



**Universidad de Valladolid**



**Universidad de Valladolid**

Facultad de  
**Ciencias de la Salud**  
de Soria

# **GRADO EN ENFERMERÍA**

Trabajo Fin de Grado

## **ESTIMULACIÓN COGNITIVA, FÍSICA Y COMUNICATIVA EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER. IMPLICACIÓN ENFERMERA.**

Lidia Abad Jiménez

Tutelado por: Esther Bahillo Ruiz

Soria, 25 de mayo de 2021



*“El Alzheimer borra la memoria, no los sentimientos “*

*Pascual Maragall*

## RESUMEN

**Introducción:** El Alzheimer es una enfermedad neurodegenerativa que ocasiona pérdidas en las capacidades físicas, cognitivas, comunicativas y sensoriales; y produce cambios comportamentales. Cada una de sus 3 fases requiere de unos cuidados adaptados a sus necesidades. Para ofrecer una atención completa e individualizada, se requiere un trabajo conjunto de varios profesionales para abordar lo farmacológico, cognitivo, motor y afectivo de la persona.

**Objetivo:** El presente trabajo es una revisión bibliográfica narrativa cuyo objetivo principal es discutir los resultados de la estimulación cognitiva, física y comunicativa sobre los enfermos de Alzheimer.

**Resultados/Discusión:** La mayoría de los artículos mencionados demuestran que la ejecución de una estimulación cognitiva, física y/o comunicativa ayuda a mantener las capacidades conservadas estabilizando al enfermo en una fase, siempre y cuando no se encuentre en una fase avanzada. Algunos de los autores afirman que es preferible la realización de una sola estimulación puesto que al realizar varias al mismo tiempo no se perciben cambios notables en ninguna de las áreas trabajadas (cognitiva, física...), mientras que otros demuestran que el uso de varias estimulaciones genera más beneficios porque se consigue estimular varias áreas. El Alzheimer es una enfermedad que necesita el trabajo en común de un equipo interdisciplinar, en el que la enfermera evalúa las capacidades del enfermo en todas las fases y orienta al cuidador en sus cuidados. Además, debe defender la práctica de estos programas para propulsar la independencia y la socialización del paciente.

**Conclusiones:** La estimulación produce un mantenimiento de las capacidades conservadas cuando se ajusta el programa a las necesidades de cada enfermo, lo que también consigue prolongar su autonomía. Asimismo, cuanto mayor es el tiempo de la terapia, mayor será el tiempo que permanezca su funcionalidad. No existe una conclusión clara sobre si la combinación de varios tipos de estimulación produce mayores beneficios, lo que podría traducirse en el deber de escoger la más conveniente en cada caso. Por último, una relación enfermero-enfermo-familia ayuda a aceptar la realidad de la enfermedad y a ofrecer apoyo para brindar los mejores cuidados en cada fase.

**Palabras clave:** "Alzheimer", "*physical stimulation*", "*cognitive stimulation*", "comunicación".

## ÍNDICE

Introducción .....	[1]
Justificación .....	[4]
Objetivos .....	[5]
Metodología .....	[6]
Resultados/Discusión .....	[8]
Intervención enfermera en cada una de las fases .....	10]
Función de la enfermera en la terapia de estimulación .....	[13]
Importancia del equipo multidisciplinar .....	[14]
Conclusiones .....	[16]
Bibliografía .....	[17]
Anexo .....	[I]

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Pregunta de Investigación formato PICO.....	[6]
Tabla 2. MeSH y palabras clave empleados en la búsqueda.....	[6]
Tabla 3. Plan de cuidados enfermeros.....	[10]
Tabla 4. Tabla de revisión.....	[I]

## **LISTADO DE ABREVIATURAS**

AVD: Actividades de la vida diaria.

CdV: Calidad de vida.

EA: Enfermedad de Alzheimer.

EC: Estimulación cognitiva.

GREPS: guía de reeducación psicomotriz.

O<sub>2</sub>: Oxígeno.

TNF: Tratamiento no farmacológico.

## 1. INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Alzheimer (EA) es una afectación neurodegenerativa irreversible<sup>1</sup> causada por la formación de placas neurofibrilares (depósitos de amiloide) y ovillos neurofibrilares (formaciones de una proteína llamada Tau), ambos productores del daño en los axones de las neuronas, lo que impide la comunicación entre ellas<sup>2,3</sup> y, por tanto, generan un daño en las habilidades cognitivas (memoria, atención, concentración, comunicación),<sup>4</sup> funcionales (incontinencia, pérdida de fuerza, alteraciones motoras) y conductuales o neuropsiquiátricas (irritabilidad, depresión, agresividad, apatía, problemas de sueño, alucinaciones...) <sup>5,6,7</sup>.

En España, según la Sociedad Española de Neurología, en 2019 existían aproximadamente 800.000 casos de Alzheimer, aumentando en 40.000 cada año<sup>8</sup>, desencadenándose el 95% de esos casos a partir de los 65 años, cuya progresión es más lenta que en los casos en los que su inicio es más temprano <sup>5,9</sup>.

Es un tipo de demencia que se detecta, en su gran mayoría, por anomalías en la memoria, ya sean olvidos de hechos recientes, pérdida de objetos o incapacidad para aprender o retener nueva información<sup>3</sup>. A medida que avanza la enfermedad, es notorio el declive en el resto de capacidades. Dependiendo del autor, el número de fases de la enfermedad varía, pero la mayoría las dividen en 5, siendo las 3 últimas las que caracterizan a la enfermedad como Alzheimer y no solo como deterioro cognitivo leve. A continuación, se describen las modificaciones según la etapa<sup>2,5,10,11,12</sup>:

- Fase preclínica: comienza con la instauración de las placas amiloides y los husos neurofibrilares previamente mencionados. No hay síntomas visibles.
- Fase incipiente o prodrómica: se habla de deterioro cognitivo leve porque los signos todavía no son tan graves como para permitir diagnosticar la EA.
- Fase leve: pequeños olvidos como son perder objetos o no recordar alguna palabra, lo que dificulta la comunicación. Se mantiene totalmente la capacidad de realizar las actividades de la vida diaria (AVD). Se pueden experimentar cambios de humor repentinos.
- Fase moderada: la memoria se ve más afectada puesto que no es capaz de recordar sucesos recientes, tampoco se puede retener nueva información. Es común que repita las mismas anécdotas varias veces y que cometa grandes errores en las conversaciones. Esta fase se caracteriza por momentos de agresividad sin razón aparente. Respecto a las AVD, cada vez es más difícil llevarlas a cabo de manera independiente. Además, la motricidad fina se vuelve más imprecisa y las caídas son más frecuentes. Necesita supervisión las 24 horas del día.

- Fase grave: es común no reconocer a sus seres cercanos pero sigue manteniendo la memoria emocional, es decir, se percata de quien le cuida, le ayuda y le quiere. Suele encontrarse agitado. Por otro lado, no es capaz de entender órdenes o de seguir una conversación. De hecho, es común llegar al mutismo completo. Para acabar, es totalmente dependiente: es incapaz de comer autónomamente, controlar esfínteres... Suelen ser pacientes encamados o postrados en una silla.



