

Cristina González Guzmán

Laura Llopis Bordes

**EL IMPACTO DE LA ESTIMULACIÓN COGNITIVA EN LA FASE INICIAL DEL
ALZHEIMER EN LA POBLACIÓN MAYOR Y SU APLICABILIDAD EN LA
PRÁCTICA ENFERMERA**

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

TRABAJO FIN DE GRADO

Dirigido por: Dra. Mireia Adell Lleixà

Grado en Enfermería



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
Facultat d'Infermeria

Campus Terres de l'Ebre

Tortosa, mayo de 2026

Curso 2025-2026

AGRADECIMIENTOS

Queremos expresar nuestro más sincero agradecimiento a todas las personas que nos han acompañado y apoyado durante la realización de este Trabajo de Fin de Grado.

En primer lugar, queremos agradecer especialmente a nuestra tutora, Mireia Adell Lleixà, por su dedicación, implicación y el excelente trabajo realizado durante todo este proceso. Gracias por guiarnos, aconsejarnos y ayudarnos a lo largo de todo el año, así como por la confianza y apoyo que nos ha brindado en cada etapa del proyecto. Su orientación y compromiso han sido fundamentales para poder desarrollar este trabajo de la mejor manera posible.

También queremos agradecer a nuestras familias, parejas y amigos por el apoyo incondicional que nos han dado durante todo este tiempo. Gracias por comprender los momentos de estrés, por animarnos cuando más lo necesitábamos y por estar siempre a nuestro lado durante esta etapa tan importante.

La realización de este trabajo ha supuesto un gran esfuerzo y dedicación por nuestra parte, y haber contado con el apoyo de todas estas personas ha sido clave para poder superar los retos y llegar hasta aquí.

Finalmente, gracias a todas aquellas personas que, de una forma u otra, han contribuido y formado parte de este camino académico y personal.

ÍNDICE

1.	INTRODUCCIÓN	9
2.	MARCO CONCEPTUAL	10
2.1.	CONCEPTOS CLAVE.....	10
2.2.	ENFERMEDAD DE ALZHEIMER	11
2.2.1	HISTORIA DE LA ENFERMEDAD	12
2.2.2	EPIDEMIOLOGÍA	13
2.2.3	IMPACTO ECONÓMICO.....	14
2.2.4	PREVISIÓN DE FUTURO	15
2.2.5	PERCEPCIÓN SOCIAL.....	15
2.2.6	CARACTERÍSTICAS VARIANTES RESPECTO AL GÉNERO.....	15
2.2.7	CAUSAS Y FACTORES DE RIESGO DEL ALZHEIMER.....	16
2.2.8	DIAGNÓSTICO.....	17
2.2.9	PREVENCIÓN	18
2.2.10	TRATAMIENTO: FARMACOLÓGICO Y NO FARMACOLÓGICO	19
2.2.11	TRATAMIENTOS INNOVADORES	21
2.3	DISCIPLINA ENFERMERA	21
3.	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	22
4.	OBJETIVOS.....	22
4.1	OBJETIVO GENERAL	22
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	22
5.	METODOLOGÍA.....	23
5.1	DISEÑO	23
5.2.	PALABRAS CLAVE.....	23
5.3.	ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA	23
5.4	CRITERIOS DE SELECCIÓN: INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	25
6.	RESULTADOS	25
6.1	DIAGRAMA DE FLUJO.....	25
6.2	MODELO CASPE	26
6.3	DESCRIPCIÓN DE LOS ARTÍCULOS	28
7	ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	37
7.1	ESTIMULACIÓN COGNITIVA Y CALIDAD DE VIDA	37
7.2	INTERVENCIONES COGNITIVAS EN FASES INICIALES.....	37
7.3	INTERVENCIONES ENFERMERAS.....	39

8.	CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y APLICABILIDAD A LA PRÁCTICA CLÍNICA	40
8.1.	DESCRIBIR LOS EFECTOS DE LA ESTIMULACIÓN COGNITIVA SOBRE LA FUNCIÓN Y LA CALIDAD DE VIDA.....	40
8.2.	IDENTIFICAR LAS INTERVENCIONES COGNITIVAS CON MEJORES RESULTADOS EN LAS FASES INICIALES.....	40
8.3.	ANALIZAR LAS INTERVENCIONES ENFERMERAS EN LA APLICACIÓN DE ESTOS TRATAMIENTOS	41
9.	LIMITACIONES Y LÍNEAS FUTURAS	41
10.	APLICABILIDAD EN LA PRÁCTICA CLÍNICA	41
11.	BIBLIOGRAFÍA.....	42
12.	ANEXOS	49

ÍNDICE DE FIGURAS Y TABLAS

ÍNDICE DE IMÁGENES

Imagen 1. Comparación entre la actividad cerebral normal y la de EA	Página 11
Imagen 2. Fragmento entrevista	Página 12

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Tasa prevalencia enfermedad de Alzheimer 2020	Página 14
Gráfico 2. Defunciones por Alzheimer según edad	Página 14
Gráfico 3. Pirámide poblacional 2054	Página 15

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Factores de riesgo de la EA	Página 17
Tabla 2. Pregunta de investigación en formato PICO	Página 22
Tabla 3. Palabras clave	Página 23
Tabla 4. Ecuaciones de búsqueda	Página 24
Tabla 5. Criterios de inclusión y de exclusión	Página 25
Tabla 6. Descripción de los artículos	Página 36

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Diagrama de flujo	Página 26
Figura 2. Puntuación método CASPe de estudios caso-control	Página 27
Figura 3. Puntuación método CASPe de artículo cualitativo	Página 27
Figura 4. Puntuación método CASPe de ensayos clínicos	Página 27

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

ABVD: Actividades básicas de la vida diaria.

