

INVESTIGACIÓN ORIGINAL

Intervenciones no farmacológicas para personas con demencia: una revisión sistemática de la literatura y su metaanálisis

Nonpharmacological Interventions for People with Dementia - A Systematic Literature Review and Meta-Analysis

Chandrika KM. Nitte Usha Institute of Health Sciences, Mangalore. Karnataka, India.

Email: chandrika.20phdn203@student.nitte.edu.in, <https://orcid.org/0000-0003-2039-0432>

Shishir Kumar. Associate Professor, Department of Psychiatry, KS.Hegde Medical Academy, Nitte (Deemed to be University), Mangalore. Karnataka, India.

Email: shishirkumar@nitte.edu.in, <https://orcid.org/0000-0002-2881-7026>

Ankeeta MJ. Department of Community Health Medicine, Nitte Medical College, NITTE (Deemed to be University), Mangalore, Karnataka, India

Email: dr.ankeetamj_kshema@nitte.edu.in, <https://orcid.org/0000-0002-9839-3556>

Lokesh Babu. Sneha Manovikasa Kendra. Tumkur, Karnataka, India.

Email: samvaada74@gmail.com, <https://orcid.org/>

Prathima Sherigarthy. Department of Mental Health Nursing, NITTE Usha Institute of Nursing Sciences, NITTE (Deemed to be University), Mangalore, Karnataka, India.

Email id: prathima.s@nitte.edu.in, <https://orcid.org/0000-0003-0605-837X>

Nalini M. Department of Mental Health Nursing, NITTE Usha Institute of Nursing Sciences, NITTE (Deemed to be University), Mangalore, India.

Email: nalini@nitte.edu.in. <https://orcid.org/0000-0003-3689-6227>

Recibido: 1 de julio de 2024.

Aceptado: 10 de marzo de 2025.

Conflictos de intereses: ninguno.

DOI: <https://doi.org/10.71164/socialmedicine.v18i3.2025.1803>

Resumen

Antecedentes. los ancianos a menudo padecen demencia, un trastorno neurodegenerativo que impide ciertas funciones cognitivas y disminuye la calidad de vida (CdV). Los remedios farmacológicos para la demencia suelen producir efectos adversos. No obstante, existen intervenciones no farmacológicas documentadas, con eficacia demostrada para el mejoramiento de las funciones cognitivas. **Objetivo.** esta revisión sistemática y su metaanálisis pretenden explorar la evidencia acumulada de intervenciones no farmacológicas para el tratamiento de personas con demencia. **Métodos.** se realizó una búsqueda sistemática de la literatura reciente sobre intervenciones no farmacológicas para la demencia. Quince de 38 artículos, incluidos ensayos controlados aleatorios (ECA), se centraron en intervenciones como la terapia de reminiscencia, la terapia de orientación a la realidad, terapia de validación y las intervenciones mediante libros con historias de vida. Se evaluó la calidad de los estudios y se realizó un agrupamiento estadístico mediante el *Review Manager 5.4*, evaluándose el riesgo de sesgo según las directrices Cochrane. **Resultados.** el metaanálisis reveló la dimensión del efecto global sobre los resultados del *Mini-Mental State Examination* (MMSE) y de calidad de vida (QoL) mediante diferencias de medias estandarizadas (DME) e intervalos de confianza de 95%. La terapia de orientación a la realidad mostró un impacto moderado sobre la cognición, mientras que la intervención con libros de historias de vida y la terapia de reminiscencia tuvieron efectos menores sobre la cognición y calidad de vida, respectivamente. **Conclusiones.** las intervenciones no farmacológicas ofrecen una vía prometedora para mejorar las funciones cognitivas y la CdV en pacientes con demencia.

Palabras clave: demencia, terapia de reminiscencia, intervenciones no farmacológicas, calidad de vida, funciones cognitivas

Abstract

Background: Elderly individuals often contend with Dementia, a neurodegenerative disorder impeding cognitive functions and Quality of Life (QoL). Pharmacological remedies for Dementia commonly yield adverse effects. However, nonpharmacological interventions demonstrate efficacy in ameliorating cognitive functions. **Objective:** This systematic review and meta-analysis intends to explore the evidence for nonpharmacological interventions for people with Dementia. **Methods:** A systematic search of recent literature on nonpharmacological interventions for Dementia was conducted. Fifteen of 38 articles, including Randomized controlled trials (RCTs), focused on interventions like reminiscence therapy, reality orientation therapy, validation therapy, and life storybook interventions. Study quality was assessed, and statistical pooling was performed using Review Manager 5.4, with bias risk evaluated per Cochrane guidelines. **Results:** Meta-analysis revealed the overall effect size of Mini-Mental State Examination (MMSE) and Quality of Life (QoL) outcomes using standardized mean differences (SMD) and 95% confidence intervals. Reality orientation therapy exhibited a moderate impact on cognition, while life storybook intervention and reminiscence therapy had smaller effects on cognition and QoL, respectively. **Conclusion:** Nonpharmacological interventions offer a promising avenue for enhancing cognitive functions and QoL in dementia patients.

Keywords: Dementia, Reminiscence therapy, Nonpharmacological interventions, Quality of Life, Cognitive Functions



Introducción

Las enfermedades neurodegenerativas afectan a personas mayores de todo el mundo, con una tasa de prevalencia estimada de 152.8 millones de casos para 2050.¹ La demencia, caracterizada por un deterioro neurodegenerativo lento y persistente, se manifiesta mediante síntomas de deterioro de ciertas funciones cognitivas junto con síntomas neuropsiquiátricos. Esta enfermedad afecta negativamente: cognición, comportamiento, memoria y emociones. Aunque las intervenciones farmacológicas han demostrado cierta eficacia para aliviar los deterioros, a menudo conllevan complicaciones fisiológicas a largo plazo, exacerbadas por comorbilidades. En consecuencia, el tratamiento de la demencia sigue siendo un reto considerable. Investigaciones recientes indican que existen pruebas prometedoras de que las intervenciones no farmacológicas mejoran las funciones cognitivas y aumentan la calidad de vida de los pacientes con demencia.² Las terapias de intervención no farmacológica, que hacen hincapié en la seguridad y el monitoreo del bienestar físico y mental, emergen como enfoque clave para abordar el tratamiento de la demencia.

Los resultados de los ensayos controlados aleatorizados sugieren que las intervenciones no farmacológicas, como la terapia de reminiscencia,³ la terapia de estimulación cognitiva,⁴ las intervenciones psicosociales, la musicoterapia, la terapia de orientación a la realidad, la terapia de guardería, la terapia de validación y la terapia mediante libros con cuentos de vida aportaron una mejora significativa para la cognición de pacientes con demencia.

La terapia de reminiscencia, la intervención no farmacológica más utilizada, enfatiza el procesamiento de memorias como una experiencia placentera. Se practica como actividad en promoción de la salud para pacientes con demencia para la promoción de su capacidad cognitiva y su calidad de vida. También les ayuda a establecer vínculos con acontecimientos pasados de su vida y a potenciar respuestas positivas.⁵ Las sesiones de terapia se realizan en grupo, de forma individual o combinado, e implican el uso de fotografías u objetos sentimentales. El resultado se mide transversalmente sobre varios dominios, como:

nivel de funcionamiento cognitivo, actividades de vida diaria y CdV.⁶ Se busca realizar un metaanálisis exhaustivo para determinar la eficacia de las intervenciones no farmacológicas en pacientes con demencia, e identificar el tratamiento no farmacológico más eficaz.

Métodos

Los ensayos controlados aleatorios (ECA) disponibles en *PubMed*, *Scopus*, *WoS* y *Science Direct* se realizaron entre enero de 2003 y diciembre de 2021, fueron documentados en inglés. Se utilizaron palabras del *Medical Sub Headings* (MeSH) como: "*dementia*", "*nonpharmacological interventions*", "*reminiscence therapy*", "*cognitive stimulation therapy*", "*randomized control trial*", "*reality orientation therapy*", "*validation therapy*", "*music therapy*", "*daycare therapy*", y "*life story book therapy*" para discernir entre artículos potenciales. Dos autores independientes realizaron la búsqueda de los artículos disponibles en texto completo.

