

BORROKA KOGNITIBOA: TERAPIA KOGNITIBOAK DEMENTZIAREN AURKA



Egilea: Irati Moraza González

Gradu amaierako lana - Erizaintzako gradua

Erizaintzako Unibertsitate Eskola

2023/2024

Hitz kopurua: 6081 hitz

Entregatze data: 2024/04/26



AURKIBIDEA:

LABURDURAK:	2
LABURPENA:	3
MARKO KONTZEPTUALA ETA JUSTIFIKAZIOA:	4
HELBURUA:	10
METODOLOGIA:	10
Diseinu-mota:	10
Bilaketa prozesua:	10
Hautaketa prozesua:	11
Barneratze irizpideak:	11
Kanporatze irizpideak:	11
Analisi prozesua:	12
EMAITZAK ETA EZTABAIDA:	13
Emitzen ezaugarri orokorrak:	13
Kategorien azterketa:	14
1. Funtzio kognitiboak:	14
1.1. Kognizio orokorra:	14
1.2. Oroimena:	18
1.3. Arreta:	20
1.4. Funtzio exekutiboak:	21
1.5. Praxis:	23
1.6. Lengoia:	23
2. EBJ:	24
ONDORIOAK:	27
Mugak:	29
GrALak Garapen Jasangarrirako Helburuei (GJH) egindako ekarpenak:	29
Etorkizuneko ikerketetarako gomendioak:	30
BIBLIOGRAFIA:	31
ERANSKINAK:	34
1. Eranskina: Kontzeptu-taula	34
2. Eranskina: Bilaketa-taula	36
3. Eranskina: Irakurketa kritikoa	41
4. Eranskina: Fluxu-diagrama	48
5. Eranskina: Laburpen-taula	49
6. Eranskina: Zuhaitz-diagrama	56
7. Eranskina: Erabilitako eskalen sailkapena	57



LABURDURAK:

AChEI: Azetilkolinesterasaren inhibitzaileak

ADAS-Cog: Alzheimer's Disease Assessment Scale-Cognitive Subscale

ADCS-DL: Alzheimer's Disease Cooperative Study - Activities of Daily Living Inventory

AG: Alzheimer Gaixotasuna

AGGIR: Grille d'Autonomie Gérontologique-Groupes Iso-Ressources

BADLS: Bristol Activities of Daily Living Scale

BDRS: Blessed Dementia Rating Scale / RDRS: Rapid Disability Rating Scale

BPSD: Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia

BPT: Brown Peterson technique

CDT: Clock Drawing Test / CCDT: Clock Copying Drawing Test

DAD: Disability Assessment for Dementia

DBa: Dementzia Baskularra

D-KEFS: Delis-Kaplan Executive Function System

EBJ: Eguneroko Bizitzako Jarduerak / EBOJ: Eguneroko Bizitzako Oinarrizko Jarduerak

ENB2.tot: Exame Neuropsicológico Breve 2 (total)

EsK: Estimulazio-Kognitiboa / ErK: Errehabilitazio Kognitiboa / EnK: Entrenamendu Kognitiboa

FAB: Frontal Assessment Battery

FDS / BDS: Forward Digit Span / Backward Digit Span

GDS: Global Deterioration Scale

GJH: Garapen Jasangarrirako Helburuak

HTA: Hipertentsio Arteriala

HIES: Hartutako Immunoeskasiaren sindromea

IRPM / DRPM: Immediate recall prose memory / Delayed recall prose memory

IT: Interbentzio Taldea / KT: Kontrol Taldea / PT: Plazebo Taldea

MMSE: Mini Mental State Examination

NICE: National Institute for Health and Care Excellence

NLT: Narrative Language Test

RemT: Reminiszentzia Terapia

RBMT: Rivermead Behavioural Memory Test → RBMT-i: immediate / RBMT-d: delayed

SF: Semantic Fluency / PF: Phonetic Fluency / VF: Verbal Fluency

SKT: Syndrom Kurztest

STROOP-w: Stroop words / STROOP-c: Stroop Colors / STROOP-w/c: Stroop word/color /

STROOP-i: Stroop interference

TAVEC: Test de Aprendizaje Verbal España-Complutense

TAVEC-I: immediate / TAVEC-DLY: delayed / TAVEC-TOT: total

TB: Test de Barcelona

TEA: Test of Everyday Attention

TK: Terapia Kognitiboak

TMT: Trail making Test

LABURPENA:

Sarrera: Dementia prebalentzia handiko garuneko zenbait gaixotasunen ondorioz ematen den sindrome kroniko eta progresibo bat da. Zehazki, 2023.urtean, mundu mailan 55 milioi pertsona erregistratu ziren sindrome horrekin. Arazoa da, orokorrean, neurodegeneratiboa den heinean, denbora aurrera doan ahala, gaitz hau jasaten duten pertsonen funtzio kognitiboen narriadura progresiboa ematen dela. Baina, nahiz eta gaur egun ez den existitzen dementia sendatzen duen tratamendurik, azken urteetan, sintomatologia murrizten duten tratamendu ez-farmakologikoak aztertu izan dira. Horien artean, terapia kognitiboak daude. Hiru terapia nagusi daude: estimulazioa, errehabilitazioa eta entrenamendua. Halere, inkongruentzia handia dago, pazienteen sintomatologia murrizteko, horien eraginkortasunari eta horiek aplikatzeko moduari buruz.

Helburua: Terapia kognitiboen eraginkortasuna aztertzea dementia arina edo moderatua duten pazienteen funtzio kognitiboetan, eguneroko bizitzako jardueretan ahalik eta autonomia handiena mantentzeko.

Metodologia: Hurrengo lanean literaturaren errebisio kritiko bat burutu da. Horretarako, Medline/pubmed, EMBASE, PsycINFO, COCHRANE eta CUIDEN datu baseetako eta eskuzko bilaketaren bidez aurkitutako azken hamar urteetako argitalpenen berrikusketa egin da. Horien artean, gaztelaniaz edo ingelesez idatzitakoak, fase arineko edo moderatuko edozein dementia motadun gaixoetara zuzendutako entsegu klinikoak eta terapia kognitiboak (estimulazioa, entrenamendua edo errehabilitazioa) ezartzen zuten lanak barneratu dira.

Emaitzak: Aurkitutako argitalpen guztietatik, 15 entsegu kliniko barneratu ziren errebisio honetan eta horien emaitzak aztertu ziren. Funtzio kognitiboetara dagokionez, lengoia izan ezik, estimulazio kognitiboa aplikatu den ikerketa guztietan onurak antzeman dira interbentzio taldean epe motzean, baina ez jarraipenean. Aldiz, eguneroko bizitzako jardueretan ez dira aldaketarik eman errehabilitazio kognitiboa aplikatu zen ikerketan batean izan ezik. Entrenamendu kognitiboa, aldiz, ez zen eraginkorra izan neurtutako aldagai bakar batean ere.

Ondorioak: Funtzio kognitiboen narriadura atzeratzeko, estimulazio kognitiboa eraginkorra izan daiteke epe motzean. Hala ere, egia da denborarekin gaixotasunak aurrera egiten jarraituko duela eta zailagoa izango dela eragiten duen neurodegenerazio hori gelditzea. Eguneroko bizitzako jardueretan funtzionaltasuna mantentzeko, hiru terapien artean izan daiteke errehabilitazio kognitiboa gomendagarriagoa izatea, baina gehiago ikertu beharko litzateke. Horrez gain, ikusi da erizainek interbentzioa zuzendu dezaketela.

Hitz gakoak: dementia, terapia kognitiboak, estimulazio kognitiboa, entrenamendu kognitiboa, errehabilitazio kognitiboa, eguneroko bizitzaren oinarriko jarduerak, sintoma kognitiboak / kognizioa / funtzio kognitiboa.

MARKO KONTZEPTUALA ETA JUSTIFIKAZIOA:

Dementia garuneko gaixotasun batzuen ondorioz ematen den sindrome kroniko eta progresibo bat da. Gaixotasun horiek hainbat nerbio-zelula suntsitzen dituzte funtzio kognitibo asko hondatuz; hala nola, oroimena, pentsamendua, orientazioa, ulermena, kalkulua, ikasteko gaitasuna, hizkuntza eta judizioa¹. Askotan gaitz hau zahartzaro fisiologikoan ematen den narriadura kognitiboarekin nahasten dugu, baina dementia haratago doa, ez da zahartzaroko ondorio fisiologiko bat, baizik eta patologikoa eta ez da zertan soilik adinekoen artean eman behar (nahiz eta ohikoena izan), heldu-gazteen artean ere ager daiteke. Kontzientzian eraginik ez baduen ere, askotan aurretik aipatutako funtzio kognitibo horietan ez ezik, emozioen kontrolean, portaera sozialean edo motibazioan ere aldaketak ematen dira².

Etiologiaren arabera, sindrome hau 3 mota ezberdinetan sailkatu daiteke (1. taula). Alde batetik, endekapenezko dementia primarioak ditugu. Hauek garunean ematen diren material proteiko desberdineko (beta amiloidea, alfa sinukleina, τ proteina, PrP, TDP-43) biltegiak egoteagatik sortzen dira. Proteina multzo horiek garuneko lobulu edo erregio eta neurona ezberdinei eragiten diete, neuroendekapena sortuz. Sintomatologia bat hainbat biltegi proteiko ezberdinekin lotu daiteke, eta biltegi proteiko bat hainbat adierazpen klinikorekin³. Mota hauen artean, ohikoena, Alzheimer gaixotasuna (AG) da, zehazki kasuen %60-70-a. Nahiz eta kausa ez den ezagutzen, jakina da badaudela gaitz hori pairatzeko arriskua areagotzen duten hainbat faktore: adina (>65 urte izatea), hipertentsio arteriala (HTA), diabetesa, gainpisua, tabakismoa, gehiegizko alkohol kontsumoa, sedentarismoa, isolamendu soziala eta depresioa². AGz gain, beste hainbat dementia primario daude; hala nola, endekapen frontotemporal, dementia Parkinsonen gaixotasunean, Lewy gorputzetako dementia...^{2,3}

Bestetik, dementia sekundarioak ditugu. Hauek beste gaixotasun batzuen ondorio bezala azalerazen dira. Talde honetako dementia gehienak itzulgarriak izan daitezke kausa behar bezala tratatuz gero. Ohikoenak kausa baskularrekoak dira, non alterazio baskular, iskemiko edo hemorragiko baten ondorioz dementia agertzen den. Horrez gain, infekzioen ondoriozko dementziak (esaterako, hartutako immunoeskasiaren sindromearen (HIESa) ondoriozkoa), etiologia endokrinoko edo farmakologikoko dementziak, traumatismoen ondoriozko dementziak, etab. aurkitu daitezke sekundarioen artean³.

Azkenik, dementia mistoak daude. Hauetan, hainbat kausa ezberdin batera, eragin dezakete sindromea. Hauek, normalean, dementia primario bat (askotan AG) izaten dute kalte baskularrekin batera³.

1. taula: Dementzien sailkapena³

DEMENTZIA PRIMARIOAK	DEMENTZIA SEKUNDARIOAK
Alzheimer gaixotasuna	Dementia baskularrak <ul style="list-style-type: none"> ● Iskemikoak <ul style="list-style-type: none"> ○ Dementia multiinfartua ○ Dementia infartu estrategikoagatik ○ Lakunar egoera ○ Leukoentzefalopatia subkortikal arteriokliotikoa (Binswanger gaixotasuna) ○ Herentziazko arteriopatiak <ul style="list-style-type: none"> ■ CADASIL/CARASIL ○ Arteriopatia hipertentsiboa eta arteriokliotikoa ○ Baskulitisa ● Iskemiko-hipoxikoak <ul style="list-style-type: none"> ○ Entzefalopatia hipoxiiko-iskemikoa ○ Substantzia zuriko infartu osatugabeak ○ Bihotzekoak mugako lurraldean ● Hemorragikoak <ul style="list-style-type: none"> ○ Hematoma subdural kronikoa ○ Odoljario subaraknoidea ○ Garuneko hematoma ○ Angiopatia amiloidea
Endekapen frontotenporala	
Lewy gorputzen demenzia	
Dementia Creutzfeldt-Jakob-en gaixotasunean	
Familia-entzefalopatia neuroserpina-gorputzekin	
Dementia Huntington-en gaixotasunean	
Endekapen kortikobasala	Gaixotasun sistemikoen ondoriozkoak
Paralisi supranuklear progresiboa	Traumatismoen ondoriozkoak
Dementia Parkinsonen gaixotasunean	Gaixotasun psikiatrikoen ondoriozkoak
Atrofia multisistemikoa	Epilepsia gaixotasuneko demenzia
Heredoataxiak	Beste batzuk.

Bestalde, demenziak gaixotasunaren progresioaren arabera fase arinean, moderatuan zein larrian klasifikatu daitezke. Horretarako, hainbat eskala erabili daitezke eta horien artean ohikoena Global Deterioration Scale (GDS, [2. taula](#)) da⁴.

2. taula: GDS eskalaren faseak eta demenziaren larritasunaren arteko erlazioa⁴

Fasea	Diagnostikoa
1. Narriadura kognitibo eza.	Normala (MMSE: 30)
2. Narriadura kognitibo oso arina.	Ahazteak (MMSE: 25-30)
3. Narriadura kognitibo arina.	Nahaste goiztiarra (MMSE: 20-27)
4. Narriadura kognitibo moderatua.	Dementia arina (MMSE: 16-23)
5. Narriadura kognitibo moderatu-larria.	Dementia moderatua (MMSE: 10-19)
6. Narriadura kognitibo larria.	Dementia moderatu-larria (MMSE: 0-12)
7. Narriadura kognitibo oso larria.	Dementia larria (MMSE: 0)

Diagnostikorako, ezinbestekoa da pazienteak funtzio kognitiboetan gainbehera nabarmen bat jasatea, ebaluazio neuropsikologikorako erabiltzen diren eskaletan desbideratzeak izatea, dependentzia maila areagotzea eta beste nahasmen neurologikoetatik diferentziatzea^{3,5} (3.

taula). Horretarako, osasun arloko profesionalok balorazio kliniko bat egin behar diogu pazienteari. Alde batetik, beste gaixotasunen presentzia baloratuko da. Bestetik, egoera funtzionala baloratuko da hainbat eskala erabiliz: Barthelen eskala, eguneroko bizitzako oinarritzko jardueretarako (EBOJ) autonomia baloratzeko eta Lawton eta Brody eskala eguneroko bizitzako jarduera instrumentalerako autonomia-maila (EBJI) zehazteko. Azkenik, egoera neurokognitiboa baloratuko da, orokorrean Mini Mental State Examination (MMSE) eskalaren bidez. Orientazio tenporo-espaziala, memoria, arreta, kalkulua, abstrakzio-gaitasuna eta hizkuntza baloratzen ditu azken honek (eskolatzearen arabera doitu behar da, <24ko puntuazioek narriadura kognitiboa adierazten dute). Gainera, badaude beste hainbat eskala: Alzheimer's Disease Assessment Scale-Cognitive Subscale (ADAS-Cog), Pfeifferen galdetegia, Isaacsen Set-testa...^{3,6,7}. Behin narriadura kognitibo bat dagoela ziurtatu denean, laborategiko frogetara jo behar da. Hauek demenzia eragin dezaketen adineko pertsonen komorbiditateak baztertzea zuzenduta daude. Odoleko proba analitikoak egin behar dira honako parametro hauek aztertuz: hemograma, sedimentazio globularraren abiadura, elektrolitoak, glukosa, gibleko eta giltzurruneko funtzioa, tirotopina (TSH), B12 bitamina eta azido folikoa. Amaitzeko, kasu berezi batzuetan, neuro-irudiko frogak egin daitezke diagnostiko diferentzial bezala. Esaterako, alterazio baskular baten susmoa dagoenean, garuneko erresonantzia magnetiko bat egin daiteke³.

3. taula: Demenzia eta kognizioari eragiten dioten beste sindomeen arteko ezaugarri diferentzialak³

SINDROMEAK	EZAUGARRI DIFERENTZIALAK
Delirium	Kontzientzia-mailaren narriadura, akutua edo azpiakutua.
Sindrome neurokonduktual fokala	Alterazio nabarmena eremu kognitibo bakarrean (afasia, agnosia apraxia, etab.) edo konduktualean.
Dementziarik gabeko alterazio kognitiboak	Defizitek ez dute eragin nabarmenik ohiko jardueretan.
Gogo-nahastea eta/edo antsietatea	Animoaren alterazioa, antsietatea eta beste adierazpen psikologiko eta jokabidezko batzuk.
Adimen-atzerapena.	Eskuratzerik eza.

Sintomatologiari dagokionez, bi multzo ezberdinetan banatu dezakegu: sintomatologia kognitiboa eta ez-kognitiboa. Bigarren honetarako, badago ingelesez sortutako termino bat, Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD), demenzian ematen diren sintoma konduktual eta psikologiko gehienak barnebiltzen dituena. Nazioarteko elkarte psikogeriatricoak (International Psychogeriatric Association, IPA) honela definitzen ditu BPSDak: "pertzepzioaren, pentsamenduaren edukiaren, gogo-aldartearen edo jokabidearen alterazio-sintomak, sarritan demenzia duten pazienteengan ematen direnak". Sintoma hauek, bi taldetan sailkatu daitezke: konduktualak (pazientea behatuz identifikatzen direnak) eta psikologikoak (pazientea elkarrizketatuz identifikatzen direnak). Bestalde, sintoma kognitiboak

funtzio kognitiboetan (arreta, orientazioa, memoria, gnosiak, funtzio exekutiboak, praxiak, hizkuntza, kognizio soziala eta trebetasun bisoespazialak.) alterazioak sortzen dituztenak dira⁸.

Horrez gain, argi dagoena da gaixotasunak aurrera egin ahala, zaintza pertsonalekin laguntzeko beharra areagotu egiten dela. Azken finean, demenziak ondorio fisikoak, psikologikoak, sozialak eta ekonomikoak ditu, gaixoarentzat, zaintzaileentzat (erizainak barne), familientzat eta, oro har, gizartearentzat. Zehazki, 2019an, demenzia, adineko pertsonen artean, desgaitasunaren eta ondorioz mendekotasunaren kausa nagusietako bat da eta zazpigarren heriotza-kausa mundu osoan zehar. 2023an 55 milioi pertsona demenziadun erregistratu dira mundu osoan zehar eta ikerlarien hitzetan urtero 10 milioi kasu berri ematen dira, zehazki kalkulaten da 2050. urtean 139 milioi pertsonak demenzia izango dutela^{2,9}. Beraz, guzti hori kontuan hartuz, ondoriozta dezakegu gaixotasun honek kostu ekonomiko oso altu bat duela osasun sistemarako, Espainian, hain zuzen ere, paziente bakoitzeko, urtero 30.000€ inguru gastatzen dira profesionalen arretan, farmakoetan, ospitalizazioetan, egiten zaizkien diagnostiko zein frogetan...¹⁰ 2019. urtean, US\$ 1,3 bilioi zuzendu ziren demenziara mundu mailan, eta gutxi-gorabehera horien %50-a zaintzaile informalek ematen duten arretari egotzi dakioke, batez beste bost ordu inguru ematen baitituzte egunero arreta, zaintze eta gainbegiratze lanetan². Kalkulaten da 2030erako US\$ 2,8 trilioi zuzenduko direla⁹.

Bestalde, aipagarria da zaintzaileek gainkarga handia jasaten dutela. Demenzia duten eta BPSD larriak dituzten pertsonen zaintzaile helduen depresioaren prebalentzia %23tik %85era bitartekoa izan da garatutako herrialdeetan, eta antsietate-tasa %16tik %45era bitartekoa. Haserrea eta erresumina zaintzaileek eskuarki sentitzen dituzten emozioak dira, eta horrek batzuetan zaintzailea indarkeria erabiltzera eramaten du. Hori gutxi balitz ere, HTA, diabetesa edo arazo kardiobaskularrak bezalako gaixotasunak pairatzeko arriskua handitzen dute⁸. Argi dago gainera, gaixotasun horiek ere sistemaren gastua areagotzen dutela.

Honekin guztiarekin, argi ondoriozta dezakegu gaixotasunaren progresioa kontrolatzea zein moteltzea ezinbestekoa dela instituzionalizazio goiztiarra ekiditeko, koste ekonomikoak murrizteko, gaixoen eta haien zaintzaileen bizi-kalitatea hobetzeko eta pazientearen autonomia ahalik eta gehien mantentzeko dependentzia gradua murriztuz¹¹. Eta horretarako, gaur egun badaude demenziarako tratamendu farmakologikoak zein ez-farmakologikoak.

Lehenengo multzokoei dagokionez, gaur egun ez dago prebentzio eraginkorrik, ezta gaixotasuna sendatzen edo geldiarazten duen tratamendu etiopatogenikorik; baina sintomak kontrolatzeko farmakoak ditugu, kognizioa eta jokabide-alterazioak hobetzeko. Demenzia motaren arabera ezberdinak izaten dira. Esaterako, demenzia primarioetan, AGn zehazki, antikolinesterasikoak (azetilkolinesterasaren inhibitzaileak (AChEI), futzio kolinergikoak areagotzen dutenak) eta transmisio glutamatergikoaren modulatzaileak (memantina) maiz erabiltzen dira, baina hauen efektua oso txikia izaten da¹². Bestalde, gaixotasun ezberdinen

ondorio diren demenzietan ezinbestekoa izaten da kausa tratatzea. Adibidez, demenzia baskularrean, gaixotasun zerebro-baskularra prebenitzeko edo tratatzeko neurriak hartu behar dira^{13,14}.

Bigarren multzoan, tratamendu ez-farmakologikoen artean, terapia kognitiboak (TK) aurkitu ditzakegu. Teknika hauek erabiltzen dira pentsamendua eta kognizioa hainbat zabalatasun eta espezifikotasun mailatan inplikatzeko. Helburutzat prozesu kognitiboak hobetzea edo mantentzea eta arazo kognitiboak hiltzea dute. Horren barruan, hiru terapia-mota bereiz ditzakegu; hala ere, termino horiek berdin erabili izan dira eta erabiltzen jarraitzen dira literaturan, eta horrek nolabaiteko nahasmena sortzen du¹⁵.

Lehenik, estimulazio-kognitiboa (EsK) dugu. Terapia honek funtzionamendu kognitiboa eta soziala oro har hobetzeko hainbat jardura eta eztabaidatan (normalean taldeka) parte hartzea sustatzen du. Konpromiso horrek inplizituki memoria, funtzionamendu exekutiboa eta hizkuntza-trebetasunak sustatzen dituela suposatzen da. Gainera, estimulazio mental egokiak eta bideratuak bide neuronal berriak garatzea ekar dezake. Helburu nagusia pazientearen orientatzea eta trebetasun atseginetan parte-hartzea sustatzea da¹⁵⁻¹⁷. Terapia hau gehien erabiltzen den terapia da, orokorrean, 2006. urtean Erresuma Batuan, Spector et al. argitaratu zuten protokoloari jarraituz¹⁸.

Bigarrenik, errehabilitazio kognitiboa (ErK) dugu. Terapia honek oso ikuspegi indibidualizatua du estimulazio kognitiboko terapiekin alderatuz, eguneroko jardurekin lotutako helburu pertsonaletan oinarritzen da. ErK-ak berekin dakar demenzia duen pertsonak eta inguruko jendeak (adibidez, familiakoek eta lagunek) interbentzioa zuzentzeko prestatuta dagoen terapeuta batekin elkarlanean aritzea, helburuak identifikatzeko eta narriadura kognitiboak pertsonaren independentzian duen eragina murrizteko estrategiak garatzeko. Helburu potentzialak pertsonaren funtzionamendu kognitiboaren eta jokabidearen ebaluazio integrala, doikuntza psikologikoa eta aurre egiteko estiloak eta eskura dagoen laguntza oinarri hartuta definitzen dira¹⁵⁻¹⁷.