Figura 1. Las 3 fases del Alzheimer. Imagen extraída de. <https://www.alzheimer.com.es/fases-del-alzheimer>

Conocer la evolución de la enfermedad ayuda a tratar al enfermo adecuando los cuidados a sus necesidades ya que se vuelven más exigentes a medida que la enfermedad avanza<sup>1,3</sup>. De esta manera, es conveniente que el paciente reciba un tratamiento de abordaje multidisciplinar (farmacológico, cognitivo, psicológico y motor) que contemple la situación bio-psico-social de la persona, individualizando sus cuidados para mantener las capacidades conservadas lo máximo posible y mejorar su calidad de vida y su funcionalidad. Esto se conseguirá con la combinación de un tratamiento farmacológico y no-farmacológico<sup>5</sup>. Sobre este último vamos a orientar la presente revisión.

Se entiende por estimulación cognitiva (EC) aquellas actividades encaminadas a la optimización general del funcionamiento cognitivo y social de la persona, sin tener objetivos específicos. Esto se consigue mediante su integración en la sociedad<sup>7</sup>. Estas actividades forman parte de un proceso individualizado adaptado a las necesidades cognitivas, físicas y emocionales de cada uno, cuya ejecución consiste en emitir estímulos neuropsicológicos para generar procesos de neuroplasticidad<sup>6</sup>. Hay quienes también diferencian la EC del entrenamiento cognitivo, en el que sus actividades sí mantienen un objetivo particular, como podría ser el ejercicio de la memoria<sup>7</sup>.

Por su parte, la enfermera debe ser quien oriente a los cuidadores en estas terapias y la persona encargada de enseñar los cuidados correspondientes<sup>9</sup>, pero es necesario el trabajo en conjunto de varios profesionales para que el tratamiento y las terapias sean efectivas<sup>5</sup>.



Cada vez son más abundantes los estudios que se interesan por el tratamiento no farmacológico (TNF) en la EA<sup>6</sup>, y que debaten y demuestran su eficacia por medio de la estimulación física, cognitiva, comunicativa, social y sensorial<sup>10</sup>. De hecho, existe un claro incremento en la cantidad de artículos sobre la estimulación en el Alzheimer a partir de los años 90, en el que comienza el ascenso de la curva de artículos publicados. Estas terapias empezaron a aplicarse con la intención de paliar los efectos que traía la EA consigo, ya que no existía curación. En 1958 fue publicado el primer estudio sobre el tema, titulado “Tratamiento experimental de la confusión senil persistente”, lo que en la actualidad se traduce como terapia ocupacional, ya que iba enfocada a mejorar las actividades sociales y domésticas del individuo. Más tarde, se inician las primeras comunicaciones sobre los efectos beneficiosos de la orientación a la realidad: la hoy llamada estimulación cognitiva. En 1977, Woods y Britton publicaron un artículo en el que se hablaba de las actuales TNF como “intervenciones psicológicas en los ancianos”, en los que englobaron orientación a la realidad, programas de estimulación y actividades, tratamiento ambiental e intervenciones conductuales.<sup>13</sup> En un artículo de 1999 en el que se revisaron las estrategias terapéuticas del momento, expusieron los medicamentos que habían demostrado aportar más beneficios pero que seguían sin ser del todo exitosos para erradicar o frenar el curso de la enfermedad. También utilizaban la medicación para combatir los síntomas comportamentales, pero no mencionaron el uso de las TNF<sup>14</sup>.

## 2. JUSTIFICACIÓN

El principal motivo por el que escogí la enfermedad de Alzheimer como tema principal fue la experiencia vivida con un familiar. Muchas veces pensaba en opciones para, con un poco de esperanza, mejorar su situación o, al menos, impedir que siguiera olvidando recuerdos. Con la llegada de la pérdida de memoria, llegó la limitación impuesta para la realización de las tareas domésticas -tareas a las que siempre se había dedicado-, por miedo al riesgo que aquello suponía. A partir de ese momento, se empezaron a notar a su vez una disminución de las capacidades físicas, a pesar de que, en momentos de “rebeldía” demostraba que no estaba tan incapacitada como muchos pensaban. Entonces, fue en ese momento cuando me pregunté si la disminución de las capacidades provocó que se le impidiera realizar su rutina de actividades domésticas diaria, o si, al contrario, fue la incapacitación debida al notado deterioro cognitivo para realizarla lo que provocó su deterioro físico y el empeoramiento del estado cognitivo.

Esa misma pregunta me hice cuando trabajando en una residencia de ancianos, una persona con total capacidad para vestirse de forma autónoma pedía ayuda porque se había acostumbrado a que el personal la ayudara por falta de tiempo, en vez de permitir que siempre fuera ella quien lo realizara sin importar si tardaba un poco más. Creo que pude encontrar la respuesta.

Después, me hice una segunda pregunta: ¿qué puedo hacer yo como enfermera para ayudar a que estas personas sean independientes el mayor tiempo posible?

Desde entonces tuve claro que mi Trabajo de Fin de Grado iría orientado a la estimulación de estas personas por parte de Enfermería, para que, cuando se vuelva a dar un caso cercano de Alzheimer, tanto en el ámbito laboral como en el personal, saber todas las posibilidades que puede tener una persona con EA para ralentizar la enfermedad, y hacerle más llevadero su curso a la familia.

### **3. OBJETIVOS**

#### **OBJETIVO PRINCIPAL**

- Discutir los resultados de la estimulación cognitiva, física y comunicativa sobre los enfermos de Alzheimer.

#### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Analizar los beneficios conseguidos con la estimulación cognitiva, física y comunicativa ofrecida a personas con EA.
- Reconocer el papel enfermero en cada una de las fases de la enfermedad.
- Describir las funciones de enfermería en la estimulación cognitiva, física y comunicativa.
- Explicar la importancia del funcionamiento de un equipo interdisciplinar en el tratamiento de las personas con EA.

#### 4. METODOLOGÍA

El siguiente estudio se trata de una revisión bibliográfica realizada entre diciembre de 2020 y febrero de 2021.

##### Estrategia de búsqueda

En primer lugar, se formuló la pregunta de investigación según el formato PICO: ¿Son efectivas la estimulación física, cognitiva y/o comunicativa en pacientes con Enfermedad de Alzheimer?

Tabla 1- Pregunta de Investigación formato PICO. Fuente: elaboración propia.

<b>P</b>	Población	Personas con la Enfermedad de Alzheimer en fase leve, media y severa.
<b>I</b>	Intervención	Terapias no farmacológicas por medio de la estimulación cognitiva, física y/o comunicativa.
<b>C</b>	Comparación	Personas con EA que no recibieron estimulación cognitiva, física o comunicativa.
<b>O</b>	Resultados	Mantenimiento de las capacidades conservadas.

Tabla 2- MeSH y palabras clave empleados en la búsqueda. Fuente: elaboración propia.