Intervenciones

Las intervenciones no farmacológicas tienen como objetivo evitar la utilización de tratamientos de mayor riesgo, mitigando así posibles efectos adversos asociados a los tratamientos farmacológicos. El presente estudio examina diferentes tipos de tratamientos no farmacológicos para individuos con diversas formas de demencia. Los tratamientos abarcados son los siguientes:

1. Terapia de reminiscencia y terapia de estimulación cognitiva: desempeñan un papel vital en la estimulación de la función cognitiva de las personas con demencia. Estas terapias se practican de manera individual o en grupo y consisten en la narración de actividades, experiencias y acontecimientos pasados, acompañados de música, fotografías documentales, vídeos en internet y alimentos que desencadenan recuerdos.⁷⁻¹²
2. La terapia de orientación a la realidad pretende estimular la cognición del lugar y el tiempo presentes. Se lleva a cabo en un programa estructurado de atención en grupo, y se utiliza para prevenir un mayor avance de la demencia.¹³⁻¹⁵

3. La terapia de validación busca validar experiencialmente las emociones o sentimientos de las personas con demencia y resolver temas vitales pendientes.^{16,17}
4. La terapia mediante libros con narrativas de vida se basa en representaciones a partir de un álbum consistentes en contar historias. Se lleva a cabo de forma individual, en pareja o en grupo, con la ayuda de recuerdos del pasado del paciente.^{18,19}

Se realizó una comparación a partir de estas intervenciones no farmacológicas entre grupos experimental y de control, centrándose en cada una de las diversas terapias administradas durante un tiempo determinado con seguimiento. El estudio evaluó dos resultados clave, cognición y calidad de vida (CdV), junto con otros resultados, que se controlarán durante todo el periodo de intervención.

Resultados medidos

El deterioro cognitivo influye significativamente sobre la calidad de vida de las personas con demencia. Para evaluar la eficacia de las intervenciones se seleccionaron artículos que empleaban el *Mini-Mental State Examination* (MMSE) para medir las funciones cognitivas. Además, nos basamos en mediciones de calidad de vida, pertinentes tanto para grupos experimentales como para los de control, para evaluar la eficacia general de las intervenciones no farmacológicas en la mejora de la calidad de vida de personas con demencia.

Criterios de inclusión y exclusión

Durante el proceso de selección de artículos de investigación para nuestro metaanálisis, definimos meticulosamente los criterios de inclusión y exclusión para garantizar su rigor y relevancia. Estos criterios se detallan a continuación:

Criterios de inclusión

1. Criterios de selección. El estudio abarcó artículos de investigación que articulaban

claramente los criterios utilizados para seleccionar a los participantes.

2. Número de pacientes. Se consideraron estudios que informaron del número exacto de participantes implicados.
3. Edad. La inclusión se amplió a los estudios que proporcionaron el rango de edad de los participantes examinados.
4. Sexo. Se incluyeron los artículos de investigación que documentaban la distribución por sexo de los participantes.
5. Tipo de demencia. Se incorporaron los artículos que especificaban el tipo concreto de demencia investigado.
6. Tipo de intervención. Nuestro análisis abarcó estudios que describían explícitamente las intervenciones no farmacológicas empleadas.
7. Análisis estadístico. Se incorporaron los estudios que realizaron análisis estadísticos relevantes para evaluar los resultados (Cuadro 1).
8. Escalas de medición. Se incluyeron los artículos de investigación que utilizaban el MMSE y la calidad de vida como escalas de medición para evaluar la función cognitiva y la calidad de vida, en general.

Criterios de exclusión

1. Resultados no conformes. Nuestro metaanálisis sólo consideró resultados directamente asociados tanto con el grupo experimental como con el grupo control.
2. Publicaciones duplicadas. Se excluyeron los artículos de investigación duplicados para garantizar la integridad de los datos.
3. Incumplimiento de los criterios de selección. Se excluyeron del análisis los estudios que no se ajustaban a nuestros criterios de selección predefinidos.
4. Otros criterios de eliminación. Se examinaron meticulosamente los resultados relacionados con otros criterios de eliminación, evaluando su eficacia y comparando los resultados para obtener una perspectiva global.

Cuadro 1.
Resumen de los estudios incluidos en el metaanálisis

Autor, año, país	Número de participantes, edad, sexo, diagnóstico	Tipo de intervención, duración	Medición de resultados	Hallazgos
Astell et al. 2018, Sheffield, ^{UK20}	n=143, edad > 80 años, M=25, F=118, demencia	Estimulación cognitiva en grupo, ayuda de conversación y reminiscencia interactiva automatizada (CIRCA) 3 meses	Cognición y calidad de vida	Mejoras notables en la salud general, la calidad de vida y la cognición.
Asano et al. 2012, Japón ¹⁹	n=36, edad promedio=89.1 años, M=4, F=32, demencia leve, moderada y grave	Terapia de reminiscencia mediante libro de historias de vida, 5 veces por semana durante 4 semanas	Función cognitiva, BPSD, Actividades de la vida diaria y vitalidad	La intervención frecuente mantiene la cognición, la vitalidad y las actividades de la vida diaria en pacientes con demencia grave
Deponte y Missan 2007, Italia ¹⁶	n=27, edad promedio=86.8 años, demencia	Terapia de validación, sesiones 2x semana de 45 a 60 min durante 3 meses	Problemas de conducta, tareas de la vida diaria y función cognitiva	La terapia de validación reduce los problemas de conducta y es útil para que los cuidadores comprendan el comportamiento del paciente
Lin et al. 2018, Taiwán ⁸	n=43, CST n=30, edad=79.5, demencia asociada a problemas conductuales de tipo: disputa, retorno y disociación	Terapia de reminiscencia y estimulación cognitiva, sesión de 50 min una vez a la semana durante 10 semanas	Función cognitiva, calidad de vida y problemas de conducta	La RT y la CST tuvieron un impacto positivo sobre la cognición y la calidad de vida, así como en la reducción de problemas de conducta de tipo conflictivo.
Iboshi et al. 2020, Tokio ¹⁷	n=73, edad promedio=76.3, M=36, F=37, Deterioro cognitivo leve y demencia	Estudio de validación por videoconferencia durante más de 3 meses con un intervalo de 2 semanas	Función cognitiva, fiabilidad de la puntuación MoCA-J administrada por VTC	En general, satisfacción de los participantes con el MoCA administrado por VC, necesita replicación adicional en una muestra de gran tamaño
Ingersoll-Dayton et al. 2013, EE.UU. ¹⁸	n=44, edad promedio=75.7, M=32, F=12, demencia	Enfoque sobre historias de vida - Intervención diádica de 76 minutos durante 5 semanas.	Función cognitiva, identificación de lagunas de memoria, comunicación con el cuidador	La investigación sobre la historia de vida de pareja es útil pero debería ampliarse con una población amplia
Gonzalez et al. 2015, España ¹¹	n=42, edad promedio=65 años, M=31, F=69, demencia	Terapia de reminiscencia integrativa en 10 sesiones	Escalas de deterioro cognitivo, depresión, autoestima, bienestar psicológico	se observó un aumento significativo entre autoaceptación, autonomía, relaciones positivas con los demás y dominio del entorno
Kallio et al. 2018, Finlandia ¹⁰	n=147, edad promedio=83, M=41, F=106, demencia de varios tipos	Terapia de remediación cognitiva con sesiones de 45 min dos veces por semana durante 12 semanas	Subescala cognitiva-ADAS-Cog, CVRS	Tuvo poco efecto sobre la cognición global en demencia leve a moderada
Nakamura et al. 2016, Japón ¹⁵	n=71, edad promedio=82.2, deterioro cognitivo leve	Enfoque de reminiscencia grupal y orientación a la realidad utilizando el resultado del informe del paciente de 2 horas semanales durante 12 semanas	función cognitiva, calidad de vida, Autoconciencia e implicación activa del cuidador/familia	Efecto temporal significativo entre 2 grupos de implicación familiar en las puntuaciones de calidad de vida y aumenta la autoconciencia de los déficits de memoria del orden de los acontecimientos
İnel Manav y Simsek 2019, Turquía ⁷	n=32, edad promedio=74.06, M=18, F=14, demencia leve, viven en residencias de ancianos	Terapia de reminiscencia mediante vídeos por internet durante 60 minutos a la semana durante 3 meses	Funciones cognitivas, y niveles de apatía	Aumento prominente de las puntuaciones medias de función cognitiva y apatía del grupo de intervención y ninguna diferencia en el grupo de control
Moon y Park 2020, Corea ⁹	n=41, edad promedio=83, F=41, mejorar disfunciones en pacientes con demencia	Terapia de reminiscencia digital de ocho sesiones durante más de 4 semanas	Cognición, depresión y síntomas conductuales y psicológicos asociados a la demencia	Disminuyó la depresión, aumentó el compromiso, pero no hubo mucha diferencia en cognición y BPSD
Spector et al. 2003, Inglaterra ¹³	n=201, EDAD=85.7, M=43, F=153, personas mayores con demencia	Terapia de estimulación cognitiva de sesiones de 45 mins. dos veces por semana durante 7 semanas	Cognición, calidad de vida, comunicación, comportamiento, funcionamiento global y depresión y ansiedad	los grupos de intervención mejoraron en relación con el grupo de control en MMSE, ADAS-Cog y QoL-ADS
Subramaniam y Woods. 2016, REINO UNIDO ²¹	n=6, edad promedio=82, M=2, F=4, demencia	Vida digital, multimedia, libros de cuentos durante 4 semanas	Calidad de vida, memoria autobiográfica, escala de depresión geriátrica y calidad de la relación con el cuidador	Mejora de la calidad de vida, memoria autobiográfica y estabilidad en las puntuaciones de depresión

Tadaka y Kanagawa. 2004, Japón ¹⁴	n=60, edad promedio=84.2, M=18, F=42, ancianos con demencia	Programa de atención grupal de reminiscencia y orientación a la realidad durante 1.5 h por sesión a la semana durante 10 semanas	Función cognitiva, funciones de actividad diaria, desorientación y retraimiento	Efecto significativo sobre la función cognitiva y la función de actividad diaria, la desorientación y el retraimiento en comparación con el grupo de control.
Feng et al. 2019, EE.UU. ²²	n=80, edad promedio=82, M=34, F=46, demencia	Terapia de reminiscencia-aplicación de juego con iPad- la memoria importa, sesiones de 30 minutos, dos veces por semana durante 6 semanas	Calidad de vida, estado de ánimo, interacción social y BPSD	La memoria mejoró, así como el estado de ánimo y la interacción social, pero no hubo mucho efecto sobre la calidad de vida y el trastorno de estrés postraumático.