Azkenik, entrenamendu kognitiboa (EnK) dugu (batzuetan, literaturan "garun-entrenamendua", "berrentrenamendua" edo "erremediatzea" gisa deskribatuta). Honek prozesu eta trebetasun kognitibo espezifikoak lantzen ditu (adibidez, arreta zatitua, prozesatze-abiadura, etab.). Ariketa kognitiboan eta entrenamendu estrategikoan bereiz daiteke; azken horrek estrategia kognitibo espezifikoaren erabilerari buruzko instrukzioa eta praktika eskatzen ditu errendimendua hobetzeko. Terapia honen helburua trebetasun kognitibo espezifikoak hobetzea, mantentzea edo berreskuratzea da. Hasiera betan, jardura hauek papera eta arkatza bidez burutzen dira, baina teknologia eboluzionatuz eta gure egunerokotasunean murgilduz joan den heinean, gero eta terapia gehiago ordenagailuen bitartez egiten dira¹⁵⁻¹⁷.

Amaitzeko, ezinbestekoa da aipatzea erizainaren papera dementziaren detekzioan eta zaintzan ezinbestekoa dela. Erizainok, eguneroko lanaren bidez, dementziaren etapa prodromikoetan sintoma neuropsikiatrikoen presentzia antzeman dezakegu, narriadura kognitiboaren eta funtzionalaren diagnostiko goiztiarra egiteko. Azken finean, Lehen Mailako Arretako erizainak ezinbestekoak dira osasuna sustatzeko eta gaixotasuna prebenitzeko¹⁹.

Bestalde, lehen aipatutako MMSE test-a edo Barthel eskala bezalako tresnak eskuragarri ditugu, kasu narriadura kognitibo bat eta haren larritasuna zein eragina EBJ-etan antzemateko aukera ematen dutenak. Horrez gain, pazienteak espezialistarenera bideratzeko bideak ditugu hauek ebaluazio neuropsikologiko zehatzagoa egin dezaten¹⁹. Gainera, TKak Lehen Mailako Arretako erizainen gomendio-tresna izan daitezke dementzia duten pazienteentzako eremu komunitarioan. Erizainek, behintzat, jakin beharko lukete existitzen direla, dementziaren tratamendu ez-farmakologiko gisa gomendatu ahal izateko. Era berean, prestakuntza egoki batekin, baliteke horietako batzuk erizaintzako profesionalek gidatzea, esaterako, egoitzetan edo lehen mailako arretan bideratzen direnak; erizainen funtzioen artean osasun-hezkuntza aurkitzen baita, azken finean, terapia kognitiboak hezkuntza programak baino ez dira²⁰.

Laburbilduz, terapia kognitiboaren eraginkortasunaren berrikusketa garrantzitsua da zehazteko zer terapia baliagarria den dementziaren tratamendurako. Horrez gain, aztertu behar da interbentzioan erizainek parte hartzen duten. Azkenean esku-hartze horietakoren bat eraginkorra bada, erizainek interbentzio gisa har dezakete eta paziente dementziatuetan aplikatzen has daitezke. Horrela, beren funtzio nagusia beteko dute: pazienteen behar guztiak asetzea. Izan ere, narriadura kognitiboa moteltzea edo atzeratzea lortzen badute, pazientearen funtzionaltasunari eutsiko diote eta oinarritzko behar askotan (jan eta edan, kanporatzea, janzteia edo eranztea, nork bere burua garbitzea, komunikatzea...) laguntza behar izatea prebenituko dute. Gainera, instituzionalizatutako pazienteen kopurua murriztu egingo litzateke, osasun-sistemaren gastuak murriztuz. Halaber, funtzio kognitiboek hobera egiten badute, gaixo horien zaintzaile nagusien karga murriztu daiteke, eta pertsona horien zaintzapean egoteak eragiten dizkien gaixotasun asko (lehen aipatutakoak) prebenitu. Eta horrek, aldi berean, sistemak zaintzaileei arreta emateko erabiltzen dituen gastu ekonomikoak murriztuko ditu.



HELBURUA:

Terapia kognitiboen eraginkortasuna aztertzea dementzia arina edo moderatua duten pazienteen funtzio kognitiboetan, EBJetan ahalik eta autonomia handiena mantentzeko.

Helburu honek erantzuna ematen dio Osasunaren Munduko Erakundearen (OME) 3. helburu jasangarriari²¹ (bizitza osasuntsua bermatzea eta adin guztietako biztanleei ongizatea sustatzea). Halaber, nazio mailako "Plan Integral de Alzheimer y otras demencias 2019-2023"²² agiriko 4. eta 5. helburu orokorrekin ere lerrokatuta dago lan hau.

METODOLOGIA:

Diseinu-mota:

Literaturaren errebisio kritikoa.

Errebisio hau egiteko Gasteizko Erizaintza eskolako Gradu Amaierako Lanen Batzordeak ezarritako irizpideak jarraituko dira²³.

Bilaketa prozesua:

Lanaren helburuari erantzuna bilatzeko, literatura zientifikoaren errebisio kritikoa burutu egin da. Horretarako, helburua deskonposatu zen kontzeptu nagusiak lortuz. Ondoren, horien sinonimoak bilatu ziren eta ingelesera itzuli ziren. Azkenik, kontzeptu nagusi horiek datu-baseetan erabili ahal izateko, horien deskriptoreak bilatu ziren tesauro desberdinetan ([1. eranskina](#)).

Lehenengo fase horren ondoren, bilaketa-ekuazioak sortu ziren, deskriptoreak AND edo OR boleanoen bidez elkartuz. Ekuazio horiek Medline/Pubmed, CUIDEN, COCHRANE, EMBASE eta PsycINFO datu baseetan sartu ziren. Bilaketa ahalik eta gehien zehazteko limiteak ezarri ziren: 2013-2023 urteen bitartean argitaratuak izatea eta entsegu kliniko motako artikulua izatea. Modu horretan, 564 emaitza eskuratu ziren. Gainera, eskuzko bilaketa gauzatu zen Elsevierreko "Science Direct" baliabidean, 247 emaitza lortuz. Bestalde, helburuarekin lotura estua zuten bi errebisio sistematiko eta meta-analisen erreferentzien azterketa sakonak beste 20 emaitza eman zituen ([2. eranskina](#)).

Azkenik, ebidentzian oinarritutako bi instituzioetan (RNAO eta NICE) bilaketak egin ziren, baina ez emaitzak aztertzeko, baizik eta eztabaida eta ondorioak osatzeko. Bertan, 28 emaitza eskuratu ziren, baina gida bakarra erabili zen azkenean.

Hautaketa prozesua:

Barneratze irizpideak:

- **Argitalpen-motak:**
 - Entsegu klinikoak (ausazkoak, quasiesperimentalak eta preesperimentalak), eraginkortasuna neurtzeko disenu egokiak direlako eta iturri primariokoak direlako.
- **Populazioa:**
 - Dementia mota guztiak barneratuko dira, guztiek eragiten baitiete eremu kognitiboari.
 - Dementia arina edo moderatua: ikerketa gehienen fase hauetan dauden pazienteak aztertzen dituztelako; izan ere, fase larriko pazienteetan narriadura oso aurreratuta dago eta zaila da esku-hartze bat fase horretan ezartzea.
 - Edozein adinetakoak. Instituzionalizatuak zein komunitatean bizi direnak: terapia kognitiboak ezartzeko ez duelako axola pazientearen adina edo bizilekua.
- **Interbentzioa:** estimulazio, errehabilitazio edo entrenamendu kognitiboko edozein terapia. Hauek baitira helburuari erantzuteko aztertu nahi diren esku-hartzeak.
- **Argitalpen-urtea:** Literatura berria, 2013. urtetik aurrera argitaratutako artikuluak.
- **Argitalpenaren hizkuntza:** Gazteleraz edo ingelesez idatzitako artikuluak aukeratuko dira soilik, lan honen egileak ulertzen dituen hizkuntza bakarrak baitira.

Kanporatze irizpideak:

- Barneratze-irizpidean sartzen ez direnak.
- Esku-hartzea gaixoei zuzendu beharrean, zaintzaile nagusiei zuzentzen duten artikuluak; izan ere, lan hau demenziadun pazienteen arretara dago bideratuta.

Aurretik azaldutako datu-baseetan bilaketak egin ostean eta eskuzko- bilaketa burutu ondoren, guztira 930 argitalpen lortu ziren eta 3 faseen bidez, hauen hautaketa burutu zen. Lehenengo fasean, horien guztien izenburua eta laburpena irakurri zen eta goian aipatutako barneratze- eta kanporatze-irizpideak jarraituz, 78 artikulua barneratu eta 852 kanporatu ziren (helburuarekin bat ez zetozelako, edo irizpideekin bat ez zetozelako; hala nola, populazioa edo interbentzioa ezberdina zirelako, ez ziren saiakuntza klinikoak edota ez zuten kognizioa zein EBJk neurtzen). Aukeratutako 78 horietatik, 36 artikulua errepikatuta zeuden, beraz, horiek kanporatu ziren.

Bigarren fasean, geratzen ziren 42 artikuluen testu osoa irakurri zen eta, horietako 25 kanporatu behar izan ziren (horietatik 1ek helburuari erantzuten ez ziolako, 20k irizpideekin bat egiten ez zutelako eta 4k beste artikulua baten ikerketa berdina burutzen zutelako). Azken fasean, 17 artikuluen irakurketa kritikoa burutu zen. Horietatik 2 artikulua kanporatuak izan ziren, metodologikoki ahulak baitziren eta lanaren emaitzetan azkenik erabili ziren 15 artikulua hautatu ziren ([3. eranskina](#)).

Literatura hautatzeko prozesua fluxu-diagraman islatzen da ([4. eranskina](#)).



Analisi prozesua:

Azkenik, hautatutako 15 artikulua sakonki analizatu ziren eta argitalpen horietan deskribatutako ezaugarri garrantzitsuenak (helburua, diseinua, populazioa, lagina, interbentzioa, emaitzak eta oharrak) laburpen taula batean jaso ziren ([5. eranskina](#)). Datu horiei erreparatuz, informazioa 2 kategoria nagusietan egituratu zen, emaitzen arabera: Funtzio kognitiboak eta EBJk. Funtzio kognitiboaren adarretik, kognizio orokorra, oroimena, arreta, funtzio exekutiboak, praxis eta lengoaia azpiadarrak sortu ziren. Amaitzeko, atal bakoitzetik 3 azpiatal eratu ziren, ezarritako terapiaren arabera: estimulazio kognitiboa, entrenamendu kognitiboa eta errehabilitazio kognitiboa.

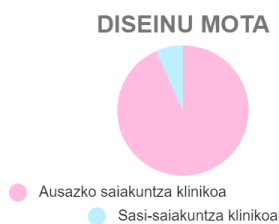
Sailkapen hau zuhaitz kategorial batean azaltzen da [6. eranskinean](#).

EMAITZAK ETA EZTABAIDA:

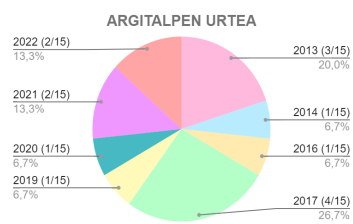
Emaitzak eta eztabaida atal honetan, errebisio bibliografiko honetan barneratutako hamabost artikuluetan topatutako emaitza guztien azterketa burutuko da. Horretarako, lehenik eta behin argitalpenen ezaugarri nagusiak (diseinu-mota, argitalpen urtea, herrialdea, aplikatutako interbentzioa, aztertutako dementsia mota zein fasea, aztertzen diren emaitzak eta populazioaren adina, sexua eta ikasketa urteak) azalduko dira. Ondoren, zuhaitz kategorialari jarraituz, kategoria bakoitzaren interpretazioa burutuko da.

Emaitzen ezaugarri orokorrak:

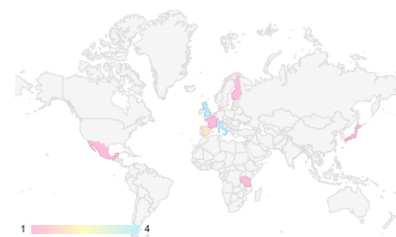
Lehenik, diseinu-motari dagokionez, aukeratutako artikuluen artean gehienak (14/15) ausazko saiakuntza klinikoak izan dira²⁵⁻³⁸; horrez gain, saiakuntza kliniko pre-esperimental bakar bat barneratu da²⁴ (1. irudia). Bigarrenik, 2013 eta 2023 bitarteko artikulua hautatu ziren. Horietatik hiru 2013koak dira, bat 2014koa, bat 2016koa, lau 2017koak, bat 2019koa, bat 2020koa, bi 2021koak eta beste bi 2022koak (2. irudia). Argitalpen herrialdeei dagokionez, mundu-maila osoko artikulua aztertu dira. Horien artean Finlandiako bat, Erresuma Batuko lau, Italiako beste lau, Espainiako bi, Japoniako bat, Frantziako bat, Mexikoko bat eta Tanzaniako beste bat aurkitu dira (3. irudia).



1. irudia: diseinu-motak (Irati Morazak egina)



2. irudia: argitalpen urteak (Irati Morazak egina)

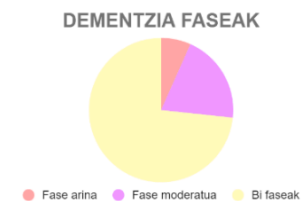


3. irudia: argitalpen herrialdeak (Irati Morazak egina)

Populazioa aztertuz, esan dezakegu parte-hartzaileen batz besteko adina 82 urtekoa dela. Orokorrean, emakume gehiago aztertu dira gizonak baino (batz beste %66a emakumeak izan dira). Azkenik, ikasketa urteak ere kontuan hartu dira. Aldagai honetan, aldakortasun handia somatzen da; zehazki, batz besteko hezkuntza urteak zazpi dira, baina hamabost artikuluetatik sei artikuluetan ez da ikaskuntza urteen batz bestekoa zehazten. Dementziari dagokionez, hamabi lanek dementsia mota ezberdinak dituzten pazienteak ikertu dituzte, bik zehazki AG zuten gaixoak eta bakarra DBa (4. irudia). Bestalde, artikulua bat fase arinean zentratu da, hiru fase moderatuan eta gainontzeko hamaika artikulua fase arineko zein moderatuko pazienteak nahastu dituzte haien ikerketan (5. irudia). Dementsia mota eta fase ezberdinek ez dute emaitzetan ezberdintasunik suposatu.

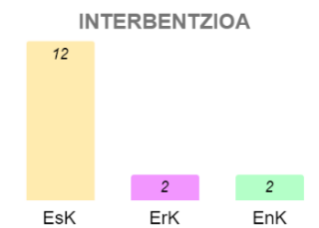


4. irudia: dementsia (Irati Morazak egina)



5. irudia: dementsia-faseak (Irati Morazak egina)

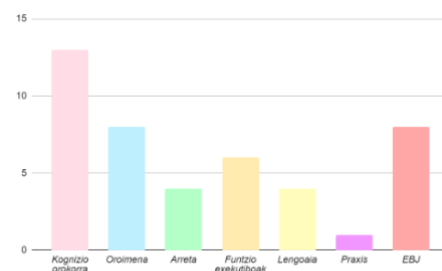
Errebisio bibliografiko honetan, hiru terapia kognitibo nagusien eraginkortasuna aztertu nahi zen: estimulazio kognitiboko terapia, entrenamendu kognitiboko terapia eta errehabilitazio kognitiboko terapia. Baina ia artikuluko guztiak (12/15) EsK aztertzen dute. Artikulu batek ErK aztertzen du, beste batek EnK eta beste batek ErK eta EnK elkarren artean konparatzen ditu (6. irudia).



6. irudia: interbentzioa (Irati Morazak egina)

Kategorien azterketa:

Hurrengo atal honetan, ikerketek aztertu dituzten emaitzak azalduko dira. Zuhaitz kategorialari jarraituz (6. eranskina), atal hau bi kategoria nagusietan banatuko da: funtzio kognitiboak eta EBJk. Funtzio kognitiboak, sei azpikategorietan banatuko dira (kognizio orokorra, oroimena, arreta, funtzio exekutiboak, praxis eta lengoaia) (7. irudia).



7. irudia: emaitzen kategoriak (Irati Morazak egina)

1. Funtzio kognitiboak:

Funtzio kognitiboak era batean edo bestean artikuluko guztietan ebaluatu dira. Horietatik gehienak kognizio orokorra ikertu dute eta beste askok funtzio kognitibo espezifikoak (oroimena, arreta, funtzio exekutiboak, praxisa eta lengoaia) aztertu dituzte.

1.1. Kognizio orokorra:

Hasteko, kognizio orokorra hamairu artikulutan ebaluatu da. Aldagai hau ebaluatzeko, hainbat eskala ezberdin erabili izan dira, baina artikuluko guztietan MMSE (hamaika artikuluetan) edo ADAS-Cog (hamar artikuluetan) eskalak ebaluatu izan dira. Horrez gain, beste hainbat eskala erabili izan dira: ENB2.tot., COGNISTAT, SKT eta GDS. Guzti hauen emaitz estatistikoak 4. taulan azaltzen dira.

Hauen artean, EsK interbentzioa hamabi lanetan aplikatu izan da. Horien erdiek Spector et al.¹⁸ EsK protokoloa jarraitu zuten eta gutxienez horietatik bostetan hobekuntza estatistikoki esanguratsuak lortu ziren KT eta IT arteko konparaketa egin ostean^{24,26,29,30,32}. Horietan guztietan ADAS-Cog edo MMSE eskalak erabili ziren. Gainera, Yamanaka et al.²⁶-ek COGNISTAT eskala ere erabili zuten eta honetan ere hobekuntza estatistikoki esanguratsuak topatu zituzten ($p < 0,0005$). Bestalde, nahiz eta Carbone et al.³⁵ artikuluan ez den p baliorik aipatzen, emaitzetan azaltzen da IT-ren MMSE balioak mantendu zirela pre-testatik post-testera eta ADAS-Cog-eko emaitzetan hobekuntzak antzeman zirela. KTn, berriz, bi testetan okerragotze bat eman zela azaltzen da eta alde hori estatistikoki esanguratsua den jakiterik ez dagoen arren, ikusten da taldeen arteko efektuaren tamaina ertaina dela bi eskaletan.

Horren harira, Orrell et al. taldeak, 2014. urtean Spector et al.¹⁸ EsK protokolotik abiatuz, ikerketa berri bat jarri zuen martxan. Interbentzio horretan, EsK terapia jaso ostean, beste 24 astez pazienteei mantentze-sesioak eskaini zieten. Halere, ez ziren hobekuntza nabarmenik aurkitu MMSE ezta ADAS-Cog ebaluazioetan ere, hau da, ez zen eraginkorra izan. Beraz, ondorioztatu daiteke Spector et al.¹⁸ EsK protokoloa eraginkorra izan dela kognizio orokorrari dagokionez epe motzeko interbentzio bezala (7 astez), baina horren efektua ez da luzaroan mantentzen nahiz eta interbentzioa luzatu.

Aurretik aipatutako protokoloa jarraitu ez dutenen gainontzeko sei ikerketen artean, Mapelli et al.²⁵-rena aurkitu dezakegu, epe motzeko interbentzioa. Honetan, zortzi asteko EsK bat aplikatu zuten eta emaitzak ohiko tratamenduarekin jarraitzen zuen kontrol talde batekin eta terapia okupazionala burutzen zuen PT batekin konparatu zituzten. Horretarako, MMSE eta ENB2tot. eskalak erabili zituzten. Lehenengoari dagokionez, ITn ez zen pre-testatik post-testera aldaketa esanguratsurik somatu, hots, puntuazioak mantendu ziren. Bi taldeen arteko konparaketan, p balioa esanguratsua da, ordea. Emaitz hori ITren mantentzea eta KTren okerragotzea bezala interpretatu daiteke. Bigarrena aldiz, beste hainbat subtesten batura den heinean, horietakoren batean hobekuntzak eman badira, lortu den emaitz esanguratsu horretan islatzen da. Horrez gain, epe motzeko interbentzioen artean, González et al. taldeak 2022. urtean argitaratu zituzten bi ikerketak ditugu^{37,38}. Lehen ikerketan, interbentzio hasieratik interbentzio amaierara, ITko MMSEko balioetan hobekuntza nabarmen bat eman zen. Aldiz, bigarren ikerketan, GDS eskalan, ITk puntuazioa mantendu zuen denboran zehar eta KTn, pre-testatik post-testara okerragotze bat eman zen. MMSE eskalari dagokionez, ITn pre-testatik post-testera puntuazioak mantendu ziren eta KTk okerrera jo zuen (halere, aldaketa horiek ez dira estatistikoki esanguratsuak). Esan daiteke beraz, nahiz eta Spector et al.¹⁸ EsK protokoloa ez jarraitu, epe motzeko interbentzioak (<2 hilabete) eraginkorrak direla kognizio orokorraren mantentzean.

Beste alde batetik, epe luzeko interbentzioak ditugu (>2 hilabete)^{31,34}. Orrell et al.³¹ artikuluan EsK programa bat aplikatu zen 25 astez, baina ez zen eraginkorra izan; izan ere, ez dira aldaketa estatistikoki esanguratsurik aurkitu taldeen arteko konparaketan edo ITko pre-testan eta post-testan lortutako emaitzen artean. Juárez et al.³⁴ ikerketan, aldiz, post-testa 12 hilabeteren buruan ebaluatu zen. Bertan, eskala guztietan (MMSE, ADAS-Cog eta SKT) aldaketa esanguratsuak aurkitu ziren KTn eta ITn. KTKo aldaketak okerragotzea islatzen dute, ITkoak aldiz, hobekuntza. Honekin, ezin da ondorio sendo bat atera; izan ere, ikerketa batean epe luzeko interbentzioa eraginkorra izan da eta bestean ez. Baina agian hau ez dago denborarekin lotuta, baizik eta lehen ikerketa horretan interbentzioa pazienteen etxean burutzen zelarekin, indibidualki eta zaintzaileak zuzenduz.

Bestetik, EsK erabili dutenen artean, esku-hartzearen epe luzeko ondorioak lau ikerketatan baino ez dira ebaluatu^{34,35,37,38}. Horien artean aurretik aipatutako Carbone et al.³⁵ lana aurkitzen da, non esan bezala, ez da p baliorik agertzen. Halere, aipagarria da, MMSE eta ADAS-Cog balioak jarraipenean (3 hilabete ondoren neurtu zen) mantendu zirela ITn eta okerrera jo zutela KTn, baina ezin dugu jakin taldeen arteko ezberdintasuna esanguratsua den (efektuaren tamaina txikia-ertaina da). Juárez et al.³⁴ ikerketan, aldiz, jarraipenaren ebaluaketa 24 hilabetetara egin zen eta erabilitako hiru eskaletan (MMSE, ADAS-Cog eta SKT), KTn okerragotze estatistikoki esanguratsu bat eman zen. Aldiz, ITn ez zen aldaketarik aurkitu, ez zen txartze handi bat eman. Horrez gain, González et al. taldeak 2022.urtean argitaratutako bi ikerketetan, jarraipena interbentzioa hasi eta hiru hilabetera ebaluatu zen^{37,38}. Lehen ikerketan, bi taldeen arteko konparaketa egitean, ikusi daiteke ez dagoela hobekuntza estatistiko esanguratsurik, bi taldeetan okerragotzea ematen delako. Aldiz, bigarren ikerketan, GDS eskalan, taldeek puntuazioa mantendu zuten denboran zehar. MMSE eskalari dagokionez, okerragotzea bi taldeetan eman zen eta horregatik ez dago ezberdintasun esanguratsurik. Kasu honetan ezta ezin da ondorio nagusi bat atera, bi ikerketetan ikusten da ITn puntuazioak mantentzen diren heinean, KTn okerrera egiten dutela eta beste bi ikerketetan txartze hori bi taldeetan ematen da.

Amaitzeko, Amieva et al.²⁸ artikulua dugu. Ikerketa honen interbentzioak hiru hilabete iraun zituen. Pazienteak lau talde ezberdinetan sailkatu zituzten: RemT, ErK, EnK eta KT. Dena den, ErK eta EnKko esku-hartzei dagokionez, ez zen hobekuntza esanguratsurik aurkitu ADAS-Cog post-testean ezta jarraipenean ere. Hots, ez dago ebidentziarik esateko ErK eta EnK eraginkorrak direla kognizio orokorraren hobekuntzarako.