<b>P-Paciente</b>	<b>I-Intervención</b>	<b>C-Comparación</b>	<b>O-Resultados</b>
MeSH			
Alzheimer's disease	Nursing		
Palabras clave			
Alzheimer	Physical stimulation Nursing care Cognitive stimulation Estimulação física Estimulación física Ejercicio físico Estimulación sensorial Nursing		Efectos Effects

En segunda instancia, la búsqueda bibliográfica se ha llevado a cabo en Google Académico y en las siguientes bases de datos: Pubmed, Scielo, CUIDEN Plus, CINHALL. Para realizarla, se introdujo en el buscador la palabra clave "Alzheimer" combinada mediante el booleano AND con: "physical stimulation", "exercise", "cognitive stimulation", "estimulação física", "estimulación", "estimulación física", "ejercicio físico", "treatment", "tratamiento", "nursing care", "comunicación". También se empleó el tesauro de PubMed aplicando las palabras clave "Alzheimer Disease/nursing"[Mesh].

### Criterios de inclusión

Para el presente estudio se siguieron los siguientes criterios de inclusión:

- Año de publicación: desde 2011 hasta la actualidad.
- Lectura del *abstract* o resumen del artículo, sin importar la disponibilidad del texto completo.
- Idioma: español, inglés y portugués.
- Presencia de las palabras clave buscadas.

Tras una primera lectura superficial, se seleccionaron 33 artículos a través del título y del resumen.

### Criterios de exclusión

- Tratar sobre otro tipo de demencia o que el tipo de estimulación ofrecida no fuera física, cognitiva o comunicativa, excluyendo aquellos en los que se basaban en la estimulación eléctrica.
- No corresponder con los objetivos planteados previos a la búsqueda.
- No contar con una metodología redactada u objetivos planteados.
- Ser literatura gris.
- Información irrelevante o repetitiva con respecto a otros de los artículos escogidos.

Después de una lectura más exhaustiva de los artículos previamente seleccionados, se descartaron 17 por los motivos presentados, lo que redujo el total de artículos para trabajar a 16. Algunos de los artículos no escogidos para la composición de los resultados se emplearon para redactar la introducción.

## 5. RESULTADOS/DISCUSIÓN

El tratamiento tanto farmacológico como no farmacológico del Alzheimer no busca su curación, sino el mantenimiento de las capacidades conservadas y la estabilidad en una fase poco severa el mayor tiempo posible. Es decir, ralentizar el progreso de la enfermedad.<sup>10, 15</sup>

Se entiende por tratamiento no farmacológico (TNF) aquellas intervenciones que no requieren administración de sustancias químicas, y que generan un buen resultado clínico<sup>9</sup>. Estas terapias se basan en el concepto de “neuroplasticidad”, definida como la capacidad que tiene el cerebro de adaptarse a los cambios mediante el establecimiento de nuevas conexiones<sup>6</sup>.

En los últimos años ha aumentado el interés en la práctica del TNF. Por esa misma razón, los artículos que tratan sobre ello son más numerosos ahora que hace unos años<sup>6</sup>. A su vez, aunque su gran mayoría afirme que los resultados son positivos y beneficiosos para la persona, sigue existiendo un continuo debate sobre su efectividad en cuanto al tipo de estimulación y duración.

Mór Fukushima et al.<sup>7</sup> en su revisión sistemática encontraron que en la mayoría de los estudios (8/9), la EC traía beneficios para los síntomas neuropsiquiátricos, ya que conseguía reducir la apatía y la ansiedad, así como los síntomas depresivos.

Asimismo, Rodríguez Riaño y Basto Moreno<sup>16</sup> demostraron en un estudio cuasi experimental que la EC, además de reducir la agresividad y aumentar los niveles de tolerancia y participación en actividades, ayuda a conservar ciertas habilidades cognitivas como son la memoria, el lenguaje, la lógica y el cálculo. En un estudio controlado a simple ciego llevado a cabo por Viola et al<sup>17</sup> observaron que la EC optimiza los efectos beneficiosos de los fármacos utilizados en la EA leve, y que la enfermedad seguía progresando en el grupo control que no recibía estimulación.

Por otro lado, se ha demostrado que la práctica de ejercicio físico aeróbico conlleva a un cambio en la morfología cerebral. De hecho, aumenta la actividad neuronal y metabólica, lo que provoca a su vez un incremento de sangre circulante en el cerebro. Todo ello se traduce en un crecimiento tanto de nuevas redes de vascularización como de la sinapsis<sup>18</sup>.

Otro factor que se ve influido positivamente por el ejercicio aeróbico son los niveles de glucosa en sangre, que colabora en la regulación de la homeostasis de la glucosa, ya que en la EA existe una reducción progresiva de la capacidad cerebral de utilizar glucosa, además de un aumento en la resistencia a la acción de la insulina, lo que conlleva a una acumulación de placas amiloides mencionadas anteriormente. La práctica de ejercicio favorece la disminución de estas placas y la reducción de los ovillos neurofibrilares<sup>18</sup>.

En cuanto a los resultados obtenidos que tiene la práctica de ejercicio sobre los síntomas de la EA, encontramos cierta controversia entre los distintos estudios. Nascimiento et al<sup>18</sup> en su revisión sistemática encontraron varios formatos de estimulación física: actividad aeróbica, caminar, caminar y hablar, terapia combinada (ejercicio, técnicas de fisioterapia y terapia cognitiva), ejercicio de fuerza y ejercicios de fisioterapia frente a ejercicios de terapia ocupacional. En uno de los artículos que componen ese estudio, se observó que la estimulación física no influye directamente en las mejoras cognitivas y comunicativas, como sí lo hace la estimulación de esos mismos dominios. Por otro lado, en dos estudios que emplearon la terapia combinada (caminar mientras se habla) como ejemplo, hallaron resultados distintos: mientras que en uno mejoraron la adherencia al ejercicio y mostraron un menor deterioro funcional, el otro descubrió lo contrario, ya que no observaron diferencias significativas al caminar, comunicarse o en la funcionalidad, frente a los pacientes que recibían solamente una de esas intervenciones. Un aspecto que tienen en común varios de los estudios encontrados en este artículo es que la práctica de ejercicio reduce la irritabilidad y mejora las quejas de sueño en EA leve y moderada. Para terminar, también se compararon aquellos pacientes que recibieron terapias basadas en actividades de fortalecimiento y caminar (llevadas a cabo por un fisioterapeuta), y los que participaron en un programa de actividades educativas dirigidas por un terapeuta ocupacional, siendo los primeros los que demostraron mejoras en el equilibrio, movilidad y un menor riesgo de sufrir caídas.

Henskens et al<sup>19</sup> dividieron a los usuarios de una residencia de ancianos en una fase media de la enfermedad en 3 grupos: entrenamiento de las AVD, entrenamiento físico y la combinación de ambos. Los primeros fueron capaces de caminar largas distancias, incluso durante los 6 meses siguientes al fin de la intervención. Además, obtuvieron efectos positivos en los síntomas depresivos. Por el contrario, no se observaron efectos en otras funciones ni en el comportamiento. Los que practicaron ejercicio físico mostraron un efecto positivo en el desarrollo de la fuerza. Sin embargo, estos hallazgos no se encontraron en personas en fase severa. Un dato de interés sobre los estudios en los que no fueron efectivas estas prácticas era la corta duración de los mismos. En cuanto al grupo que recibió ambos entrenamientos, se observó una mayor rapidez en las pruebas de AVD y una reducción de síntomas depresivos frente a los grupos que solo recibieron una de estas terapias.

