Estudio piloto	28 participantes con demencia. De los 28 se dividió en dos grupos: Demencia avanzada: el grupo de control $n= 6$, grupo experimental	El Grupo Experimental tenía computadoras iN2L a sus lados las 24 horas del día, los 7 días de la semana durante 12 semanas. El programa se	En el estudio de demencia leve se encontraron mejoras confiables en la cognición y la depresión ($p=0.48$).

				<p>$n= 4$, con edad media de 93 años. Demencia leve: grupo de control $n= 10$, grupo experimental $n= 8$, con edad promedio de 87 años</p>	<p>desarrolló durante 1 hora al día, 5 horas a la semana. El sistema iN2L ofrece la oportunidad de personalizar las aplicaciones informáticas para mejorar la conexión social, facilitar el entretenimiento e implementar entrenamiento cognitivo a través de varios programas.</p>	
18	(Laver et al., 2020) Australia	Does Telehealth Delivery of a Dyadic Dementia Care Program Provide a Noninferior Alternative to Face-To-Face Delivery of the Same Program? A Randomized, Controlled Trial	Ensayo controlado aleatorizado	La muestra constituyó 63 participantes con demencia mayores de 70 años.	El programa fue programado para ser realizado en ocho consultas durante 16 semanas con cada sesión de aproximadamente 60 minutos. Estas sesiones en un inicio fueron domiciliarias para orientar al cuidador sobre el programa y posteriormente a través de la telesalud.	La intervención de telesalud reportó, una mayor reducción en el número de síntomas conductuales de la demencia ($p=0.001$) reportado por parte de los cuidadores.

Anexo 2. Checklist PRISMA 2020

Sección/tema	#	Ítem	Presente (Sí/No)
TÍTULO			
Título	1	Identificar la publicación como revisión sistemática, metaanálisis o ambos.	Sí
RESUMEN			
Resumen estructurado	2	Facilitar un resumen estructurado que incluya, según corresponda: antecedentes; objetivos; fuente de los datos; criterios de elegibilidad de los estudios, participantes e intervenciones; evaluación de los estudios y métodos de síntesis; resultados; limitaciones; conclusiones e implicaciones de los hallazgos principales; número de registro de la revisión sistemática.	Sí
INTRODUCCIÓN			
Justificación	3	Describir la justificación de la revisión en el contexto de lo que ya se conoce sobre el tema.	Sí
Objetivos	4	Plantear de forma explícita las preguntas que se desea contestar en relación con los participantes, las intervenciones, las comparaciones, los resultados y el diseño de los estudios (PICOS).	Sí
MÉTODOS			
Protocolo y registro	5	Indicar si existe un protocolo de revisión al se pueda acceder (por ejemplo, dirección web) y, si está disponible, la información sobre el registro, incluyendo su número de registro.	No
Criterios de elegibilidad	6	Especificar las características de los estudios (por ejemplo, PICOS, duración del seguimiento) y de las características (por ejemplo, años abarcados, idiomas o estatus de publicación) utilizadas como criterios de elegibilidad y su justificación.	Sí
Fuentes de información	7	Describir todas las fuentes de información (por ejemplo, bases de datos y períodos de búsqueda, contacto con los autores para identificar estudios adicionales, etc.) en la búsqueda y la fecha de la última búsqueda realizada.	Sí
Búsqueda	8	Presentar la estrategia completa de búsqueda electrónica en, al menos, una base de datos, incluyendo los límites utilizados de tal forma que pueda ser reproducible.	Sí
Selección de los estudios	9	Especificar el proceso de selección de los estudios (por ejemplo, el cribado y la elegibilidad incluidos en la revisión sistemática y, cuando sea pertinente, incluidos en el metaanálisis).	Sí
Proceso de recopilación de datos	10	Describir los métodos para la extracción de datos de las publicaciones (por ejemplo, formularios dirigidos, por duplicado y de forma independiente) y cualquier proceso para obtener y confirmar datos por parte de los investigadores.	Sí