4. taula: kognizio orokorra aztertu duten artikuluen emaitzak.

Autorea (Urtea) Interbentzio iraupena	Interbentzio eta kontrol taldeko eskuhartzeak	EMAITZAK					
		Interbentzio aurretik	Interbentzio ostean	p	Jarraipenean	p	p (taldeen artean)
Aguirre et al. (2013) ²⁴ (7 aste)	IT= Estimulazioa	MMSE: 15,8 (0,99) ADAS-Cog: 35 (2)	MMSE: 18,5 (0,89) ADAS-Cog: 30,6 (2,3)	<0,001 <0,001	-	-	-
Mapelli et al. (2013) ²⁵ (8 aste)	KT= Ohiko tratamendua	MMSE: 18,8 (2,68) ENB2.tot.: 33,6 (8,6)	MMSE: 18,5 (2,73) ENB2.tot.: 31,4 (5,5)	-	-	-	MMSE: <0,05
	PT= Terapia okupazionala	MMSE: 19,7 (3,8) ENB2.tot.: 35,4 (7,4)	MMSE: 18,2 (2,71) ENB2.tot.: 33,9 (8,1)	-	-	-	ENB2.tot.: <0,05
	IT= Estimulazioa	MMSE: 20,1 (4,2) ENB2.tot.: 34,8 (5,8)	MMSE: 23 (2,76) ENB2.tot.: 43,5 (9,2)	>0,05 <0,05	-	-	
Yamanaka et al. (2013) ²⁶ (7 aste)	KT= Ariketa okupazionalak	COGNISTAT: 64,77 (2,59) MMSE: 16,87 (0,77)	COGNISTAT:64,35(2,59) MMSE: 16,47 (0,77)	-	-	-	COGNISTAT 0,0005
	IT= Estimulazioa	COGNISTAT: 65,42 (2,78) MMSE: 17 (0,83)	COGNISTAT: 72,26 (2,8) MMSE: 18,63 (0,83)	-	-	-	MMSE: 0,003

4. taula: kognizio orokorra aztertu duten artikuluen emaitzak.

Autorea (Urtea) Interbentzio iraupena	Interbentzio eta kontrol taldeko eskuhartzeak	EMAITZAK					
		Interbentzio aurretik	Interbentzio ostean	p	Jarraitzean	p	p (taldeen artean)
Orrell et al. (2014) ²⁷ (6 hilabete)	KT=Ohiko tratamendua	-	ADAS-Cog: 35,29 (2,89) MMSE: 15,49 (1,25)	-	-	-	ADAS-Cog: 0,67 MMSE: 0,15
	IT= Estimulazioa (mantentzea)	-	ADAS-Cog: 35,94 (2,79) MMSE: 16,34 (1,21)	-	-	-	
Amieva et al. (2016) ²⁸ (3 hilabete)	KT= Ohiko tratamendua	-	ADAS-Cog: 17 (7,4)	-	ADAS-Cog: 21,59 (10,2)	-	-
	EnK= Entrenamendua	-	ADAS-Cog: 16,6 (7)	EnKxKT 0,8036	ADAS-Cog: 22,71 (12,3)	EnKxKT 0,9243	
	ErK= Errehabilitazioa	-	ADAS-Cog: 16,39 (7,5)	ErKxKT 0,6346	ADAS-Cog: 23,11 (13,7)	ErKxKT 0,5468	
Capotosto et al. (2017) ²⁹ (7 aste)	KT= Ariketa okupazionalak	MMSE:18,2 (3,63) ADAS-Cog: 45,16 (13,37)	MMSE:17,81 (3,92) ADAS-Cog: 47,84 (11,65)	-	-	-	MMSE: 0,045 ADAS-Cog 0,007
	IT= Estimulazioa	MMSE:18,3 (3,14) ADAS-Cog: 39,35 (11,2)	MMSE:18,48 (3,32) ADAS-Cog: 38,45 (11,54)	-	-	-	
Paddick et al. (2017) ³⁰ (7 aste)	KT= Ariketa okupazionalak	ADAS-Cog: 27,4 (6,647)	ADAS-Cog: 26,6 (7,121)	-	-	-	<0,001
	IT= Estimulazioa	ADAS-Cog: 31,5 (8,358)	ADAS-Cog: 23,4 (8,560)	-	-	-	
Orrell et al. (2017) ³¹ (25 aste)	KT= Ohiko tratamendua	-	ADAS-Cog: 20,58 MMSE: 20,1	-	-	-	ADAS-Cog 0,45 MMSE: 0,23
	IT= Estimulazioa	-	ADAS-Cog: 20,03 MMSE: 19,63	-	-	-	
Piras et al. (2017) ³² (7 aste)	KT= Ariketa okupazionalak	MMSE:19,03 (4,65) ADAS-Cog: 31,22 (12,14)	MMSE:17,79 (3,47) ADAS-Cog: 32,29 (9,75)	-	-	-	MMSE: <0,01 ADAS-Cog: <0,05
	IT= Estimulazioa	MMSE: 20,29 (3,42) ADAS-Cog: 31,85 (10,25)	MMSE: 21,72 (4,45) ADAS-Cog: 28,99 (9,36)	-	-	-	
Juárez et al. (2017) ³⁴ (12 hilabete)	KT= Ohiko tratamendua	MMSE: 22,9 (1) ADAS-Cog: 19,8 (2) SKT: 9,1 (1,4)	Mean ± SD MMSE: 3,12 (±4,29) ADAS-Cog: -3,87 (±8,48) SKT: -4,81 (±5,73)	0,001 <0,0001 <0,0001	Mean ± SD MMSE: 3 (±3,61) ADAS-Cog: -6,68 (±11) SKT: -6,68 (±6,08)	0,005 0,028 0,001	MMSE: post: 0,001 jarr.: 0,427 ADAS-Cog: post:<0,0001 jarr.: 0,003 SKT: post:<0,0001 jarr.: 0,003
	IT= Estimulazioa	MMSE: 22,4 (0,8) ADAS-Cog: 17,7 (1,8) SKT: 10,4 (1,1)	Mean ± SD MMSE: -2,05 (±4,41) ADAS-Cog: 5,3 (±8,94) SKT: 6,9 (±6,25)	0,008 0,001 <0,001	Mean ± SD MMSE: 1,17 (±4,29) ADAS-Cog: -2,47 (±9,45) SKT: -0,9 (±4,57)	0,167 0,222 0,362	
Carbone et al. (2021) ³⁵ (7 aste)	KT= Ariketa okupazionalak	MMSE: 19,9 (3,92) ADAS-Cog: 30,72 (11,63)	MMSE: 18,67 (4,14) ADAS-Cog: 32,6 (12,62)	-	MMSE: 18,29 (4,25) ADAS-Cog: 32,64 (14,13)	-	**
	IT= Estimulazioa	MMSE: 20,17 (4,02) ADAS-Cog: 28,4 (10,2)	MMSE: 21,06 (4,45) ADAS-Cog: 26,08 (10,9)	-	MMSE: 20,68 (4,55) ADAS-Cog: 26,53 (11,42)	-	
González et al. (2022) ³⁷ (8 aste)	KT= Ohiko tratamendua	MMSE: 19,93	MMSE: 18,31	0,045	MMSE: 17,48	-	0,497
	IT= Estimulazioa	MMSE: 19,3	MMSE: 20,13		MMSE: 18,23	<0,001	

4. taula: kognizio orokorra aztertu duten artikuluen emaitzak.

Autorea (Urtea) Interbentzio iraupena	Interbentzio eta kontrol taldeko eskuhartzeak	EMAITZAK					
		Interbentzio aurretik	Interbentzio ostean	p	Jarraipenean	p	p (taldeen artean)
González et al. (2022) ³⁸ (8 aste)	KT= Ariketa okupazionalak	GDS: 3,7 MMSE: 23,7	GDS: 3,9 MMSE: 21,9	GDS: <0,01	GDS: 3,9 MMSE: 20,6	GDS: 0,005	GDS: 0,038
	IT= Estimulazioa	GDS: 3,7 MMSE: 23,2	GDS: 3,6 MMSE: 23,5	MMSE: 0,163	GDS: 3,7 MMSE: 22,3	MMSE: 0,186	MMSE: <0,01
<p>**Artikuluaren ez da p baliorik ageri, baina emaitzetan modu kualitatiboan azaltzen da IT-ren MMSE balioak mantendu zirela bai pre-testetik post-testera baita jarraipeneko ebaluaketara ere eta ADAS-Cog-eko emaitzetan hobekuntzak antzeman zirela. Ktn, berriz, bi testetan okerragotze bat eman zela azaltzen da. Efektuaren tamaina txiki-ertaina dela adierazten da.</p>							

1.2. Oroimena:

Funtzio kognitiboaren artean, lehen oroimena dugu, gehien aztertu den funtzio kognitiboa izanik. Zehazki, hamabost artikuluetatik zortzitan funtzio hau ebaluatu da. Horretarako, hainbat test ezberdin erabili dira: BDS, TAVEC, IRPM, DRPM... Horien emaitza estatistiko guztiak 5. taulan azaltzen dira.

Hasteko, Spector et al.¹⁸ EsK protokoloa jarraitu duten ikerlanen artean, hiruk oroimena aztertu dute. Horien artean, bik (Capotosto et al.²⁹ eta Piras et al.³²) BDS testa erabili dute funtzio hau ebaluatzeko, baina bietako batek ere ez du emaitza esanguratsurik lortu. Aldiz, Paddick et al.³⁰ artikuluan, oroimena ADAS-Cog eskalaren oroimen subtestaren bidez neurtu da eta hobekuntza estatistikoki nabarmena antzeman da.

Jarraitzeko, González et al. taldeak 2022. urtean lagin ezberdinak erabiliz aurrera eraman zuten bi ikerketak ditugu^{37,38}. Hauetan, oroimena TAVEC eskalaren bidez neurtu zuten (berehalako zein atzeratutako oroitzapena neurtzen duena). Horrez gain, lehenengo lanean WAIS-III eskalako FDS eta BDS subtestak erabili zituzten. Beraz, hori kontuan hartuz hainbat ezaugarri aipatu daitezke: lehenik, FDS eta BDS subtestetan ez zela aldaketa esanguratsurik ageri ez post-testean ezta hiru hilabeteko jarraipenean ere. Bigarrenik, lehen ikerketaren post-testean TAVEC azpimota guztietan (berehalakoa, atzeratutakoa eta totala) ezberdintasun nabarmenak aurkitu zirela bi taldeen artean, baina jarraipenean ez ziren aurkitu kasu bakar batean ere aldaketarik somatu. Bigarren ikerketan, berriz, soilik atzeratutako oroimenean ikusi ziren ezberdintasun horiek, bai post-testean baita jarraipenean ere. Halere, esku-hartzeak taldeen artean eta denboran zehar izan duen eragina alderatzean, aldaketa estatistikoki esanguratsuak ikus daitezke bi lanen TAVEC subtest guztietan. Horrek esan nahi du KTK okerrera egin duela pixkanaka, eta EsK-ri esker, ITk bere emaitzei eutsi diela edo post-testetan ere apur bat hobetzea lortu dezakela.

Mapelli et al.²⁵ artikuluan ere, 8 astez EsK aplikatu zen. Kasu honetan, erabilitako hiru tresnetan (IRPM, DRPM eta BPT) ITk hobekuntza estatistikoki esanguratsuak azaldu zituen post-testean. Taldeen arteko konparaketa egitean ere aldaketa horiek antzeman ziren BPT testeko PT eta ITren arteko alderaketan izan ezik.

Hori guztia kontuan hartuz, esan daiteke, epe motzeko interbentzioen artean, BDS eta FDS eskaletan izan ezik, beste guztietan emaitz esanguratsuak azaldu direla EsKren eraginkortasuna frogatuz. Halere, oro har, hobekuntza hori jarraipenean ez da mantentzen.

Amaitzeko, EnK-k eta ErK-k oroimenean duten eragina ere aztertu zuten bi artikuluk RBMT, BDS eta ADAS-Cog testak erabiliz, baina ez batan ez bestean ez ziren ezberdintasun esanguratsurik aurkitu^{33,36}. Hau da, oroimenarako, ez dago ebidentziarik ziurtatzeko EnK eta ErK eraginkorrek diren.

5. taula: oroimena aztertu duten artikuluen emaitzak.

Autorea (Urtea) Interbentzio iraupena	Interbentzio eta kontrol taldeko eskuhartzeak	EMAITZAK					
		Interbentzio aurretik	Interbentzio ostean	p	Jarraipenean	p	p (taldeen artean)
Mapelli et al. (2013) ²⁵ (8 aste)	KT= Ohiko tratamendua	IRPM: 4,9 (2,6) DRPM: 3,7 (2,4) BPT: 0,9 (1,28)	IRPM: 4,2 (2,34) DRPM: 2,9 (2,28) BPT: 1 (1,15)	-	-	-	IRPM: <0,05 DRPM: <0,05 BPT (PTxIT): >0,05 BPT (KTxIT): <0,05
	PT= Terapia okupazionala	IRPM: 3,4 (2,2) DRPM: 2,7 (1,4) BPT: 2,2 (2,09)	IRPM: 2,9 (1,85) DRPM: 2,2 (2,28) BPT: 2,1 (1,96)	-	-	-	
	IT= Estimulazioa	IRPM: 4,6 (2,2) DRPM: 3,8 (2,9) BPT: 1,1 (2,02)	IRPM: 7,2 (3,7) DRPM: 8 (3,9) BPT: 2,8 (1,9)	<0,05 <0,05 <0,05	-	-	
Capotosto et al. (2017) ²⁹ (7 aste)	KT= Ariketa okupazionalak	BDS: 2,9 (1,2)	BDS: 4,47 (4,94)	-	-	-	0,59
	IT= Estimulazioa	BDS: 2,7 (0,66)	BDS: 5,8 (11,12)	-	-	-	
Paddick et al. (2017) ³⁰ (7 aste)	KT= Ariketa okupazionalak	ADAS-Cog (oroimena): 15,4 (3,961)	ADAS-Cog (oroimena): 14,4 (4,367)	-	-	-	0,032
	IT= Estimulazioa	ADAS-Cog (oroimena): 16,4 (3,16)	ADAS-Cog (oroimena): 12,6 (3,722)	-	-	-	
Piras et al. (2017) ³² (7 aste)	KT= Ariketa okupazionalak	BDS: 2,25 (0,97)	BDS: 2,17 (0,39)	-	-	-	<0,07
	IT= Estimulazioa	BDS: 2,88 (0,62)	BDS: 3,19 (1,33)	-	-	-	
Clare et al. (2019) ³³ (10 aste)	KT= Ohiko tratamendua	RBMT-i: 2,73 (2,12) RBMT-d: 0,37 (1,97)	RBMT-i: 2,79 (2,12) RBMT-d: 0,66 (2,16)	RBMT-i: 0,189 RBMT-d: 0,096	RBMT-i: 2,37 (1,96) RBMT-d: 0,36 (1,97)	RBMT-i: 0,496 RBMT-d: 0,466	- -
	IT= Errehabilitazioa	RBMT-i: 2,58 (2,1) RBMT-d: 0,39 (1,94)	RBMT-i: 2,88 (2,16) RBMT-d: 0,94 (2,31)		RBMT-i: 2,34 (2,09) RBMT-d: 0,23 (1,97)		
Kallio et al. (2021) ³⁶	KT= Ohiko tratamendua	BDS: 12,4 (3) ADAS-Cog (WR): 65,1 (13,2)	Mean Change (95%CI) BDS: 0,1 (-0,4 - 0,7)	-	-	-	BDS: 0,09 ADAS-Cog (WR): 0,41

5. taula: oroimena aztertu duten artikuluen emaitzak.

Autorea (Urtea) Interbentzio iraupena	Interbentzio eta kontrol taldeko eskuhartzeak	EMAITZAK					
		Interbentzio aurretik	Interbentzio ostean	p	Jarraipenean	p	p (taldeen artean)
(12 aste)	IT= Entrenamendua	BDS: 13,1 (3,2) ADAS-Cog (WR): 67,3 (13,2)	ADAS-Cog (Word Recognition): -1,9 (-4,3 - 0,5)	-	-	-	
González et al. (2022) ³⁷ (8 aste)	KT= Ohiko tratanendua	TAVEC-I: 2,38 TAVEC-TOT: 18,62 TAVEC-DLY: 1,38 FDS: 4,48 BDS: 2,48	TAVEC-I: 2,28 TAVEC-TOT: 14,52 TAVEC-DLY: 0,93 FDS: 3,93 BDS: 2,07	TAVEC-I: 0,046 TAVEC-TOT 0,046	TAVEC-I: 1,79 TAVEC-TOT: 13,76 TAVEC-DLY: 0,93 FDS: 3,72 BDS: 1,86	TAVEC-I: 0,362 TAVEC-TOT 0,402 TAVEC-DLY: 0,275	TAVEC-I: 0,01 TAVEC-TOT: <0,001 TAVEC-DLY: 0,002 FDS: 0,161 BDS: 0,215
	IT= Estimulazioa	TAVEC-I: 1,87 TAVEC-TOT: 15,73 TAVEC-DLY: 0,77 FDS: 4,6 BDS: 2,2	TAVEC-I: 2,93 TAVEC-TOT: 18,57 TAVEC-DLY: 1,77 FDS: 4,57 BDS: 2,23	TAVEC-DLY: 0,013	TAVEC-I: 2,07 TAVEC-TOT: 15,5 TAVEC-DLY: 1,3 FDS: 4,03 BDS: 2		
González et al. (2022) ³⁸ (8 aste)	KT= Ariketa okupazionalak	TAVEC-I: 2,9 TAVEC-DLY: 2,1	TAVEC-I: 2,7 TAVEC-DLY: 1,7	TAVEC-I: 0,195 TAVEC-DLY: <0,05	TAVEC-I: 2,5 TAVEC-DLY: 1,4	TAVEC-I: 0,83 TAVEC-DLY: 0,022	TAVEC-I: <0,05 TAVEC-DLY: <0,01
	IT= Estimulazioa	TAVEC-I: 2,6 TAVEC-DLY: 2,1	TAVEC-I: 3,2 TAVEC-DLY: 3,1		TAVEC-I: 2,6 TAVEC-DLY: 2,8		

1.3. Arreta:

Arretaren funtzio kognitiboari dagokionez, lau ikerlanetan aztertu da hainbat eskala ezberdin erabiliz (6. taula). Horietatik, bitan EsK-ren eragina neurtu da^{37,38}. Lehen artikuluan, ebaluazioa egiteko, STROOP eskalaren hainbat subtest erabili ziren (STROOP-W, STROOP-C, STROOP-W/C eta STROOP-I), baina post-interbentzian soilik STROOP-W testean (agertzen doazen hitzak ahalik eta azkarren irakurtzean datza) antzeman ziren ezberdintasun esanguratsuak. Bigarren artikuluan FDS-a erabili zen, ordea. Kasu honetan, jarraipeneko neurketan ez ezik beste ebaluaketa guztietan ezberdintasun esanguratsuak ageri ziren; izan ere, post-testean, KTan okerragotze bat eman zen eta ITn, aldiz, hobekuntza, baina jarraipenean bi taldeek okerrera jo zuten. Beraz, epe motzeko EsK eraginkorra da hasiera batean, baina hobekuntzak ez dira jarraipenean mantentzen.

Clare et al.³³ artikuluan, ErK-ren eragina aztertu zen TEA testaren bidez. Bestalde, Kallio et al.³⁶ artikuluan, TMT tresnaren bidez, EnK-ren eraginkortasuna ikertu zen. Dena den, bi kasuetako batean ere ez zen alde estatistikoki esanguratsurik hauteman. Hots, ez dago ebidentziarik esateko EsK-k eta EnK-k demenziadunen arreta hobetzen dutela.

6. taula: arreta aztertu duten artikuluen emaitzak.

Autorea (Urtea) Interbentzio iraupena	Interbentzio eta kontrol taldeko eskuhartzeak	EMAITZAK					
		Interbentzio aurretik	Interbentzio ostean	P	Jarraipenean	p	p (taldeen artean)
Clare et al. (2019) ³³ (10 aste)	KT= Ohiko tratamendua	TEA: 6,42 (1,05) TEA-wd: 4,72 (2,75)	TEA: 6,36 (1,22) TEA-wd: 4,9 (3,15)	TEA: 0,799	TEA: 6,24 (1,32) TEA-wd: 4,52 (3,07)	TEA: 0,718	-
	IT= Errehabilitazioa	TEA: 6,35 (1,27) TEA-wd: 4,39 (2,68)	TEA: 6,31 (1,23) TEA-wd: 4,62 (3,08)	TEA-wd: 0,784	TEA: 6,21 (1,41) TEA-wd: 4,66 (3,11)	TEA-wd: 0,334	-
Kallio et al. (2021) ³⁶ (12 aste)	KT= Ohiko tratamendua	TMT A: 155 (72)	Mean Change (95%CI) TMT: -6 (-15 - 4)	-	-	-	TMT 0,09
	IT= Entrenamendua	TMT A: 145 (63)	Mean Change (95%CI) TMT: 7 (-4 - 17)	-	-	-	
González et al. (2022) ³⁷ (8 aste)	KT= Ohiko tratamendua	STROOP-W: 41,45 STROOP-C: 26 STROOP-W/C: 26,34 STROOP-I: 10,77	STROOP-W: 38,03 STROOP-C: 27,38 STROOP-W/C: 25,34 STROOP-I: 8,24	STROOP-W 0,048	STROOP-W: 38,31 STROOP-C: 28,24 STROOP-W/C: 25,48 STROOP-I: 8,35	STROOP-W 0,213	STROOP-W 0,006 STROOP-C: 0,408 STROOP-W/C 0,604 STROOP-I: 0,584
	IT= Estimulazioa	STROOP-W: 42,23 STROOP-C: 27,13 STROOP-W/C: 23,4 STROOP-I: 7,17	STROOP-W: 46,63 STROOP-C: 28,87 STROOP-W/C: 24,17 STROOP-I: 6,98		STROOP-W: 44,13 STROOP-C: 27,23 STROOP-W/C: 22,67 STROOP-I: 6,08		
González et al. (2022) ³⁸ (8 aste)	KT= Ariketa okupazionalak	FDS: 5	FDS: 4,3	FDS: <0,05	FDS: 4	FDS: 0,064	FDS: <0,01
	IT= Estimulazioa	FDS: 4,8	FDS: 5		FDS: 4,5		

1.4. Funtzio exekutiboak:

Azpikategoria hau, funtzio exekutiboak, sei artikuluk ebaluatu dute. Horretarako, hainbat eskala ezberdin erabili dituzte: CDT, SF, PF... Horien emaitza estatistikoak 7. taulan azaltzen dira.

Hasteko, aipagarria da ErK edo EnK aplikatutako bi ikerketetan, funtzio exekutiboetan ez dira aldaketa estatistikorik antzeman erabilitako test bakar batean ere ez; hau da, terapia hauek ez dira eraginkorrak funtzio exekutiboen maneirako^{33,36}. Gainontzeko lau artikuluetan, aldiz EsK ezarri da. Horien artean, González et al. taldeko 2022ko bi ikerketak ditugu^{37,38}. Bi kasuetan, nahiz eta eskala ezberdinak erabili diren (CDT lehenengo lanean eta TB-SF zein TB-Simil bigarren argitalpenean), interbentzio osteko ebaluaketan ezberdintasun esanguratsuak antzeman dira. Halere, horiek ez dira jarraipenean mantendu. Horrez gain, Mapelli et al.²⁵ ikerlanean, interbentzio ostean, ITko PF, Abstraction eta CDT emaitzetan hobekuntza nabarmenak eman ziren. Taldeak elkarrekin konparatuz (KTxIT eta PTxIT), hobekuntza horiek soilik esanguratsuak izan ziren "abstraction" eta CDT probetan. Beraz, ikusi daiteke epe motzeko EsK eraginkorra dela funtzio exekutiboei dagokionez.