Otro estudio a favor del ejercicio físico aeróbico fue el dirigido por Morris et al<sup>20</sup>, quienes percibieron beneficios en la actuación de la memoria, además de un cambio en el volumen cerebral también mencionado previamente.

En un programa de reeducación psicomotriz se observó una mejora de la capacidad física y funcional del enfermo en fase leve y moderada, pudiendo mantenerse las AVD. Sin embargo, en fase avanzada no se percibieron mejorías. A pesar de estos resultados positivos en cuanto al físico, la capacidad cognitiva disminuía de forma continua y significativa en todas las fases. Resaltaron que la autonomía se veía afectada por la bradicinesia y el sedentarismo y no solamente por el curso de la enfermedad, y también compartieron que al mejorar los patrones

motores básicos, se disminuye el riesgo de caídas, evitando una fractura que derive en la dependencia de la persona.<sup>15</sup>

Para terminar, una rehabilitación multidisciplinar que englobaba actividades físicas, cognitivas y de expresión<sup>17</sup> consiguió reducir los síntomas neuropsiquiátricos y ralentizar el avance de la enfermedad. Además, mejoraron la calidad de vida tanto de los enfermos como de sus cuidadores.

Otro recurso de estimulación es el que fomenta la comunicación. Da Cruz et al<sup>12</sup> realizaron una revisión sistemática que estudiaba los efectos de distintas intervenciones ligadas a la comunicación y sus efectos en la EA. Encontraron que la fluidez verbal mejoraba incluso cuando el estudio tenía una duración de un mes. Cuando se llevaba a cabo una conversación en grupo, también mejoraba la comunicación social y general. Sin embargo, estos beneficios retroceden al tiempo de haber acabado la intervención. Es decir, una vez finalizada la estimulación, la enfermedad sigue su curso.

### **5.1. Intervención enfermera en cada una de las fases**

Cada fase de la enfermedad requiere de unos cuidados adaptados a la situación. Asimismo, la actuación por parte de enfermería discierne de la siguiente manera:

- Para facilitar el diagnóstico: confirmar los indicios notificados por la familia.
- En la fase inicial: orientar en las AVD, facilitando la adaptación al entorno y formando al cuidador principal sin interferir en la autonomía del enfermo. También fomenta la instauración en las terapias de estimulación, tanto en centros especializados como en el propio domicilio.
- En la fase moderada: evaluar las capacidades conservadas y las pérdidas de las mismas, enseñar técnicas de control de esfínteres, ayudas en la deambulación, estimulación física y cognitiva, y seguir formando al cuidador.
- En la fase severa: estimulación psicomotriz, prevención de trastornos derivados de la inmovilización, formación y atención al cuidador.
- Fase terminal: ofrecer cuidados paliativos para evitar malestar (dolor, dificultad respiratoria, cuidados de piel y boca, apoyo a la familia).<sup>9</sup>

A continuación, se adjunta el plan de cuidados enfocado en un paciente con Alzheimer leve o moderado, que se debería complementar con la historia personal, gustos y necesidades de la propia persona:



Tabla 3. Plan de cuidados enfermeros<sup>21</sup>. Fuente: elaboración propia.

<b>Plan de cuidados enfermero</b>		
Diagnóstico NANDA: <b>Confusión crónica m/p alteración progresiva de la función cognitiva</b>		
<b>NOC:</b> Orientación cognitiva [0901]		
<b>Indicadores</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se autoidentifica [90101]</li> <li>- Identifica a los seres queridos [90102]</li> <li>- Identifica el lugar donde está [90103]</li> <li>- Identifica el día presente [90104]</li> <li>- Identifica el año actual [90106]</li> </ul>		
<b>NIC</b>	<b>NIC</b>	<b>NIC</b>
Estimulación cognitiva [4720]	Manejo de la demencia [6460]	Terapia de reminiscencia [4860]
<b>Actividades</b>	<b>Actividades</b>	<b>Actividades</b>
Establecer un nivel basal cognitivo del paciente por medio de una consulta con la familia o realizando un breve examen cognitivo al propio paciente.	Incluir a los familiares en la planificación, provisión y evaluación de cuidados.	Identificar con el paciente un tema para cada sesión.
Orientar con respecto al tiempo, lugar y persona.	Identificar los esquemas usuales de comportamiento para actividades como dormir, utilización de medicamentos, eliminación, ingesta de alimentos y autocuidado.	Realizar preguntas abiertas sobre los sucesos pasados.
Estimular el desarrollo participando en actividades para aumentar los logros y el aprendizaje satisfaciendo las necesidades del paciente.	Evitar frustrar al paciente interrogándolo con preguntas de orientación que no pueden ser respondidas.	Utilizar álbumes de fotos para estimular recuerdos.

Presentar la información en dosis pequeñas y concretas y solicitar que la repita.	Seleccionar actividades individuales y en grupo adaptadas a las capacidades cognitivas e intereses del paciente.	Ajustar el número de sesiones en función de la respuesta del paciente y de su deseo de continuar.
<b>NOC:</b> Habilidades de interacción social [1502]		
<b>Indicadores</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Muestra receptividad si es apropiado/procedente [150202]</li> <li>- Coopera con los demás [150203]</li> <li>- Parece relajado [150211]</li> <li>- Se relaciona con los demás [150212]</li> </ul>		
<b>NIC</b>	<b>NIC</b>	<b>NIC</b>
Potenciación de la socialización [5100]	Aumentar los sistemas de apoyo [5440]	Terapia de entretenimiento [5360]
<b>Actividades</b>	<b>Actividades</b>	<b>Actividades</b>
Fomentar las actividades sociales y comunitarias.	Calcular la respuesta psicológica a la situación y la disponibilidad del sistema de apoyo.	Identificar cualquier déficit que pueda limitar la participación en actividades recreativas: movilidad, cognitivas...
Fomentar la participación en actividades de reminiscencia en grupo y/o individuales.	Determinar el grado de apoyo familiar y económico.	Ayudar al paciente a elegir actividades recreativas coherentes con sus capacidades físicas, psicológicas y sociales.
Explorar los puntos fuertes y débiles del círculo actual de relaciones.	Remitir a programas comunitarios de tratamiento	Supervisar las sesiones recreativas.
Facilitar la participación del paciente en grupos para contar historias.	Implicar a la familia/allegados en los cuidados y la planificación.	Establecer nuevas actividades recreativas adecuadas a la capacidad del paciente.

## 5.2. Función de la enfermera en la terapia de estimulación

El enfermero colabora en la estimulación atendiendo a las necesidades de sociabilidad, fomentando la independencia en las AVD, combinando momentos de actividad y descanso y promoviendo una nutrición adecuada. Otra función fundamental es la enseñanza al cuidador sobre todo lo que engloba a la EA: signos y síntomas, evolución de la enfermedad, terapias farmacológicas y no farmacológicas existentes. También es su función defender programas de ejercicios adaptados a cada fase de la enfermedad, con el fin de individualizar los ejercicios a las necesidades de cada persona<sup>22</sup>. En el estudio llevado a cabo por Póvoas Correa et al<sup>1</sup> concluyeron también que la función de la enfermera radica en la capacidad de orientar al cuidador y a la familia en los cuidados diarios que un paciente de Alzheimer requiere, con la intención de mejorar la calidad de vida de ambas partes y evitar que surjan complicaciones a través de la promoción de la salud. Para ello es necesario tener conocimientos específicos de la enfermedad.

