

INFORMES PORTAL MAYORES

Número 13

Intervenciones no farmacológicas para la reducción de comportamientos problemáticos asociados a la demencia

Autor: Losada Baltar,

Filiación: Univ. Autónoma de Madrid, Facultad de Psicología

Contacto: <mailto:mandres.losada@uam.es>

Fecha de creación: 19-04-2004

Para citar este documento:

LOSADA BALTAR, Andrés (2004). "Intervenciones no farmacológicas para la reducción de comportamientos problemáticos asociados a la demencia". Madrid, Portal Mayores, *Informes Portal Mayores*, nº 13. [Fecha de publicación: 21/10/2004].

<<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/losada-intervenciones-01.pdf>>

Una iniciativa del IMSERSO y del CSIC © 2003

ISSN: 1885-6780

Índice

	Página
▪ <i>Introducción</i>	2
▪ <i>Los comportamientos problemáticos y las demencias: ¿por qué intervenir sobre ellos?</i>	3
▪ <i>Principios básicos para la aplicación de las intervenciones no farmacológicas</i>	5
▪ <i>Intervenciones conductuales: modificación de conducta</i>	7
▪ <i>Intervenciones ambientales</i>	9
▪ <i>Intervenciones basadas en la comunicación</i>	11
▪ <i>Intervenciones con cuidadores familiares</i>	14
▪ <i>Conclusiones</i>	18
▪ <i>Referencias bibliográficas</i>	19

Introducción

Aunque el enfoque de la intervención actual ante la enfermedad de Alzheimer (y que se puede extender a otras demencias relacionadas) se basa fundamentalmente en la prescripción de fármacos que han demostrado una eficacia cuestionable sobre la función cognitiva y las actividades de la vida diaria de los pacientes (ver, por ej., Courtney y otros, 2004), es crucial que se planifique una estrategia global de actuación ante esta enfermedad (Grossberg y Desai, 2003). Concretamente, y de acuerdo con Grossberg y Desai (2003), resulta clave un diagnóstico lo más temprano posible y proporcionar un tratamiento farmacológico y de asesoramiento para el paciente y la familia/cuidador. Pero, además, otros objetivos principales que han de plantearse en la intervención con el enfermo son: reducir el exceso de discapacidad, resolver situaciones potencialmente peligrosas (por ej., conducción y deambulación) y tratar problemas comórbidos (por ej., depresión o ansiedad). Además, al tratarse de un problema que afecta de una manera dramática al entorno familiar y social de las personas que la padecen, la intervención con las familias/cuidadores se convierte en otro objetivo necesario de los planes de actuación, siendo imprescindible educar sobre la enfermedad y consecuencias asociadas a ésta, proporcionar herramientas y entrenamiento en habilidades de afrontamiento del problema (para cuidarse mejor y cuidar mejor) y proporcionar información sobre recursos disponibles. Con respecto al objetivo del trabajo que aquí se presenta, los principios de actuación recomendados en el caso de que el paciente manifieste comportamientos problemáticos indican que se deben plantear intervenciones no farmacológicas si éstos son leves o moderados y farmacológicas si son resistentes a los tratamientos anteriores (Grossberg y Desai, 2003).

Los comportamientos problemáticos y las demencias: ¿por qué intervenir sobre ellos?

Los comportamientos problemáticos incluyen actividades motoras, verbales o vocales que son inadecuadas bien por exceso de conducta (por ej., agitación, agresividad o deambulación), bien por defecto de conducta (por ej., tristeza, aislamiento o poca comunicación). Es importante señalar que no es fácil enumerar los problemas de conducta asociados a la demencia ya que existen diversas clasificaciones de los mismos, con importantes solapamientos entre las conductas que incluyen (Teri, Montorio e Izal, 1999). Así, el término trastorno o problema de comportamiento no se refiere a un fenómeno uniforme, sino que, como se presenta en la Tabla 1, representa una amplia categoría de problemas de distinto origen, forma y dinámica (Teri y Logsdon, 1994).

Tabla 1. Problemas de conducta asociados a la demencia¹

- Agitación
 - Actividad repetitiva y sin propósito
 - Reacciones catastrofistas
 - Autoestimulación
 - Comportamientos ruidosos
- Deambulación
- Agresión verbal y física
- Conducta sexual inapropiada / desinhibición
- Otros comportamientos socialmente inapropiados
- Incontinencia
- Trastornos del sueño
- Trastornos del humor (depresión)
- Conductas psicóticas (paranoia, suspicacia, alucinaciones y delirios)
- Pérdida de habilidades de autocuidado
- Trastornos psicomotores: cambios en el nivel de actividad.
- Alteraciones de memoria.
- Dificultades de comunicación.

¹ Tomado de Teri, Montorio e Izal (1999).

Izal, Montorio, Losada, Márquez y Alonso (2000) realizan la siguiente definición de problema de comportamiento: “todas aquellas alteraciones del comportamiento, por exceso (por ej., agitación) o por defecto (por ej., tristeza), pueden suponer una dificultad, riesgo o peligro tanto para la persona que recibe los cuidados como para la que cuida, o para terceras personas implicadas en el cuidado. También se incluyen dentro de esta categoría aquellos comportamientos que son socialmente inaceptables”.

Mientras que alguno de estos comportamientos puede ser producto directo del daño neurológico de la persona, en muchos casos son un indicador de falta de confort de la persona enferma o una conducta adaptativa de la persona que trata de dar respuesta a un problema (Cohen-Mansfield, 2000; Mittelman y otros, 2003). Diferentes estudios han demostrado que entre un 50% y un 90% de personas con demencia moderada o severa pueden manifestar comportamientos problemáticos clínicamente significativos en algún momento a lo largo del curso de su enfermedad (Davis, Buckwalter y Burgio, 1997).