Fuente: elaboración propia en todos los casos.

En el Cuadro 1 se ofrece un breve resumen de los estudios que formaron parte del metaanálisis. Se indican autores, años, naciones, características de los participantes, intervenciones, su duración, las estimaciones de los resultados y las conclusiones. Los estudios abarcan diversas intervenciones, como la estimulación cognitiva, la terapia de reminiscencia, la terapia de validación y las intervenciones digitales, todas ellas realizadas en diferentes regiones y poblaciones con demencia. Sin embargo, es importante señalar que sólo se incluyeron participantes angloparlantes, lo que limita la posibilidad de generalizar los resultados a poblaciones no angloparlantes.

En particular, varios estudios se realizaron en países en los que el inglés no es el idioma principal, como Japón, Italia, España, Turquía y Corea. Es necesario considerar si las herramientas de evaluación, incluido el MMSE, fueron validadas en estos idiomas. Por ejemplo, los estudios realizados en Japón (Asano et al., Nakamura et al., Tadaka & Kanagawa)^{14,15,19} y Corea (Moon & Park)⁹ probablemente utilizaron versiones adaptadas de herramientas de evaluación cognitiva. Aunque los hallazgos indican mejoras significativas en la cognición, la calidad de vida, el estado de ánimo y los síntomas conductuales a través de múltiples intervenciones, deben reconocerse las limitaciones lingüísticas a la hora de interpretar los resultados. Se necesitan investigaciones adicionales para evaluar la aplicabilidad de estas intervenciones a poblaciones lingüísticas y culturales diversas.

Características de los ensayos incluidos en el estudio

Las terapias no farmacológicas realizadas en pacientes con demencia incluidas en este estudio son la terapia de reminiscencia, de estimulación cognitiva, terapia de orientación a la realidad,

terapia de validación y terapia con libros de historias de vida, y se realizaron en el Reino Unido, Japón, Italia, Taiwán, Tokio, EUA, España, Finlandia, Turquía y Corea entre 2003 y 2020. El número de participantes en cada estudio osciló entre 6 y 201, la edad media de las y los pacientes con demencia osciló entre 75 y 85 años. La duración de la terapia de intervención entre 4 semanas y 3 meses, y los rasgos característicos detallados de 15 artículos incluidos se enumeran en el Cuadro 1.

Evaluación de los resultados medidos

Treinta y ocho artículos incluidos en los estudios de intervención no farmacológica tenían varios resultados medidos. Sin embargo, de éstos, sólo quince fueron adecuados para los resultados primarios mostrados para la función cognitiva y la mejoría de la CdV requerida para este metaanálisis con puntuaciones MMSE y puntuaciones de CdV. Los 23 artículos restantes incluían medidas de resultado como comunicación e interacción, calidad de la relación con el cuidador, conductas como agitación, actividades de la vida diaria y resultados relacionados con el estado de ánimo como apatía, ansiedad y depresión. El resultado de la función cognitiva, medida mediante la puntuación MMSE, mostró una pequeña mejoría en la comparación general entre los grupos de intervención y de control (DME: 0.16; IC del 95%: [0.02; 0.31]; $p < 0.00001$). La estimación de la calidad de vida no mostró mucho efecto en relación con el grupo de intervención, según la evaluación de la puntuación de CdV (DME: -0.83; IC del 95% [-3.44; 1.78], $p < 0.0001$).

Síntesis de datos

Para el análisis de datos se utilizó el programa informático *Review Manager* (v5.4). Tanto para el

grupo experimental como para el grupo de control, se consideró el número de variables, la media y la desviación estándar como variables continuas. El tamaño del efecto se calculó mediante la diferencia media ponderada, acompañada por un intervalo de confianza de 95%. Nuestro enfoque consistió en emplear el modelo de efectos aleatorios y realizar una prueba de heterogeneidad. Para conocer mejor el impacto de los distintos tipos de intervención, realizamos análisis de subgrupos basados en los resultados de la medición de resultados. Además, se realizó un análisis del efecto global derivado de todas las intervenciones.

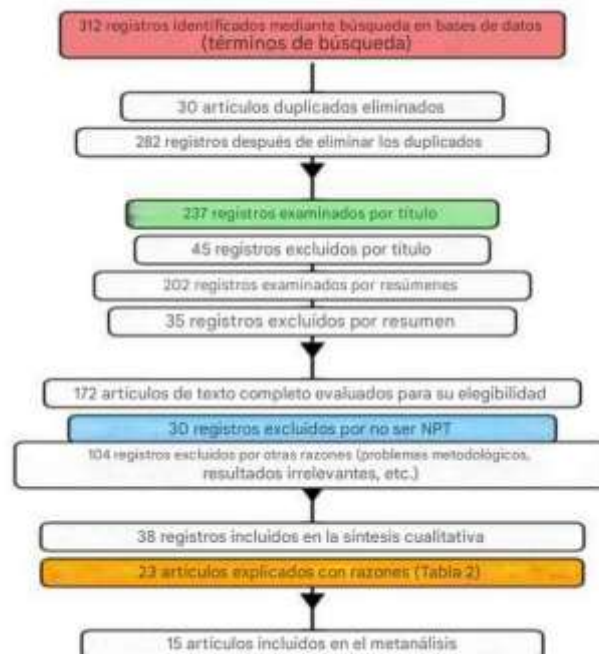
Síntesis de la revisión cualitativa

En la realización de esta investigación por metaanálisis se siguió la declaración de Elementos de Información Preferidos para Revisiones Sistemáticas y Metaanálisis (PRISMA).²³ Dos revisores examinaron de forma independiente los títulos y resúmenes durante el proceso de selección inicial, el texto completo de los artículos seleccionados se tuvo más en cuenta en los criterios de inclusión. Cualquier aparición de divergencias

en la estrategia de búsqueda se resolvió con una discusión en equipo. La creación de secuencias aleatorias, la ocultación de la secuencia de asignación, el cegamiento de las evaluaciones de resultados, la insuficiencia de datos de resultados, la notificación selectiva y otros sesgos fueron algunos de los criterios de evaluación empleados en esta investigación. Sobre la base de estos siete criterios de riesgo de sesgo, se realizó una evaluación en tres niveles para la clasificación de "riesgo bajo", "riesgo poco claro" y "riesgo alto", así como la calidad de la evidencia en los artículos incluidos en los ensayos clínicos fue evaluada por dos revisores ciegos en la determinación de la evaluación del riesgo.

La Fig.1 ilustra que el diagrama de flujo PRISMA representa visualmente el proceso de discernimiento sistemático para la selección de los estudios incluidos para el metaanálisis. Comienza con la fase de identificación, en la que se detectaron inicialmente 312 registros mediante búsquedas en bases de datos. Tras la eliminación de 30 artículos duplicados, quedaron 282 registros para su posterior filtrado.

Fig. 1. Diagrama de flujo de la síntesis de revisión cualitativa



Fuente: elaboración propia.

En la fase de filtrado se revisaron 237 registros por título, excluyendo 45 que no cumplían los criterios de inclusión. Los 202 restantes se sometieron al filtrado por resúmenes, mediante el que se excluyeron 35 adicionales.

A continuación, se evaluó la pertinencia y la calidad de 172 artículos a texto completo en la fase de elegibilidad. De éstos, 30 registros se excluyeron por no ser tratamiento no farmacológico (TNF), y 104 debido a problemas metodológicos o resultados irrelevantes.

En la fase de inclusión, se seleccionaron 38 registros para la síntesis cualitativa. Sin embargo, adicionalmente, 23 artículos fueron excluidos (Cuadro 2), resultando en 15 incluidos en el metaanálisis.