Además, Peçanha da Cruz et al<sup>23</sup> recalcan la importancia de que la enfermera ofrezca acompañamiento durante el desempeño de las acciones para que el cuidador se sienta también apoyado a través de su orientación.

Otro propósito de la enfermería es la realización de talleres con los enfermos,<sup>23</sup> tales como la terapia de reminiscencia o terapia de entretenimiento reflejadas en la tabla anterior. Según de los Reyes et al<sup>6</sup>, los tipos de técnicas que más beneficios consiguen son:

- Ayudas externas o ayudas de memoria externas: consiste en la sustitución de las funciones cognitivas perdidas por diferentes herramientas como son los recordatorios en notas o alarmas, relojes, modificaciones ambientales u organizadores de medicación. Con ello se consigue compensar el déficit cognitivo y mantener la funcionalidad para evitar la sobrecarga del cuidador. En su estudio observaron ganancias en áreas que no habían sido entrenadas.
- Aprendizaje sin error: a la hora de adquirir nueva información, se impide cometer errores mediante la corrección del fallo en el acto. Es una de las técnicas que más resultados positivos ha ofrecido, manteniéndose durante unos meses.
- Recuperación espaciada: ofrecer estímulos en un intervalo creciente, con la intención de evocar información a través de intervalos de tiempo cada vez más largos, lo que ayudaría a incrementar la retención. Para que esta técnica sea eficaz, es necesaria la combinación de la repetición de la información con el uso de intervalos, ya que no se obtienen beneficios cuando se realiza de forma aislada. En general, se consiguió un aumento de la evocación de la información personal y del recuerdo de nombres y caras.

Previamente al diseño de un programa de EC, se debe realizar una evaluación neuropsicológica para determinar las capacidades conservadas y las deterioradas, ya que, como se ha

mencionado anteriormente, es un proceso individualizado que se debe adaptar a las necesidades, cognitivas, físicas y emocionales de los pacientes<sup>6</sup>.

En una residencia de ancianos,<sup>19</sup> la enfermera era quien motivaba a los participantes del estudio a desarrollar con la máxima independencia posible las actividades de autocuidado. La motivación es un factor importante en la consecución de objetivos y en el desarrollo de rutinas, y para conseguirla y mantenerla es necesario adaptar el programa- sobre todo cuando se habla de un programa de ejercicio físico- a las características físicas de cada persona, para asegurar la adherencia a la estimulación<sup>4</sup>.

### **5.3. Importancia del equipo multidisciplinar.**

Cada programa deber ser individualizado y dirigido hacia una visión integral que contemple un equipo interdisciplinar, importando también lo afectivo y motivacional de cada enfermo. Se deben someter a una evaluación permanente tanto de la ejecución como del programa, para ajustar los cambios según requieran las necesidades<sup>16</sup>. Así, gracias al trabajo en conjunto se consigue conocer la posición que ocupa la familia en el cuidado del enfermo y reconocer situaciones de autoridad, poder, tradición y relaciones entre los miembros de la misma<sup>22</sup>.

Un equipo multidisciplinar está constituido por geriatras, enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos, terapeutas ocupacionales y fisioterapeutas<sup>17,24</sup>, de tal forma que se aborden los campos farmacológicos, cognitivos, psicológicos y motores, con la finalidad de mejorar tanto la funcionalidad como la calidad de vida de los pacientes<sup>5</sup>.

Por su parte, la función de los terapeutas ocupacionales es trabajar la funcionalidad de las AVD, tanto básicas como instrumentales, por medio del desarrollo de una rutina y recordando los pasos para llevarlas a cabo en caso necesario, centrándose siempre en las capacidades conservadas y no tratar de restaurarlas. También trabajan conjuntamente con el cuidador para trabajar la comunicación y conocer más al enfermo<sup>17,24</sup>. A su vez, les ayudan a establecer una rutina y les enseñan a dar órdenes de tal forma que instaure un ambiente tranquilo y pacífico para la convivencia<sup>22</sup>. Se encargan así de ofrecer instrucciones para adaptar la casa y conseguir una mejor orientación y autonomía del usuario<sup>17,24</sup>.

Por otro lado, el propósito de los fisioterapeutas es llevar a cabo lo relacionado con la actividad física (fortalecimiento, caminatas), con la intención de mejorar el equilibrio para evitar caídas. Además, también tienen como objetivo mantener o mejorar la forma física.<sup>17,18</sup>

Sin embargo, en el estudio llevado a cabo en la residencia previamente mencionada, eran los fisioterapeutas y los terapeutas ocupacionales los que informaban sobre los beneficios de la actividad física a los gerentes, y las distintas maneras existentes de estimular a una persona para realizar las AVD.<sup>19</sup>

## 6. CONCLUSIONES

1. Son más los estudios que afirman que la estimulación, tanto física como cognitiva y comunicativa, favorecen a que los resultados positivos afloren en las destrezas de los enfermos, manteniéndose en la misma etapa durante un largo periodo de tiempo. No existe una conclusión clara sobre si la combinación de varios tipos de estimulación conlleva mayores beneficios, lo que podría significar que se debe escoger la conveniente a las necesidades de cada uno.
2. Cuando se ejercía esta estimulación en fases avanzadas de la enfermedad, no se conseguía en efecto deseado, ya que apenas se obtenían resultados, aunque de por sí queden pocas capacidades que explotar en esa etapa. Esto quiere decir que cuanto antes se diagnostica la enfermedad, antes se podrá actuar acorde a las necesidades para impedir el avance de la misma, favoreciendo la autonomía de la persona lo máximo posible y retrasando el cansancio del rol de cuidador en la familia.
3. Otro factor que predisponía a una nula o escasa efectividad de los programas era su corta duración, concluyendo que cuanto más dure el programa y más perdure en el tiempo, mayores serán los beneficios obtenidos y mayor tiempo permanecerán conservados.
4. Todos los artículos coinciden en que, una vez finalizada la estimulación, la enfermedad comenzaba a progresar de nuevo, ya fuera cercano a la fecha de fin como meses más tarde.
5. Es necesaria una primera valoración para conocer las capacidades conservadas y poder trabajarlas, y la continua reevaluación de los programas para constatar la eficacia de los mismos y poder modificarlos según se crea conveniente. Es decir, es imprescindible un estudio individual para ejecutar una serie de actividades adecuadas a cada persona.
6. Un trabajo conjunto entre enfermero-enfermo-familia y una continua formación a esta última ayuda a manejar mejor esta situación que, a veces, cuesta aceptar. No se debe olvidar nunca lo afectivo y lo personal que engloba la vida de la persona.
7. Mientras que la enfermera trabaja la estimulación cognitiva, los fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales se implican con la estimulación física por medio del ejercicio y de la simulación de las AVD.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