Además de los riesgos o malestar que este tipo de problemas puede provocar tanto para la persona que padece la enfermedad como para terceras personas, la ocurrencia persistente de comportamientos problemáticos, unido a la percepción de los cuidadores de una incapacidad para manejarlos, surge como un importante origen de la carga y el estrés de los cuidadores (Alspaugh, Stephens, Townsend, Zarit y Greene, 1999; Miller, Townsend, Carpenter, Montgomery, Stull y Young, 2001; Pruchno, Michaels y Potashnik, 1990; Teri, Rabins y otros, 1992). Los efectos adversos son atribuidos a la naturaleza desviada de tales comportamientos, a la ambigüedad sobre si es un síntoma de la enfermedad o un acto intencionado y/o a un aumento de la dificultad en el cuidado de una persona poco cooperativa, que ofrece resistencia o que abusa físicamente (Bass, Noelker y Rechlin, 1996). Además, los problemas de comportamiento también pueden debilitar la red de apoyo informal, al hacer que familiares o amigos se sientan incómodos o no quieran

implicarse en el cuidado o contribuyendo a que los cuidadores principales sientan más recelo a la hora de solicitar ayuda (Bass y otros, 1996). Los comportamientos problemáticos son además una de las principales razones para una hospitalización aguda o un ingreso de la persona en una institución (Aneshensel y otros, 1993).

Resulta evidente la importancia de realizar esfuerzos dirigidos a reducir la frecuencia o el malestar asociado a este tipo de comportamientos problemáticos. Incluso una mejora modesta de este tipo de comportamientos puede mejorar de forma significativa la calidad de vida tanto del paciente como del cuidador (Grossberg y Desai, 2003).

En la actualidad se recomienda iniciar las intervenciones sobre los comportamientos problemáticos utilizando procedimientos no farmacológicos como los conductuales o los ambientales (Grossberg y Desai, 2003), dado que las intervenciones farmacológicas hasta el día de hoy han demostrado una eficacia limitada, pueden tener efectos secundarios no deseados, pueden suponer un problema de exceso de medicación y pueden no estar recomendados debido a la presencia de otros problemas médicos coexistentes (Hall, Gerdner, Zwygart-Stauffacher y Buckwalter, 1995; Teri y otros, 1997). Las intervenciones no farmacológicas se deben realizar siempre que sea posible, habiéndose realizado declaraciones consensuadas en las que se enfatiza el carácter fundamental de éstas, que pueden ser exitosas tanto aisladamente como en combinación con tratamientos farmacológicos (Tariot, 2003). Las intervenciones con fármacos psicotrópicos se deben reservar únicamente para aquellos casos en los que existe un estrés subjetivo significativo o el comportamiento es peligroso o excesivamente molesto (Tariot, 2003). Aunque a través de las intervenciones no farmacológicas no se pueda eliminar el deterioro cognitivo asociado a la demencia, en ocasiones sí se puede mejorar la capacidad funcional e incluso cognitiva de la persona cuando ésta excede las limitaciones asociadas al daño orgánico (ver, por ejemplo, Woods, 2001).

Principios básicos para la aplicación de las intervenciones no farmacológicas

Como señala Woods (2003), una primera cuestión que ha de ser destacada de forma previa a cualquier intervención tiene que ver con la actitud que el personal o las familias implicadas en este tipo de intervenciones debe tener. De acuerdo con este autor, actitudes inapropiadas reducen el impacto de cualquier intervención hasta el punto de que pueden provocar que éstas sean perjudiciales. Asegurar la conformidad e implicación de éstas personas con la intervención planificada es una tarea especialmente desafiante. Este principio señala por lo tanto que además de los esfuerzos dirigidos al diseño e implementación de la intervención, deben realizarse esfuerzos dirigidos a obtener una actitud colaborativa e implicada de las persona implicada en la misma.

Desde un punto de vista psicológico, los comportamientos problemáticos son vistos como una expresión de necesidades no cubiertas o mal expresadas (e.g., Stokes, 1996). Las habilidades de la persona para satisfacer sus necesidades están alteradas por la demencia, exponiendo a la persona a métodos disfuncionales de comunicación y comportamiento para lograr sus objetivos (Stokes, 1996, p. 676). Así, por ejemplo, la agresividad ocurre con mayor frecuencia en situaciones de cuidado íntimo, en las que resulta plausible que la persona se sienta más vulnerable y amenazada. La lógica de las intervenciones no farmacológicas se basa en que en cada caso individual se pueden identificar habilidades y recursos residuales en la persona que pueden permitir optimizar la sensación de bienestar e interacción de la persona con otras personas (Tariot, 2003).

El modelo implícito que subyace a las aproximaciones psicosociales a la intervención en demencias se basa en la noción del exceso de discapacidad. Una persona tiene exceso de discapacidad cuando demuestra una mayor discapacidad que la atribuible a los efectos del daño neurológico. Los planteamientos psicosociales sugieren que el exceso de discapacidad surge de una interacción

inadecuada entre el individuo y su entorno físico y social. Un entorno inadecuado puede acelerar el cambio neuropatológico de la persona con demencia, iniciando una espiral de declive y degeneración (Kitwood, 1997). Por lo tanto, de acuerdo con este principio, cualquier intervención debe estar dirigida a maximizar el equilibrio entre los recursos y habilidades de la persona y las demandas o estimulación que el ambiente le proporcione. Un nivel de exigencia muy superior o inferior a las habilidades de la persona puede provocar que ésta reaccione de forma negativa a las demandas (apatía, agitación, tristeza, etc.).

Existe una gran variabilidad entre las personas mayores que manifiestan comportamientos problemáticos y se observa también una gran variabilidad intra-personal a lo largo del proceso de la enfermedad, lo que sugiere que es necesario individualizar las intervenciones a las necesidades y características específicas de cada persona (Cohen-Mansfield, 2000).

En conjunto, estas intervenciones pretenden cumplir con la filosofía de la atención sin restricciones a las personas mayores (Strumpf y otros, 1998), de la manera más individualizada posible, considerando los derechos de la persona a ser respetada y teniendo como objetivo principal mantener la dignidad, la autonomía y la autoestima de la persona, con el fin de asegurar la mejor calidad de vida posible.

Por último, y de acuerdo con Kaye (2003, p. 369), un objetivo realista que se debe plantear cualquier profesional o que debe ser transmitido a las familias es que el éxito de una intervención de este tipo no consiste en obtener una completa remisión de la conducta problema, sino que se puede considerar exitosa una intervención a través de la cuál se obtenga una reducción en la severidad o frecuencia de estos problemas.

Intervenciones conductuales: modificación de conducta

A través de la modificación de conducta se pretende cambiar la frecuencia, intensidad, duración o localización de un comportamiento específico a través de la modificación de estímulos que lo provocan (antecedentes) o de sucesos que ocurren tras el comportamiento (consecuentes) y que aumentan la probabilidad de que ocurra en un futuro. Por ejemplo, la inexistencia de señales o carteles que permitan facilitar la localización del baño a puede provocar un episodio de incontinencia, y prestar atención a una persona que se ha comportado de manera agresiva puede facilitar que en futuras ocasiones la persona, para recibir atención, se comporte de la misma manera.