El cegamiento en torno a la evaluación de resultados (sesgo de detección), el de los participantes y del personal (sesgo de ejecución), la ocultación de la asignación (sesgo de selección), la notificación selectiva (sesgo de notificación), los datos de resultados incompletos (sesgo de desgaste) y la generación de secuencias aleatorias (sesgo de selección) fueron algunos de los diversos tipos de sesgos que se evaluaron para los estudios incluidos (Fig. 2). Esta evaluación exhaustiva se realizó para garantizar la exactitud y fiabilidad de los resultados del estudio. Además, el análisis incluyó una serie de autores y sus respectivos estudios. Aunque no se proporcionan aquí los nombres específicos de los autores, esta evaluación permite un examen exhaustivo de las posibles implicaciones de sesgo

en múltiples estudios. El objetivo es calibrar cómo el sesgo podría afectar a las conclusiones generales y los conocimientos extraídos de estos estudios.

Cuadro 2.
Resumen de la evaluación de los autores -
Evaluación del sesgo de riesgo de los estudios
incluidos.

	Random sequence generation (selection bias)	Allocation concealment (selection bias)	Blinding of participants and personnel (performance bias)	Blinding of outcome assessment (detection bias)	Incomplete outcome data (attrition bias)	Selective reporting (reporting bias)	Other bias
Aimee Spector 2003	+	+	+	+	+	+	
Antonella Deponte 2007	+	+	+	+		+	
Arlene J. Astell 2018	+	+	+	+	+	+	+
Ayse Inel Manav 2019	+	+	+	+	+	+	
Berit Ingersoll-Dayton 2013	+	+	+				
Eeva-Liisa Kallio 2018	+	+	+	+	+	+	
Etsuko Tadaka 2004	+	+	+	+	+	+	
Fang Y 2019	+	+	+	+	+	+	+
Hsiu-Ching Lin 2017	+	+	+	+	+	+	
Jesus Gonzalez 2015	+	+	+	+	+	+	
Kei Nakamura 2016	+	+	+	+	+	+	
Kiyoko Iiboshi 2019	+	+	+	+	+	+	+
Ponnusamy Subramaniam 2016	+	+	+	+	+	+	
SeolHwa Moon 2020	+	+	+	+	+	+	
Tomoaki Asano 2020	+	+	+	+	+	+	

Fuente: elaboración propia.

Fig. 3. Gráfico de la evaluación de los autores - Evaluación del riesgo de sesgo de los estudios incluidos



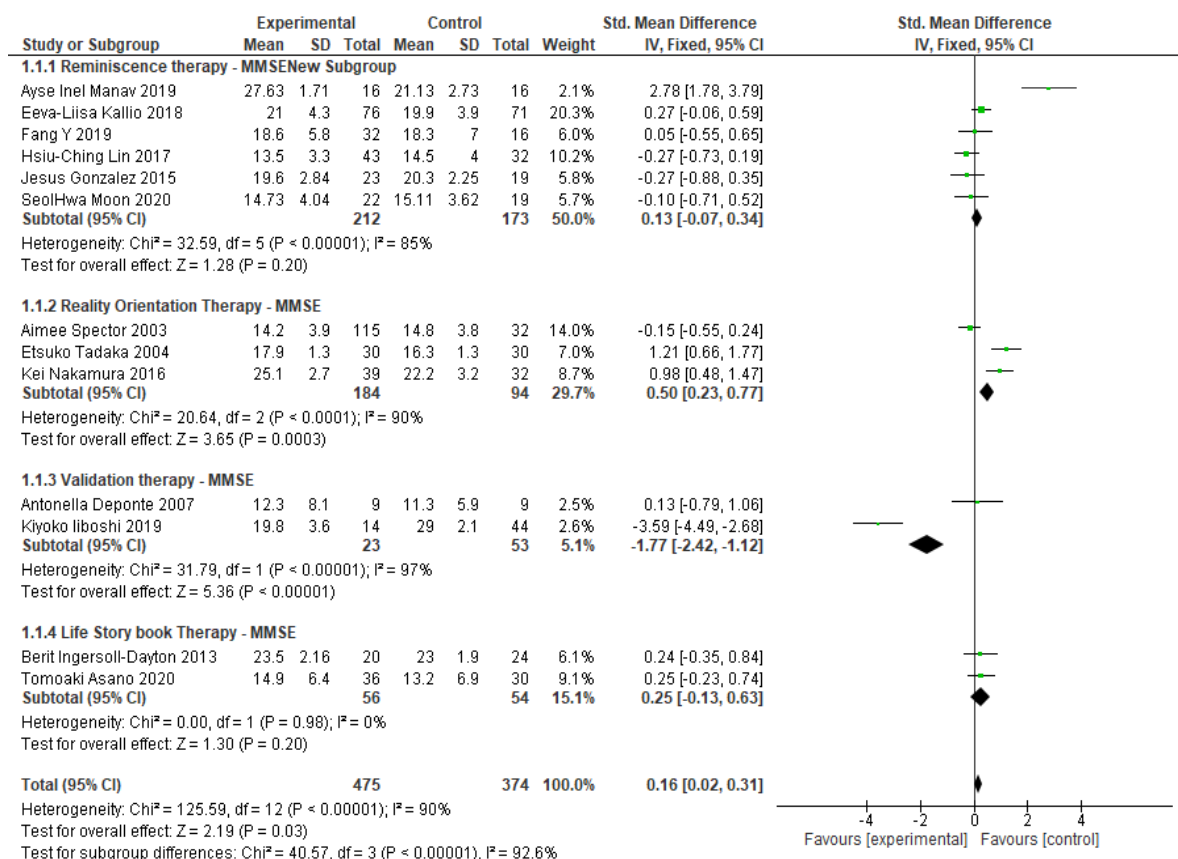
Fuente: elaboración propia.

La Fig. 3 representa visualmente la evaluación de posibles sesgos en los estudios incluidos. En el gráfico se utiliza una escala móvil del 0% al 100% para mostrar el grado de peligro relacionado con cada sesgo. Los niveles de riesgo se clasifican en bajo, poco claro y alto riesgo de sesgo. El gráfico sirve como visión general de la influencia potencial de los sesgos en las conclusiones extraídas de los estudios.

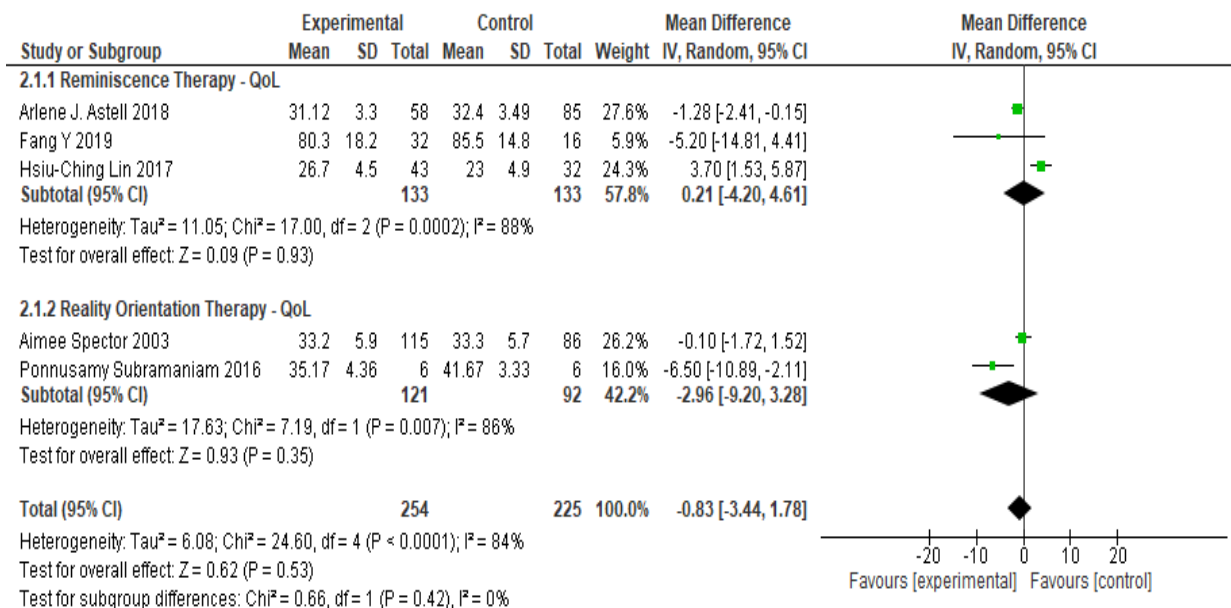
La Fig. 4 ilustra los resultados de un metaanálisis que examina los efectos de diversas terapias no farmacológicas sobre las puntuaciones MMSE entre individuos con demencia. Se evalúa el impacto de diferentes intervenciones, como reminiscencia, orientación a la realidad, validación y terapia de cuentos de vida. La tabla muestra la media y desviación estándar de las puntuaciones MMSE de los grupos experimental y de control para cada intervención. El cálculo de DME entre estos grupos indica el tamaño del efecto. Los intervalos de confianza (IC) de 95% proporcionan un rango en el que probablemente se encuentre el verdadero efecto.