Amaitzeko, Juárez et al.³⁴ artikuluan, SF eta PF ebaluatu ziren. Interbentzio ostean, bi testetan eta bi taldeetan p balioa esanguratsua izan zen. Hau da, KTn okerragotze esanguratsu bat eta ITn hobekuntza bat eman ziren. Jarraipenean aldiz, bakarrik SF testeko puntuazioan mantendu zen ezberdintasun esanguratsu hori, baina horrek ez du esan nahi ITn hobekuntza mantendu denik, baizik eta txartzea txikiagoa izan dela KTrekin alderatuz. Laburbilduz, taldeak konparatuz, ikusi daiteke aldaketa nabarmenak soilik post-testeko ebaluaketan antzematen direla epe luzeko interbentzioan. Modu honetan esan daiteke epe luzeko EsKko interbentzioak hasiera batean eraginkorrak direla, baina jarraipenerako hobekuntza horiek desagertzen direla.

7. taula: funtzio exekutiboak aztertu dituzten artikuluaeren emaitzak.

Autorea (Urtea) Interbentzio iraupena	Interbentzio eta kontrol taldeko eskuhartzeak	EMAITZAK					
		Interbentzio aurretik	Interbentzio ostean	p	Jarraipenean	p	p (taldeen artean)
Mapelli et al. (2013) ²⁵ (8 aste)	KT= Ohiko tratamendua	PF: 3,64 (1,86) Abstraction: 1 (1,15) CDT: 2,7 (2)	PF: 3 (1,5) Abstraction: 0,8 (1,3) CDT: 1,3 (1,15)	-	-	-	PF: >0,05
	PT= Terapia okupazionala	PF: 3,17 (1,5) Abstraction: 1,6 (1,5) CDT: 3,45 (2,8)	PF: 3,4 (2,16) Abstraction: 1,1 (1,28) CDT: 2,25 (2,48)	-	-	-	Abstrac.: <0,05
	IT= Estimulazioa	PF: 3,4 (2,52) Abstraction: 1,1 (0,87) CDT: 2,7 (2,66)	PF: 4,6 (2,05) Abstraction: 3,4 (0,7) CDT: 6,15 (3,07)	<0,05 <0,05 <0,05	-	-	CDT: <0,05
Clare et al. (2019) ³³ (10 aste)	KT= Ohiko tratamendua	D-KEFS: 26,77 (12,03)	D-KEFS: 26,8 (12,38)	0,794	D-KEFS: 25,9 (12,36)	0,342	-
	IT= Errehabilitazioa	D-KEFS: 25,78 (11,61)	D-KEFS: 26,29 (12,56)		D-KEFS: 26,3 (13,32)		-
Juárez et al. (2017) ³⁴ (12 hilabete)	KT= Ohiko tratamendua	SF: 11,5 (1,1) PF: 6,4 (0,8)	Mean ± SD SF: 3,83 (±4,26) PF: 2,31 (±2,91)	SF: <0,001 PF: 0,001	Mean ± SD SF: 4,14 (±4,14) PF: 1,6 (±3,69)	SF: 0,001 PF: 0,116	SF: post: 0,008 jarr.: 0,714
	IT= Estimulazioa	SF: 11,1 (0,9) PF: 6,4 (0,7)	Mean ± SD SF: 0,88 (±4,29) PF: -2,03 (±4,57)	SF: 0,231 PF: 0,019	Mean ± SD SF: 3,95 (±4,5) PF: -0,26 (±4,17)	SF: <0,001 PF: 0,787	PF: post: <0,0001 jarr.: 0,265
Kallio et al. (2021) ³⁶ (12 aste)	KT= Ohiko tratamendua	FAB: 10,2 (2,8) CDT: 2,5 (1,4) VF: 15,9 (7,8) ----- Similarities: 13,3 (6,6) Block design: 14,6 (8,6)	Mean Change (95%CI) FAB: 0 (-0,5 - 0,5) CDT: 0,06 (-0,3 - 0,41) VF: -0,2 (-1,4 - 1,1) Similarities: 0,4 (-0,7 - 1,5) Block design: -0,8 (-2,2-0,7)	-	-	-	FAB: 0,96 CDT: 0,47 VF: 0,98 Simil.: 0,3 BD: 0,4
	IT= Entrenamendua	FAB: 11,2 (2,8) CDT: 2,8 (1,6) VF: 17,7 (8) ----- Similarities: 15,1 (6,8) Block design: 14,4 (8,2)	Mean Change (95%CI) FAB: -0,1 (-0,6 - 0,4) CDT: 0,12 (-0,23 - 0,47) VF: -0,5 (-1,5 - 0,5)	-	-	-	
González et al. (2022) ³⁷ (8 aste)	KT= Ohiko tratamendua	CDT: 4,22 CCDT: 6,14	CDT: 3,14 CCDT: 4,72	CDT: 0,042	CDT: 2,74 CCDT: 4,6	CDT: 0,067	CDT: <0,001 CCDT: 0,059
	IT= Estimulazioa	CDT: 3,73 CCDT: 5,22	CDT: 4,3 CCDT: 5,5		CDT: 3,93 CCDT: 4,73		

7. taula: funtzio exekutiboak aztertu dituzten artikuluen emaitzak.

Autorea (Urtea) Interbentzio iraupena	Interbentzio eta kontrol taldeko eskuhartzeak	EMAITZAK					
		Interbentzio aurretik	Interbentzio ostean	<i>p</i>	Jarraipenean	<i>p</i>	<i>p</i> (taldeen artean)
González et al. (2022) ³⁸ (8 aste)	KT= Ariketa okupazionalak	TB-SF: 9,6 TB-Simil.: 5	TB-SF: 7,9 TB-Simil.: 4,2	TB-SF: <0,05 TB-Simil: <0,01	TB-SF: 8,1 TB-Simil.: 3,9	TB-SF: 0,265 TB-Simil: 0,185	TB-SF: <0,01 TB-Simil: <0,01
	IT= Estimulazioa	TB-SF: 8,7 TB-Simil.: 4,7	TB-SF: 10,3 TB-Simil.: 5,6		TB-SF: 9,2 TB-Simil.: 4,6		

1.5. Praxis:

Artikulu guztien artean, batek bakarrik aztertu zuen EsKk praxis funtzio kognitiboan zuen eragina. Ikerketa horrek Spector et al.¹⁸ EsK protokoloa jarraitu zuen eta ADAS-Cog testaren praxisera zuzendutako subtestaren bidez horren eraginkortasuna neurtu zuten. Ez zen hobekuntza esanguratsurik aurkitu. Aipatutako emaitz horien estatistikak 8. taulan azaltzen dira. Ikerketa bakarrean aztertu denez aldagai hau, ezin da ondorio nagusirik atera hemendik.

8. taula: praxisa aztertu duen artikuluen emaitzak.

Autorea (Urtea) Interbentzio iraupena	Interbentzio eta kontrol taldeko eskuhartzeak	EMAITZAK					
		Interbentzio aurretik	Interbentzio ostean	<i>p</i>	Jarraipenean	<i>p</i>	<i>p</i> (taldeen artean)
Paddick et al. (2017) ³⁰ (7 aste)	KT= Ariketa okupazionalak	ADAS-Cog (praxis): 6,2 (1,724)	ADAS-Cog (praxis): 5,8 (1,618)	-	-	-	0.46
	IT= Estimulazioa	ADAS-Cog (praxis): 6,4 (1,544)	ADAS-Cog (praxis): 5,1 (1,668)	-	-	-	

1.6. Lengoaia:

Lengoaia bost artikuluetan ikertu zen hainbat eskala ezberdinen bidez, erabilena NLT izanik (9. taula). Horietatik lauk Spector et al.¹⁸ EsK protokoloa jarraitu zuten, Capotosto et al.²⁹ artikuluko NLT-ca subtestean (komunikazio-trebetasunak neurtzen duena) ez ezik, beste guztietan ez ziren ezberdintasun esanguratsurik eman^{30,32}. Dena den, Carbone et al.³⁵ lanean, nahiz eta ezin dugun baieztatu hobekuntza estatistikoki esanguratsua izan dela, egia da post-testean ITren emaitzak hobetu zirela aipatzen duela, eta jarraipenean horiek mantendu zirela, KTan aldaketarik eman ez ziren bitartean (efektuaren tamaina ertaina izanik).

Bosgarren artikuluan (González et al.³⁷) Bartzelonako testeko TB-SF eta TB-PF azpiatalak erabili ziren eta nahiz eta jarraipenean ez ziren aldaketarik igarri, interbentzio ostean ezberdintasun estatistikoki nabarmenak eman ziren bi taldeen artean. Baina honekin ezin da ondorioztatu lengoaiaren maneirako EsK eraginkorra denik; izan ere, eskala horiek beste lan batzuetan funtzio kognitiboak neurtzeko erabili dira eta aldagai honi dagokionez aurretik ikusi da EsK bai eraginkorra dela. Beraz, ezin dugu jakin aldaketa horrek lengoaiaren hobekuntza adierazten duen edo funtzio exekutiboetan.

9. taula: lengoia aztertu duten artikuluen emaitzak.

Autorea (Urtea) Interbentzio iraupena	Interbentzio eta kontrol taldeko eskuhartzak	EMAITZAK					
		Interbentzio aurretik	Interbentzio ostean	<i>p</i>	Jarraipenean	<i>p</i>	<i>p</i> (taldeen artean)
Capotosto et al. (2017) ²⁹ (7 aste)	KT= Ariketa okupazionalak	NLT-ca: 8,89 (3,49) NLT-il: 1,11 (1,2) NLT-al: 30,58 (6,24)	NLT-ca: 9,42 (4,39) NLT-il: 0,84 (1,07) NLT-al: 30,68 (6,88)	-	-	-	NLT-ca: 0,023 NLT-il: 0,8 NLT-al: 0,49
	IT= Estimulazioa	NLT-ca: 9,25 (3,39) NLT-il: 1 (1,26) NLT-al: 29,85 (6,54)	NLT-ca: 11,7 (3,4) NLT-il: 0,65 (1,31) NLT-al: 28,55 (6,85)	0,001	-	-	
Paddick et al. (2017) ³⁰ (7 aste)	KT= Ariketa okupazionalak	ADAS-Cog (lengoaia): 5,9 (4,114)	ADAS-Cog (lengoaia): 6,4 (2,873)	-	-	-	0,168
	IT= Estimulazioa	ADAS-Cog (lengoaia): 8,7 (4,757)	ADAS-Cog (lengoaia): 5,8 (4,612)	-	-	-	
Piras et al. (2017) ³² (7 aste)	KT= Ariketa okupazionalak	NLT: 13,69 (7,19)	NLT: 12,77 (6,34)	-	-	-	0,06
	IT= Estimulazioa	NLT: 9,9 (4,56)	NLT: 12,35 (5,28)	-	-	-	
Carbone et al. (2021) ³⁵ (7 aste)	KT= Ariketa okupazionalak	NLT: 10,58 (6,45)	NLT: 10,78 (6,33)	-	NLT: 9,79 (5,48)	-	***
	IT= Estimulazioa	NLT: 11,1 (5,74)	NLT: 14,12 (7,29)	-	NLT: 12,83 (5,87)	-	
González et al. (2022) ³⁷ (8 aste)	KT= Ohiko tratanendua	TB-SF: 7,1 TB-PF: 10,59	TB-SF: 6,86 TB-PF: 8,29	TB-SF: 0,034 TB-PF: 0,032	TB-SF: 6,1 TB-PF: 6,79	TB-SF: 0,383 TB-PF: 0,061	TB-SF: <0,001 TB-PF: <0,001
	IT= Estimulazioa	TB-SF: 6,53 TB-PF: 8,83	TB-SF: 8,73 TB-PF: 12,03		TB-SF: 6,87 TB-PF: 9,53		

***Artikuluan ez da p baliorik ageri, baina emaitzetan modu kualitatiboan azaltzen da ITn hobekuntzak eman zirela post-testean eta jarraipenean emaitzak mantendu zirela. KTn ez ziren aldaketarik antzeman.

2. EBJ:

Funtzio kognitiboen gaineko eragina aztertzeaz gain, EsK, ErK eta EnK terapiak EBJetan hobekuntzak eragiten dituzten aztertu nahi da errebisio bibliografiko honetan. Dena den, egia da hau ez dela artikulua askotan neurtu; zehazki, hamabost artikuluetatik soilik zortzik aztertu dute aldagai hau. Hau ebaluatzeko, hainbat eskala erabili dira, ohikoenak, ADCS-DL eta DAD izanik. Emaitza estatistiko guztiak 10. taulan azaltzen dira.

EsK-ri eta EnK-ri dagokienez, orokorrean ez zen hobekuntza estatistiko esanguratsurik topatu aztertutako ikerlanetan, aplikatutako EsK mota, erabilitako eskala edo igarotako denbora edozein direla ere. Ezta Carbone et al.³⁵ lanean ere, non nahiz eta, aurretik aipatu bezala, ez dagoen p baliorik, kualitatiboki azaltzen den bi taldeetan txartze bat somatu zela, taldeen arteko ezberdintasunik gabe. Soilik ikerketa batean lortu zen emaitz esanguratsu bat EBJe dagokionez. Hori Juárez et al.³⁴ lana da. Honetan, BDRS eskalan bi taldeen arteko ezberdintasun esanguratsuak topatu ziren post-testean eta jarraipenean. Hauek islatzen dute KTren okerragotzea ITarena baino handiagoa izan zela. Halere, erabili zuten beste eskalan, RDRS, ez zen aldaketarik somatu. Azterketa gehienei jarraituz, ondoriozta daiteke EsK eta EnK ez direla eraginkorrak EBJen autonomia mantentzeari dagokionez.

ErK jaso zutenen artean, ostera, jarraipenean narriadura funtzional txikiagoa izan zutela ikusi daiteke. Gainera, aipagarria da, hauen artean jarraipenean instituzionalizatutako paziente kopurua txikiagoa izan zela. Hau bat dator NICEko gidan esandakoarekin batera, non aipatzen den ErK eraginkorra izan daitekela EBJe dagokionez. Halere, lan honetan artikulua bakar batean aztertu denez aldagai hau, ezin da ondorio sendorik atera.

10. taula: EBJk aztertu dituzten artikuluen emaitzak.

Autorea (Urtea) Interbentzio iraupena	Interbentzio eta kontrol taldeko eskuhartzeak	EMAITZAK					
		Interbentzio aurretik	Interbentzio ostean	p	Jarraipenean	p	p (taldeen artean)
Aguirre et al. (2013) ²⁴ (7 aste)	IT= Estimulazioa	ADCS-DL: 44 (2,8)	ADCS-DL: 44,6 (2,8)	0,32	-	-	-
Orrell et al. (2014) ²⁷ (24 aste)	KT=Ohiko tratamendua	-	ADCS-DL: 42,35 (2,87)	-	-	-	0,54
	IT= Estimulazioa (mantentzea)	-	ADCS-DL: 43,29 (2,88)	-	-	-	
Amieva et al. (2016) ²⁸ (3 hilabete)	KT= Ohiko tratamendua	DAD: 26,6 (8,8)	DAD: 25,31 (9) AGGIR: 4,69 (4,5)	-	DAD: 18,56 (10,8) AGGIR: 8,52 (6,8)	-	-
	EnK= Entrenamendua	DAD: 26,5 (8,1)	DAD: 25,87 (8,5) AGGIR: 4,47 (4)	EnKxKT DAD: 0,6670 AGGIR: 0,98	DAD: 18,38 (10,7) AGGIR: 8,76 (6,6)	EnKxKT DAD: 0,9386 AGGIR: 0,73	
	ErK= Errehabilitazioa	DAD: 27,4 (8,1)	DAD: 26,85 (9) AGGIR: 4,07 (4,4)	ErKxKT DAD: 0,1162 AGGIR: 0,13	DAD: 22 (10,2) AGGIR: 6,21 (5,4)	ErKxKT DAD: 0,0154 AGGIR: 0,006	
Capotosto et al. (2017) ²⁹ (7 aste)	KT= Ariketa okupazionalak	DAD: 34,89 (21,68)	DAD: 34,26 (22,17)	-	-	-	0,52
	IT= Estimulazioa	DAD: 40,9 (19,44)	DAD: 40,55 (19,59)	-	-	-	
Orrell et al. (2017) ³¹ (25 aste)	KT= Ohiko tratamendua	-	BADLS: 12,57	-	-	-	0,36
	IT= Estimulazioa	-	BADLS: 11,91	-	-	-	

10. taula: EBJk aztertu dituzten artikuluen emaitzak.

Autorea (Urtea) Interbentzio iraupena	Interbentzio eta kontrol taldeko eskuhartzeak	EMAITZAK					
		Interbentzio aurretik	Interbentzio ostean	p	Jarraipenean	p	p (taldeen artean)
Piras et al. (2017) ³² (7 aste)	KT= Ariketa okupazionalak	DAD: 38,44 (21,61)	DAD: 41,92 (18,98)	-	-	-	>0,05
	IT= Estimulazioa	DAD: 42,33 (26,65)	DAD: 43,1 (22,63)	-	-	-	
Juárez et al. (2017) ³⁴ (12 hilabete)	KT= Ohiko tratamendua	BDRS: 5,9 (0,7) RDRS: 26,2 (1,2)	Mean ± SD BDRS: -3,77 (±7,84) RDRS: -2,66 (±7,71)	0,027 0,102	Mean ± SD BDRS: -4,56 (±5,96) RDRS: -5,81 (±8,16)	0,008 0,012	BDRS: post: 0,036 jarr.: 0,006
	IT= Estimulazioa	BDRS: 5,7 (0,9) RDRS: 26,7 (1,4)	Mean ± SD BDRS: -0,52 (±5,12) RDRS: -0,5 (±5,31)	0,541 0,576	Mean ± SD BDRS: -0,84 (±6,35) RDRS: -2,21 (±7,3)	0,529 0,16	RDRS: post: 0,299 jarr.: 0,101
Carbone et al. (2021) ³⁵ (7 aste)	KT= Ariketa okupazionalak	DAD: 48,36 (23,86)	DAD: 43,75 (24,51)	-	DAD: 42,1 (25,34)	-	****
	IT= Estimulazioa	DAD: 54,26 (24,04)	DAD: 53,5 (24,74)	-	DAD: 53,59 (22,83)	-	

****Artikuluak ez da p baliorik ageri, baina emaitzetan modu kualitatiboan azaltzen da bi taldeetan EBJetan okerrago bat eman zela.

ONDORIOAK:

Artikulu guztiak analizatu ondoren eta emaitzak interpretatu ondoren, hainbat ideia ondorioztatu daitezke. Alde batetik, aipagarria da ikerlanetan demenzia mota fase eta ezberdinak aztertu direla. Batzuetan, AG soilik aztertu dute, beste batean DBa, beste askotan demenzia mota ezberdinak konbinaturik, fase arinean, moderatuan edo bi faseetako parte-hartzaileak barneratuz. Beraz, emaitzetan patroi esanguratsurik antzeman ez denez, parte hartzaileen ezaugarriek terapien eraginkortasunarekin erlaziorik duen ezin da ondorioztatu.

Terapia motei dagokionez, emaitzetan aipatu bezala, artikulu gehienetan EsK landu da eta ErK edo EnK ia ez dira aztertu. Pentsa dezakegu, muga hau eman dela Spector et al. taldeak 2003.urtean EsK-ren eraginkortasuna frogatzen zuen ikerketa garrantzitsu bat argitaratu zutelako. Horren ondoren, 2006. urtean EsK-ko protokolo bat argitaratu zuten eta ikerlan askok protokolo hori jarraitu dute¹⁸. Gainera, 2018an NICEk argitaratutako demenziaren gidari jarraituz, EsK da gomendatzen den terapia bakarra. EnK ez da gomendatzen, ez baita eraginkorra. Horrez gain, fase arineko edo moderatuko pazienteen artean funtzionaltasuna mantentzeko ErK kontsideratzea gomendatzen du¹⁷.

Emaitzetan ere, aurreko ondorio horren islada ikusi daiteke, EnK eta ErK ez baitira eraginkorrak izan funtzio kognitibo bakar batean ere (oroimena izanik gehien neurtu den funtzioa; hau izan daiteke sintomatologia deigarriena adierazten duen edo neurtzeko errazena den aldagaia delako). Soilik EsK aplikatu duten ikerketetan eman dira hobekuntzak, bereziki Spector et al.¹⁸ protokoloa jarraitu dutenetan. Eta hobekuntza esaten dudanean, ez dut esan nahi funtzio kognitiboak hobetzen direlarik, baizik eta gutxienez, ez dela okerragotze bat ematen edo okerragotze hori KTrekin alderatuz txikiagoa dela; hau da, gaixotasunaren progresioa moteltzen dela. Izan ere, egia da zenbait emaitzetan, epe-motzean ikusi daitekela ITko testetan puntuazio hobegoak azaltzen direla, baina gehienetan, balioen mantentze bat da ikusten dena. Gainera, Orrell et al.³¹ lanean ikusi da EsK indibidualki pazienteen etxeetan aplikatzen denean, ez dela eraginkorra. Zehazki, NICEk argitaratutako gidan, EsK taldeka aplikatzea gomendatzen da¹⁷. Horrez aparte, jarraipena ebaluatu duten ikerlanetan, ikusi da funtzio kognitiboetan, oro har, EsK-ren efektua ez dela mantentzen eta gaixotasunaren progresioak aurrera jarraitzen duela pazientearen txartze orokor bat eraginez. Azken finean, gutxienez demenzia primarioak, endekapenezko gaixotasun progresiboak dira, eta ez dago hori aldatuko duen tratamendurik; helburua beti izango da narriadura hori ahalik eta gehien atzeratzea, pazientearen funtzionaltasuna ahalik eta luzaroen mantenduz.

Hortaz, aurretik aipatutako orokortasun guztiei jarraituz, EsK aplikatu duten ikerlanetako pazienteen funtzio kognitibo espezifikoek ondorio esanguratsuak hurrengoak dira: oroimenean ikusi da BDS eskalan ez direla aldaketarik eman. Aldiz, berehalako eta atzeratutako oroitzapena neurtzen zuten bi galdetegietan (TAVEC eta IRPM/DRPM) epe-motzeko hobekuntzak eman dira. Bestalde, bai arretan eta baita funtzio exekutiboetan ere hobekuntzak

eman dira. Praxisean, oster, ez da aldaketarik nabari, baina kontuan hartu behar da ikerketa bakar batean aztertu dela aldagai hau eta beraz, ezin dela ondorio esanguratsurik atera. Lengoaiari dagokionez, NLT eskalan ez dira hobekuntzarik somatu, baina berezitasun bat eman da, González et al.³⁷ artikuluan, lengoian aldaketa bat eman da SF eta PF erabili direlako aldagai hau ebaluatzeko eta normalean hauek funtzio exekutiboen azterketarako erabili ohi dira (jadanik aipatu den bezala, funtzio exekutiboan bai hobekuntzak aurkitu direlarik).

Azkenik, esan beharra dago, EBJetan terapia kognitiboek duten eragina oso gutxi ikertu dela eta hori hiru arrazoiengatik izan daiteke. Lehena, artikulua askotan suposatzen dutelako funtzio kognitiboetan edo BPSDetan hobekuntzak ematen direnean, funtzionaltasuna ere hobetzen dela. Bigarrena da, ikerketa askotan ikusi denez gutxienez EsK eta EnK ez direla eraginkorrak izan EBJeren autonomia hobetzeko, zuzenean aldagai hori ez dela aztertzen. Beraz, ez, errebisio bibliografiko honen emaitzen arabera, EsK eta EnK ez dute gaixo dementziatuen funtzionaltasuna hobetzen, ezta haien gainbehera saihesten ere. Hala ere, Amieva et al.²⁸ lanean ikusi zen ErK eraginkorra izan zela epe luzean pazienteen funtzionaltasunaren okerragotzea gutxitzen, baina ikerketa bakar batean ikusi denez hau, ezin da ezer ondorioztatu. Berez, NICEk, dementziari buruzko gidaren gomendioetan, aipatzen du gaixoaren funtzionaltasuna eta autonomia maneiatzeko, ErK-ren erabilera baloratu behar dela¹⁷. Hirugarrena izan daiteke EBJk neurtzea zaila izan daitekela.