Lista de datos	11	Listar y definir todas las variables para las que se buscaron datos (por ejemplo, PICOS fuente de financiación) y cualquier asunción y simplificación que se hayan hecho.	Sí
Riesgo de sesgo en los estudios individuales	12	Describir los métodos utilizados para evaluar el riesgo de sesgo en los estudios individuales (especificar si se realizó al nivel de los estudios o de los resultados) y cómo esta información se ha utilizado en la síntesis de datos.	Sí
Medidas de resumen	13	Especificar las principales medidas de resumen (por ejemplo, razón de riesgos o diferencia de medias).	Sí
Síntesis de resultados	14	Describir los métodos para manejar los datos y combinar resultados de los estudios, si se hiciera, incluyendo medidas de consistencia (por ejemplo, I ²) para cada metaanálisis.	No
Section/topic	#	Checklist item	Reported on page #
Riesgo de sesgo entre los estudios	15	Especificar cualquier evaluación del riesgo de sesgo que pueda afectar la evidencia acumulativa (por ejemplo, sesgo de publicación o comunicación selectiva).	Sí
Análisis adicionales	16	Describir los métodos adicionales de análisis (por ejemplo, análisis de sensibilidad o de subgrupos, metarregresión), si se hiciera, indicar cuáles fueron preespecificados.	No
RESULTADOS			
Selección de estudios	17	Facilitar el número de estudios cribados, evaluados para su elegibilidad e incluidos en la revisión, y detallar las razones para su exclusión en cada etapa, idealmente mediante un diagrama de flujo.	Sí
Características de los estudios	18	Para cada estudio presentar las características para las que se extrajeron los datos (por ejemplo, tamaño, PICOS y duración del seguimiento) y proporcionar las citas bibliográficas.	Sí
Riesgo de sesgo en los estudios	19	Presentar datos sobre el riesgo de sesgo en cada estudio y, si está disponible, cualquier evaluación del sesgo en los resultados (ver ítem 12).	Sí
Resultados de los estudios individuales	20	Para cada resultado considerado para cada estudio (beneficios o daños), presentar: a) el dato resumen para cada grupo de intervención y b) la estimación del efecto con su intervalo de confianza, idealmente de forma gráfica mediante un diagrama de bosque (forest plot).	No
Síntesis de los resultados	21	Presentar resultados de todos los metaanálisis realizados, incluyendo los intervalos de confianza y las medidas de consistencia.	No
Riesgo de sesgo entre los estudios	22	Presentar los resultados de cualquier evaluación del riesgo de sesgo entre los estudios (ver ítem 15).	Sí
Análisis adicionales	23	Facilitar los resultados de cualquier análisis adicional, en el caso de que se hayan realizado (por ejemplo, análisis de sensibilidad o de subgrupos, metarregresión [ver ítem 16])	No
DISCUSIÓN			
Resumen de la evidencia	24	Resumir los hallazgos principales, incluyendo la fortaleza de las evidencias para cada resultado principal; considerar su relevancia para grupos clave (por ejemplo, proveedores de cuidados, usuarios y decisores en salud).	Sí

Limitaciones	25	Discutir las limitaciones de los estudios y de los resultados (por ejemplo, riesgo de sesgo) y de la revisión (por ejemplo, obtención incompleta de los estudios identificados o comunicación selectiva).	Sí
Conclusiones	26	Proporcionar una interpretación general de los resultados en el contexto de otras evidencias, así como las implicaciones para la futura investigación.	Sí
FINANCIACIÓN			
Financiación	27	Describir las fuentes de financiación de la revisión sistemática y otro tipo de apoyos (por ejemplo, aporte de los datos), así como el rol de los financiadores en la revisión sistemática.	Sí

Anexo 3. Guía informativa didáctica

https://www.canva.com/design/DAGMd0zs6Uo/61k287dNeX5YG6Z6tSHhUg/edit?utm_content=DAGMd0zs6Uo&utm_campaign=designshare&utm_medium=link2&utm_source=sharebutton

Anexo 4. Informe de pertinencia**unl**Universidad
Nacional
de LojaFacultad
de la Salud
HumanaMEMORANDO Nro. UNL.FSH-DCPS.CL.2024-91 M
Loja, 27 de mayo de 2024

Asunto: RESPUESTA DE INFORME DE ESTRUCTURA Y PERTINENCIA DE PROYECTO.