Aunque el metaanálisis sugiere que la Terapia de Reminiscencia y la Terapia de Orientación a la Realidad pueden afectar positivamente a las puntuaciones MMSE, los resultados no son concluyentes, ya que el IC de 95% cruza la línea vertical 0. La Terapia de Validación muestra tener un efecto negativo; sin embargo, este resultado sigue favoreciendo al grupo experimental. Además, en lugar de arrojar un resultado neutro, la Terapia de Cuentos de Vida presenta pruebas no concluyentes. Las pruebas de heterogeneidad miden la variabilidad entre los estudios, y la prueba del efecto global evalúa el impacto colectivo de las intervenciones.

Fig. 4. Efectos de la terapia no farmacológica sobre las puntuaciones MMSE por metaanálisis



Fuente: elaboración propia.

Fig. 5. Efectos de la terapia no farmacológica sobre las puntuaciones de calidad de vida según el metaanálisis

Fuente: elaboración propia.

La Fig. 5 presenta los resultados de un metaanálisis que explora la influencia de las terapias no farmacológicas sobre las puntuaciones de CdV entre individuos con demencia. Dos intervenciones, la Terapia de Reminiscencia y la Terapia de Orientación a la Realidad, son evaluadas por su impacto sobre la CdV. En la Terapia de Reminiscencia, el estudio de Arlene J. Astell demuestra una disminución en las puntuaciones de CdV, mientras que el estudio de Fang Y. muestra una disminución sustancial. El estudio de Hsiu-Ching Lin sugiere una mejora en las puntuaciones de QoL para los individuos sometidos a esta terapia. En cuanto a la Terapia de Orientación a la Realidad, el estudio de Aimee Spector no indica ningún cambio significativo en las puntuaciones de CdV, mientras que el estudio de Ponnusamy Subramaniam sugiere una disminución notable. Los efectos representados se basan en las diferencias medias y sus intervalos de confianza del 95%. En general, la Fig. 5 ayuda a comprender cómo influyen estas intervenciones en las puntuaciones de CdV, con una representación visual que favorece a los grupos experimental o de control.

El Cuadro 2 presenta los resultados de los análisis por subgrupos, centrados en las puntuaciones MMSE para las distintas técnicas de intervención en el contexto de la demencia. Incluye detalles para intervenciones como la Terapia de Reminiscencia, la Terapia de Orientación a la Realidad, la Terapia de Validación y la Terapia de Libro de Historias de Vida. Para cada intervención, la tabla proporciona el número de estudios, el total de participantes y los indicadores estadísticos de heterogeneidad (Chi-cuadrada, grados de libertad, valor P y valor I²). También se muestra el tamaño del efecto, representado como DME [IC 95%]. La Terapia de Orientación a la Realidad muestra el mayor efecto positivo (DME = 0.50; IC [0.23; 0.77]), lo que sugiere una mejoría moderada en las puntuaciones MMSE. Por el contrario, la Terapia de Validación muestra un efecto negativo (DME = -1.77; IC [-2.42; -1.12]), lo que indica un descenso en las puntuaciones MMSE, aunque este resultado sigue favoreciendo al grupo experimental. La Terapia de Libro de Historias de Vida (DME = 0.25; IC [-0.13; 0.63]) y la Terapia de Reminiscencia (DME = 0.13; IC [-0.07; 0.34]) muestran efectos no concluyentes, ya que sus intervalos de confianza cruzan el cero.

El análisis global de todas las intervenciones (DME = 0.16; IC [0.02; 0.31]) sugiere un ligero beneficio, pero la elevada heterogeneidad ($I^2 = 90\%$) indica una variabilidad considerable entre los estudios.

El Cuadro 3 resume los resultados de los análisis de subgrupos relativos a las puntuaciones de CdV en el contexto de varias técnicas de intervención para individuos con demencia. Las intervenciones muestran heterogeneidad estadística (Tau², valor Chi-cuadrado, grados de libertad, valor P y valor I^2), lo que sugiere una variabilidad sustancial entre los estudios incluidos. Es difícil establecer conclusiones firmes cuando existe una heterogeneidad elevada ($I^2 = 84\% - 88\%$), ya que sugiere que las variaciones en los diseños de

investigación, los datos demográficos o los tratamientos pueden afectar a los resultados.

Además, el tamaño del efecto se presenta como DME [IC 95%], lo que refleja la magnitud del impacto de la intervención sobre las puntuaciones de CdV. Sin embargo, la DME global de -0.83 (IC [-3.44; 1.78]) no es concluyente, ya que el intervalo de confianza cruza el cero, lo que indica que el efecto podría oscilar entre un efecto negativo sustancial y un posible efecto positivo. Del mismo modo, la terapia de reminiscencia (DME = 0.21; IC [-4.20; 4.61]) y la terapia de orientación a la realidad (DME = -2.96; IC [-9.20; 3.28]) muestran resultados muy variables, lo que enfatiza aún más la incertidumbre de estos hallazgos.

Cuadro 2. Resultados del análisis por subgrupos - Puntuación MMSE

Intervención	Estudios	Participantes	Heterogeneidad	DME[IC 95%]
Terapia de recuerdo	6	212	Heterogeneidad: Chi ² =32,59, df=5 (p < 0,00001); I ² =85%.	0.13[-0.07,0.34]
Terapia de orientación a la realidad	3	184	Heterogeneidad: Chi ² =20,64, df=2 (p < 0,0001); I ² =90%	0.50 [0.23, 0.77]
Terapia de validación	2	23	Heterogeneidad: Chi ² =31,79, df=1 (p < 0,00001); I ² =97%.	-1.77 [-2.42, -1.12]
Terapia de libro de cuentos de la vida	2	56	Heterogeneidad: Chi ² =0,00, df=1 (P=0,98); I ² =0%	0,25[-0,13,0,63]
En general	13	475	Heterogeneidad: Chi ² =125,59, df=12 (p < 0,00001); I ² =90%	0.16 [0.02, 0.31]

Fuente: elaboración propia.

Cuadro 3. Resultados del análisis por subgrupos - Puntuación de CdV

Intervención	Estudios	Participantes	Heterogeneidad	DME[IC 95%]
Terapia de recuerdo	3	133	Heterogeneidad: Tau ² = 11.05; Chi ² = 17.00, df = 2 (p = 0.0002); I ² = 88%.	0.21 [-4.20, 4.61]
Terapia de orientación a la realidad	2	121	Heterogeneidad: Tau ² = 17.63; Chi ² = 7.19, df = 1 (P = 0.007); I ² = 86%.	-2.96 [-9.20, 3.28]
En general	5	254	Heterogeneidad: Tau ² = 6.08; Chi ² = 24.60, df = 4 (P < 0.0001); I ² = 84%	-0.83 [-3.44, 1.78]

Fuente: elaboración propia.