Este tipo de intervenciones se basa en que, aunque el aprendizaje está afectado por la enfermedad, el ambiente (social o físico) ejerce importantes influencias sobre el comportamiento de las persona. Por lo tanto, si se influye sobre este ambiente (a través de, por ejemplo, el control estimular) se pueden obtener resultados muy positivos. Fisher y Carstensen (1990) señalan el fenómeno de agitación al atardecer ("sundowning") como un problema en el que los efectos del ambiente son claros, y señalan que a través de un ajuste de la iluminación y la provisión de estímulos que faciliten la orientación temporal alivia en gran medida los síntomas de este fenómeno.

La mayoría de los principios conductuales como el reforzamiento, la contingencia, la evitación y el modelado se basan en que el aprendizaje ocurre cuando un comportamiento es seguido de forma temporalmente próxima por un refuerzo. Si un comportamiento es seguido de algo no agradable, el comportamiento dejará de ocurrir. Alguna de las técnicas que han resultado efectivas en población con deterioro cognitivo son el control de estímulos, la manipulación ambiental y la

modificación de contingencias de reforzamiento de comportamientos.

Bird y otros (1995) consiguieron reducir el número de veces que una mujer entraba en habitaciones que no eran la suya en una residencia de 44 a 2 a través de un entrenamiento en reconocimiento de señales (una señal roja de stop). Tras el periodo de aprendizaje de que ante la visión de la señal la mujer debía continuar caminando, se fue ampliando el periodo entre ensayos y se entrenó al personal de la residencia a repetir este procedimiento cada vez que la mujer entrase en otra habitación.

Spayd y Smyer (1988) redujeron verbalizaciones inapropiadas y aumentaron las apropiadas entrenando al personal de residencias a ignorar las inapropiadas (vulgaridades y verbalizaciones agresivas) y a atender las verbalizaciones positivas.

Este tipo de planteamiento de reforzamiento diferencial de conductas ha sido también aplicado a la promoción de comportamientos independientes por Baltes y Wahl (1996), quienes señalan que la actitud de las personas ante el cuidado de personas dependientes puede fomentar la dependencia (por ej., criticando conductas independientes: "te he dicho que no te vistas sola, ya que siempre lo haces mal"), estimular la independencia (planteando la realización de una actividad como un reto o proporcionando atención a la persona: "venga, sé que puedes hacerlo") o reforzar la independencia (atender a comportamientos autónomos: "que bien que te hayas decidido finalmente a sentarte aquí con nosotros"). Coyne y Hoskins (1997) elaboraron un programa para conseguir reducir la dependencia asociada a la comida en personas ingresadas en una residencia en el que utilizaron indicaciones verbales (por ej., "mueve la comida a tu boca") y refuerzo (por ej., "muy bien"). Los resultados demuestran que un uso consistente de indicaciones y reforzamiento maximiza el estado funcional en esta actividad básica.

Hussian y Davis (1985) obtuvieron resultados positivos a través una intervención conductual dirigida a reducir la deambulaci3n de residentes complementando la utilizaci3n de se~nales visuales (por ej., un dibujo de un v3ter en la puerta del ba~no) con el reforzamiento de conductas de no deambulaci3n.

Tambi3n se han obtenido resultados muy positivos a trav3s de intervenciones sobre problemas de incontinencia, como por ejemplo una reducci3n de un 85% en la incontinencia urinaria y un 78% en la incontinencia fecal (Burgio y otros, 1988).

Intervenciones ambientales

Las intervenciones ambientales surgen en el contexto de la gerontolog3a ambiental, que est3 centrada en la descripci3n, explicaci3n, modificaci3n y optimizaci3n de la relaci3n entre las personas mayores y su entorno socioespacial (Wahl y Weisman, 2003), con el fin de facilitar el que las personas mayores puedan envejecer en su domicilio (Gitlin, 2003).

De acuerdo con Lawton (2001), se puede considerar molesto tanto el comportamiento de los enfermos como el contexto en el que 3stos se encuentran, por lo que los comportamientos problem3ticos se deben considerar como expresiones de malestar de las personas que causan malestar a otras personas. De acuerdo con este autor, se pueden considerar barreras para un adecuado comportamiento tanto aquellos est3mulos u objetos que estimulan en exceso como aquellos est3mulos u objetos que proporcionan escasa estimulaci3n. Como ejemplo de entorno excesivamente estimulado se~nala un sal3n de una residencia (desorganizado y aversivo debido a la "hipersocialidad") y como ejemplo de entorno poco estimulado se~nala un domicilio en el que el enfermo recibe cuidados informales (poca variedad de entorno social y f3sico). De acuerdo con los principios de la gerontolog3a ambiental, una adaptaci3n, simplificaci3n o enriquecimiento del entorno puede ser 3til a la hora de reducir la frecuencia o intensidad de algunos comportamientos problem3ticos.

Aunque se le ha prestado muy poca atención al estudio de la influencia del entorno (especialmente domiciliario) sobre el estado de salud (física, psicológica y cognitiva) de la persona enferma, existen algunos estudios a través de los cuáles se ha demostrado la importancia de la consideración y modificación de este tipo de cuestiones sobre la salud de las personas con demencia y sus cuidadores (por ej., Gitlin y otros, 2001, 2003; Inouye y otros, 1999; Pynoos y Ohta, 1991).

Blackman y otros (1976) consiguieron mejoras en conductas prosociales (hablar y escuchar), antisociales (amenazas y violencia verbal) y no socializadoras (sentarse, permanecer en silencio y hablar para uno mismo) permitiendo que hubiese café y zumo disponible durante los periodos de actividades programadas. Quttrochi-Tubin y Jason (1980) obtuvieron también resultados positivos sobre la frecuencia de interacciones sociales a través de una actuación similar (facilitar el acceso a café y galletas durante el periodo de actividades).

Intervenciones ambientales dirigidas a proporcionar a las personas con problemas de deambulación un lugar seguro por el que puedan deambular han reducido significativamente las secuelas de este tipo de comportamientos (por ej., Burgio y otros, 1996).