Ikerketa guztietan zehar, hainbat profesional ezberdinen parte hartzea ikusi da. Horien artean, hiru lanetan zehazki erizainak daude. Eta, beste hiru artikuluetan egoitzetako zainzaileak aipatzen dira, azken finean hauek erizainak direla nagusiki. Badaude bi artikulua ere pazienteen zainzaileen inguruan hitz egiten dutenak eta hauek erizainak izan daitezke. Hots, nahiz eta beste profesional asko aipatzen diren (psikologoak, bereziki) eta erizainak gutxi aipatzen diren, gutxienez parte hartu dutela ikusi da eta beraz, ondoriozta daiteke terapia kognitiboak erizainek burutu edo behintzat parte hartu dezaketen esku-hartze bat dela.

Amaitzeko, kontuan hartu behar da herrialde ezberdin askotan egindako ikerketak izan direla eta maila ekonomiko baxuagoa duten herrialdeetan ere, Tanzanian esaterako, EsK eraginkorra izan da dementziaren tratamendu kognitiboan. Horrek terapia mota horien aldeko puntu bat dakar, gastu handiak onartu ezin dituztenentzako ere aukera bat izan baitaiteke.

Aurreko guztia kontuan hartuz, hortaz, estimulazio kognitiboak segurtasun klinikoa mantentzen duela jakinda, terapia aproposa izan daiteke komunitatean zein instituzioetan bizi diren eta dementzia arina/moderatua duten pertsonentzat. Beti ere, gainontzeko neurri terapeutikoen osagarri bezala.

Mugak:

Oro har, aipatzekoa da errebisio bibliografiko hau burutzeko prozesuan, hainbat muga ere topatu direla. Lehena bilaketa prozesuan topatu zen; izan ere, aztertu beharreko hiru terapia kognitiboak (EsK, EnK eta ErK) ez zeuden ondo definituta literaturan, batez ere EnK eta ErK. Ziur aski, EsK hobeto bereizten zen Spector et al.¹⁸ protokoloari esker.

Ondoren, aurkikuntzak analizatzean, ikusi nuen lagin kopuruak oso ezberdinak zirela lan bakoitzean. Badaude 200 parte-hartzaile baino gehiago barneratu dituzten ikerketak eta soilik 30-100 bitartean barneratu dituztenak eta horrek alborapenak eragin ditzake ondorioak ateratzean. Hori gutxi balitz ere, ErK, EnK edo EBJk oso artikulua gutxi landu dituztela eta beraz, ezin dira ondorio sendoak atera gai horien inguruan, nahiz eta lanaren helburuaren parte izan.

Azkenik, muga nagusia eskalen erabileran topatu da. Hamaika eskala ezberdin erabili dira aldagaiak neurtzeko eta horrek aldakortasun handia eragin dezake emaitzen artean. Gainera, kasu batzuetan, artikulua batean eskala bat erabili da funtzio kognitibo bat neurtzeko eta beste batean eskala bera erabili da beste funtzio bat ebaluatzeko. Adibidez, González et al.³⁷ artikuluan SF eta PF lengoia aztertzeko erabili dira eta Juárez et al.³⁴ artikuluan, berriz, horrek funtzio exekutiboak neurtu ditu. Hortaz, aipatutako guzti honek alborapen asko sortu ditzake.

GrALak Garapen Jasangarrirako Helburuei (GJH) egindako ekarpenak:

Terapia kognitiboak demenziadun pazienteen funtzio kognitiboetan zein EBJ-en autonomian duten eraginari buruzko GrAL honen emaitzek, demenzia duten pertsonen, osasun-sistemari eta gizarteari ekarpen bat egiten diete. Era berean, balio demokratikoak, giza eskubideak, herrialdeen arteko osasun-sarbideko berdintasuna eta Garapen Jasangarrirako Helburuak lortzen lagundu lezake^{39,40}.

Hasteko, estimulazio kognitiboak demenziadunen funtzio kognitiboen narriadura moteltzen/egonkortzen duen heinean, esku-hartze honek paziente hauen bizi-kalitatea hobetuko luke, osasun fisiko, emozional eta mentalari eutsiz, bai eta zaintzailearen lana eta zama arindu ere. Hots, esan daiteke, terapia kognitiboek osasunaren sustapena bultzatzen dutela, eta beraz, Garapen Jasangarrirako 3. Helburua (GJH) lortzen laguntzen dutela ("Bizitza osasuntsua bermatzea eta guztion ongizatea sustatzea, adin guztietan")^{39,40}.

Bigarrenik, munduan, denok ez ditugu osasun-baliabide berberak eskura. Egiaz, herrialde askotan, duten maila ekonomiko baxuagatik, bertako biztanleek ezin dituzte tratamendu farmakologiko eta ez-farmakologiko asko eskuratu, eta beste herrialde batzuetan, aldiz, Espainian adibidez, eskuragarri daude mundu guztiarentzat. Horrek, argi dago, alde handiak sortzen dituela herrialde batzuen eta besteen artean. Ez da gauza bera Tanzanian edo Erresuma Batuan bizitzea, ez daude osasun-baliabide berberak, eta horrek hainbat giza



eskubide ez errespetatzea dakar. Berriz, GrAL honetan proposatzen den esku-hartzea, emaitzetan ikusi den bezala, munduko edozein herrialdean aplikatu daiteke, ez baitu kostu ekonomiko alturik; izan ere, nahiz eta terapia egin behar duten pertsonen denborak koste bat dakarren, ez da konplexutasun teknologiko handiko esku-hartze bat eta edozein inguruetan aplikatu daiteke. Ondorioz, esan daiteke interbentzio honek Garapen Jasangarrirako 10. Helburua (GJH) lortzen lagunduko dezakela; hots, “desberdintasuna murriztea herrialdeetan eta herrialdeen artean”^{39,40}.

Etorkizuneko ikerketetarako gomendioak:

Amaitzeko, ikerketa honetan aurkitu diren mugak kontuan hartuz, etorkizuneko ikerketetarako hainbat proposamen emango ditut. Alde batetik, gomendagarria izango litzateke ErK-k pazienteen EBJ-etarako autonomian duen eragina gehiago aztertzea lagin handietako ikerketen bidez. Bestetik, ondo bereizi beharko litzateke ErK eta EnK, irizpide orokor batzuk ezarriz. Eta, alborapen handienak sortzen dituen aldagaia eskalen ezberdintasunak izanik, ezinbestekoa ikusten dut eskala guzti horien arteko ezberdintasunak aztertzea eta funtzio kognitibo bakoitza ebaluatzeko egokiena dena zehaztu, ikerketa guztietan berdina erabili daitezten.

BIBLIOGRAFIA:

1. eCIE10ES [Internet]. España: Ministerio de Sanidad; 2022 [kontsulta, 23/11/01]. CAPÍTULO V Trastornos mentales y del comportamiento; [50 pantaila ggb]. Erabilgarri: https://eciemaps.mscbs.gob.es/ecieMaps/statics/es/accessible/cie10/tabular_list/tl_enf_05.html#tabularListTop
2. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Demencia. Genova: Organización Mundial de la Salud; 2023 [kontsulta, 23/10/10]; [13 pantaila ggb]. Erabilgarri: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
3. Ayuso Peralta L, Ballesteros Barranco A, Rojo Sebastián A. Demencias. Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado. 2019;12(74):4329–37.
4. Choi YJ, Won CW, Kim S, Choi HR, Kim BS, Jeon SY, et al. Five items differentiate mild to severe dementia from normal to minimal cognitive impairment—Using the Global Deterioration Scale. Journal of Clinical Gerontology and Geriatrics. 2016;7(1):1–5.
5. Custodio N, Montesinos R, Alarcón JO. Evolución histórica del concepto y criterios actuales para el diagnóstico de demencia. Rev Neuropsiquiatr. 2019;81(4):235-250.
6. Wanden-Berghe C. Valoración geriátrica integral. Hosp Domic. 2021;5(2):115.
7. Martín I. Escalas y pruebas de valoración funcional y cognitiva en el mayor . AMF [Internet]. 2013[kontsulta, 23/10/30];9(9):508-514.
8. Draper B, Sanford IF, Tune L, Grossberg G, Luxenberg J, et al., International psychogeriatric association: The IPA Complete Guides to Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) [Internet]. United States: IPA; 2015 [kontsulta, 23/10/28]. Erabilgarri: <https://www.ipa-online.org/resources/publications/guides-to-bpsd>
9. Alzheimers Disease International. Dementia facts & figures [Internet]. London: Alzint. 2019. Eskuragarri: <https://www.alzint.org/about/dementia-facts-figures/>
10. Cantarero Prieto D. Impacto económico del deterioro cognitivo y la demencia. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2017;52:58-60.
11. Pérez Romero A, González Garrido S. La importancia de los síntomas psicológicos y conductuales (SPCD) en la enfermedad de Alzheimer. Neurología. 2018;33(6):378-84.
12. Knight R, Khondoker M, Magill N, Stewart R, Landau S. A Systematic Review and Meta-Analysis of the Effectiveness of Acetylcholinesterase Inhibitors and Memantine in Treating the Cognitive Symptoms of Dementia. Dement Geriatr Cogn Disord. 2018;45(3–4):131–51.
13. López Ó. Tratamiento farmacológico de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Arch. Med Int [Internet]. 2015 [kontsulta, 23/10/30]; 37(2):61-67.
14. García-Soldevilla MA, Enjuanes García A, Barragán Martínez D, Ayuso Peralta L, Rojo Sebastián A, Tejeiro Martínez J. Aspectos terapéuticos en las demencias. Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado. 2019;12(74):4357-66.
15. Bahar-Fuchs A, Mowszowski L, Lautenschlager NT, Cox K. Cognitively oriented treatments in dementia. In: Low LF, Laver K, eds. Dementia Rehabilitation. Evidence-based interventions and clinical recommendations. Elsevier; 2020:15-34.
16. Bahar-Fuchs A, Martyr A, Goh AM, Sabates J, Clare L. Cognitive training for people with mild to moderate dementia. Cochrane Database Syst Rev. 2019;3(3):CD013069

17. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Dementia. Assessment, management and support for people living with dementia and their carers. London: NICE; 2018.
18. Spector A, Woods B, Stoner C, Orrell M. Making a difference 1. An evidence-based group programme to offer Cognitive Stimulation Therapy (CST) to people living with dementia. The manual for group facilitators. 2nd ed. Wimbledon: Hawker Publications; 2019.
19. Frías R, Arias N, García AM, Boizan MA. Demencia de Alzheimer y cuidados de Enfermería. Sld.cu [Internet]. [kontsulta, 23/11/02]. Erabilgarri: <http://www.uvsfajardo.sld.cu/demencia-de-alzheimer-y-cuidados-de-enfermeria-revision-bibliografica>
20. González C, Muñoz J. Efectividad de un programa de estimulación cognitiva en pacientes con deterioro cognitivo leve de la comunidad. Enfermería Comunitaria. 2018;14:e11542.
21. Objetivos y metas de desarrollo sostenible - Desarrollo Sostenible (un.org) [Internet]. Nueva York: Organización de las Naciones Unidas [kontsulta, 24/01/11]. Eskuragarri: <https://www.un.org/sustaibaledevelopment/es/sustainable-development-goals/>
22. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, editor. Plan Integral de Alzheimer y otras demencias [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2019 [kontsulta, 24/01/11]. Eskuragarri: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/docs/Plan_Integral_Alzheimer_Octubre_2019.pdf
23. Gradu Amaierako Lanen Batzordea. Literatura zientifikoaren azterketa kritikoa oinarritutako Gradu Amaierako Lan bat egiteko gida. Vitoria-Gasteiz: Erizaintzako Unibertsitate-Eskola; 2023. [Argitaratu gabeko agiria].
24. Aguirre E, Hoare Z, Streater A, Spector A, Woods B, Hoe J, et al. Cognitive stimulation therapy (CST) for people with dementia—who benefits most? Int J Geriatr Psychiatry. 2013;28(3):284–90.
25. Mapelli D, Di Rosa E, Nocita R, Sava D. Cognitive Stimulation in Patients with Dementia: Randomized Controlled Trial. Dement Geriatr Cogn Dis Extra. 2013;3(1):263–71.
26. Yamanaka K, Kawano Y, Noguchi D, Nakaaki S, Watanabe N, Amano T, et al. Effects of cognitive stimulation therapy Japanese version (CST-J) for people with dementia: a single-blind, controlled clinical trial. Aging Ment Health. 2013;17(5):579–86.
27. Orrell M, Aguirre E, Spector A, Hoare Z, Woods RT, Streater A, et al. Maintenance cognitive stimulation therapy for dementia: single-blind, multicentre, pragmatic randomised controlled trial. British Journal of Psychiatry. 2014;204(6):454–61.
28. Amieva H, Robert PH, Grandoulier AS, Meillon C, De Rotrou J, Andrieu S, et al. Group and individual cognitive therapies in Alzheimer's disease: the ETNA3 randomized trial. Int Psychogeriatr. 2016;28(5):707–17.
29. Capotosto E, Belacchi C, Gardini S, Faggian S, Piras F, Mantoan V, et al. Cognitive stimulation therapy in the Italian context: its efficacy in cognitive and non-cognitive measures in older adults with dementia. Int J Geriatr Psychiatry. 2017;32(3):331–40.
30. Paddick SM, Mkenda S, Mbowe G, Kisoli A, Gray WK, Dotchin CL, et al. Cognitive stimulation therapy as a sustainable intervention for dementia in sub-Saharan Africa:

- feasibility and clinical efficacy using a stepped-wedge design. *Int Psychogeriatr.* 2017;29(6):979–89.
31. Orrell M, Yates L, Leung P, Kang S, Hoare Z, Whitaker C, et al. The impact of individual Cognitive Stimulation Therapy (iCST) on cognition, quality of life, caregiver health, and family relationships in dementia: A randomised controlled trial. *PLoS Med.* 2017;14(3):e1002269.
 32. Piras F, Carbone E, Faggian S, Salvalaio E, Gardini S, Borella E. Efficacy of cognitive stimulation therapy for older adults with vascular dementia. *Dement Neuropsychol.* 2017;11(4):434–41.
 33. Clare L, Kudlicka A, Oyebode JR, Jones RW, Bayer A, Leroi I, et al. Individual goal-oriented cognitive rehabilitation to improve everyday functioning for people with early-stage dementia: A multicentre randomised controlled trial (the GREAT trial). *Int J Geriatr Psychiatry.* 2019;34(5):709–21.
 34. Juárez-Cedillo T, Gutiérrez-Gutiérrez L, Sánchez-Hurtado LA, Martínez-Rodríguez N, Juárez-Cedillo E. Randomized Controlled Trial of Multi-Component Cognitive Stimulation Therapy (SADEM) in Community-Dwelling Demented Adults. *Journal of Alzheimer's Disease.* 2020;78(3):1033–45.
 35. Carbone E, Gardini S, Pastore M, Piras F, Vincenzi M, Borella E. Cognitive Stimulation Therapy for Older Adults With Mild-to-Moderate Dementia in Italy: Effects on Cognitive Functioning, and on Emotional and Neuropsychiatric Symptoms. *The Journals of Gerontology: Series B.* 2021;76(9):1700–10.
 36. Kallio EL, Hietanen M, Kautiainen H, Pitkälä KH. Neuropsychological outcome of cognitive training in mild to moderate dementia: A randomized controlled trial. *Neuropsychol Rehabil.* 2021;31(6):935–53.
 37. Gonzalez-Moreno J, Satorres E, Soria-Urios G, Meléndez JC. Cognitive Stimulation in Moderate Alzheimer's Disease. *Journal of Applied Gerontology.* 2022;41(8):1934–41.
 38. Gonzalez-Moreno J, Satorres E, Soria-Urios G, Meléndez JC. Cognitive Stimulation Program Presented Through New Technologies in a Group of People with Moderate Cognitive Impairment. *J Alzheimers Dis.* 2022;88(2):513-519.
 39. Nazio Batuak. Garapen Jasangarrirako 2030eko Agenda. New York: Nazio Batuak; 2015. Hemen eskuragarri: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>. 2024ko martxoaren 26an ikusia.
 40. Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea. Garapen Jasangarrirako 2030eko EHUagenda. Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea; 2019. Hemen eskuragarri: <https://www.ehu.es/documents/4736101/11938005/EHUagenda-2030-ENG.pdf/487b2c83-51e1-d0e2-dcd1-af419b2b5c26?t=1559656838000> /. 2024ko martxoaren 26an ikusia.

ERANSKINAK:

1. Eranskina: Kontzeptu-taula

Kontzeptu nagusia	Lengoaia naturala		Lengoaia kontrolatua (deskriptoreak)
	Sinonimoa	Ingelesez	
Dementia	Demencia Demencia Paranoide Senil	ementia dementia familial dementia senile paranoid dementia	Medline (MeSH): Dementia/ CINAHL (Descriptor de CINAHL): - PsycINFO (Thesaurus): dementia/, Senile Dementia/ Cochrane Database (MeSH): Dementia/ CUIDEN: DEMENCIA EMBASE (EMTREE): dementia/ OR senile dementia
Terapia kognitiboa	terapia kognitiboa entrenamiento cognitivo rehabilitación cognitiva estimulación cognitiva	cognitive therapy cognitive rehabilitation cognitive training cognitive stimulation	Medline (MeSH): cognitive therapy.mp. CINAHL (Descriptor de CINAHL): - PsycINFO (Thesaurus): Cognitive Therapy/ Cochrane Database (MeSH): Cognitive Behavioral Therapy, cognitive therapy.mp. CUIDEN: ESTIMULACIÓN COGNITIVA EMBASE (EMTREE): cognitive therapy/
Estimulazio kognitiboa	Estimulación cognitiva	Cognitive stimulation Cognitive stimulation therapy	Medline (MeSH): cognitive stimulation.mp. CINAHL (Descriptor de CINAHL): - PsycINFO (Thesaurus): Cognitive Stimulation Therapy/ Cochrane Database (MeSH): cognitive stimulation.mp. CUIDEN: ESTIMULACIÓN COGNITIVA EMBASE (EMTREE): cognitive stimulation.mp.
Entrenamendu kognitiboa	entrenamiento cognitivo entrenamiento, cerebro entrenamiento, memoria entrenamiento mental	brain training cognitive training memory training	Medline (MeSH): Cognitive Training/ CINAHL (Descriptor de CINAHL): - PsycINFO (Thesaurus): cognitive training.mp. OR brain training/ Cochrane Database (MeSH): Cognitive Training/ CUIDEN: ESTIMULACIÓN COGNITIVA EMBASE (EMTREE): cognitive training.mp.
Errehabilitazio kognitiboa	rehabilitación cognitiva	Cognitive Rehabilitation	Medline (MeSH): cognitive rehabilitation.mp. CINAHL (Descriptor de CINAHL): - PsycINFO (Thesaurus): Cognitive Rehabilitation/ Cochrane Database (MeSH): cognitive rehabilitation.mp. CUIDEN: ESTIMULACIÓN COGNITIVA EMBASE (EMTREE): cognitive rehabilitation/



<p>Eguneroko bizitzaren oinarritzko jarduerak (EBOJ)</p>	<p>Actividades de la vida diaria Actividades cotidianas</p>	<p>adl activities of daily living chronic limitation of activity</p>	<p>Medline (MeSH): "Activities of Daily Living"/ CINAHL (Descriptor de CINAHL): - PsycINFO (Thesaurus): "Activities of Daily Living"/ Cochrane Database (MeSH): "Activities of Daily Living"/ CUIDEN: ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA EMBASE (EMTREE): daily life activity/</p>
<p>Sintoma kognitiboak / kognizioa / funtzio kognitiboa</p>	<p>Cognición Funciones cognitivas</p> <hr/> <p>Atención Memoria Lenguaje Orientación Gnosis Praxis Funciones ejecutivas Cognición social Habilidades visoespaciales</p>	<p>Cognition Cognitive functions</p> <hr/> <p>Attention Memory Language Orientation Gnosis Praxis Executive functions Social cognition Visuospatial skills</p>	<p>Medline (MeSH): Cognition/, cognitive function.mp., Attention/, Memory/, Language/, Orientation/, gnosis.mp., praxis.mp., Executive Function/, Social Cognition/, Visuospatial skills.mp. CINAHL (Descriptor de CINAHL): - PsycINFO (Thesaurus): Cognition/, cognitive function.mp., Attention/, Memory/, Language/, orientation.mp., gnosis.mp., praxis.mp., Executive Function/, Social Cognition/, Visuospatial Ability/ Cochrane Database (MeSH): Cognition/, cognitive function.mp., Attention/, Memory/, Language/, Orientation/, gnosis.mp., praxis.mp., Executive Function/, Social Cognition/, Visuospatial skills.mp. CUIDEN: FUNCIÓN COGNITIVA EMBASE (EMTREE): Cognition/, cognitive function.mp., Attention/, Memory/, Language/, Orientation/, gnosis.mp., praxis.mp., Executive Function/, Social Cognition/, Visuospatial skills.mp.</p>

2. Eranskina: Bilaketa-taula

Data-basea	Bilaketa ekuazioa	Emaitzak		Oharrak
		Aurkitutakoak	Baliagarriak	
Medline / pubmed	<p>Dementia/ AND (cognitive therapy.mp. OR cognitive stimulation.mp. OR Cognitive Training/ OR cognitive rehabilitation.mp.) AND ("Activities of Daily Living"/ OR Cognition/ OR cognitive function.mp. OR Attention/ OR Memory/ OR Language/ OR Orientation/ OR gnosis.mp. OR praxis.mp. OR Executive Function/ OR Social Cognition/ OR Visuospatial skills.mp.)</p> <p><i>limit to (yr="2013 -Current" and clinical trial, all)</i></p>	50	20	<ul style="list-style-type: none"> - Helburua ez da berdina. - Ikerketa kualitatiboak dira, ez kuantitatiboak. - Prebentzioa aztertzen da, ez kognizioaren hobekuntza. - I: terapia kognitiboak ariketa fisikoarekin nahasturik aztertzen da. - Ingelesa edo gaztelera ez diren beste hizkuntzetan daude. - Aurrerago entsegu kliniko bat burutzeko protokoloak dira. - I: ez dira terapia kognitiboak erabiltzen. - O: ez da kognizioa aztertzen. - Kostu ekonomikoa aztertzen dute soilik. - Musikoterapiarekin nahasturika aztertzen dira. - "Pilot study" dira.
Embase	<p>dementia/ AND (cognitive therapy/ OR cognitive stimulation.mp. OR cognitive training.mp. OR cognitive rehabilitation/) AND (daily life activity/ OR Cognition/ OR cognitive function.mp. OR Attention/ OR Memory/ OR Language/ OR Orientation/ OR gnosis.mp. OR praxis.mp. OR Executive Function/ OR Social Cognition/ OR Visuospatial skills.mp.)</p>	24	3	<ul style="list-style-type: none"> - Prebentzioa aztertzen da, ez kognizioaren hobekuntza. - Predementzia aztertzen du, ez demenzia. - I: ez dira terapia kognitiboak erabiltzen. - Helburua ez da berdina. - O: ez dute funtzio kognitiboa aztertzen. - Terapia kognitiboaz gain beste interbentzio erabiltzen dira, nahasturik. - "Pilot study" dira.