1. Póvoas Correa L, Ramos Braga T, Cordeiro Malaquias L, Peixoto Bessa ME, Braga Marques M. Intervenções de enfermagem nos cuidados aos pacientes idosos com alzheimer: revisão integrativa. Rev Enferm UFPI. 2016; 5(1): 84-88.
2. Barrera López FJ, López Beltrán EA, Baldivieso Hurtado N, Maple Álvarez IV, López-Moraila MA, Murillo-Bonilla LM. Diagnóstico Actual de la Enfermedad de Alzheimer. Rev Med Clin. 2018; 2 (2): 57-73.
3. Fontán L. La Enfermedad de Alzheimer: elementos para el diagnóstico y manejo clínico en el consultorio. Biomedicina. 2012; 7 (1): 34-43.
4. Arias Iniesta J, Martínez Martín ML. Práctica regular de ejercicio físico como freno para la progresión de la enfermedad de Alzheimer. Gerokomos. 2020; 31 (1): 26-31.
5. Picado Valverde EM, Pérez de Unzueta López de Echezarreta J. Estudio transversal de la calidad de vida según su actividad física en pacientes con Alzheimer e inicio de la enfermedad. TOG. 2018; 15 (28): 273-283.
6. De los Reyes Aragón CJ, Arango Lasprilla JC, Rodríguez Díaz MA, Perea Bartolomé MV, Ladera Fernández V. Rehabilitación Cognitiva en pacientes con Enfermedad de Alzheimer. Psicol.caribe. 2012; 29 (2): 421-455.
7. Mór Fukushima RL, do Carmo E, do Valle Pedroso R, Micali PN, Secomandi Donadelli P, Fuzaro Junior G, et al. Effects of cognitive stimulation on neuropsychiatric symptoms in elderly with Alzheimer's disease. Dement Neuropsychol. 2016; 10(3): 178-184.
8. Pérez Menéndez A. 21 de septiembre: Día Mundial de la Enfermedad de Alzheimer. SEN [Internet]. 2019. [citado el 20 de abril de 2021] [Disponible en: <https://www.sen.es/saladeprensa/pdf/Link280.pdf>].
9. García Díaz S, García Díaz MJ, Illán Noguera CR, Álvarez Martínez MC, Martínez Rabadán M, Pina Díaz LM, et al. Intervenciones enfermeras dirigidas a los pacientes de Alzheimer y sus cuidadores: una revisión bibliográfica. Enferm docente. 2013; 101: 36-40.
10. Nishimura J. La falta de estimulación mental como una de las causas de la aceleración de los síntomas del Alzheimer en adultos mayores. Zoo! 2015; (8). [Disponible en: [http://repositorio.usil.edu.pe/bitstream/123456789/1733/1/2015\\_Nishimura\\_La%20falta%20de%20estimulaci%3b3n%20mental%20como%20una%20de%20las%20causas%20de%20la%20aceleraci%3b3n%20de%20los%20s%3adntomas%20del%20Alzheimer%20en%20adultos%20mayores.pdf](http://repositorio.usil.edu.pe/bitstream/123456789/1733/1/2015_Nishimura_La%20falta%20de%20estimulaci%3b3n%20mental%20como%20una%20de%20las%20causas%20de%20la%20aceleraci%3b3n%20de%20los%20s%3adntomas%20del%20Alzheimer%20en%20adultos%20mayores.pdf) ]
11. Toledano S. Fases del Alzheimer [Internet]. Madrid: Fundación Alzheimer España; 2015 [actualizado el 1 de nov de 2017; citado el 31 de enero de 2020]. Disponible en: <http://www.alzfae.org/fundacion/146/fases-alzheimer>
12. da Cruz Morello AN, Machado Lima T, Brandão L. Language and communication non-pharmacological interventions in patients with Alzheimer's disease: a systematic review. Dement Neuropsychol. 2017; 11(3): 227-241.
13. Muñiz R, Olazarán O. Mapa de Terapias No Farmacológicas para Demencia Tipo Alzheimer. Guía de iniciación técnica para profesionales [Internet]. Fundación María Wolff. 2013 [citado el 29 de abril de 2021] Disponible en <http://www.crealzheimer.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/mapayguainiciacintnfalzhpapr.pdf>
14. Libre Rodríguez JJ, Guerra Hernández MA. Enfermedad de Alzheimer. Situación actual y estrategias terapéuticas. Rev Cubana Med. 1999; 38(2):134-42.

15. Serdà i Ferrer B-C, Ortiz Collado A, Àvila-Castells P. Reeduación psicomotriz en personas con enfermedad de Alzheimer. *Rev Med Chile*. 2013; 141: 735-742.
16. Rodríguez Riaño J, Basto Moreno DM. Beneficios de un programa de estimulación cognoscitivo/comunicativo en adultos con deterioro cognitivo moderado derivado de demencia. *Revista Árete*. 2012; 12(1): 128-139.
17. Viola LF, Nunes PV, Yassuda MS, Aprahamian I, Santos FS, Santos GD et al. Effects of a multidisciplinary cognitive rehabilitation program for patients with mild Alzheimer's disease. *Clinics*. 2011; 66(8): 1395-1400.
18. Nascimento CMC, Varela S, Ayan C, Cancela JM. Efectos del ejercicio físico y pautas básicas para su prescripción en la enfermedad de Alzheimer. *Rev Andal Med Deporte*. 2016; 9(1): 32-40.
19. Henskens M, Nauta IM, van Eekeren M.C.A., Scherder E J.A. Effects of Physical Activity in Nursing Home Residents with Dementia: a Randomized Controlled Trial. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2018; 46: 60-80.
20. Morris JK, Vidoni ED, Johnson DK, Van Sciver A, Mahnken JD., Honea RA. et al. Aerobic exercise for Alzheimer's disease: A randomized controlled pilot trial. *Plos one*. 2017.
21. NNNConsult [Internet]. Elsevier [citado el 13 de mayo de 2021] Disponible en: <https://www-nnnconsult-com.ponton.uva.es/noc/415/32/>
22. Funchal Camacho ACL, de Araújo Abreu LT, Silva Leite B, de Oliveira Mata AC, Figueiredo Marinho T, Cavalcanti Valente GS. An integrative review about nursing care to people with Alzheimer's and their caregivers. *J. res.: fundam. care*. 2013; 5(3):186-193.
23. Peçanha da Cruz TJ, Chaves Sá SP, da Costa Lindolpho M, Pereira Caldas C. Cognitive stimulation for older people with Alzheimer's disease performed by caregiver. *Rev Bras Enferm*. 2015; 68(3):450-6.
24. Schmid AA, Spangler-Morris C, Beauchamp RC, Wellington MC, Hayden WM, Porterfield HS. The Home-Based Occupational Therapy Intervention in the Alzheimer's Disease Multiple Intervention Trial (ADMIT). *Occup Ther Ment Health*. 2015; 31(1): 19-34.



## I. ANEXO

Tabla 4. Tabla de revisión. Fuente: elaboración propia.