Otro trabajo en el que se ha destacado la importancia del entorno para las personas con demencia ha sido realizado por Reimer y otros (2004). Estos autores parten de la base de que, históricamente, las personas que se encuentran en una etapa media o final de la demencia son institucionalizadas en centros en los que las necesidades básicas y médicas están cubiertas, pero escasean los atributos de un domicilio particular. Reimer y otros (2004) estudian longitudinalmente las diferencias en calidad de vida de personas que viven en dos tipos de entornos de cuidados, uno de ellas tradicional y otro de cuidados especiales, con una densidad baja de residentes, con 10 residentes en cada uno de los 6 bungalows de la unidad, una mayor

proporción de personal y un ambiente con animales y plantas, entre otras características especiales. Los resultados obtenidos a través de este estudio muestran un menor declive en actividades de la vida diaria, un prolongado interés por el entorno y un menor afecto negativo en los residentes de la unidad de cuidados especiales, lo que demuestra que se puede afectar positivamente a la calidad de vida en etapas avanzadas de la demencia proporcionando un entorno más ajustado a la situación de las personas.

Cohen-Mansfield y Werner (1998) realizaron un estudio similar al anterior. Estudiaron los efectos de implementar estímulos visuales, auditivos y olfativos con el fin de crear un ambiente estimulante. Los resultados de su trabajo demostraron que los residentes estaban más tiempo en el ambiente estimulado que en los entornos habituales de la residencia. Además, encontraron una reducción en comportamientos de escape y de agitación, así como un aumento significativo en la satisfacción de los residentes cuando se encontraban en el entorno estimulado.

Intervenciones basadas en la comunicación

La incapacidad para comunicarse adecuada y apropiadamente con personas que sufren problemas que afectan a la comunicación provoca consecuencias emocionales negativas muy intensas (Clark, 1997). En los últimos años ha aumentado de una manera significativa el número de intervenciones dirigidas a fortalecer los intercambios comunicativos entre cuidadores formales e informales y las personas con trastornos que afectan a la comunicación. Estas intervenciones parten de la premisa de que pautas inadecuadas de comunicación tanto por parte de las personas con demencia como por parte de las personas que interactúan con ellas puede dar lugar a situaciones no deseadas como, por ejemplo, dificultar la expresión de emociones por parte de los enfermos, provocando así malestar a la persona enferma, que puede desembocar o bien en respuestas agitadas o bien en una reducción de los intentos comunicativos por parte de la persona enferma.

Con respecto cuidadores formales o informales, los programas de intervención de entrenamiento en comunicación están diseñados para (a) reducir el malestar emocional y la carga asociada a la atención a las personas, (b) mejorar la competencia en la provisión de cuidados, (c) corregir cualquier tipo de idea preconcebida incorrecta sobre los problemas de comunicación, (d) desarrollar expectativas realistas acerca de las habilidades comunicativas de la persona y (e) promover una sensación de satisfacción y de conexión emocional con la persona atendida a través de intercambios exitosos de comunicación (Clark, 1997). En el caso de los cuidadores formales, una adecuada comunicación es fundamental para obtener la satisfacción del enfermo con la atención recibida y para obtener una atención médica y social que responda a las necesidades de la persona. Done y Thomas (2001) encontraron que tanto a través de un taller dirigido a mejorar las habilidades de comunicación de cuidadores informales como a través de panfletos en los que se describía a través de cómics cómo enfrentarse a 10 problemas de comunicación se obtuvo una reducción en la frecuencia de problemas de comunicación con sus familiares (por ej., falta de atención, repetir preguntas u olvidos) y una reducción en el estrés asociado.

Con respecto a las personas cuidadas, los programas de intervención pretenden (a) promover el máximo uso de las habilidades de comunicación, (b) proporcionarles oportunidades de comunicación social, (c) aumentar su autoestima al facilitarles un mayor control sobre sus interacciones comunicativas con otras personas, (d) prevenir un exceso de discapacidad e indefensión al favorecer un sentimiento de competencia como comunicadores y (e) retrasar la institucionalización (Clark, 1997). Bourgeois y otros (2001) entrenaron al personal de residencias a utilizar libros de memoria para fomentar la comunicación de los residentes. Los resultados de su trabajo demuestran una mejora en diferentes medidas conversacionales (duración del tiempo de conversación, frecuencia de declaraciones, etc.) así como en la calidad de las conversaciones (características del discurso). Además, el personal de la residencia señala que la utilización de éstos recursos afecta a la sintomatología depresiva de las personas, mejorando así la calidad de vida de los residentes.

Este tipo de intervenciones son necesarias ya que en muchas ocasiones se produce, al igual que se señalaba anteriormente, un desequilibrio entre las demandas ambientales y las capacidades disponibles de las personas en situaciones en las que se ve implicada la comunicación con las personas con demencia. Por ejemplo, es muy frecuente que exista una discrepancia entre la competencia actual de una persona con demencia y las expectativas o percepción negativa de su competencia por las personas que le rodean. Un resultado prototípico de esta situación es la denominada habla patrón o "hablar como a un niño". Este tipo de estilo de comunicación con las personas puede, inconscientemente, reforzar estilos de comportamiento dependientes y favorecer el aislamiento y depresión, contribuyendo así a un aumento del declive físico, cognitivo y funcional de las personas con demencia (Ryan y otros, 1986). Un estudio realizado por Williams, Kemper y Hummert (2003) comprobó que a través de un programa breve (3 sesiones de 1 hora) se puede formar al personal de una residencia para reducir el uso de este tipo de habla, comprobándose que tras la intervención se utilizaba por parte de los profesionales un lenguaje más respetuoso (por ej., se usaban menos diminutivos) y menos controlador.

Existen además algunas técnicas concretas para fomentar la comunicación de las personas con deterioro cognitivo que están demostrando resultados prometedores. Así, por ejemplo, la terapia de la validación (Feil, 1993) ha sido ampliamente utilizada en el trabajo con personas con demencia, y se centra fundamentalmente en la comunicación de emociones de las personas, en contraste con otro tipo de intervenciones con un mayor énfasis cognitivo como la Orientación a la Realidad. Aunque la evidencia sobre su efectividad es mixta (Toseland y otros, 1997), la realidad es que resulta elogiable su objetivo de conseguir que la persona pueda expresarse y ser escuchada con respeto y sensibilidad, sin entrar en confrontaciones que no llevan a ningún lugar sobre fechas y acontecimientos, reconociendo así la

importancia de centrar el interés en la persona. Otras técnicas como por ejemplo la reminiscencia o la revisión de la vida han demostrado también ser eficaces a la hora de reducir la sintomatología depresiva o mejorar la satisfacción con la vida de personas con deterioro cognitivo (Baines y otros, 1987; Goldwasser y otros, 1987).