	<i>limit to (yr="2013 -Current" and clinical trial, all)</i>			
PsycINFO	<p>dementia/ AND (Cognitive Therapy/ OR Cognitive Stimulation Therapy/ OR cognitive training.mp. OR brain training/ OR Cognitive Rehabilitation/) AND (daily life activity/ OR Cognition/ OR cognitive function.mp. OR Attention/ OR Memory/ OR Language/ OR orientation.mp. OR gnosis.mp. OR praxis.mp. OR Executive Function/ OR Social Cognition/ OR Visuospatial Ability/)</p> <p><i>limit to (yr="2013 -Current" and clinical trial, all)</i></p>	30	6	<ul style="list-style-type: none"> - I: ez dira terapia kognitiboak erabiltzen. - Helburua ez da berdina. - P: beste gaixotasunak aztertzen dira, ez dementzia. - Prebentzioa aztertzen da, ez kognizioaren hobekuntza. - Predementzia aztertzen du, ez dementzia. - P: dementziaz gain beste hainbat gaixotasun neurodegeneratibo aztertzen dira nahasturik. - "Pilot study" dira.
Cochrane	<p>Dementia/ AND (cognitive therapy.mp. OR cognitive stimulation.mp. OR Cognitive Training/ OR cognitive rehabilitation.mp.) AND ("Activities of Daily Living"/ OR Cognition/ OR cognitive function.mp. OR Attention/ OR Memory/ OR Language/ OR Orientation/ OR gnosis.mp. OR praxis.mp. OR Executive Function/ OR Social Cognition/ OR Visuospatial skills.mp.)</p> <p><i>limit to (yr="2013 -Current" and clinical trial, all)</i></p>	404	24	<ul style="list-style-type: none"> - Ez dira terapia kognitiboak erabiltzen, baizik eta beste metodo ez-farmakologiko batzuk (musikoterapia, ariketa fisikoa, akupuntura...) - Aurrerago entsegu kliniko bat burutzeko protokoloak dira. - Ikerketa kualitatiboak dira. - O: ez dute kognizioa neurtzen. - Ez daude eskuragarri. - Helburua ez da berdina. - Ariketa fisikoarekin nahasturiko terapia kognitiboak dira. - Prebentzioa aztertzen dute. - Ez dira jadanik burututako entsegu klinikoak. - "Pilot study" dira.



CUIDEN	Demencias AND Estimulación cognitiva AND Función cognitiva	1	1	- Erabilgarria ✓.
	Estimulación cognitiva AND Función cognitiva	3	1	- P: ez dira dementziadun pazienteak, paziente osasuntsuak baizik. - Ez da entsegu kliniko bat + ez du l aztertzen. **Baliagarria dena aurrekoaren berdina da.
	Estimulación cognitiva	56	3	- Ez da entsegu kliniko bat. - P: zainzaileak dira, ez pazienteak. - P: beste gaixotasun bat duten pazienteak dira. - O: ez dute funtzio kognitiboa aztertzen. - P: ez dira dementziadun pazienteak, paziente osasuntsuak baizik. - Portugeses dago, ez da ulertzen. - I: ez dira dementziara bideratutako terapia kognitiboak. **Aurreko bi bilaketetan baliagarriak izan direnak 3 hauen artean daude.

Eskuzko bilaketa	Bilaketa ekuazioa	Emaitzak		Oharrak
		Aurkitutakoak	Baliagarriak	
Elsevier Science Direct	Cognitive stimulation AND dementia AND cognitive function <i>limit to (yr="2013 -2024" and research articles)</i>	100	3 → 1	Ez diote helburuari erantzuten (n= 90) Ez dituzte barneratze-irizpideak betetzen (n= 7) **3 emaitz baliagarri topatu dira, baina horietatik bi errebisioak dira ondoren horien erreferentzietatik eskuzko bilaketaren bidez artikulua gehiago eskuratuko dira. Beraz, berez soilik artikulua bat baliagarria da.
	Cognitive training AND dementia AND cognitive function <i>limit to (yr="2013 -2024" and research articles)</i>	107	1	Ez diote helburuari erantzuten (n= 98) **Artikulu gehienak ariketa fisikoaren ingurukoak dira. Maiz entrenamendu kognitiboa eta entrenamendu fisikoa nahasten dira. Ez dituzte barneratze-irizpideak betetzen (n= 8)
	Cognitive rehabilitation AND dementia AND cognitive function <i>limit to (yr="2013 -2024" and research articles)</i>	40	0	Ez diote helburuari erantzuten (n= 36) Ez dituzte barneratze-irizpideak betetzen (n= 4)
Artikuluetako erreferentzia zerrendetatik ateratako artikulua	Effectiveness of cognitive stimulation therapy (CST) on cognition, quality of life and neuropsychiatric symptoms for patients living with dementia: A meta-analysis	57	10	Ez dituzte barneratze-irizpideak betetzen (n= 47)
	Effects of cognitive stimulation therapy for people with dementia: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled studies	62	10	Ez dituzte barneratze-irizpideak betetzen (n= 52)



Ebidentzia oinarritutako erakundeak*	Bilaketa ekuazioa	Emaizak		Oharrak
		Aurkitutakoak	Baliagarriak	
RNAO	"Dementia"	1	0	<i>Delirium, Dementia, and Depression in Older Adults: Assessment and Care.</i> Edukiak baloratuta, ez da baliagarria emaitzak aztertzeko.
NICE	"Dementia" AND "Cognitive Therapy" <i>limit to (guidance)</i>	27	1*	<i>Dementia assessment, management and support for people living with dementia and their care.</i> Gida hau erabili izan da emaitzekin konparatzeko eta eztabaida burutzeko, baina ez lan honen emaitzak aztertzeko. **Beste guztiek ez dute dementziaren inguruan hitz egiten.

*Bilaketa hau berez ez zen emaitzen atalerako burutu, baizik eta artikuluetako emaitzen eztabaida eta ondorioak osatzeko. Horregatik ezta ez da fluxu-diagraman azalduko atal hau.

3. Eranskina: Irakurketa kritikoa

Artikulua (13): Clare L, Kudlicka A, Oyebode JR, Jones RW, Bayer A, Leroi I, et al. Individual goal-oriented cognitive rehabilitation to improve everyday functioning for people with early-stage dementia: A multicentre randomised controlled trial (the GREAT trial). Int J Geriatr Psychiatry. 2019;34(5):709–21.				
Helburuak eta hipotesiak	Helburuak edo/eta hipotesiak argi eta garbi zehaztuta daude?	Bai HH Ez	P: dementzia arina edo moderatua duten pertsonak. I: “The GREAT trial” programa (indibidualki ezarritako helburuetara zuzendutako errehabilitazio kognitiboa). K: ohiko tratamendua O: eraginkortasuna egunerokotasuneko funtzionalitatean eta eraginkortasun klinikoa aztertzea.	<p>Objectives: To determine whether individual goal-oriented cognitive rehabilitation (CR) improves everyday functioning for people with mild-to-moderate dementia.</p> <p>over an active control condition.¹³ The GREAT trial was designed to provide definitive evidence about clinical effectiveness.</p> <p>1 eta 2. orr</p>
Diseinua	Erabilitako diseinu-mota egokia da ikerketaren helburuari dagokionez (helburuak edo/eta hipotesiak)?	Bai HH Ez	Analisi kuantitatiboaz gain, analisi kualitatiboa ere erabili dute analisi tematikoaren bitartez (ikuspegi errealista kritikoa) eguneroko bizitzan ematen ziren hobekuntzak modu subjektibo batean jasotzeko. Edonola, irakurketa kritikoren ariketa hau, alde kuantitatiboan oinarrituko da. Beraz, erabilitako diseinu-mota egokia da. Ausazko entsegu klinikoa. Eraginkortasuna neurtzeko diseinurik sendoena da, alborapen gehien kontrolatzen dituen diseinua baita. (Ausazko saiakuntza multizentriko eta itsu simplea).	<p>This was a multicentre, single-blind pragmatic RCT comparing CR added to usual treatment (CR) with usual treatment alone (TAU).</p> <p>2. orr</p>
	Esku-hartze azterlan bat edo azterlan esperimental bat bada, esku-hartzea egokia dela ziurta dezakezu? Esku-hartzea sistematikoki ezartzeko neurriak jartzen dira?	Bai HH Ez	Esku-hartzea egokia da helburua lortzeko. Laburki azaltzen du interbentzioa, baina interbentzio osoa zehazturik azaltzen duen protokoloaren erreferentzia eskaintzen du erreplikatu ahal izateko. Horrez gain, kontrol taldearen prozesua ere azaltzen da.	<p>participants and study partners provided written informed consent. The trial protocol was published,¹⁴ and the trial was registered with Current Controlled Trials, reference ISRCTN21027481.</p>



				<p>2.6 Intervention</p> <p>The intervention consisted of 10 weekly 1-hour individual sessions of goal-oriented CR over a 3-month period followed by four 1-hour maintenance sessions over the subsequent 6 months, conducted in the participant's home. CR involved working collaboratively on up to three rehabilitation goals chosen by the participant, using a problem-solving approach. This was supplemented as needed by addressing motivational and emotional difficulties through applying emotion regulation and behavioural activation strategies, reviewing and optimising participants' existing use of strategies to manage cognitive disability, providing practice in maintaining attention and concentration, signposting to relevant services, and offering support for study partners. CR could potentially be delivered by therapists from various professional backgrounds in this trial; the therapists were nine occupational therapists and one nurse. Therapists attended a 2-day initial training course and annual 1-day refresher training sessions and received regular centralised supervision to ensure fidelity to protocol and consistency across sites. Therapists completed therapy logs, which were reviewed by the supervisor.</p> <p>2.7 Comparator</p> <p>The comparator was treatment as usual, typically consisting of medication, monitoring, and general psychosocial support.</p> <p>3-4. orr</p>																																																																																																																																								
<p>Populazioaren kontzeptua eta lagina</p>	<p>Populazioa identifikatu eta deskribatu egin da?</p>	<p>Bai HH Ez</p>	<p>Parte hartzaileak eta hauen ezaugarri demografikoak modu sakonean deskribatzen dira artikularen lehenengo taulan.</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Measure</th> <th>Whole Sample n = 474</th> <th>CR n = 238</th> <th>TAU n = 236</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SI Study partner?</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Readability for participant with dementia, n (%)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Spouse/partner</td> <td>331 (69.8)</td> <td>167 (70.2)</td> <td>164 (69.9)</td> </tr> <tr> <td>Adult child (including sibling)</td> <td>118 (24.9)</td> <td>58 (24.3)</td> <td>60 (25.4)</td> </tr> <tr> <td>Other</td> <td>25 (5.3)</td> <td>13 (5.5)</td> <td>12 (5.1)</td> </tr> <tr> <td>Age, mean (SD), range</td> <td>68.74 (13.0), 57 to 92</td> <td>68.45 (13.7), 57 to 92</td> <td>69.04 (12.2), 23 to 92</td> </tr> <tr> <td>Sex (male, n (%))</td> <td>142 (30.0)</td> <td>73 (30.9)</td> <td>67 (28.4)</td> </tr> <tr> <td>Ethnicity, n (%)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>White</td> <td>449 (94.7)</td> <td>224 (94.1)</td> <td>225 (95.3)</td> </tr> <tr> <td>Mixed/racially ethnic group</td> <td>5 (1.1)</td> <td>3 (1.3)</td> <td>1 (0.4)</td> </tr> <tr> <td>Asian/Asian British</td> <td>10 (2.1)</td> <td>4 (1.7)</td> <td>4 (2.5)</td> </tr> <tr> <td>Black/African/Caribbean/Black British</td> <td>8 (1.7)</td> <td>4 (2.5)</td> <td>2 (0.8)</td> </tr> <tr> <td>Other ethnic group</td> <td>2 (0.4)</td> <td>0 (0)</td> <td>2 (0.9)</td> </tr> <tr> <td>First language (English), n (%)</td> <td>443 (93.5)</td> <td>222 (93.3)</td> <td>221 (93.4)</td> </tr> <tr> <td>Marital status (married, n (%))</td> <td>393 (82.9)</td> <td>197 (82.8)</td> <td>200 (84.7)</td> </tr> <tr> <td>Years of education, mean (SD), range</td> <td>13.49 (2.5), 0 to 24</td> <td>n = 472</td> <td>13.57 (2.4), 0 to 25</td> </tr> <tr> <td>Occupational status, n (%)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>I Professional</td> <td>49 (10.3)</td> <td>20 (12.4)</td> <td>19 (8.1)</td> </tr> <tr> <td>II Managerial/technical</td> <td>155 (32.3)</td> <td>74 (31.0)</td> <td>84 (35.4)</td> </tr> <tr> <td>III Non-manual</td> <td>137 (28.9)</td> <td>64 (26.9)</td> <td>73 (30.9)</td> </tr> <tr> <td>IV Unskilled, manual</td> <td>47 (9.9)</td> <td>26 (10.9)</td> <td>22 (9.7)</td> </tr> <tr> <td>V Partly skilled</td> <td>55 (11.6)</td> <td>27 (11.3)</td> <td>28 (11.9)</td> </tr> <tr> <td>V Unskilled</td> <td>20 (4.2)</td> <td>14 (5.9)</td> <td>6 (2.5)</td> </tr> <tr> <td>Not</td> <td>8 (1.7)</td> <td>5 (2.1)</td> <td>3 (1.3)</td> </tr> <tr> <td>Sexes (SS), mean (SD), range</td> <td>n = 472</td> <td>n = 236</td> <td>n = 236</td> </tr> <tr> <td>WHODAS domain, mean (SD), range</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Physical</td> <td>n = 470</td> <td>n = 237</td> <td>n = 233</td> </tr> <tr> <td>Psychological</td> <td>n = 470</td> <td>n = 237</td> <td>n = 233</td> </tr> <tr> <td>Social</td> <td>n = 470</td> <td>n = 237</td> <td>n = 233</td> </tr> <tr> <td>Environmental</td> <td>n = 470</td> <td>n = 237</td> <td>n = 233</td> </tr> <tr> <td>IQ (SD), mean (SD), range</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Index</td> <td>n = 468</td> <td>n = 234</td> <td>n = 233</td> </tr> <tr> <td>VAAS</td> <td>n = 467</td> <td>n = 234</td> <td>n = 233</td> </tr> </tbody> </table> <p>7. orr</p>	Measure	Whole Sample n = 474	CR n = 238	TAU n = 236	SI Study partner?				Readability for participant with dementia, n (%)				Spouse/partner	331 (69.8)	167 (70.2)	164 (69.9)	Adult child (including sibling)	118 (24.9)	58 (24.3)	60 (25.4)	Other	25 (5.3)	13 (5.5)	12 (5.1)	Age, mean (SD), range	68.74 (13.0), 57 to 92	68.45 (13.7), 57 to 92	69.04 (12.2), 23 to 92	Sex (male, n (%))	142 (30.0)	73 (30.9)	67 (28.4)	Ethnicity, n (%)				White	449 (94.7)	224 (94.1)	225 (95.3)	Mixed/racially ethnic group	5 (1.1)	3 (1.3)	1 (0.4)	Asian/Asian British	10 (2.1)	4 (1.7)	4 (2.5)	Black/African/Caribbean/Black British	8 (1.7)	4 (2.5)	2 (0.8)	Other ethnic group	2 (0.4)	0 (0)	2 (0.9)	First language (English), n (%)	443 (93.5)	222 (93.3)	221 (93.4)	Marital status (married, n (%))	393 (82.9)	197 (82.8)	200 (84.7)	Years of education, mean (SD), range	13.49 (2.5), 0 to 24	n = 472	13.57 (2.4), 0 to 25	Occupational status, n (%)				I Professional	49 (10.3)	20 (12.4)	19 (8.1)	II Managerial/technical	155 (32.3)	74 (31.0)	84 (35.4)	III Non-manual	137 (28.9)	64 (26.9)	73 (30.9)	IV Unskilled, manual	47 (9.9)	26 (10.9)	22 (9.7)	V Partly skilled	55 (11.6)	27 (11.3)	28 (11.9)	V Unskilled	20 (4.2)	14 (5.9)	6 (2.5)	Not	8 (1.7)	5 (2.1)	3 (1.3)	Sexes (SS), mean (SD), range	n = 472	n = 236	n = 236	WHODAS domain, mean (SD), range				Physical	n = 470	n = 237	n = 233	Psychological	n = 470	n = 237	n = 233	Social	n = 470	n = 237	n = 233	Environmental	n = 470	n = 237	n = 233	IQ (SD), mean (SD), range				Index	n = 468	n = 234	n = 233	VAAS	n = 467	n = 234	n = 233
Measure	Whole Sample n = 474	CR n = 238	TAU n = 236																																																																																																																																									
SI Study partner?																																																																																																																																												
Readability for participant with dementia, n (%)																																																																																																																																												
Spouse/partner	331 (69.8)	167 (70.2)	164 (69.9)																																																																																																																																									
Adult child (including sibling)	118 (24.9)	58 (24.3)	60 (25.4)																																																																																																																																									
Other	25 (5.3)	13 (5.5)	12 (5.1)																																																																																																																																									
Age, mean (SD), range	68.74 (13.0), 57 to 92	68.45 (13.7), 57 to 92	69.04 (12.2), 23 to 92																																																																																																																																									
Sex (male, n (%))	142 (30.0)	73 (30.9)	67 (28.4)																																																																																																																																									
Ethnicity, n (%)																																																																																																																																												
White	449 (94.7)	224 (94.1)	225 (95.3)																																																																																																																																									
Mixed/racially ethnic group	5 (1.1)	3 (1.3)	1 (0.4)																																																																																																																																									
Asian/Asian British	10 (2.1)	4 (1.7)	4 (2.5)																																																																																																																																									
Black/African/Caribbean/Black British	8 (1.7)	4 (2.5)	2 (0.8)																																																																																																																																									
Other ethnic group	2 (0.4)	0 (0)	2 (0.9)																																																																																																																																									
First language (English), n (%)	443 (93.5)	222 (93.3)	221 (93.4)																																																																																																																																									
Marital status (married, n (%))	393 (82.9)	197 (82.8)	200 (84.7)																																																																																																																																									
Years of education, mean (SD), range	13.49 (2.5), 0 to 24	n = 472	13.57 (2.4), 0 to 25																																																																																																																																									
Occupational status, n (%)																																																																																																																																												
I Professional	49 (10.3)	20 (12.4)	19 (8.1)																																																																																																																																									
II Managerial/technical	155 (32.3)	74 (31.0)	84 (35.4)																																																																																																																																									
III Non-manual	137 (28.9)	64 (26.9)	73 (30.9)																																																																																																																																									
IV Unskilled, manual	47 (9.9)	26 (10.9)	22 (9.7)																																																																																																																																									
V Partly skilled	55 (11.6)	27 (11.3)	28 (11.9)																																																																																																																																									
V Unskilled	20 (4.2)	14 (5.9)	6 (2.5)																																																																																																																																									
Not	8 (1.7)	5 (2.1)	3 (1.3)																																																																																																																																									
Sexes (SS), mean (SD), range	n = 472	n = 236	n = 236																																																																																																																																									
WHODAS domain, mean (SD), range																																																																																																																																												
Physical	n = 470	n = 237	n = 233																																																																																																																																									
Psychological	n = 470	n = 237	n = 233																																																																																																																																									
Social	n = 470	n = 237	n = 233																																																																																																																																									
Environmental	n = 470	n = 237	n = 233																																																																																																																																									
IQ (SD), mean (SD), range																																																																																																																																												
Index	n = 468	n = 234	n = 233																																																																																																																																									
VAAS	n = 467	n = 234	n = 233																																																																																																																																									
	<p>Laginketa-estrategia egokia da?</p>	<p>Bai HH Ez</p>	<p>Hainbat bitartekarietatik eskuratu dira parte-hartzaileak, modu ez probabilitistikoan, baina interbentzioa ezartzeko, ezinezkoa da laginketa probabilitistikoa burutzeko, beraz estrategia egokia da. Barneratze- eta kanporatze-irizpideak betetzen zituzten paziente guztiak hartu zituzten.</p>	<p>Participants were recruited through NHS services, support groups, and Join Dementia Research. Recruitment was conducted by Clinical Research Network staff from April 1, 2013, to March 31, 2016.</p> <p>3 eta 5. orr</p>																																																																																																																																								



	Laginaren neurria edo azterlanean parte hartu behar duten kasuen edo pertsonen kopurua behar bezala kalkulatu dela adierazten duten seinaleak daude?	Bai HH Ez	Artikuluaz azaltzen dira zer kalkulu egin ziren laginaren neurria lortzeko. 480 parte-hartzaile behar ziren eta 475 lortu ziren. Ez du eraginik emaitzetan.	2.3 Sample size Power calculations were based on the pilot trial. ¹³ To achieve 80% power to detect a medium effect size of 0.3, with alpha 0.05, in primary and secondary outcomes, for a two-sample comparison of means, we needed 175 people with dementia, together with their study partners, to complete the trial in each arm. Allowing for estimated potential attrition of 27%, we needed to randomise 480 people with dementia. 2. orr
Aldagaiaren neurketa	Datuak behar bezala neurtu direla ziurta dezakezu?	Bai HH Ez	Zehazki azaltzen du zein eskala erabili diren eta hauek deskribatzen dituzten erreferentziak azaltzen dira. Eskalak balidatuak dira. Hala nola, Rivermead Behavioural Memory Test (RBMT), Test of Everyday Attention (TEA) edo Delis-Kaplan Executive Function System (DKEFS) eskalak. Bestalde, tauletan ikusi daitekenez, eskala berdinak erabili dira bi taldeen emaitzak neurtzeko.	The primary outcome was participant-rated goal attainment at 3 months, recorded using a previously validated client-centred attainment measure, a simple 0 to 10 scale that is accessible and feasible for people with cognitive impairment to complete; an improvement of 2 points in the goal attainment rating for any individual goal is considered to be clinically significant. ^{17,22} Participants' individual goals were collaboratively identified through a semistructured interview, the Bangor Goal-Setting Interview (BGS). ²³ All participants chose up to three goals at baseline and rated current attainment; attainment ratings were then averaged across each participant's goals to give a single summary rating. These ratings were repeated at the 3-month follow-up, providing the primary outcome. Participants also rated goal attainment at 9 months, study partners independently rated participant goal attainment at 3 and 9 months, and participants rated their satisfaction with their goal attainment at 3 and 9 months. Other secondary outcomes for participants with dementia at 3 and 9 months were self-reported self-efficacy (Generalised Self-Efficacy Scale), ²⁴ mood (Hospital Anxiety and Depression Scale), ²⁵ and dementia-specific health-related quality of life (DEMQOL). ²⁶ Participants also completed a brief cognitive test battery covering memory (story recall from the Rivermead Behavioural Memory Test), ²⁷ attention (elevator counting and elevator counting with distraction subtests from the Test of Everyday Attention), ²⁸ and executive function (verbal letter fluency from the Delis-Kaplan Executive Function System). ²⁹ Secondary outcomes for study partners at 3 and 9 months were self-reported stress (Relatives' Stress Scale), ³⁰ quality of life (WHOQOL-BREF), ³¹ and health-related quality of life (EQ 5D). ³² 3. orr + 6-10. orrialdeetako taulak
Alborapenen kontrola	Azterlana eraginkortasuneko edo harremaneko den: Esku-hartze eta kontrol taldeak nahaste-aldagaietako dagokienez homogeneoak direla ziurta dezakezu?	Bai HH Ez	Ez dira ezberdintasun estatistikoki esanguratsurik antzematen taldeen artean ikerketaren hasieran.	Participants were individually randomised following consent and baseline assessment through secure web access to the remote randomisation centre. Randomisation was conducted by dynamic allocation ¹⁶ to protect against subversion while maintaining good balance to the 1:1 allocation ratio. Participants were stratified by centre, gender, age (under 75 vs 75 and above), and MMSE score (under 24 vs 24 or above). CR and TAU was minimal, and no statistically significant differences were observed in baseline characteristics or in primary and secondary outcomes for participants who withdrew and remained in the study. 3 eta 5. orr



	<p>Azterlana eraginkortasunari edo harremanari buruzkoa bada:</p> <p>Ikertzailea edo ikertua ezkutatzeko estrategiarik dago?</p>	<p>Bai HH Ez</p>	<p>Zehazten du emaitzak jasotzen zituzten ikertzaileek ez zekitela talde banaketa zein zen. Aldiz, pazienteek bazekiten zer taldekoak ziren. Baina interbentzioa planteatuta dagoen bezala, ezinezkoa da pazienteak itsutzea.</p>	<p>and above). To maintain blinding of the trial researchers who conducted follow-up assessments, outcomes of randomisation were notified to the trial therapists only, and the trial therapists scheduled all follow-up visits by the researchers, irrespective of participants' allocation. To assess the effectiveness of blinding, at follow-up, the trial researchers indicated to which group they believed the participant was allocated.</p> <p>3. orr</p>
Emaidzak	<p>Emaidzek, eztabaidak eta ondorioek ikerketaren galderari edo/eta hipotesiari erantzuten diete?</p>	<p>Bai HH Ez</p>	<p>Emaidzek helburuari erantzuten diote.</p>	<p>4-5, 7-8, 11. orr 2. taula (8.orr) 3. taula (9-10.orr)</p>
Azken balorazioa	<p>Azterketa zure azken berrikuspenerako erabiliko zenuke?</p>	<p>Bai HH Ez</p>	<p>Nire helburuari erantzuten diolako eta irakurketa kritikoaren irizpideak betetzen dituelako.</p>	