Cuadro 4. Medidas de resultado distintas de la cognición y la calidad de vida

S. No	Autor y año	Intervención	Tipo de estudio	Población	Comunicación e interacción	Calidad de la relación con el cuidador	Comportamiento agitación y actividades de la vida diaria (AVD)	Resultados relacionados con el estado de ánimo, incluyendo apatía, ansiedad y depresión
1	Chang y Chien. 2018 ²⁴	Terapia de reminiscencia en grupo	Depresión, comunicación, estado de ánimo	n=21, edad =65, 6 sesiones, 1hr/semana durante 1 mes			Pérdida de interés en la actividad habitual = 1.13 a 0.66 (reducido)	Ansiedad 1.34, irritabilidad=0.65 (reducido),
2	Feng et al. 2019 ²²	RT-Memory matters, iPad rem game	Estado de ánimo, social, calidad, comportamiento, MM individual, grupo MM=30 min cada 2 semanas durante 6 semanas	n=80, m(34), f(46), edad=82		BPSD=cuidador r=6.5	BPSD=3,7	Ánimo=-11.7
3	Coelho et al. 2020 ²⁵	RT-Auriculares de realidad virtual	síntomas psicológicos y de comportamiento, síntoma de enfermedad por simulación=4 sesiones, Calidad de vida medida	n=9, edad=86 m=3, f=6 mod=3, mod sev=3, sev=3			Discapacidad=Puntuación del índice de Barthel=14.2, escala de Lawton y brody=5.6	Escala del inventario de neuropsiquiatría(0-144)= 9.2 a 9.7,
4	Gonzalez et al. 2015 ¹¹	RT=Intervención psicológica	RT integrativa-para mejorar Depresión, autoaceptación.	n=23, 10 sesiones, edad=80		Autoestima = RSES = 11.44 a 11.66, AUTO ACEPTACIÓN =4.84 a 5.28, RELACIÓN CON LOS DEMÁS=4.47 a 4.93	Autonomía=4.50 a 5, crecimiento personal=4.85 a 4.96, propósito en la vida=4.68 a 4.86	Depresión = CES-D = 10.93 a 4.26
5	Mendrofa et al. 2021 ²⁶	RT=COG y estado de ánimo	Mejora en cognición, estado de ánimo	n=30				Puntuación del estado de ánimo mejoró de 57.6 a 77.16
6	Moon y Park 2020 ⁹	RT=intervención rentable	Digital RT= 8 sesiones cognición, Depresión, Beh psy dem	n=25, 4 semanas				Depresión=6.14, BPSD=16.24
7	Ínel Manav y Simsek 2019 ⁷	RT-Vídeo basado en Internet	Demencia leve	n=16, una vez a la semana/3 meses, edad=74			Autoevaluación=51.75 a 60.38	
8	Park 2018 ²⁷	RT basada en la ocupación	Función cognitiva, depresión, demencia leve	n=31, 40 min/semana durante 8 semanas				SGDS-K=.10 depresión
9	Marinho et al. 2021 ⁴	Intervención psicosocial	Terapia de estimulación cognitiva - Demencia leve a moderada	n=23, 14 SESIONES DE CST+TAU =7 SEMANAS			ALTA ACEPTACIÓN	MEJORA
10	Olakehinde et al. 2019 ²⁸	Intervención psicosocial	Terapia de estimulación cognitiva	n=9, 14 sesiones 7 semana, edad=81	IQR=7			Ansiedad=IQR 20, depresión IQR=20
11	Onieva-Zafra et al. 2018 ²⁹	Música y RT	Appln de orientación a la realidad tech=pos eff on Depresión, ansiedad	n=9, 8 semanas, edad=82 f=8, m=1				Goldberg Depression test media puntuación=1.44 a 1.56, ansiedad=2 a 2(p=0.89)

12	Cho ²⁰¹⁸³⁰	Musicoterapia	Grupo de canto	n=52 m=43, f=9 edad promedio=67 a 99, 40 min sesión dos veces = 4 semanas			Musicoterapia=47.29 a 38.71, Medicina musical=39.29 a 41.43	
13	Cho ²⁰¹⁸³¹	Música con movimiento	MM comparado con Aprendizaje musical, Actividad social, cog	n=58, 12 semanas, edad=85	Com MVFT=8.69 a 9.05			Ansiedad RAID=8.48 a 6.68, DEP GDS=5.99 a 5.79
14	Kelly y Ahessy 2021 ³²	Musicoterapia retrospectiva	Demencia moderada, 5 sesiones semanales	Femenino=5				Estado de ánimo= positivo 51.6%
15	Nakamura et al. 2016 ¹⁵	GRA y RO	n=44.39 completado				Caminata de 6 m =4.8 a 4.7	
16	Tadaka E, Kanagawa 2004 ¹⁴	Terapia de orientación a la realidad	programa de atención en grupo	ex = 30, c=30, 1/semana, 10 semanas		Irritabilidad=15.4 a 14.9	Autocuidado=15.4 a 16.1	Depresión=18.6 a 17.1
17	Spector 2003 ¹³	Terapia de orientación a la realidad	ECA	ex=115, c=86, 45min sesión/dos veces por semana = 7 semanas	Puntuación Holden=11.1		Comportamiento=CA PE-BRS=11.3	RAID=8.4, Cornell=5.2
18	Nishiura et al 2021 ³³	Orientación a la realidad	Orientación temporal memoria	n= 27, m=9, f=18, edad 81.5	Lenguaje =10			Juicio=11 a 10
19	Deponte y Missan 2007 ¹⁶	Terapia de validación	Comparación con reminiscencia sensorial	n=30	NPI=18.9, C=10.6, T2=NPI=14.9, C=10.8			
20	Gridley et al. 2016 ³⁴	Historia de vida trabajo	PWD- Mejora de la calidad asistencial	n=39		QCPR=13 a 4 después de 6 meses		
21	Subramaniyam y Woods 2016 ²¹	Historia de vida digital multimedia		n=6, f=4, m=2		QCPR=32.83 a 39		GDR-12R=3.0 a 0.33
22	Asano et al. 2021 ¹⁹	RT - LSB	Dem con diferente gravedad	n=36, m=4, f=32 12 semanas			N-ADL=27 a 28	
23	Lin et al. ³⁵	Servicio de atención diurna	Evaluación geriátrica integral - AVD, MMSE	N=18, Edad=80.9, 6 meses; muy leve=3, demencia=10, moderada=3, severa=2			La puntuación ADL mejoró de 75 a 77.5	
24	Chang y Chien ²⁰¹⁸³⁶	RT=dem sp guardería	análisis de vídeo comportamiento	n=21, edad=78, m=11, f=10				Ansiedad(depresión)=1.15 a 1.34

Fuente: elaboración propia.

El Cuadro 4 describe diversas intervenciones y sus efectos sobre los resultados más allá de la cognición y la calidad de vida de las personas con demencia. Este cuadro incluye detalles sobre los estudios, los participantes y las intervenciones. Se cubren varios resultados, como la comunicación, la calidad de la relación con los cuidadores, el comportamiento/agitación y las actividades de la vida diaria (AVD), y factores relacionados con el estado de ánimo como la apatía, la ansiedad y la depresión. La tabla ofrece una instantánea del

impacto de las intervenciones sobre estos resultados, arrojando luz sobre los beneficios potenciales para las personas con demencia.

Resultados

Búsqueda bibliográfica

Tras la estrategia de búsqueda, se identificaron 312 artículos, de los cuales 172 se incorporaron al análisis de la revisión. De acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión, 38 cumplieron los

criterios, y 15 se incluyeron en la síntesis de la revisión cualitativa, como se resume en el diagrama de flujo PRISMA (Fig.1).

Efecto de la terapia de reminiscencia frente a la intervención de control - puntuaciones MMSE

Seis de los ensayos incluidos en este estudio se centraron en el efecto de la intervención de terapia de reminiscencia frente a la intervención de control en las puntuaciones MMSE. Como se muestra en el Cuadro.2, la DME de los que recibieron terapia de reminiscencia en comparación con la intervención de control fue de 0.13 (IC del 95% = [-0.07; 0.34], $p = 0.02$) con $I^2 = 85\%$ que mostró heterogeneidad estadísticamente significativa. Los resultados implicaron que la intervención de control tuvo efectos similares sobre la función cognitiva en pacientes con demencia.

Efecto de la terapia de orientación hacia la realidad frente a la intervención de control - puntuaciones MMSE

Tres de los ensayos incluidos en este estudio exploraron los efectos de la intervención de orientación hacia la realidad versus la intervención de control hacia las puntuaciones MMSE. Como se observa en el Cuadro 2, la DME de los pacientes que recibieron la intervención de orientación a la realidad en comparación con la intervención de control fue de 0.50 (IC de 95% = [0.23, 0.77], $p=0.0003$), lo que representa un efecto moderado con $I^2 = 90\%$ mostró una heterogeneidad estadísticamente significativa. Los resultados implicaron que la terapia de intervención tiene un impacto en la función cognitiva de los pacientes con demencia.

Efecto de la terapia de validación frente a la intervención de control - puntuaciones MMSE

Dos de los ensayos incluidos se centraron en los efectos de la terapia de validación frente a la intervención de control sobre las puntuaciones MMSE. Como se muestra en el Cuadro 2, la DME de los pacientes que recibieron terapia de validación en comparación con la intervención de control fue de -1.77 (IC de 95% = [-2.42; -1.12], $p < 0.00001$), lo que representa que no hay mucha diferencia entre la intervención de validación y la intervención de control, ya que la DME es menor

que 0, con $I^2 = 97\%$ que muestra heterogeneidad estadísticamente significativa.

Efecto de la terapia con libros de relatos de vida versus intervención de control - puntuaciones MMSE

Dos de los ensayos incluidos en este estudio exploraron los efectos del enfoque de libros de cuentos de vida frente a la intervención de control en las puntuaciones MMSE. Según los resultados del Cuadro 2, la DME de los pacientes que recibieron terapia con libros de relatos de vida en comparación con la intervención de control fue de 0.25 (IC de 95% = [-0,13, 0,63], $p=0,20$), lo que indica el pequeño efecto de la intervención con libros de relatos de vida con $I^2 = 0\%$ que mostró heterogeneidad no significativa.