Intervenciones con cuidadores familiares

El éxito de las intervenciones en demencias recae fundamentalmente en la capacidad para implicar a los cuidadores en el plan de intervención (Kaye, 2003). La mayor parte de los cuidados a personas mayores con demencia se realizan en domicilios particulares y son llevados a cabo en su mayor parte por familiares. Las intervenciones con cuidadores familiares resultan de interés tanto para las instituciones como para las familias ya que permiten prolongar la estancia de las personas en sus propios domicilios (la mayoría de las personas desea envejecer en casa y ser cuidada por familiares) a la vez que se proporciona una respuesta al problema derivado del número de recursos formales existentes para atender a la cada vez mayor proporción de personas dependientes. Por estos motivos, los profesionales deben dedicar tiempo a los cuidadores, con el fin de educar al cuidador y a la familia en qué esperar, cómo enfrentarse con problemas comunes y establecer un plan de seguimiento que permita valorar el curso de la enfermedad (Kaye, 2003).

Los programas de intervención dirigidos a cuidadores han evolucionado de los iniciales programas de educación general y de ayuda mutua hasta los actuales programas de entrenamiento de habilidades específicas, como reflejo del cada vez mayor conocimiento disponible sobre qué es el cuidado, qué consecuencias tiene y qué necesidades tienen los cuidadores (Bourgeois y otros, 1996).

A través de este tipo de intervenciones se pretende reducir el malestar asociado al cuidado de personas dependientes (depresión, carga, ansiedad, problemas físicos, etc.), bien de forma directa (entrenando a los cuidadores en habilidades para

cuidarse mejor), bien de forma indirecta (entrenando a los cuidadores a *cuidar mejor*).

Los programas a través de los cuáles se enseña a los cuidadores a cuidarse mejor incluyen habitualmente el entrenamiento en habilidades de solución de problemas y realización de actividades agradables (Gallagher-Thompson, Lovett, Rose, McKibbin, Coon, Futterman y Thompson, 2000), aprendizaje de técnicas de relajación y de asertividad (Gallagher-Thompson y DeVries, 1994) o utilización de procedimientos conductuales para, por ejemplo, intervenir sobre problemas de sueño (McCurry y otros, 1998, 2003).

En los programas que tienen como objetivo enseñar a cuidar mejor se entrena a los cuidadores en habilidades para enfrentarse en mejores condiciones a las situaciones difíciles del cuidado (por ejemplo, aprendiendo estrategias para reducir la frecuencia o intensidad de los comportamientos problemáticos del familiar o para mejorar la comunicación con los familiares), obteniéndose como beneficios secundarios de esta mejora en el “enfrentamiento al cuidado” una reducción del malestar de los cuidadores (Bourgeois y otros, 1997, 2002; Burgio y otros, 2003; Teri, Logsdon, Uomoto y McCurry, 1997).

De acuerdo con Zarit y Leitsch (2001), el bienestar de la persona cuidada y el del cuidador están muy relacionados, por lo que se espera que, tanto a través de intervenciones dirigidas a entrenar a los cuidadores a “cuidarse mejor” como a través de intervenciones dirigidas a entrenar a los cuidadores a “cuidar mejor”, se obtenga un beneficio tanto para los cuidadores como para las personas cuidadas. Así , por ejemplo, una intervención dirigida exclusivamente a proporcionar psicoterapia individual a los cuidadores tuvo efectos positivos sobre las personas cuidadas (Teri, 1999), de la misma forma que a través de intervenciones psicoeducativas en grupo con cuidadores se han obtenido reducciones significativas en las manifestaciones de agitación y ansiedad en las personas con demencia cuidadas (Haupt, Karger y Jänner, 2000).

McCurry y otros (2003) han realizado recientemente un estudio dirigido a entrenar a cuidadores a implementar cambios en los hábitos o la higiene de sueño de personas con Alzheimer. En este programa se entrenó a los cuidadores a controlar, por ejemplo, el momento en el que sus familiares se despertaban o se acostaban y se les enseñó a ajustarse a una hora concreta y razonable. Se controlaron las siestas (por ej., no se podía dormir la siesta a partir de las 13 horas y éstas no podían ser superiores a 30 minutos), se cambiaron las bebidas con cafeína por descafeinados, etc. Además, se ayudó a los cuidadores a establecer hábitos saludables como caminar o cómo realizar ejercicios seguros. Los resultados demuestran que las personas cuidadas por aquellos cuidadores que fueron entrenados mantienen mejores y más consistentes hábitos de sueño y saludables. Una conclusión fundamental de este trabajo hace referencia a la necesidad de ayuda de muchos cuidadores para establecer e implementar un programa de este tipo.

Gitlin y otros (2001, 2003) han realizado un estudio basado en el modelo de Lawton y Nahemow (1973), que considera que cualquier alejamiento de un equilibrio entre la competencia de los individuos y las demandas del ambiente produce problemas en el funcionamiento y en el bienestar. El programa desarrollado por Gitlin y otros pretende ayudar a cuidadores familiares a reducir este desequilibrio proporcionándoles habilidades y herramientas que les permitan manipular de manera efectiva las dimensiones del entorno domiciliario asociadas con los problemas diarios asociados al cuidado. Algunas de las estrategias que se proporcionan pretenden modificar la dimensión física del ambiente (por ej., barras asideras, eliminación de objetos, utilización de colores que contrasten, etc.), otras están dirigidas a alterar la dimensión de la tarea (por ej., utilización de frases cortas o instrucciones escritas) y otras están dirigidas a modificar el ambiente social (coordinación de las actividades del cuidado, instrucciones sobre cómo comunicarse con los cuidadores formales, etc.). Este programa lo han desarrollado con dos muestras distintas de cuidadores, en dos estudios distintos. En el primer estudio encuentran tras la intervención que la dependencia para actividades instrumentales