Nº DE CITA	AÑO DE PUBLICACIÓN	TÍTULO	AUTORES	OBJETIVOS	RESULTADO/CONCLUSIÓN
1	2016	Intervenções de enfermagem nos cuidados aos pacientes idosos com alzheimer: revisão integrativa.	Luciana Póvoas Correa Tayná Ramos Braga Lucélia Cordeiro Malaquias Maria Eliana Peixoto Bessa Marília Braga Marques	Identificar la evidencia en la literatura sobre las intervenciones de enfermería en ancianos con enfermedad de Alzheimer.	Ofrecer una rutina en fase avanzada mejora el estado general, e incluso ralentiza el curso de la enfermedad.  Función de la enfermera: orientar.
3	2020	Práctica regular de ejercicio físico como freno para la progresión de la Enfermedad de Alzheimer	Julia Arias Iniesta María Luisa Martínez Martín	Analizar las evidencias sobre la eficacia de la práctica regular de ejercicio físico para retrasar la progresión de la enfermedad de Alzheimer.	Ejercicio físico: provoca beneficios en las funciones cognitivas debido al aumento del flujo cerebral, aumentando los nutrientes, glucosa y O <sub>2</sub> , lo que favorece el crecimiento celular y estimula la eliminación de desechos metabólicos.  Entrenar la rapidez al andar, equilibrio y fuerza muscular fomenta la independencia funcional, la capacidad física y la movilidad. Para garantizar la adherencia, es necesario adecuar los programas de ejercicio a la capacidad de los pacientes.

					La motivación es clave para conseguir la adherencia.
6	2012	Rehabilitación Cognitiva en pacientes con Enfermedad de Alzheimer.	Carlos José de los Reyes Aragón Juan Carlos Arango Lasprilla Melissa Alejandra Rodríguez Díaz María Vitoria Perea Bartolomé Valentina Ladera Fernández	Hacer una revisión detallada de las diferentes técnicas y/o tratamientos cognitivos que se han venido utilizando en la rehabilitación de las alteraciones cognitivas de personas con EA, así como de los estudios existentes que evalúan su eficacia.	El grupo de intervención obtenía mejores resultados en las escalas que trabajan.  Beneficioso en etapas iniciales.  Técnicas que más tiempo se mantuvieron: estimulación cognitiva, ayudas de memoria externas, recuperación espaciada y aprendizaje sin error.  Mantenimiento de la información aprendida desde 6 meses hasta incluso 2 años.
7	2016	Effects of cognitive stimulation on neuropsychiatric symptoms in elderly with Alzheimer's disease.	Raiana Lídice Mór Fukushima Elisangela Gisele do Carmo Renata do Valle Pedroso Pollyanna Natalia Micali Paula Secomandi Donadelli Gilson Fuzaro Junior Et al.	Proveer más información sobre la evidencia de la efectividad de la estimulación cognitiva en los síntomas neuropsiquiátricos durante la vejez con la EA.	8/9 artículos: EC beneficiosa en EA media-moderada en síntomas neuropsiquiátricos. De esos artículos:  6/8: beneficioso para síntomas depresivos.  3/3: eficaz para reducir la apatía.  2/2: la ansiedad mejora tras la EC.
9	2013	Intervenciones enfermeras	Silvia García Díaz	Describir las intervenciones	Programas de ejercicio físico aeróbico: mejoran la salud general y evitan complicaciones

		<p>dirigidas a los pacientes de Alzheimer y a sus cuidadores: una revisión bibliográfica.</p>	<p>María Josefa García Díaz  Carmen Rosario Illán Noguera  María del Camino Álvarez Martínez  Manuel Martínez Rabadán  Luisa María Pina Díaz  Et al.</p>	<p>enfermeras en los pacientes de Alzheimer así como para sus cuidadores.</p>	<p>(caídas). Además, tiene su mayor efecto sobre la función ejecutiva, y un efecto menor sobre las habilidades en las tareas visoespaciales.</p> <p>Medidas de corte conductual: mejoran la afectividad y la conducta y permiten reducir la ingesta de fármacos tranquilizantes.</p> <p>Actividades de enfermería en:</p> <p>Fase inicial: facilitar las AVD mediante la adaptación al entorno o formación del cuidador principal. Fomento de la instauración de terapias cognitivas.</p> <p>Fase moderada: evaluar las pérdidas reales y las capacidades residuales, introducir técnicas de control de esfínteres, rehabilitación funcional...</p> <p>Fase severa: estimulación psicomotriz, prevención de trastornos derivados de la inmovilización, uso de técnicas adecuadas para el cuidado del enfermo, formación y atención al cuidador.</p> <p>Fase terminal: cuidado paliativo, evitar síntomas provocadores de malestar.</p>
--	--	---	--	---	--

12	2017	Language and communication non-pharmacological interventions in patients with Alzheimer's disease: a systematic review.	Aline Nunes da Cruz Morello Tatiane Machado Lima Lenisa Brandão	Realizar una revisión sistemática de la literatura de los artículos que informan sobre intervenciones centradas en el lenguaje y la comunicación de personas con enfermedad de Alzheimer (EA) sin el uso de medicamentos.	Intervenciones con muchas habilidades cognitivas: resultados beneficiosos.  Fluidez verbal: mejoría incluso cuando la duración del estudio era de un mes.  Conversación en grupo: mejoras en la comunicación social y general.  Cuando se abandona la intervención, es cuestión de tiempo que la enfermedad siga su curso.
15	2013	Reeducación psicomotriz en personas con enfermedad de Alzheimer	Bernat-Carles Serdà i Ferrer Assumpta Ortiz Collado Pilar Ávila-Castells	Diseñar e implementar una guía de reeducación psicomotriz (GREPS) adaptada a las fases leve, moderada y grave de las personas con EA.  Evaluar los efectos de la GREPS a nivel físico, funcional, cognitivo y en la CdV de los participantes del estudio.	El ejercicio físico, la reeducación cognitiva y la estimulación psicomotriz mejoran la capacidad física y la calidad de vida. Permite mantener las AVD en la fase leve y moderada de la enfermedad.  La capacidad cognitiva disminuye de forma continua y significativa en todas las fases evaluadas.  La variable de capacidad física y la de calidad de vida (CdV) mejoran en fase leve y moderada, mientras que la funcional mejora en leve y se mantiene en moderada. En fase grave no se identifican mejoras.

					<p>La mejora en la CdV podría ser debido a la expresión vivencial e intencional de las capacidades físicas, psicológicas, sociales y emocionales de la persona enferma de Alzheimer.</p> <p>La pérdida de autonomía está ligada a la bradicinesia y al sedentarismo.</p>
16	2012	Beneficios de un programa de estimulación cognoscitivo/comunicativo en adultos con deterioro cognitivo-moderado derivado de demencia	Johanna Rodríguez Riaño Diana Marcela Basto Moreno	Construcción de un programa de estimulación cognoscitivo comunicativa en población adulta mayor con demencia derivada de Demencia encaminado a mantener y promover las habilidades cognoscitivas y comunicativas a través de la interacción.	<p>Actividades estimulantes de la cognición conservan habilidades cognitivas: memoria, lenguaje, lógica, cálculo.</p> <p>Beneficios en tareas concretas de lenguaje y pensamiento.</p> <p>Se redujeron los episodios de agresividad y aumentaron los niveles de tolerancia y participación a las actividades propuestas.</p> <p>Importancia del trabajo permanente y secuencial.</p> <p>Cada programa debe ser individualizado, con intervención interdisciplinar, y reevaluado. Importan la parte afectiva y motivacional de la persona.</p>
17	2011	Effects of a multidisciplinary cognitive	Luciana F. Viola Paula V. Nunes	Evaluar los efectos de un programa de rehabilitación	El entrenamiento cognitivo puede optimizar los beneficios farmacológicos en estadios leves.