Artikuluak:

- 1- Mapelli D, Di Rosa E, Nocita R, Sava D. Cognitive Stimulation in Patients with Dementia: Randomized Controlled Trial. *Dement Geriatr Cogn Dis Extra*. 2013;3(1):263–71.
- 2- Cruz TJP da, Sá SPC, Lindolpho M da C, Caldas CP. Estimulação cognitiva para idoso com Doença de Alzheimer realizada pelo cuidador. *Rev Bras Enferm*. 2015;68(3):510–6.
- 3- Gonzalez-Moreno J, Satorres E, Soria-Urios G, Meléndez JC. Cognitive Stimulation in Moderate Alzheimer’s Disease. *Journal of Applied Gerontology*. 2022;41(8):1934–41.
- 4- Aguirre E, Hoare Z, Streater A, Spector A, Woods B, Hoe J, et al. Cognitive stimulation therapy (CST) for people with dementia—who benefits most? *Int J Geriatr Psychiatry*. 2013;28(3):284–90.
- 5- Paddick SM, Mkenda S, Mbowe G, Kisoli A, Gray WK, Dotchin CL, et al. Cognitive stimulation therapy as a sustainable intervention for dementia in sub-Saharan Africa: feasibility and clinical efficacy using a stepped-wedge design. *Int Psychogeriatr*. 2017;29(6):979–89.
- 6- Carbone E, Gardini S, Pastore M, Piras F, Vincenzi M, Borella E. Cognitive Stimulation Therapy for Older Adults With Mild-to-Moderate Dementia in Italy: Effects on Cognitive Functioning, and on Emotional and Neuropsychiatric Symptoms. *The Journals of Gerontology: Series B*. 2021;76(9):1700–10.
- 7- Marinho V, Bertrand E, Naylor R, Bomilcar I, Laks J, Spector A, et al. Cognitive stimulation therapy for people with dementia in Brazil (CST-Brasil): Results from a single blind randomized controlled trial. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2021;36(2):286–93.
- 8- Capotosto E, Belacchi C, Gardini S, Faggian S, Piras F, Mantoan V, et al. Cognitive stimulation therapy in the Italian context: its efficacy in cognitive and non-cognitive measures in older adults with dementia. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2017;32(3):331–40.
- 9- Yamanaka K, Kawano Y, Noguchi D, Nakaaki S, Watanabe N, Amano T, et al. Effects of cognitive stimulation therapy Japanese version (CST-J) for people with dementia: a single-blind, controlled clinical trial. *Aging Ment Health*. 2013;17(5):579–86.
- 10- Piras F, Carbone E, Faggian S, Salvalaio E, Gardini S, Borella E. Efficacy of cognitive stimulation therapy for older adults with vascular dementia. *Dement Neuropsychol*. 2017;11(4):434–41.
- 11- Gonzalez-Moreno J, Satorres E, Soria-Urios G, Meléndez JC. Cognitive Stimulation Program Presented Through New Technologies in a Group of People with Moderate Cognitive Impairment. *J Alzheimers Dis*. 2022;88(2):513-519.
- 12- Amieva H, Robert PH, Grandoulier AS, Meillon C, De Rotrou J, Andrieu S, et al. Group and individual cognitive therapies in Alzheimer’s disease: the ETNA3 randomized trial. *Int Psychogeriatr*. 2016;28(5):707–17.
- 13- Clare L, Kudlicka A, Oyeboode JR, Jones RW, Bayer A, Leroi I, et al. Individual goal-oriented cognitive rehabilitation to improve everyday functioning for people with early-stage dementia: A multicentre randomised controlled trial (the GREAT trial). *Int J Geriatr Psychiatry*. 2019;34(5):709–21.
- 14- Orrell M, Aguirre E, Spector A, Hoare Z, Woods RT, Streater A, et al. Maintenance cognitive stimulation therapy for dementia: single-blind, multicentre, pragmatic randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*. 2014;204(6):454–61.
- 15- Kallio EL, Hietanen M, Kautiainen H, Pitkälä KH. Neuropsychological outcome of cognitive training in mild to moderate dementia: A randomized controlled trial. *Neuropsychol Rehabil*. 2021;31(6):935–53.
- 16- Juárez-Cedillo T, Gutiérrez-Gutiérrez L, Sánchez-Hurtado LA, Martínez-Rodríguez N, Juárez-Cedillo E. Randomized Controlled Trial of Multi-Component Cognitive Stimulation Therapy (SADEM) in Community-Dwelling Demented Adults. *Journal of Alzheimer’s Disease*. 2020;78(3):1033–45.
- 17- Orrell M, Yates L, Leung P, Kang S, Hoare Z, Whitaker C, et al. The impact of individual Cognitive Stimulation Therapy (iCST) on cognition, quality of life, caregiver health, and family relationships in dementia: A randomised controlled trial. *PLoS Med*. 2017;14(3):e1002269.



	Irizpideak	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	
Helburuak eta hipotesiak	Helburuak edo/eta hipotesiak argi eta garbi zehaztuta daude?	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	
	Erabilitako diseinu mota egokia da ikerketaren helbururako (helburuak edo/eta hipotesiak)?	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH* Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez
		Esku-hartze azterlan bat edo azterlan esperimental bat bada, esku-hartzea egokia dela ziurta dezakezu? Esku-hartzea sistematikoki ezartzeko neurriak jartzen dira?	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez
Populazioaren kontzeptua eta lagina	Populazioa identifikatu eta deskribatu egin da	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	
	Laginketa-estrategia egokia da?	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	
	Laginaren neurria edo azterlanean parte hartu behar duten kasuen edo pertsonen kopurua behar bezala kalkulatu dela adierazten duten seinaleak daude?	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez

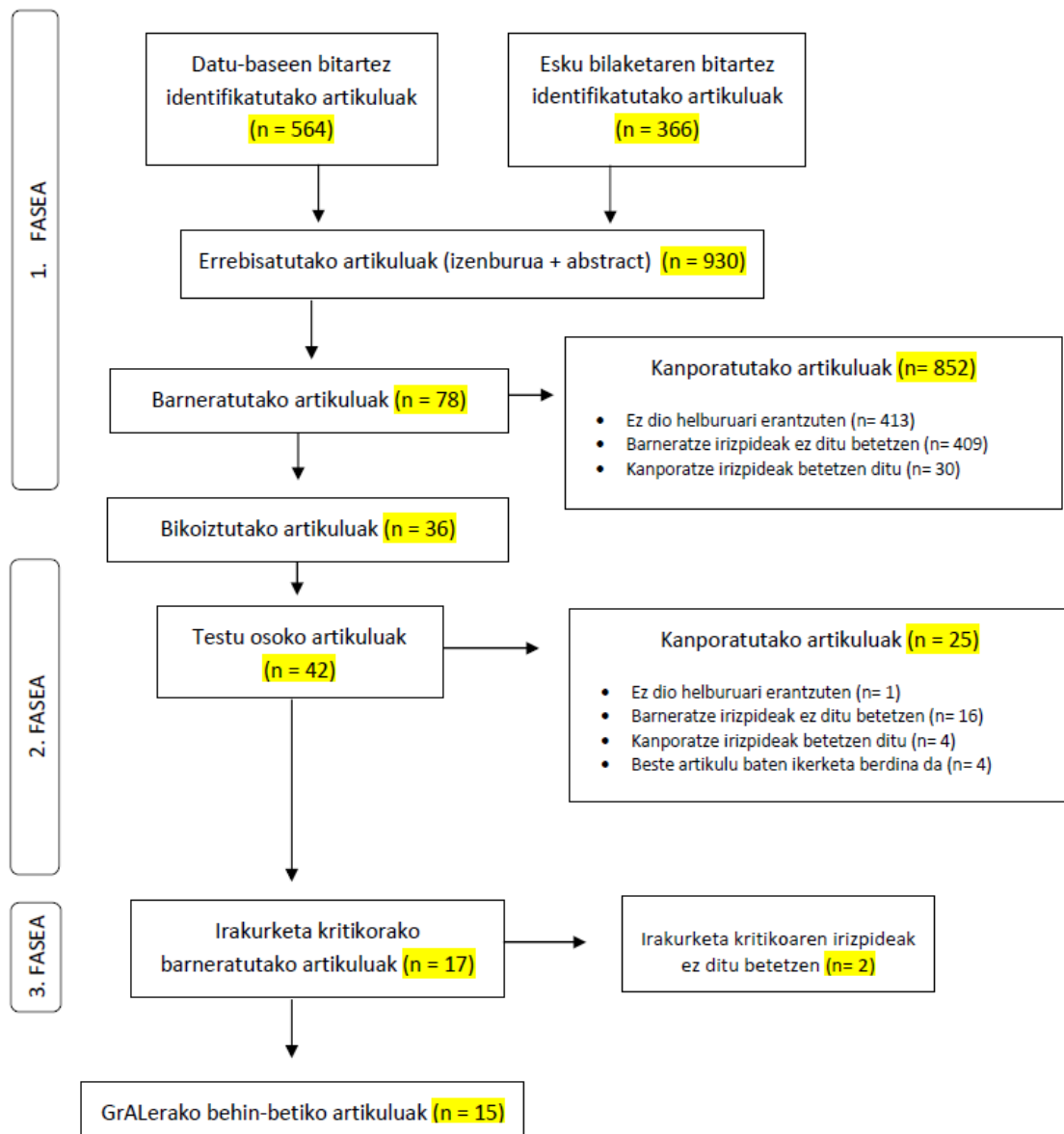
Aldagaien neurketa	Datuak behar bezala neurtu direla ziurta dezakezu?	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez
Alborapenen kontrola	Esku-hartze eta kontrol taldeak nahaste-aldagaiei dagokienez homogeneoak direla ziurta dezakezu?	Bai HH Ez	- - -	Bai HH Ez	- - -	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez
	Ikertzailea edo ikertua ezkutatzeko estrategiarik dago?	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez
Emaitzak	Emaitzek, eztabaidak eta ondorioek ikerketaren galderari edo/eta hipotesiari erantzuten diete?	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez
Amaitu balorazioa	Azterketa zure azken berrikuspenerako erabiliko zenuke?	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez	Bai HH Ez

*Artikulu hau pre-esperimental bezala tratatuko da. Kontrol taldea 2003ko ikerketa batekoa baita eta ez dira bi taldeen arteko hasierako ezberdintasun estatistikoak aztertzen. Beraz, KT hori ez da aintzat hartuko eta ez dira taldeen arteko konparaketak egingo. Nahiz eta metodologikoki ahulagoa izan, artikulua barneratuko da.

*Emaitzen balioak azaltzen dira eta hauek kualitatiboki era egoki batean azaltzen dira helburuari erantzunez, baina ez da p baliorik azaltzen.

*Ikerketa hasi baino lehenagoko ezaugarri guztien balioak azaltzen dira 1. taulan, baina ez da p baliorik azaltzen, beraz ezin da ziurtatu taldeak homogeneoak direnik.

4. Eranskina: Fluxu-diagrama



5. Eranskina: Laburpen-taula

Erreferentzia / Helburua / diseinua	Lagina	Interbentzioa	Emaizak	Oharrak	
<p>Aguirre et al (2013)²⁴</p> <p>Aztertzea dementzia duten pertsonen ezaugarri soziodemografikoek eta dementziaren aurkako farmakoen erabilerak EsK-ri erantzun positiboa ematea aurreikusten duten. Era berean, ikerketak EsK-ren eraginkortasun kliniko kognizioan, bizi-kalitatean, EBJk burutzeko autonomian eta sintoma neuropsikiatrikoetan aztertzen du.</p> <p><i>Saiakuntza kliniko pre-esperimentalak</i> <i>*(KT-rekin egindako konparaketa ez da aintzat hartuko alborapenak ekiditeko)</i></p>	<p>n=272 (IT)</p> <p>Alzheimer dementzia (%34,2), dementzia baskularra (%25), beste dementzia batzuk (Lewy body, mistoa edo Kosakov (%8,5)) eta dementzia inespezifikoak (%29). Fase arina edo moderatua.</p> <p>Adina: 83 urte inguru. Sexua: %61 emakume Ikasketa urteak: ez du zehazten.</p>	<p>Estimulazio kognitiboa: (Spector et al. protokoloa¹⁸) 7 aste. 2 sesio/astero = 14 sesio (45 min).</p> <p><i>Kontrol taldea:</i> beste ariketa batzuk estimulazio kognitiboa sortzen ez zutenak.</p> <p><i>Profesionala:</i> psikologoa + ikertzailea + egoitzako / eguneko zentroko profesionala.</p>	<p>IT pre/post:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kognizio orokorra: <ul style="list-style-type: none"> ○ MMSE: p<0,05 ○ ADAS-Cog: p<0,05 • EBJ: <ul style="list-style-type: none"> ○ ADCS-ADL: p>0,05 	<p>Kognizioan hobekuntzak eman dira EsK ondoren, baina EBJetan ez.</p> <p>Bestalde, honako ondorio esanguratsuak topatu ziren: Paziente zaharrenak eta emakumeak hobekuntza nabarmenagoak izan zituzten kognizio-mailan. Ez zegoen erlaziorik AChEI tratamenduarekin.</p> <p>*Metodologikoki ahula da. Alborapen askorekin. Ikerketak erabiltzen du 2003. urteko antzeko ikerketa baten KT. Ez da agertzen bi taldeen arteko homogeneotasuna azaltzen duen taula, beraz, alborapenak sahiesteko, ez da KT aintzat hartuko eta pre-esperimentalak bezala tratatuko da artikulua.</p>	
<p>Mapelli et al. (2013)²⁵</p> <p>Estimulazio kognitiboko tratamendu egituratu batek dementzia duten pertsonen kognizioaren eta eguneroko bizitzako jardueren hobekuntzan dituen ondorioak ikertzea, plazebo-talde baten eta kontrol-talde baten arteko konparazioaren bidez, eta</p>	<p>n= 30 IT= 10 KT= 10 PT = 10</p> <p>Alzheimer dementzia (n=16), dementzia baskularra (n=13) eta mistoa (n=1)</p>	<p>Estimulazio kognitiboa: 40 sesio. 8 aste → 5h/astero. (1h/sesioa) <i>Interbentzio taldea:</i> 3 zailtasun mail ezberdin.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Orientazio pertsonala, espaziala eta tenporala. 2. Ariketa indibidualak oroimena, lengoaia, orientazioa, arreta eta logika landuz. 	<p>IT pre/post:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kognizio orokorra: <ul style="list-style-type: none"> ○ MMSE: p>0,05 ○ ENB2.tot: p<0,05 • Oroimena: <ul style="list-style-type: none"> ○ IRPM: p<0,05 ○ DRPM: p<0,05 ○ BPT: p<0,05 • Funtzio exekutiboak: <ul style="list-style-type: none"> ○ CDT: p<0,05 	<p>IT x PT / IT x KT</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kognizio orokorra: <ul style="list-style-type: none"> ○ MMSE: p<0,05 / p<0,05 ○ ENB2.tot: p<0,05 / p<0,05 • Oroimena: <ul style="list-style-type: none"> ○ IRPM: p<0,05 / p<0,05 ○ DRPM: p<0,05 / p<0,05 ○ BPT: p>0,05 / p<0,05 • Funtzio exekutiboak: 	<p>Hobekuntzak eman dira funtzio kognitibo guztietan. Alde batetik interbentzio taldean, terapia aplikatu ondoren kognizioaren hobekuntza somatu da. Bestetik, plazebo eta kontrol taldeekin alderatuz, hobekuntza hori estatistikoki esanguratsua izan da</p>

<p>dementia arinaren zein moderatuaren arteko desberdintasunak aztertzea.</p> <p><i>Ausazko saiakuntza klinikoa</i></p>	<p>Fase arina (n=15) eta moderatua (n=15)</p> <p>Adina: 85 urte inguru. Sexua: ez du zehazten. Ikasketa urteak: 4 inguru.</p>	<p><i>Plazebo taldea:</i> terapia okupazionala (irakurtzea, debeteak sortzea, bingora jolastea, abestea, sormenezko jarduerak...)</p> <p><i>Kontrol taldea:</i> egoitzako ohiko tratamendua.</p> <p><i>Profesionala:</i> ez du zehazten.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ PF: p<0,05 ○ Abstraction: p<0,05 	<ul style="list-style-type: none"> ○ CDT: p<0,05 / p<0,05 ○ PF: p>0,05 / p>0,05 ○ Abstraction: p<0,05/ p<0,05 	<p>orokorrean.</p>
<p>Yamanaka et al. (2013)²⁶</p> <p>Estimulazio kognitiboko programak epe luzerako egoitza-arretako inguruneetan dementia arin edo moderatua duten japoniarrentzat dituen ondorioak aztertzea.</p> <p><i>Ausazko saiakuntza klinikoa</i></p>	<p>n=56 IT=26 KT=30</p> <p>Dementia mota ezberdinak. Fase arina edo moderatua.</p> <p>Adina: 83 urte inguru. Sexua: 44 emakume. Ikasketa urteak: ez du zehazten.</p>	<p>Estimulazio kognitiboa: (Spector et al. protokoloa¹⁸ (Japoniako kulturara moldatuta CST-J)) 7 aste. 2 sesio/astero = 14 sesio (45 min).</p> <p><i>Kontrol taldea:</i> beste ariketa batzuk estimulazio kognitiboa sortzen ez zutenak.</p> <p><i>Profesionala:</i> ikertzailea + egoitzako profesionala.</p>	<p>IT x KT post-interbentzioa:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Kognizio orokorra: <ul style="list-style-type: none"> ○ MMSE: p<0,05 ○ COGNISTAT: p<0,05 		
<p>Orrell et al. (2014)²⁷</p> <p>Mantentze - estimulazio kognitiboko terapiaren eraginkortasuna aztertzea dementia duten pertsonen kognizioan eta bizi-kalitatearen hobekuntzan.</p> <p><i>Ausazko saiakuntza klinikoa</i></p>	<p>n=236 IT=123 KT=113</p> <p>Alzheimer dementia edo dementia baskularra. Fase arina edo moderatua.</p> <p>Adina: 83 urte inguru. Sexua: 150 emakume. Ikasketa urteak: ez du zehazten.</p>	<p>Estimulazio kognitiboa: (Spector et al. protokoloaren¹⁸ ondorengo mantentze terapia) 24 aste.</p> <p>Saio bakoitzak gai edo jardura zehatz bat du (adibidez, gaurkotasuna, nire bizitza, hitz-jokoak) eta orientazio-jardura bat, aurreko saioak gogorarazteko jardura bat eta taldeko abesti bat biltzen ditu.</p> <p>KT: ohiko tratamendua.</p> <p><i>Profesionala:</i> ikertzailea + egoitzetako zaintzaile-profesionalak</p>	<p>IT x KT 3 hilabeteko jarraipenean:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Kognizio orokorra: <ul style="list-style-type: none"> ○ MMSE: p>0,05 ○ ADAS-Cog: p>0,05 ● EBJ: <ul style="list-style-type: none"> ○ ADCS-ADL: p<0,05 	<p>IT x KT 6 hilabeteko jarraipenean:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Kognizio orokorra: <ul style="list-style-type: none"> ○ MMSE: p>0,05 ○ ADAS-Cog: p>0,05 ● EBJ: <ul style="list-style-type: none"> ○ ADCS-ADL: p>0,05 	<p>EBJetan ikusten den hobekuntza oso txikia da, efektu txikikoa.</p>

<p>Amieva et al. (2016)²⁸</p> <p>Entrenamendu kognitiboaren, erreminiszentzia kognitiboaren eta errehabilitazio kognitibo indibidualeko programen eragin klinikoa ohiko tratamenduarekin alderatzea Alzheimer-en gaixotasunean.</p> <p><i>Ausazko saiakuntza klinikoa</i></p>	<p>n=653 KT=154 EnK=170 RemT=172 ErK=157</p> <p>Alzheimer demenzia. Fase moderatua.</p> <p>Adina: 80 urte inguru Sexua: %70 emakume inguru Ikasketa urteak: 7 inguru</p>	<p>ETNA 3 → 3 hilabete. Astero 1h30min. + 21 hilabetez, 6 astero mantentze sesioak.</p> <p>Entrenamendu kognitiboa: Memoria, arreta, hizkuntza eta funtzio betearazlea lantzeko diseinatutako ariketak. Saio bakoitzean, zeregin estandar batzuk diseinatzen ziren, eguneroko bizitzako jarduera zehatz batean eragiteko.</p> <p>Errehabilitazio kognitiboa: Indibiduala. Demenzia zuen pertsonarekin eta haren zaintzailearekin saioetan landu beharreko jarduera esanguratsuak hautatu ziren (eguneroko bizitzako jarduerak edo aisialdiko jarduerak). Horiek pazienteentzat pertsonalki garrantzitsuak diren helburuen arabera hautatu behar ziren.</p> <p>KT: ohiko tratamendua.</p> <p><i>Profesionala:</i> psikologoak eta zaintzaileak.</p>	<p>EnK x KT post-interbentzioa:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Kognizio orokorra: <ul style="list-style-type: none"> ○ ADAS-Cog: p>0,05 ● EBJ: <ul style="list-style-type: none"> ○ DAD: p>0,05 <p>ErK x KT post-interbentzioa:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Kognizio orokorra: <ul style="list-style-type: none"> ○ ADAS-Cog: p>0,05 ● EBJ: <ul style="list-style-type: none"> ○ DAD: p>0,05 	<p>EnK x KT urte bateko jarraipenean:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Kognizio orokorra: <ul style="list-style-type: none"> ○ ADAS-Cog: p>0,05 ● EBJ: <ul style="list-style-type: none"> ○ DAD: p>0,05 <p>ErK x KT urte bateko jarraipenean:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Kognizio orokorra: <ul style="list-style-type: none"> ○ ADAS-Cog: p>0,05 ● EBJ: <ul style="list-style-type: none"> ○ DAD: p<0,05 	<p>ErK-k hobekuntza txikia, baina klinikoki esanguratsua azaldu zuen; zehazki, desgaitasun funtzionalaren murrizketa eta instituzionalizazioaren atzerapena.</p> <p>Entrenamendu kognitiboa ez zen eraginkorra izan.</p>
<p>Capotosto et al. (2017)²⁹</p> <p>CSTren italierazko bertsioaren (CST-IT) onura potentzialak ebaluatzea epe laburreko memoriaren eta hizkuntzan.</p> <p><i>Ausazko saiakuntza klinikoa</i></p>	<p>n=39 IT=20 KT=19</p> <p>Alzheimer demenzia, baskularra edo demenzia mistoa. Fase arina edo moderatua.</p> <p>Adina: 87 urte inguru. Sexua: 27 emakume. Ikasketa urteak: 6 inguru.</p>	<p>Estimulazio kognitiboa: (Spector et al. protokoloa¹⁸ (Italiako kulturara moldatuta CST-IT)) 7 aste. 2 sesio/astero = 14 sesio (45 min).</p> <p><i>Kontrol taldea:</i> beste ariketa batzuk estimulazio kognitiboa sortzen ez zutenak.</p> <p><i>Profesionala:</i> prestatutako bi operadore (ez du zehazten).</p>	<p>IT post-interbentzioa:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Kognizio orokorra: <ul style="list-style-type: none"> ○ MMSE: p>0,05 ○ ADAS-Cog: p<0,05 ● Oroimena: <ul style="list-style-type: none"> ○ BDS: p>0,05 ● Lengoia: <ul style="list-style-type: none"> ○ NLT: p<0,05 ● EBJ: <ul style="list-style-type: none"> ○ DAD: p>0,05 	<p>IT x KT post-interbentzioa:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Kognizio orokorra: <ul style="list-style-type: none"> ○ MMSE: p<0,05 ○ ADAS-Cog: p<0,05 ● Oroimena: <ul style="list-style-type: none"> ○ BDS: p>0,05 ● Lengoia: <ul style="list-style-type: none"> ○ NLT-ca: p<0,05 ○ NLT-il: p>0,05 ○ NLT-al: p>0,05 ● EBJ: <ul style="list-style-type: none"> ○ DAD: p>0,05 	<p>MMSEko ezberdintasun esanguratsuak ez du adierazten ITn hobekuntza bat egon denik, baizik eta ITn kognizio-maila mantentzen dela eta KTn okerragotze bat dagoela.</p>