declina significativamente menos en el grupo experimental que en el control y, para las actividades básicas, se encuentra tal tendencia, pero no significativa. Las medidas sobre el cuidador (autoeficacia y malestar asociado a los comportamientos y a las actividades de la vida diaria) muestran una mejora marginal desde las evaluaciones pre-intervención a las post-intervención en el grupo experimental, aunque no significativa, y se encuentran diferencias por sexo, informando las mujeres de una mayor autoeficacia que los hombres para manejar los comportamientos problemáticos. Por último, los cónyuges se beneficiaron en mayor medida que los no cónyuges en la variable malestar asociado a los comportamientos problemáticos. En el segundo estudio, realizado con cuidadores de personas con un nivel de funcionalidad significativamente inferior al del primer estudio, además de confirmarse las diferencias por sexo y parentesco con la persona cuida, se han obtenido resultados positivos tales como un menor malestar asociado a los comportamientos problemáticos asociados a la demencia y una mejora en la habilidad para enfrentarse al cuidado. Sin embargo, los autores recomiendan la utilización de este tipo de programas en fases iniciales de la enfermedad, ya que no se confirman los resultados obtenidos en el primer estudio con respecto a las AVDs y las IADLs, resulta difícil obtener mejorías en personas que se encuentran en una situación de elevada dependencia para actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. En cualquier caso, ambos estudios demostraron que este tipo de programas es beneficioso para reducir el malestar del cuidador.

Bourgeois y otros (1997), en un programa dirigido a reducir la frecuencia de verbalizaciones repetidas de personas con demencia, entrenaron a cuidadores informales en la utilización de un sistema individualizado de comunicación por señales externas de reconocimiento (por ej., tarjetas o libros de memoria), que debía ser utilizado de manera consistente cuando se produjesen las verbalizaciones repetidas por parte de sus familiares. Entre otras cuestiones, se entrenó a los cuidadores a reforzar (elogiar) a sus familiares cuando utilizasen el sistema e instrucciones para retirarse cuando el familiar discute o reacciona de forma

problemática ante el sistema. Tras la implantación de la intervención se encontró una reducción significativa en la frecuencia de repeticiones tanto en la en la fase de intervención como en la de seguimiento. Por el contrario, en el grupo control se produjo un aumento de la frecuencia de aparición de verbalizaciones repetidas. Además, se encontró en los cuidadores un aumento significativo en la percepción de autoeficacia para manejar estos problemas en la fase de seguimiento.

Conclusiones

Aunque existen trabajos a través de los cuáles no se han obtenido resultados concluyentes o significativos a través de la aplicación de intervenciones no farmacológicas para la reducción de comportamientos problemáticos (por ej., Beck y otros, 2002; Gormley y otros, 2001), los diferentes trabajos que se han revisado demuestran que se pueden obtener resultados positivos y significativos a través de diferentes programas no farmacológicos dirigidos a reducir la frecuencia de comportamientos problemáticos de personas con demencias. La significación clínica de estos resultados es importante, ya que afecta tanto a la calidad de vida de los enfermos como de sus cuidadores (formales e informales).

Sin embargo, a pesar de que cada vez sean más las intervenciones no farmacológicas que demuestran ser eficaces para reducir la frecuencia de comportamientos problemáticos, las intervenciones más comunes siguen siendo las farmacológicas, debido a las dificultades existentes para llevar a cabo investigaciones sobre intervenciones no farmacológicas metodológicamente rigurosas (Lawlor, 1999), al bajo interés prestado al cuidado de las personas mayores y al desconocimiento sobre el cuidado de las demencias (Archibald, 1999). Aunque existen aproximaciones o técnicas que han demostrado su efectividad, éstas no se pueden considerar como prácticas basadas en la evidencia, debido a que la metodología empleada en tales intervenciones no se aproxima al rigor de los ensayos farmacológicos (Orrell y Woods, 1996).

A través de este trabajo se ha destacado que se puede intervenir con éxito sobre los comportamientos problemáticos de las personas con demencia a través de la actuación sobre factores contextuales y sociales. La mayoría de los trabajos existentes destaca la influencia que este tipo de intervenciones tiene sobre la calidad de vida de las personas con demencia y el estrés asociado al cuidado de estas personas (tanto formal como informal), siendo además destacable que algunos estudios señalan que a través de este tipo de intervenciones se puede retrasar el ingreso de los familiares en instituciones, resultado de especial interés para muchas familias y para las entidades interesadas en el mantenimiento de la política de "envejecer en casa".

Sin embargo, a pesar del optimismo reflejado en este trabajo, resulta especialmente destacable la práctica inexistencia de recursos e iniciativas dirigidas a fomentar y consolidar la realización de este tipo de intervenciones no farmacológicas en una sociedad en la que el problema de las demencias es cada vez más prevalente.

Referencias

Alspaugh, M.E.L., Stephens, M.A.P., Townsend, A.L., Zarit, S.H. and Greene, R. (1999). Logitudinal Patterns of Risk for Depression in Dementia Caregivers: Objective and Subjective Primary Stress as Predictors. *Psychology and Aging*, 14(1), 34-43.

Aneshensel, C.S., Pearlin, L.I. y Schuler, R.H. (1993). Stress, role captivity, and the cessation of caregiving. *Journal of health and social behavior*, 34 (1), 54-70.

Archibald, C. (1999). Commentary. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 228.

Baines, S., Saxby, P. y Ehlert, K. (1987). Reality orientation and reminiscence therapy: A controlled crossover study of elderly confused people. *British Journal of*

Psychiatry, 151, 222-231.

Baltes, M.M. y Wahl, H.W. (1996). Patterns of communication in old age: The dependence-support and independence-ignore script. *Health Communication*, 8(3), 217-231.

Bass, D.M.; Noelker, L.S. y Rechlin, L.R. (1996). The moderating influence of service use on negative caregiving consequences. *Journal of Gerontology, Social Sciences*, 51B, S121

Beck, C.K., Vogelpohl, T.S., Rasin, J.H., Uiri, J.T., O'Sullivan, P., Walls, R., Phillips, R. y Baldwin, B. (2002). Effects of Behavioral Interventions on Disruptive Behavior and Affect in Demented Nursing Home Residents. *Nursing Research*, 51(4), 219-228.

Bird, M., Alexopoulos, P. y Adamowicz, J (1995). Success and failure in five case studies: use of cued recall to ameliorate behaviour problems in senile dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 10, 305-311.

Blackman, D. K., Howe, M. and Pinkston, E. M. (1976) Increasing participation in social interaction of the institutionalized elderly. *Gerontologist* 16, 69-76.