Señorita
María José Malla Guachizaca,
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA-FSH-UNL
Presente.-

Por el presente me permito hacer conocer que se adjunta la respuesta del informe de estructura y pertinencia del Proyecto de Integración Curricular denominado: **“TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO EN LA DEMENCIA: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA”**, de su autoría el mismo que fue emitido por la Psic Cl. Cindy Cuenca Sánchez

Particular que comunico a Ud. para los fines correspondientes

Atentamente,

ANA CATALINA
PUERTAS AZANZA

Dra. Ana Catalina Puertas Azanza Mgs
DIRECTORA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA -UNL

C/c Archivo
APA/tsc

Anexo 5. Designación de Director del Trabajo de Integración Curricular**UNL**Universidad
Nacional
de LojaFacultad
de la Salud
HumanaMEMORANDO Nro. UNL FSH-DCPS.CL 2024-112 M
Loja, 10 de junio de 2024**Asunto: Designación de Dirección del Trabajo de Integración Curricular.**

Psicóloga Clínica

Cindy Estefanía Cuenca Sánchez

**DOCENTE DE LA CARRERA DE PSICÓLOGA CLÍNICA DE LA FACULTAD DE
LA SALUD HUMANA-UNL**

Presente.-

Por medio del presente, y dando cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 228 del Reglamento de Régimen Académico de la Universidad Nacional de Loja, aprobado el 27 de enero de 2021 una vez que ha cumplido con todos los requisitos y considerando que el proyecto de tesis fue aprobado; me permito hacerle conocer que esta Dirección le ha designado Directora del Trabajo de Integración Curricular, titulado: **"Tratamiento no Farmacológico en la Demencia: Una Revisión Sistemática,** autoría de la Srta.

María José Malla Guachizaca.

Particular que comunico a Ud. para los fines correspondientes

Atentamente,

ANA CATALINA
PUERTAS AZANZA**Dra. Ana Catalina Puertas Azanza Mgs
DIRECTORA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA -UNL**Cic Archivo
APA/tsc

Anexo6. Certificado de Traducción del resumen al idioma inglés



Instituto de Idiomas



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA EDUCACIÓN, EL ARTE Y LA COMUNICACIÓN
INSTITUTO DE IDIOMAS

Loja, 10 de septiembre de 2024

A quien corresponda:

Lingüista Mgtr. Sc. Orlando Vicente Lizaldes, profesor y traductor-intérprete delegado por el Instituto de Idiomas de la Universidad Nacional de Loja, certifica que el Resumen Académico perteneciente a la señorita estudiante María José Malla Guachizaca, con número de cédula 1150705836, estudiante de la carrera de Psicología Clínica del Área de la Salud Humana, ha sido revisado y traducido de su versión original del Español al Idioma Inglés.

Por lo tanto, se certifica lo actuado para que el resultado de la traducción antes mencionada pueda ser publicada con propósitos académicos.

Es todo lo que puedo certificar en honor a la verdad y se faculta a la interesada hacer uso de la documentación traducida en los fines que crea conveniente.

Atentamente,



Ling. Orlando Vicente Lizaldes Mgs. Sc.
EFL TEACHER AND TRANSLATOR

Correspondencia:
orlando.lizaldes@unl.edu.ec

Orlando Vicente Lizaldes Espinosa, MA., English Translator-Interpreter, delegated by the Language Institute of Universidad Nacional de Loja, certifies that the preceding one is faithful and complete translation into English of the original document written in Spanish. The original document was not provided with any other insignia or stamp in relief, nor with an apostille. The original abstract does not include annexes. Any reproduction of this translation is prohibited.