		rehabilitation program for patients with mild Alzheimer's disease.	Mónica S. Yassuda Ivan Aprahamian Franklin S. Santos Glenda D. Santos Et al	multidisciplinar sobre la cognición, calidad de vida y síntomas neuropsiquiátricos en pacientes con EA en etapa media.	El grupo control tendía a seguir desarrollando la enfermedad. Tanto pacientes como cuidadores mejoraron la calidad de vida. Terapia Ocupacional: trabajar las AVD. Fisioterapia: equilibrio, estado físico, evitar caídas.
18	2016	Efectos del ejercicio físico y pautas básicas para su prescripción en la Enfermedad de Alzheimer.	C.M.C. Nascimento S. Varela C. Ayan J.M. Cancela	Exponer los principales motivos por los que la práctica de ejercicio físico puede ayudar a ralentizar el proceso degenerativo de la EA.	Actividad aeróbica durante 7 semanas: mejoras cognitivas, reducción del riesgo de caídas y de los problemas de comportamiento. No se percibieron cambios en la autonomía funcional. Caminar durante 30 minutos al día en 3 días por semana durante 10 semanas: aumentaron las habilidades verbales y no verbales, a diferencia del grupo que conversaba. Terapia combinada (caminar y hablar): un estudio afirma las mejoras en cuanto a adherencia al ejercicio, reducción en el deterioro funcional, sin mejoras a nivel comunicativo y funcional. Terapia combinada (ejercicio, técnicas de fisioterapia y terapia cognitiva): mejoras a nivel cognitivo.

					<p>Ejercicio aeróbico: beneficios en la capacidad de equilibrio y en el rendimiento cognitivo. Reducción de la irritabilidad y mejoras en el sueño.</p> <p>Pesas: mejora de fuerza, agilidad, flexibilidad y equilibrio, pero no en la cognición.</p> <p>Ejercicios con fisioterapeuta: mejoras en equilibrio, movilidad y reducción del riesgo de caídas frente a los ejercicios del terapeuta ocupacional.</p>
19	2018	Effects of Physical Activity in Nursing Home Residents with Demencia: a randomized controlled trial.	Miranda Henskens Ilse M. Nauta Marieke C.A. van Eekeren Erik J.A. Scherder	Comparar los efectos del entrenamiento de las AVD, del entrenamiento de ejercicio combinado (aeróbico y de fuerza), y el entrenamiento conjunto de AVD y ejercicio en las funcionales cognitivas y físicas, estado anímico y problemas de comportamiento en usuarios con EA residentes en una residencia de ancianos.	<p>AVD: capaces de andar largas distancias, manteniéndose 6 meses tras la intervención. Efectos positivos en los síntomas depresivos. No hubo efectos en otras funciones ni en el comportamiento.</p> <p>Ejercicio físico: efecto positivo en etapas medio-severa. Se mantuvieron tras 6 meses. No hubo efecto en etapas severa-severa. Sin cambios en comportamiento y estado de ánimo.</p> <p>La mayoría de los estudios no efectivos eran de corta duración.</p> <p>Combinación de ambas terapias: más rapidez en la realización de las pruebas frente a los que solo recibían entrenamiento de ADV, y se redujeron síntomas depresivos frente al grupo que solo</p>

					<p>recibía entrenamiento físico. Se notaron mejorías en lo trabajado.</p> <p>Enfermera: motivar a realizar las AVD.</p> <p>Fisioterapeuta y terapeuta ocupacional: informar sobre los beneficios del ejercicio físico y maneras de realizar AVD.</p>
20	2017	Aerobic exercise for Alzheimer's disease: a randomized controlled pilot trial.	<p>Jill K. Morris</p> <p>Eric D. Vidoni</p> <p>David K. Johnson</p> <p>Angela Van Sciver</p> <p>Jonathan D. Mahnken</p> <p>Robyn A. Honea</p> <p>Et al</p>	Establecer la eficacia preliminar para una comunidad mediante una intervención de ejercicio aeróbico estructurado y basada en el ejercicio que cumple con las pautas estándar de salud pública.	Beneficio en la actuación de la memoria, el volumen cerebral cambia.
22	2013	An integrative review about nursing care to people with alzheimer's and their caregivers.	<p>Alessandra Conceição Leite</p> <p>Funchal Camacho</p> <p>Louise Theresa de Araújo Abreu</p> <p>Bruna Silva Leite</p> <p>Ana Carolina de Oliveira Mata</p> <p>Tuâny Figueiredo Marinho</p>	Analizar la producción científica sobre el cuidado de la persona con EA y sus cuidadores durante el período comprendido entre 2007 y 2011.	<p>Ejercicios rutinarios integrativos en la sociedad con rutina: mejora el estado de ánimo y afecto.</p> <p>Actividades comportamentales o de autorrefuerzo con vistas a la afectividad, contribuyen a un ambiente favorable entre cuidador y enfermo.</p> <p>La enfermedad no avanza en las personas que reciben estimulación.</p>



			Geilsa Soraia Cavalcanti Valente		<p>Papel del enfermero en la estimulación: orientar a la familia y explicar los tipos de terapias que existen.</p> <p>Función del equipo multidisciplinar: reconocer la relación del cuidador con el enfermo.</p>
23	2015	Cognitive Stimulation for older people with Alzheimer's disease performed by caregiver.	<p>Thiara Joanna Peçanha da Cruz</p> <p>Selma Petra Chaves Sá</p> <p>Mirian da Cost Lindolpho</p> <p>Célia Pereira Caldas</p>	Conocer la influencia de la terapia cognitiva en domicilio, llevada a cabo por cuidadores de ancianos con Enfermedad de Alzheimer.	<p>Menor dependencia en AVD.</p> <p>Fluidez verbal: 2 no mejoran, 3 se mantienen.</p> <p>Orientación espacial: mejoró con ejercicios destinados a ello.</p> <p>Las enfermeras deben ofrecer información y orientación al cuidador.</p>
24	2015	The Home-Based Occupational Therapy Intervention in the Alzheimer's Disease Multiple Intervention Trial (ADMIT)	<p>Arlene A. Schmid</p> <p>Carrie Spangler-Morris</p> <p>Rachel C. Beauchamp</p> <p>Miranda C. Wellington</p> <p>Whitney M. Hayden</p> <p>Hannah S. Porterfield</p> <p>Et al</p>	Determinar si la mejor práctica de atención primaria de EA más terapia ocupacional retrasa el deterioro funcional con más éxito que la práctica de atención primaria de EA por sí sola.	<p>Entrenamiento de las AVD: trabajar en el desarrollo de una rutina, recordar o dar pistas para seguir todos los pasos de una AVD, entrenar el equilibrio.</p> <p>Entrenamiento cognitivo: estrategias de atención, de memoria, resolución de problemas, seguridad, orientación, manejo del estrés y del tiempo.</p> <p>Educación al cuidador: explicar el curso de la enfermedad, enseñar cómo dar órdenes, desarrollar una rutina, enseñar a comunicarse.</p>