Bourgeois, M.S.; Burgio, L.D.; Schulz, R.; Beach, S. y Palmer, B. (1997). Modifying Repetitive Verbalizations of Community-Dwelling Patients with AD. *The Gerontologist*, 37(1), 30-39.

Bourgeois, M.S., Dijkstra, K., Burgio, L. Y Allen-Burge, R. (2001). Memory Aids as an Augmentative and Alternative Communication Strategy for Nursing Home Residents with Dementia. *Augmentative and Alternative Communication*, 17, 196-210.

Bourgeois, M.S., Schulz, R. y Burgio, L. (1996). Interventions for caregivers of patients with Alzheimer's Disease. A review and analysis of content, process

and outcomes. *Int. J. Aging Human Devel.*, 43, 35-92.

Bourgeois, M., Schulz, R., Burgio, L.D. y Beach, S. (2002). Skills Training for Spouses of Patients With Alzheimer's Disease: Outcomes of an Intervention Study. *Journal of Clinical Geropsychology*, 8(1), 53-73.

Burgio, L. D., Cotter, E. M. and Stevens, A. B. (1996). Treatment in residential settings. En M. Hersen y V. Van Hasselt (Eds.), *Psychological Treatment of Older Adults: An Introductory Textbook* (127-145). New York: Plenum.

Burgio, L. D., Jones, L. T., Butler, F. y Engel, B. T. (1988) Behavior problems in an urban nursing home. *J. Gerontol. Nurs.* 14(1), 31-34.

Burgio, L., Stevens, A., Guy, D., Roth, D.L. Y Haley, W.E. (2003). Impact of Two Psychosocial Interventions on White and African American Family Caregivers of Individuals With Dementia. *The Gerontologist*, 43(4), 568-579.

Clark, L.W. (1997). Communication intervention for family caregivers and professional health care providers. En B.B. Shadden y M.A. Toner. *Aging and communication for clinicians by clinicians* (pp. 251-274). Austin: Proed.

Cohen-Mansfield, J. (2000). Approaches to the management of disruptive behaviors. En M.P. Lawton y R.L. Rubinstein (Eds.), *Interventions in Dementia Care* (pp. 39-63). New York: Springer.

Cohen-Mansfield, J. y Werner, P. (1998) The effects of an enhanced environment on nursing home residents who pace. *Gerontologist* 38, 199-208.

Courtney, C., Farrell, D., Gray, R., Hills, R., Lynch, L., Sellwood, E., Edwards, S., Hardyman, W., Raftery, J., Crome, P., Lendon, C., Shaw, H. y Bentham, P. (2004). Long-term donepezil treatment in 565 patients with Alzheimer's disease (AD2000): randomised double-blind trial. *Lancet*, 363 (9427), 2105-2115.

Coyne, M.L. y Hoskins, L. (1997). Improving eating behaviors in dementia using behavioral strategies. *Clinical nursing research*, 6 (3), 275-290.

Davis, L.L., Buckwalter, K. y Burgio, L.D. (1997). Measuring problem behaviors in dementia: developing a methodological agenda. *Advances in nursing science*, 20 (1), 40-55.

Done, D.J. and Thomas, J.A. (2001). Training in communication skills for informal carers of people suffering from dementia: a cluster randomized clinical trial comparing a therapist led workshop and a booklet. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16: 816-821.

Feil, N. (1993). *The Validation breakthrough: simple techniques for communicating with people with "Alzheimer's type dementia"*. Baltimore: Health Professions Press.
dementia: some preliminary observations. *Journal of Mental Health*, 4, 133-144.

Fisher, J.E. y Carstensen, L.L. (1990). Behavior Management of the Dementias. *Clinical Psychology Review*, 10, 611-629.

Gallagher-Thompson, D. y DeVries, H.M. (1994). Coping with frustration classes: Development and preliminary outcomes with women who care for relatives with dementia. *Gerontologist*, 34(4), 548-552.

Gallagher-Thompson, D.; Lovett, S.; Rose, J.; McKibbin, C.; Coon, D.; Futterman, A. y Thompson, L.W. (2000). Impact of Psychoeducational Interventions on Distressed Family Caregivers. *Journal of Clinical Geropsychology*, 6, 91-110.

Gitlin, L.N. (2003). Conducting research on home environments: lessons learned and new directions. *The Gerontologist*, 43(5), 628-637.

Gitlin, L.N., Corcoran, M., Winter, L., Boyce, A. y Hauck, W.W. (2001). A

Randomized, Controlled Trial of a Home Environmental Intervention: Effect on Efficacy and Upset in Caregivers and on Daily Function of Personas With Dementia. *The Gerontologist*, 41(1), 4-14.

Goldwasser, A.N., Auerbach, S.M. y Harkins, S.W. (1987). Cognitive, affective, and behavioral effects of reminiscence group therapy on demented elderly. *International Journal of Aging and Human Development*, 25, 209-222.

Gormley, N., Lyons, D. Y Howard, R. (2001). Behavioral management of aggression in dementia: a randomized controlled trial. *Age and Ageing*, 30: 141-145.

Grossberg, G.T. y Desai, A.K. (2003). Management of Alzheimer's Disease. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 58A(4), 331-353.

Hall, G.R., Gerdner, L., Szygart-Stauffacher, M., Buckwalter, K. (1995). Principles of nonpharmacological management: Caring for people with Alzheimer's disease using a conceptual model. *Psychiatric Annals*, 25(7), 432-440.

Haupt, M.; Karger, A. y Jänner, M. (2000). Improvement of agitation and anxiety in demented patients after psychoeducative group intervention with their caregivers. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 15, 1125-1129.

Hussian, R. A. y Davis, R. L. (1985) *Responsive Care: Behavioral Interventions with Elderly Persons*. Champaign: Research Press.

Innouye, S., Bogardus, S., Charpentier, P., Leo-Summers, L., Acapora, D., Holford, T.R. y otros. (1999). A multi-componente intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. *New England Journal of Medicine*, 340, 669-720.

Izal, M., Montorio, I., Losada, A., Márquez, M. y Alonso, M. (2000). Cuidar a los que Cuidan. <http://www.uam.es/centros/psicologia/paginas/cuidadores/> [consultado en octubre de 2004]. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.