Efecto de la puntuación de calidad de vida (CdV) de la terapia de reminiscencia versus la intervención de control

Tres de los ensayos incluidos en este estudio se centraron en el efecto de la intervención de terapia de reminiscencia versus la intervención de control sobre las puntuaciones de CdV. Como se muestra en el Cuadro 3, la DME de los pacientes que recibieron terapia de reminiscencia en comparación con la intervención de control fue de 0.21 (IC de 95% = [-4.20; 4.61]; $p = 0.93$), lo que representa el pequeño efecto de la intervención de terapia de reminiscencia con $I^2 = 88\%$ mostró heterogeneidad significativa. Sin embargo, en dos estudios de terapia de orientación a la realidad versus intervención de control sobre las puntuaciones de CdV, la DME fue -2.96 (IC de 95%: [-9.20; 3.28]; $p = 0.35$), lo que representa una diferencia no significativa entre la intervención de orientación a la realidad y la intervención de control, ya que la DME es menor que 0 en el resultado de CdV con $I^2 = 86\%$, que mostró una heterogeneidad sustancial.

Riesgo de sesgo en los ensayos incluidos

El posible riesgo de sesgo en todos los ensayos incluidos se evaluó como se muestra en las Figs. 2 y 3, que incluían un resumen y un gráfico de quince estudios utilizados en los ensayos de intervención no farmacológica basados en siete criterios de evaluación del riesgo de sesgo realizados mediante la herramienta *RevMan 5.4*. De los 15 ensayos que

se incluyeron en la evaluación del riesgo, 11 tenían un riesgo de sesgo bajo, y 4^{8,11,17,21} mostraron un riesgo alto en la generación de secuencias aleatorias. Un ensayo¹¹ informó de alto riesgo en la terapia de asignación^{13,14,21,37} combinada con terapia de reminiscencia grupal^{15,38} en los ensayos. El programa permite mostrar detalles de orientación, actividades y temas que ayudan a las personas a recordar sus nombres, grupos, comidas y recuerdos de la infancia. La técnica de orientación a la realidad mejora la calidad de vida, potencia la orientación a la realidad y mejora la función cognitiva.¹⁴ Por lo tanto, cumple el propósito correcto de ser incluida en el estudio actual. La terapia de validación también se incluye por el contexto interpretativo y los factores sociales, y presenta un cambio positivo significativo en la función cognitiva.^{16,17} La terapia de cuentos de vida, incorporada en el estudio, tiene como objetivo mejorar los resultados para las personas con demencia (PWD) haciendo hincapié en nueve características clave de este enfoque complejo y garantizando su correcta aplicación.^{18,19}

La presencia de una heterogeneidad significativa ($I^2 = 85\% - 97\%$ en los resultados de la función cognitiva e $I^2 = 84\% - 88\%$ en los resultados de la CdV) sugiere que los estudios incluidos presentan una variabilidad considerable en las metodologías, las características de los participantes, los protocolos de intervención y las mediciones de los resultados. Este nivel de heterogeneidad tiene implicaciones importantes para la interpretación de los resultados del metaanálisis. Aunque algunas intervenciones, como la Terapia de Orientación a la Realidad (DME = 0.50; IC [0.23; 0.77]), indican un efecto moderadamente positivo sobre la cognición, el alto valor de I^2 (90%) sugiere que el efecto observado puede no ser consistente en todos los estudios.

De forma similar, el tamaño del efecto de la terapia de validación (DME = -1.77; IC [-2.42; -1.12]) sugiere un impacto negativo sobre las puntuaciones MMSE, aunque este resultado sigue favoreciendo al grupo experimental. Por el contrario, la Terapia de Cuentos de Vida (DME = 0.25; IC [-0.13; 0.63]) muestra resultados no concluyentes, ya que su intervalo de confianza cruza el cero. Esta inconsistencia subraya la necesidad de interpretar los resultados con cautela.

Para los resultados concernientes a la CdV, el tamaño del efecto global (DME = -0.83; IC [-3.44; 1.78]) no permite conclusiones definitivas debido a que su intervalo de confianza amplio cruza el valor cero. Además, las intervenciones individuales como la Terapia de Reminiscencia (DME = 0.21; IC [-4.20; 4.61]) y la Terapia de Orientación a la Realidad (DME = -2.96; IC [-9.20; 3.28]) muestran una alta heterogeneidad, lo que complica aún más la interpretación de resultados.

Limitaciones

El metaanálisis tiene varias limitaciones. En primer lugar, los 15 ensayos incluidos tuvieron tamaños de muestra variables. Además, cada uno de los 38 ensayos implicaba diferentes parametrizaciones de sus resultados, algunos se excluyeron debido a la selección de los resultados con base en la puntuación MMSE, lo que excluyó varios estudios a pesar de haber provisto resultados significativos. Adicionalmente, varios carecían de puntuaciones iniciales y medidas de resultado, y sólo describían mejorías mediante descripciones conductuales, en lugar de análisis estadísticos. Por ejemplo, algunos omitieron la desviación estándar de las puntuaciones obtenidas en el análisis, lo que los hizo inadecuados para su inclusión posterior. En segundo lugar, la puntuación MMSE utilizada en este estudio, aunque es una medida de resultados ampliamente utilizada en cognición, la Evaluación Cognitiva de Montreal (MoCA) es la elección preferencial de medición para la evaluación avanzada de la función cognitiva superior, especialmente para pacientes con deterioro cognitivo leve^{39,25,37} así como para la demencia, sobre todo en los últimos tiempos. Esta es una de las limitaciones más relevantes identificadas para este estudio. En tercer lugar, los resultados de las intervenciones demostraron una heterogeneidad significativa, observándose sólo un pequeño efecto a corto plazo en unos cuantos ensayos para dos de las intervenciones. El efecto global también fue pequeño. Además, existen varias otras limitantes, como una diferencia entre media de edades de más de 10 años, amplias variaciones en los números de participantes y pacientes en diferentes estadios de demencia. Estos factores pueden ayudar a explicar el pequeño efecto cuantitativo de las intervenciones no farmacológicas en comparación con la intervención de control.

Conclusiones

Este estudio ha explorado exhaustivamente las intervenciones no farmacológicas entre individuos con demencia, centrándose en dos medidas principales como resultado: la función cognitiva y la calidad de vida. Sin embargo, existen numerosos instrumentos avanzados que son más adecuados para evaluar el progreso de estas medidas en función de sus resultados. Las intervenciones se analizaron individualmente, se compararon colectivamente y se debatieron ampliamente en relación con su impacto potencial en el manejo global de los síntomas de la demencia. Aunque los resultados observados pueden ser modestos o moderados, no dejan de presentar importantes oportunidades a futuro. Este estudio subraya la importancia de continuar investigando e innovando en el desarrollo de tratamientos más efectivos para el manejo de la demencia.

Referencias

- Nichols E, Steinmetz JD, Vollset SE, et al. Estimación de la prevalencia mundial de la demencia en 2019 y prevalencia prevista en 2050: un análisis para el Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Public Heal.* 2022;7(2):e105-e125. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(21\)00249-8](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00249-8)
- Broadbent E, Ahn HS, Kerse N, et al. ¿Pueden los robots mejorar la calidad de vida de las personas con demencia? En: *Proceedings of the Technology, Mind, and Society.* ACM; 2018:1-3. <https://doi.org/10.1145/3183654.3183660>
- Tokushige A, Yokojima K, Sugiura K, Iwasaki Y, Araki D. Consideración de la conversación con adultos mayores con Demencia mediante terapia de reminiscencia individual. Publicado en línea 2019.
- Marinho V, Bertrand E, Naylor R, et al. Terapia de estimulación cognitiva para personas con Demencia en Brasil (CST-Brasil): Resultados de un ensayo controlado aleatorizado simple ciego. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2021;36(2):286-293. <https://doi.org/10.1002/gps.5421>
- Wu PF, Hu HJ, Fan KY. Developing an APP with Taiwanese Image for Reminiscence Therapy of Dementia. *J Softw.* 2018;13(7):395-406. <https://doi.org/10.17706/jsw.13.7.395-406>
- Butler M, McCreedy E, Nelson VA, et al. ¿El entrenamiento cognitivo previene el deterioro cognitivo? *Ann Intern Med.* 2018;168(1):63. <https://doi.org/10.7326/M17-1531>
- İnel Manav A, Simsek N. El efecto de la terapia de reminiscencia con videos basados en Internet sobre el estado cognitivo y la apatía de las personas mayores con demencia leve. *J Geriatr Psychiatry Neurol.* 2019;32(2):104-113. <https://doi.org/10.1177/0891988718819864>
- Lin H, Yang Y, Cheng W, Wang J. Efectos distintivos entre la estimulación cognitiva y la terapia de reminiscencia sobre la función cognitiva y la Calidad de vida para diferentes tipos de problemas de comportamiento en Demencia. *Scand J Caring Sci.* 2018;32(2):594-602. <https://doi.org/10.1111/scs.12484>
- Moon S, Park K. El efecto de la terapia de reminiscencia digital en personas con Demencia: un ensayo piloto controlado aleatorizado. *BMC Geriatr.* 2020;20(1):166. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01563-2>
- Kallio E, Öhman H, Hietanen M, et al. Efectos del entrenamiento cognitivo en la cognición y la calidad de vida de las personas mayores con demencia. *J Am Geriatr Soc.* 2018;66(4):664-670. <https://doi.org/10.1111/jgs.15196>
- González J, Mayordomo T, Torres M, Sales A, Meléndez JC. Reminiscencia y demencia: una intervención terapéutica. *Int Psicogeriatría.* 2015;27(10):1731-1737. <https://doi.org/10.1017/S1041610215000344>
- Yu F, Mathiason MA, Johnson K, Gaugler JE, Klassen D. La memoria importa en la demencia: Efficacy of a mobile reminiscing therapy app. *Alzheimer's Dement Transl Res Clin Interv.* 2019;5(1):644-651. <https://doi.org/10.1016/j.trci.2019.09.002>
- Spector A, Thorgrimsen L, Woods B, et al. Eficacia de un programa de terapia de estimulación cognitiva basado en la evidencia para personas con Demencia. *Br J Psychiatry.* 2003;183(3):248-254. <https://doi.org/10.1192/bjp.183.3.248>
- Tadaka E, Kanagawa K. A randomized controlled trial of a group care program for community-dwelling elderly people with Dementia. *Japan J Nurs Sci.* 2004;1(1):19-25. <https://doi.org/10.1111/j.1742-7924.2004.00006.x>
- Nakamura K, Kasai M, Nakai M, Nakatsuka M, Meguro K. The Group Reminiscence Approach Can Increase Self-Aware of Memory Deficits and Evoke a Life Review in People With Mild Cognitive Impairment: Los Datos del Proyecto Kurihara. *J Am Med Dir Assoc.* 2016;17(6):501-507. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2015.11.009>
- Deponte A, Missan R. Efectividad de la terapia de validación (TV) en el grupo: Resultados preliminares. *Arch Gerontol Geriatr.* 2007;44(2):113-117. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2006.04.001>