<p>Paddick et al. (2017)³⁰</p> <p>Tanzaniako landa-eremuetan Eskren bideragarritasuna eta eraginkortasun klinikoa ebaluatzea.</p> <p><i>Ausazko saiakuntza klinikoa</i></p>	<p>n=34 IT=16 KT=18</p> <p>Dementia mota ezberdinak. Fase arina edo moderatua.</p> <p>Adina: 80 urte inguru. Sexua: %85,3 emakume Ikasketa urteak: 10 inguru</p>	<p>Estimulazio kognitiboa: (Spector et al. protokoloa¹⁸ (Tanzaniako kulturara moldatuta: (Mkenda et al., 2016) CST-SSA))</p> <p>7 aste. 2 sesio/astero = 14 sesio (45 min).</p> <p><i>Kontrol taldea:</i> beste ariketa batzuk estimulazio kognitiboa sortzen ez zutenak.</p> <p><i>Profesionala:</i> ikertzailea + erizaina.</p>	<p>IT pre/post:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Kognizio orokorra: <ul style="list-style-type: none"> ○ ADAS-Cog: p<0,05 ● Oroimena: <ul style="list-style-type: none"> ○ ADAS-Cog: p<0,05 ● Lengoaia: <ul style="list-style-type: none"> ○ ADAS-Cog: p<0,05 ● Praxis: <ul style="list-style-type: none"> ○ ADAS-Cog: p<0,05 	<p>IT x KT:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Kognizio orokorra: <ul style="list-style-type: none"> ○ ADAS-Cog: p<0,05 ● Oroimena: <ul style="list-style-type: none"> ○ ADAS-Cog: p>0,05 ● Lengoaia: <ul style="list-style-type: none"> ○ ADAS-Cog: p<0,05 ● Praxis: <ul style="list-style-type: none"> ○ ADAS-Cog: p>0,05 	<p>ITn hobekuntzak somatu ziren funtzio kognitibo guztietan interbentzioa aplikatu ondoren. Bi taldeak alderatuz, hobekuntza horiek soilik esanguratsuak izan ziren kognizio orokorrean eta lengoaietan.</p> <p>Errenta baxu eta ertaineko herrialdeetan ezarritako ikerketa da.</p>
<p>Orrell et al. (2017)³¹</p> <p>Zaintzaileak zuzendutako estimulazio kognitibo indibidualeko terapia baten eraginkortasuna ebaluatzea, dementia duen pertsonaren kognizioan eta bizi-kalitatean eta zaintzailearen osasun mentalean eta fisikoan.</p> <p><i>Ausazko saiakuntza klinikoa</i></p>	<p>n=356 IT=180 KT=176</p> <p>Dementia mota ezberdinak. Fase arina edo moderatua.</p> <p>Adina: ez du zehazten. Sexua: 165 emakume. Ikasketa urteak: -</p>	<p>Estimulazio kognitiboa:</p> <p>25 aste. 3 sesio/astero. 30min. Indibiduala.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Orientazioa: hitz egin egunaz, dataz eta denboraz, eta erabili egunkaria eta ingurunea bezalako laguntzak. - Hitz egin une horretan gertatzen ari den zerbaiti buruz: albisteak, gertakariak edo gertaera pertsonalak izan daitezke. <p>Estimulazio kognitiboa gaikako jardueren bidez (hitz-jokoak, gaurkotasuna, sormena...)</p> <p><i>Kontrol taldea:</i> ohiko tratamendua.</p> <p><i>Profesionala:</i> zaintzaileak</p>	<p>IT x KT post-interbentzioa:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Kognizio orokorra: <ul style="list-style-type: none"> ○ MMSE: p>0,05 ○ ADAS-Cog: p>0,05 ● EBJ: <ul style="list-style-type: none"> ○ BADLS: p>0,05 		
<p>Piras et al. (2017)³²</p> <p>Estimulazio kognitiboaren (Italiako</p>	<p>n=35 IT=21 KT=14</p>	<p>Estimulazio kognitiboa: (Spector et al. protokoloa¹⁸ (Italiako kulturara moldatuta CST-IT))</p> <p>7 aste. 2 sesio/astero = 14 sesio (45 min).</p>	<p>IT x KT post-interbentzioa:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Kognizio orokorra: <ul style="list-style-type: none"> ○ MMSE: p<0,05 		<p>Oroimenean ITn hobekuntzarako joera ikusi zen, KTrekin alderatuz.</p>

<p>moldaketa) eraginkortasuna ebaluatzea, demenzia baskularra duten gizabanakoetan.</p> <p><i>Ausazko saiakuntza klinikoa</i></p>	<p>Dementia baskularra. Fase arina edo moderatua.</p> <p>Adina: 84 urte inguru. Sexua: ez du zehazten. Ikasketa urteak: 5 inguru.</p>	<p><i>Kontrol taldea:</i> beste ariketa batzuk estimulazio kognitiboa sortzen ez zutenak.</p> <p><i>Profesionala:</i> prestatutako bi operadore (ez du zehazten).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ ADAS-Cog: p<0,05 ● Oroimena: <ul style="list-style-type: none"> ○ BDS: p>0,05 ● Lengoaia: <ul style="list-style-type: none"> ○ NLT: p>0,05 ● EBJ: <ul style="list-style-type: none"> ○ DAD: p>0,05 		
<p>Clare et al. (2019)³³</p> <p>Helburuetara bideratutako errehabilitazio kognitibo indibidualak demenzia arin edo moderatua duten pertsonen eguneroko funtzionamendua hobetzen duen zehaztea.</p> <p><i>Ausazko saiakuntza klinikoa</i></p>	<p>n=474 IT=238 KT=236</p> <p>Alzheimer demenzia, demenzia baskularra edo demenzia mistoa. Fase arina edo moderatua.</p> <p>Adina: 78 urte inguru. Sexua: 226 emakume. Ikasketa urteak: 12 inguru.</p>	<p>The GREAT trial → 10 aste. 1h/astero. + 4 mantentze sesio hurrengo 6 hilabetetan</p> <p>Errehabilitazio kognitiboa: Parte-hartzaileak aukeratutako hiru helburu ezartzea. Emozioak arautzeko eta portaera aktibatzekeo estrategiak aplikatzen ziren, parte-hartzaileek desgaitasun kognitiboa kudeatzeko estrategiak nola erabiltzen zituzten berrikusten eta optimizatzen zen, arreta eta kontzentrazioa mantentzen zen, zerbitzu egokietara bideratzen zen eta ikaskideei laguntza eskaintzen zitzairen.</p> <p>Profesionala: terapeuta okupazionalak + erizaina</p>	<p>IT x KT post-interbentzioa:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Oroimena: <ul style="list-style-type: none"> ○ RBMT-i: p>0,05 ○ RBMT-d: p>0,05 ● Arreta: <ul style="list-style-type: none"> ○ TEA: p>0,05 ○ TEA-wd: p>0,05 ● Funtzio exekutiboak: <ul style="list-style-type: none"> ○ D-KEFS (VF): p>0,05 	<p>IT x KT 9 hilabeteko jarraipenean:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Oroimena: <ul style="list-style-type: none"> ○ RBMT-i: p>0,05 ○ RBMT-d: p>0,05 ● Arreta: <ul style="list-style-type: none"> ○ TEA: p>0,05 ○ TEA-wd: p>0,05 ● Funtzio exekutiboak: <ul style="list-style-type: none"> ○ D-KEFS (VF): p>0,05 	
<p>Juárez et al. (2020)³⁴</p> <p>Osagai anitzeko estimulazio kognitiboko (SADEM) eraginkortasuna ebaluatzea, demenzia fase arinean duten pazienteen funtzio kognitiboen, jokabidearen eta eguneroko bizitzako jardueren gainean.</p>	<p>n=67 IT=39 KT=28</p> <p>Dementia mota ezberdinak. Fase arina.</p> <p>Adina: 78 urte inguru. Sexua: 46 emakume. Ikasketa urteak: 6 inguru.</p>	<p>SADEM Multi-Component Cognitive Stimulation Therapy → 12 hilabete. 2 sesio/astero. 90min.</p> <p>Estimulazio kognitiboa:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Orientazioa. ● Estimulazio kognitiboa: arreta, oroimen eta lengoaia ariketak. ● EBJ <p>+ Hilabetero etxerako ariketak.</p>	<p>IT post-interbentzioa:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Kognizio orokorra: <ul style="list-style-type: none"> ○ ADAS-Cog: p<0,05 ○ MMSE: p<0,05 ○ SKT: p<0,05 ● EBJ: <ul style="list-style-type: none"> ○ BDRS: p>0,05 ● Funtzio exekutiboak: <ul style="list-style-type: none"> ○ SF: p>0,05 ○ PF: p<0,05 	<p>IT 2 urteko jarraipenean:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Kognizio orokorra: <ul style="list-style-type: none"> ○ ADAS-Cog: p>0,05 ○ MMSE: p>0,05 ○ SKT: p>0,05 ● EBJ: <ul style="list-style-type: none"> ○ BDRS: p>0,05 ● Funtzio exekutiboak: <ul style="list-style-type: none"> ○ SF: p<0,05 ○ PF: p>0,05 	<p>IT denborarekin hasierako puntuazioetara itzultzen dira eta horiek mantentzen dituzte. KT aldiz, puntuazio txarragoak lortzen dituzte denborarekin.</p>

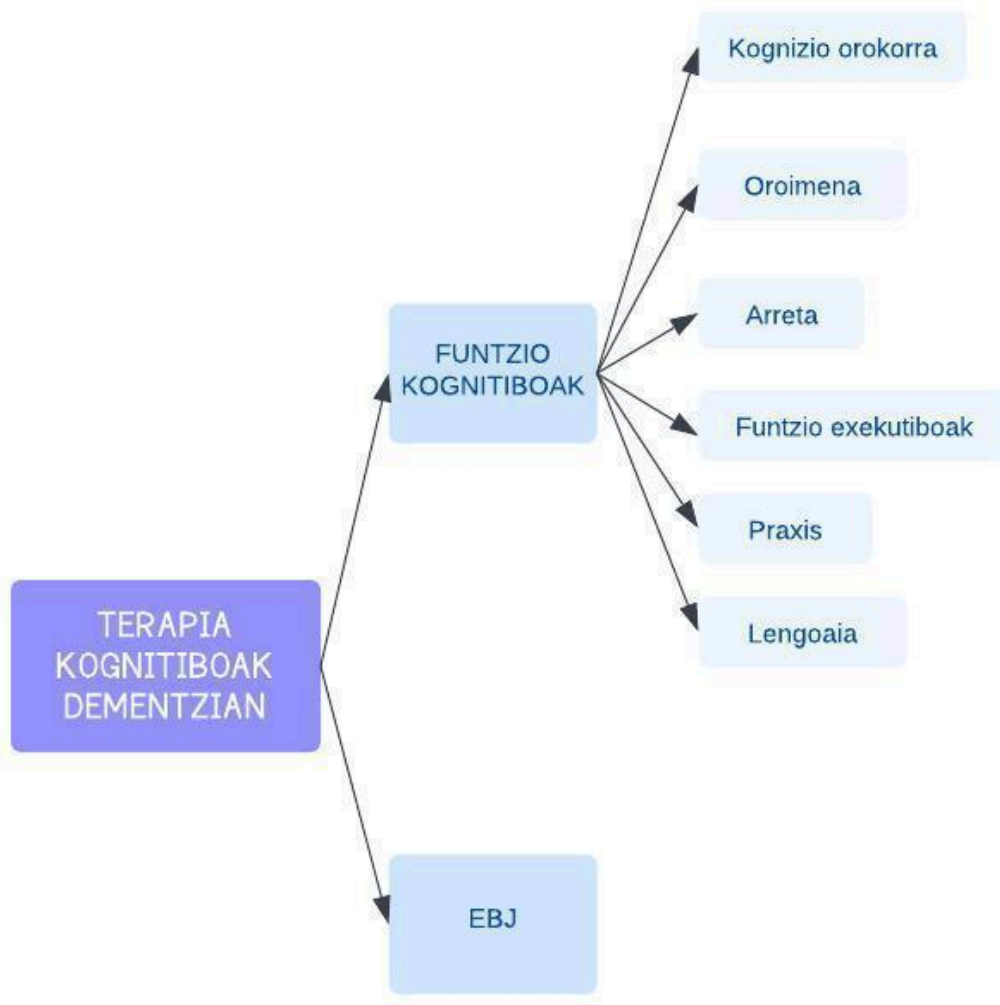
<p>Ausazko saiakuntza klinikoa</p>		<p><i>Profesionala:</i> geriatra + neuropsikologoa + erizaina</p>	<p>ITxKT post-interbentzioa:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Kognizio orokorra: <ul style="list-style-type: none"> ○ ADAS-Cog: p<0,05 ○ MMSE: p<0,05 ○ SKT: p<0,05 ● EBJ: <ul style="list-style-type: none"> ○ BDRS: p<0,05 ● Funtzio exekutiboak: <ul style="list-style-type: none"> ○ SF: p<0,05 ○ PF: p<0,05 	<p>IT x KT 2 urteko jarraipenean:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Kognizio orokorra: <ul style="list-style-type: none"> ○ ADAS-Cog: p<0,05 ○ MMSE: p>0,05 ○ SKT: p<0,05 ● EBJ: <ul style="list-style-type: none"> ○ BDRS: p<0,05 ● Funtzio exekutiboak: <ul style="list-style-type: none"> ○ SF: p>0,05 ○ PF: p>0,05 	
<p>Carbone et al. (2021)³⁵</p> <p>CST (CST-IT) protokoloaren egokitzapen italiar baten epe laburreko eta luzeko eraginkortasun klinikoa ebaluatzea (tratamendua amaitzean eta 3 hilabete geroago).</p> <p>Ausazko saiakuntza klinikoa</p>	<p>n=225 IT=123 KT=102</p> <p>Dementia mota ezberdinak. Fase arina edo moderatua.</p> <p>Adina: 83 urte inguru. Sexua: %65 emakume inguru. Ikasketa urteak: 6 inguru.</p>	<p>Estimulazio kognitiboa: (Spector et al. protokoloa¹⁸ (Italiako kulturara moldatuta CST-IT))</p> <p>7 aste. 2 sesio/astero = 14 sesio (45 min).</p> <p><i>Kontrol taldea:</i> beste ariketa batzuk estimulazio kognitiboa sortzen ez zutenak.</p> <p><i>Profesionala:</i> psikologoa.</p>	<p>IT x KT post-interbentzioa:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Kognizio orokorra: <ul style="list-style-type: none"> ○ MMSE:* ○ ADAS-Cog:* ● Lengoia: <ul style="list-style-type: none"> ○ NLT:* ● EBJ: <ul style="list-style-type: none"> ○ DAD:* 		<p>*Ez dago p baliorik.</p> <p>Emaitzak modu kualitatiboan azaltzen dira, baina ez da zehazten emaitz horiek esanguratsuak diren edo ez.</p>
<p>Kallio et al. (2021)³⁶</p> <p>Dementia duten eta komunitatean bizi diren pazienteentzako entrenamendu kognitiboko programa baten eraginkortasuna ebaluatzea, hainbat funtzio kognitibori (arreta, memoria, funtzio exekutiboak eta arrazoiketa) eta ongizate psikologikoari (PWB) dagokienez.</p>	<p>n=147 IT=76 KT=71</p> <p>Dementia mota ezberdinak. Fase arina edo moderatua.</p> <p>Adina: 83 urte inguru. Sexua: %70 emakume inguru.</p>	<p>FINCOG Cognitive Training program →</p> <p>12 aste. 2 sesio/astero. 45min.</p> <p>Entrenamendu kognitiboa:</p> <p>Saio bakoitzak lau kategoriatako ariketa kognitiboak biltzen zituen: bisuomotorrak, pertzepziozkoak, kontzeptualak eta interaktiboak (adibidez, hitz- edo karta-joko errazak). Zeregin interaktiboak saio bakoitzaren amaieran sartzen ziren.</p> <p>KT: ohiko tratamendua.</p>	<p>IT x KT post-interbentzioa:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Funtzio exekutiboa: <ul style="list-style-type: none"> ○ FAB: p>0,05 ○ Verbal fluency: p>0,05 ○ CDT: p>0,05 ● Oroimena: <ul style="list-style-type: none"> ○ DST: p>0,05 ○ ADAS-Cog (word recognition): p>0,05 ● Arreta: <ul style="list-style-type: none"> ○ TMT: p>0,05 ● Argudiaketa: 		



<p>Ausazko saiakuntza klinikoa</p>	<p>Ikasketa urteak: -</p>	<p><i>Profesionala:</i> psikologiako ikasleak.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Similarities: $p>0,05$ ○ Block design: $p>0,05$ 		
<p>González et al. (2022)³⁷</p> <p>Estimulazio eraginkortasuna ebaluatzea, demenzia moderatua duten pertsonen kognizioaren arlo espezifikoetan funtzionaltasuna mantentzeko: memoria, funtzio exekutiboak eta arreta.</p> <p>Ausazko saiakuntza klinikoa</p>	<p>n= 59 KT= 29 IT= 30</p> <p>Alzheimer demenzia. Fase moderatua.</p> <p>Adina: 80 urte inguru Sexua: %70 emakume inguru</p> <p>Ikasketa urteak: 7 inguru</p>	<p><u>Estimulazio kognitiboa:</u> 16 sesio. 8 aste. 2 sesio/astero. (50min/sesio) <i>Interbentzio taldea:</i> Oroimena, funtzio exekutiboak eta arreta lantzeko jarduerak. (Kategorizazioa, aurrez aurkeztutako ipuinetako galderei erantzutea, estimuluak hautatzea, gizarte-arazoak konpontzea, une biografikoak gogoratzea, zeregin errazak planifikatzea eta ordutegiak aztertzea). <i>Kontrol taldea:</i> ohiko tratamendua. Interbentzioa jasotzeko itxaron zerrendan.</p> <p><i>Profesionala:</i> psikologoak.</p>	<p>IT x KT post-interbentzioa:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Kognizio orokorra: <ul style="list-style-type: none"> ○ MMSE: $p<0,05$ ● Oroimena: <ul style="list-style-type: none"> ○ TAVEC: $p<0,05$ ● Arreta: <ul style="list-style-type: none"> ○ STROOP-W: $p<0,05$ ● Lengoia: <ul style="list-style-type: none"> ○ TBR-SF: $p<0,05$ ○ TBR-PF: $p<0,05$ ● Funtzio exekutiboak: <ul style="list-style-type: none"> ○ CDT: $p<0,05$ 	<p>IT x KT 3 hilabeteko jarraipenean:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Kognizio orokorra: <ul style="list-style-type: none"> ○ MMSE: $p>0,05$ ● Oroimena: <ul style="list-style-type: none"> ○ TAVEC: $p>0,05$ ● Arreta: <ul style="list-style-type: none"> ○ STROOP-W: $p>0,05$ ● Lengoia: <ul style="list-style-type: none"> ○ TBR-SF: $p>0,05$ ○ TBR-PF: $p>0,05$ ● Funtzio exekutiboak: <ul style="list-style-type: none"> ○ CDT: $p>0,05$ 	<p>Interbentzioa amaitu ostean egindako post-testen arabera, hobekuntzak ikusten dira kognizio orokorrean, oroimenean, arretan, lengoian eta funtzio exekutiboetan. Baina hobekuntza hori ez da denbora mantentzen, jarraipenean ez baitira hobekuntzarik somatzen.</p>
<p>González et al. (2022)³⁸</p> <p>Estimulazio kognitiboko programa bat demenzia moderatua duten pertsonen talde batean aplikatzearen ondorioak aztertzea, teknologia berriak erabilia.</p> <p>Ausazko saiakuntza klinikoa</p>	<p>n=98 IT=50 KT=48</p> <p>Demenzia mota ezberdinak. Fase moderatua.</p> <p>Adina: 79 urte inguru. Sexua: %65 emakumeak.</p> <p>Ikasketa urteak: ez du zehazten.</p>	<p><u>Estimulazio kognitiboa:</u> 16 sesio. 8 aste. 2 sesio/astero. (50min/sesio) <i>Interbentzio taldea:</i> Oroimena, funtzio exekutiboak eta arreta lantzeko jarduerak. (Kategorizazioa, aurrez aurkeztutako ipuinetako galderei erantzutea, estimuluak hautatzea, gizarte-arazoak konpontzea, une biografikoak gogoratzea, zeregin errazak planifikatzea eta ordutegiak aztertzea). <i>Kontrol taldea:</i> beste ariketa batzuk estimulazio kognitiboa sortzen ez zutenak. Interbentzioa jasotzeko itxaron zerrendan.</p> <p><i>Profesionala:</i> ez du zehazten.</p>	<p>IT x KT post-interbentzioa:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Kognizio orokorra: <ul style="list-style-type: none"> ○ MMSE: $p>0,05$ ○ GDS: $p<0,05$ ● Oroimena: <ul style="list-style-type: none"> ○ TAVEC-i: $p>0,05$ ○ TAVEC-d: $p<0,05$ ● Arreta: <ul style="list-style-type: none"> ○ FDS: $p<0,05$ ● Funtzio exekutiboak: <ul style="list-style-type: none"> ○ TBR-SF: $p<0,05$ ○ TBR-s: $p<0,05$ 	<p>IT x KT 3 hilabeteko jarraipenean:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Kognizio orokorra: <ul style="list-style-type: none"> ○ GDS: $p<0,05$ ○ MMSE: $p>0,05$ ● Oroimena: <ul style="list-style-type: none"> ○ TAVEC-i: $p>0,05$ ○ TAVEC-d: $p<0,05$ ● Arreta: <ul style="list-style-type: none"> ○ FDS: $p>0,05$ ● Funtzio exekutiboak: <ul style="list-style-type: none"> ○ TBR-SF: $p>0,05$ ○ TBR-PF: $p>0,05$ 	<p>MMSEko eta GDSko ezberdintasun esanguratsuak ez du adierazten ITn hobekuntza bat egon denik, baizik eta ITn kognizio-maila mantentzen dela eta KTn okerragotze bat dagoela.</p>

Oharra: taulan erabilitako laburdura guztiak lanaren 2. orrialdean azaltzen dira.

6. Eranskina: Zuhaitz-diagrama



7. Eranskina: Erabilitako eskalen sailkapena

		24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38
KOGNIZIOA OROKORREAN	MMSE	X	X	X	X		X		X	X		X	X		X	X
	ADAS-Cog	X			X	X	X	X	X	X		X	X	X		
	SKT											X				
	GDS															X
	COGNISTAT			X												
	ENB2.tot		X													
OROIMENA	IRPM / DRPM		X													
	BPT		X													
	BDS						X		X					X	X	
	FDS														X	
	RBMT										X					
	TAVEC														X	X
	ADAS-Cog							X								
LENGOAIA	NLT						X		X			X				
	ADAS-Cog							X								
	SF														X	
	PF														X	
FUNTZIO EXEKUTIBOAK	CDT		X											X	X	
	PF		X									X				
	SF											X				X
	VF													X		
	D-KEFS										X					
	Abstraction		X													
	Similarities													X		X
	Block Design													X		
FAB													X			
ARRETA	TEA										X					
	TMT													X		
	FDS															X
	STROOP														X	



PRAXIS	ADAS-Cog							X								
EBJ	ADCS-DL	X			X											
	DAD					X	X			X				X		
	BADLS									X						
	AGGIR					X										
	BDRS													X		
	RDRS													X		