Kaye, J. (2003). Clinical decisions in practice. En N. Qizilbash, L.S. Schneider, H. Chui, P. Tariot, H. Brodaty, J. Kaye y T. Erkinjuntti (Eds.), Evidence-based dementia practice. Oxford: Blackwell Publishing.

Kitwood, T. (1997). Dementia reconsidered: The person comes first. Buckingham: Open University Press.

Lawlor, B. (1999). Commentary. International Journal of Geriatric Psychiatry, 14, 230.

Lawton, M.P. (2001). The physical environment of the person with Alzheimer's disease. Aging and Mental Health, 5(1), 56-64.

McCurry, S.M., Gibbons, L.E., Logsdon, R.G., Vitiello, M. Y Teri, L. (2003). Training Caregivers to Change the Sleep Hygiene Practices of Patients with Dementia: The NITE-AD Project. Journal of the American Geriatrics Society, 51, 1455-1460.

McCurry, S.M.; Logsdon, R.G.; Vitiello, M.V. y Teri, L. (1998). Successful Behavioral Treatment for Reported Sleep Problems in Elderly Caregivers of Dementia Patients: A Controlled Study. Journal of Gerontology, Psychological Sciences. 53(2), 122-129.

Miller, B., Townsend, A., Carpenter, E., Montgomery, R.V.J., Stull, D. y Young, R.F. (2001). Social Support and Caregiver Distress: A Replication Analysis. Journal of Gerontology: Social Sciences, 56B(4), S249-S256.

Mittelman, M.S., Epstein, C. y Pierzchala, A. (2003). Counseling the Alzheimer's Caregiver. A resource fo Health Care Professionals. American Medical Association.

Moak, G.S. (1990). Characteristics of demented and nondemented geriatric admissions to a state hospital. Hosp Community Psychiatry, 41, 799-801.

Orrell, M. y Woods, R.T. (1996). Tacrine and psychological therapies in

dementia - no contest?. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 11, 189-192.

Pruchno, R.A.; Michaels, J.E.; Potashnik, S.L. (1990). Predictors of Institutionalization Among Alzheimer's Disease Victims With Caregiving Spouses. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 45, 258

Pynoos, J. y Ohta, R.J. (1991). In-home interventions for persons with Alzheimer's disease and their caregivers. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, 9(3-4). Special issue: The mentally impaired elderly: Strategies and interventions to maintain function. pp. 83-92.

Quattrochi-Tubin, S. y Jason, L.A. (1980). Enhancing social interactions and activity among the elderly through stimulus control. *Journal of applied behavior analysis*, 13 (1), 159-63.

Reimer, M.A., Slaughter, S., Donaldson, C., Currie, G. y Eliasziw, M. (2004). Special care facility compared with traditional environments for dementia care: a longitudinal study of quality of life. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52 (7), 1085-1092.

Ryan, E.B., Giles, H., Bartolucci, R. y Henwood, K. (1986). Psycholinguistic and social psychological components of communication by and with the elderly. *Language and Communication*, 6, 1-24.

Spayd, C. S. and Smyer, M. A. (1988) Interventions with agitated, disoriented, or depressed residents. En M. A. Smyer, M. D. Cohn y D. Brannon (Eds.), *Mental Health Constitution in Nursing Homes*(pp. 123-141). New York: University Press.

Stokes, G. (1996). Challenging behaviour in dementia: a psychological approach. En R. T. Woods (Ed.), *Handbook of the clinical psychology of ageing*. (pp. 601–628). Chichester: Wiley.

Strumpf, N.E., Patterson Robinson, J., Stockman Wagner, J. y Evans, L.K.

(1998). *Restraint-Free Care. Individualized Approach for Frail Elders*. New York: Springer.

Tariot, P. (2003). Summary, practical recommendations and opinions. En N. Qizilbash, L.S. Schneider, H. Chui, P. Tariot, H. Brodaty, J. Kaye y T. Erkinjuntti (Eds.), *Evidence-based dementia practice*. Oxford: Blackwell Publishing.

Teri, L. (1999). Training families to provide care: Effects on people with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 110-119.

Teri, L. y Logsdon, R.G. (1994). Assessment of behavioral disturbance in older adults. En M.P. Lawton y J.A. Teresi (Eds.), *Annual review of gerontology and geriatrics: Focus on assessment techniques* (pp. 107-124). New York: Springer Publishing.

Teri, L., Logsdon, R.G., Uomoto, J. y McCurry, S.M. (1997). Behavioral Treatment of Depression in Dementia Patients: A Controlled Clinical Trial. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 52(B), P159-P166.

Teri, L., Montorio, I. e Izal, M. (1999). Intervención en problemas de comportamiento asociados a la demencia. En I. Montorio y M. Izal (Eds.). *Intervención psicológica en la vejez. Aplicaciones en el ámbito clínico y de la salud*. Madrid: Síntesis.

Teri, L.; Rabins, P.; Whitehouse, P.; Berg, L.; Reisberg, B.; Sunderland, T.; Eichelman, B. y Phelps, C. (1992). Management of behavior disturbance in Alzheimer disease: Current knowledge and future directions. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 6(2), 77-88.

Toseland, R. W., Diehl, M., Freeman, K., Manzanares, T. & McCallion, P. (1997). The impact of validation group therapy on nursing home residents with dementia. *Journal of Applied Gerontology*, 16, (1), 31–50.

Wahl, H. y Weisman, G.D. (2003). Environmental Gerontology at the Beginning of the New Millennium: Reflections on Its Historical, Empirical, and Theoretical Development. *The Gerontologist*, 43(5), 616-627.

Williams, K., Kemper, S. Y Hummert, M.L. (2003). Improving Nursing Home Communication: An Intervention to Reduce Elderspeak. *The Gerontologist*, 43(2), 242-247.

Woods, R.T. (2001). Discovering the person with Alzheimer's disease: cognitive, emotional and behavioural aspects. *Aging & Mental Health*, 5(Suppl. 1), S7-S16.

Woods, R.T. (2003). Non-pharmacological techniques. En N. Qizilbash, L.S. Schneider, H. Chui, P. Tariot, H. Brodaty, J. Kaye y T. Erkinjuntti (Eds.), *Evidence-based dementia practice* (pp. 428-446). Oxford: Blackwell Publishing.

Zarit, S.H. y Leitsch, S.A. (2001). Developing and evaluating community based intervention programs for Alzheimer's patients and their caregivers. *Aging & Mental Health*, 5(Suppl.1), S84-S98.