17. Iiboshi K, Yoshida K, Yamaoka Y, et al. A Validation Study of the Remotely Administered Montreal Cognitive Assessment Tool in the Elderly Japanese Population. *Telemed e-Health*. 2020;26(7):920-928. <https://doi.org/10.1089/tmj.2019.0134>
18. Ingersoll-Dayton B, Spencer B, Kwak M, Scherrer K, Allen RS, Campbell R. El enfoque de historias de vida en pareja: Una intervención diádica para la demencia. *J Gerontol Soc Work*. 2013;56(3):237-254. <https://doi.org/10.1080/01634372.2012.758214>
19. Asano T, Wang CW, Tsugaruya M, Ishikawa T. Efectividad de las intervenciones de reminiscencia individual de alta frecuencia utilizando libros de historias de vida en personas con Demencia. *Br J Occup Ther*. 2021;84(5):317-326. <https://doi.org/10.1177/0308022620945932>
20. Astell AJ, Smith SK, Potter S, Preston-Jones E. Computer Interactive Reminiscence and Conversation Aid groups-Delivering cognitive stimulation with technology. *Alzheimer's Dement Transl Res Clin Interv*. 2018;4(1):481-487. <https://doi.org/10.1016/j.trci.2018.08.003>
21. Woods B, Subramaniam P. Libros de cuentos de vida digitales para personas con Demencia que viven en hogares de cuidado: una evaluación. *Clin Interv Aging*. 2016; Volumen 11:1263-1276. <https://doi.org/10.2147/CIA.S111097>
22. Feng Y, Yu S, van de Mortel D, Barakova E, Hu J, Rauterberg M. LiveNature. En: *Actas de la Conferencia 2019 sobre diseño de sistemas interactivos*. ACM; 2019:1321-1333. <https://doi.org/10.1145/3322276.3322331>
23. Hutton B, Salanti G, Caldwell DM, et al. La declaración de extensión PRISMA para la presentación de informes de revisiones sistemáticas que incorporan metaanálisis de red de intervenciones de atención médica: Lista de comprobación y explicaciones. *Ann Intern Med*. 2015;162(11):777-784. <https://doi.org/10.7326/M14-2385>
24. (Rita) Chang H, Chien HW. Efectividad de la terapia de reminiscencia grupal para personas que viven con Demencia en un centro de día en Taiwán. *Dementia*. 2018;17(7):924-935. <https://doi.org/10.1177/1471301217725185>
25. Coelho T, Marques C, Moreira D, et al. Promoción de reminiscencias con auriculares de realidad virtual: A Pilot Study with People with Dementia. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(24):9301. <https://doi.org/10.3390/ijerph17249301>
26. Mendrofa FAM, Hani U, Adinatha NNM, Dwispataru D. Reminiscence Therapy For Cognitive Improvement and Mood Recovery in Dementia Patients. *Str J Ilm Kesehat*. 2021;10(1 SE-Articles):810-816. <https://doi.org/10.30994/sjik.v10i1.671>
27. Park, Ju-Hyung. Effects of Occupation based Reminiscence Therapy on Early Dementia Patients' Cognitive Function, Depression and Quality of Life. *J Korea Acad Coop Soc*. 2018;19(12):758-764. <https://doi.org/10.5762/KAIS.2018.19.12.758>
28. Olakehinde O, Adebisi A, Siwoku A, et al. Managing Dementia in rural Nigeria: feasibility of cognitive stimulation therapy and exploration of clinical improvements. *Envejecimiento Ment Salud*. 2019;23(10):1377-1381. <https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1484883>
29. Onieva-Zafra MD, Hernández-García L, González-del-Valle MT, Parra-Fernández ML, Fernández-Martínez E. Intervención musical con terapia de reminiscencia y orientación a la realidad para ancianos con enfermedad de Alzheimer que viven en una residencia. *Holist Nurs Pract*. 2018;32(1):43-50. <https://doi.org/10.1097/HNP.0000000000000247>
30. Cho HK. Los efectos de la musicoterapia-grupo de canto en la calidad de vida y el afecto de las personas con demencia: Un ensayo controlado aleatorizado. *Front Med*. 2018;5. <https://doi.org/10.3389/fmed.2018.00279>
31. van der Steen JT, van Soest-Poortvliet MC, van der Wouden JC, Bruinsma MS, Scholten RJ, Vink AC. Intervenciones terapéuticas basadas en la música para personas con demencia (Revision Cochrane traducida). *Cochrane Database Syst Rev*. Publicado en línea el 2 de mayo de 2017. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003477.pub3>
32. Kelly L, Ahessy B. Musicoterapia centrada en la reminiscencia para promover el estado de ánimo positivo y el compromiso y la interacción compartida para las personas que viven con demencia. *Voices A World Forum Music Ther*. 2021;21(2). <https://doi.org/10.15845/voices.v21i2.3139>
33. Nishiura Y, Nihei M, Nakamura-Thomas H, Inoue T. Effectiveness of using assistive technology for time orientation and memory, in older adults with or without Dementia. *Disabil Rehabil Assist Technol*. 2021;16(5):472-478. <https://doi.org/10.1080/17483107.2019.1650299>
34. Schaat S, Koldrack P, Yordanova K, Kirste T, Teipel S. Detección en tiempo real de la desorientación espacial en personas con deterioro cognitivo leve y demencia. *Gerontology*. 2020;66(1):85-94. <https://doi.org/10.1159/000500971>
35. Holthe T, Halvorsrud L, Lund A. Digital Assistive Technology to Support Everyday Living in Community-Dwelling Older Adults with Mild Cognitive Impairment and Dementia. *Clin Interv Aging*. 2022;Volumen 17:519-544. <https://doi.org/10.2147/CIA.S357860>
36. Lin YY, Yao CT, Lin TY, Li CH. A study of

Chandrika KM., Shishir Kumar, Ankeeta MJ., Lokesh Babu, Mrs. Prathima

reminiscence activities program on dementia behavioral problems care for long-term care older adults in Taiwan. *Educ Gerontol.* 2022;48(12):598-609.

<https://doi.org/10.1080/03601277.2022.2063506>

37. The Effectiveness of Reality Orientation Therapy on Cognitive Level of Patient with Dementia at Selected Rehabilitation Center in Pune City. *Indian J Public Heal Res Dev.* Publicado en línea el 24 de abril de 2020.

<https://doi.org/10.37506/ijphrd.v11i4.4341>

38. Nakatsuka M, Nakamura K, Hamanosono R, et al. A

Cluster Randomized Controlled Trial of Nonpharmacological Interventions for Old-Old Subjects with a Clinical Dementia Rating of 0.5: The Kurihara Project. *Dement Geriatr Cogn Dis Extra.* 2015;5(2):221-232. <https://doi.org/10.1159/000380816>

39. Liew TM. La versión corta óptima de la evaluación cognitiva de Montreal en el diagnóstico del deterioro cognitivo leve y la demencia. *J Am Med Dir Assoc.* 2019;20(8):1055.e1-1055.e8.

<https://doi.org/10.1016/j.jamda.2019.02.004>



Social Medicine

Health For All

ISSN: 1557-7112