ADRD: Pacientes con enfermedad de Alzheimer y otras demencias relacionadas.

AIDA: Interacción de Pacientes con Alzheimer a través de lo Digital y el Arte.

CASPe: Critical Appraisal Skills Programme - España.

CCT: Computerized Cognitive Training (Entrenamiento Cognitivo Computarizado/Informatizado).

CT/EC: Cognitive training/Estimulación cognitiva.

CVT: Cognitive Vitality Training (Entrenamiento Cognitivo con Componentes Motivacionales).

DeCS: Descriptores en Ciencias de la Salud.

DLC: Deterioro cognitivo leve.

DOP: Procedimiento con resultados diferenciales.

EA: Enfermedad de Alzheimer.

FDA: Food and Drug Administration.

IA: Inteligencia Artificial.

INE: Instituto Nacional de Estadística.

LCR: Líquido cefalorraquídeo.

MeSH: Medical Subject Headings.

NMDA: N-metil D- aspartato.

NOP: Procedimiento con resultados aleatorios.

RNM: Resonancia Magnética.

SNC: Sistema Nervioso Central

SR: Spaced Retrieval (Entrenamiento de Recuperación Espaciada).

TAC: Tomografía Computarizada.

VERA: Validación, Emoción, Reaseguramiento y Actividad

RESUMEN

Introducción: En los últimos 30 años, ha habido una incidencia exponencial de diagnósticos de Alzheimer, que seguirá aumentando con el paso del tiempo. Esta enfermedad no posee una cura, aunque hay diversos tratamientos que palian los síntomas y ralentizan la enfermedad. Entre estos, se encuentra la estimulación cognitiva.

Objetivos: Analizar los beneficios de la estimulación cognitiva en la fase inicial del Alzheimer de la población mayor de 65 años, describir sus efectos sobre la función cognitiva y calidad de vida, identificar las intervenciones con mejores resultados y su aplicabilidad a la enfermería.

Metodología: Se realiza una revisión bibliográfica sistematizada en las bases de datos del ámbito de salud como son: Scopus, CINAHL, SciELO y Pubmed, aplicando los criterios de selección.

Resultados: Después de emplear los criterios de inclusión i exclusión en las bases de datos nombradas, se recopilan un total de 20 artículos a estudiar que se ajustan con los objetivos de nuestro trabajo.

Conclusiones: Es innegable el efecto de la estimulación cognitiva en la enfermedad de Alzheimer. Aunque se evidencian discrepancias en la aplicación de las intervenciones, es una herramienta a utilizar en enfermería que entra en nuestras competencias profesionales.

Palabras clave: Enfermedad de Alzheimer, Anciano, Entrenamiento cognitivo, Mejora cognitiva. Intervenciones de Enfermería, Enfermería.

ABSTRACT

Introduction: In the last 30 years, there has been an exponential growth in Alzheimer's diagnoses, which will continue to increase over time. This disease does not have a cure, although there are various treatments that alleviate the symptoms and slow down the disease. Among these therapies is cognitive stimulation.

Objectives: To analyze the benefits of cognitive stimulation in the early phase of Alzheimer's in the population over 65 years of age, to describe its effects on cognitive function and quality of life, to identify the interventions with the best results and their applicability to nursing.

Methodology: A systematized bibliographic review is carried out in the databases of the health field such as: Scopus, CINAHL, SciELO and Pubmed, applying the selection criteria.

Results: After using the inclusion and exclusion criteria in the aforementioned databases, a total of 20 articles to be studied that fit the objectives of our work are compiled.

Conclusions: The effect of cognitive stimulation on Alzheimer's disease is undeniable. Although discrepancies are evident in the application of interventions, it is a tool to be used in nursing that is part of our professional competencies.

Keywords: Alzheimer's Disease, Elderly, Cognitive training, Cognitive Enhancement, Nursing Interventions, Nursing.

1. INTRODUCCIÓN

Se considera la enfermedad de Alzheimer (EA) como una afectación neurodegenerativa ineludible, en la cual se evidencia una pérdida de cognición y memoria causada por la destrucción de las neuronas y la pérdida de conexiones nerviosas. Esta enfermedad es especialmente incidente en la población mayor de 65 años, aumentando proporcionalmente con la edad de la persona, y una de las principales causas de demencia y defunciones mundialmente. En la actualidad, se desconoce la manera de detener ni revertir el Alzheimer. Además, tampoco se cuenta con medicamentos capaces de modificar este trastorno, aunque sí disminuyen la sintomatología asociada y contribuyen a la mejora de la calidad de vida (Toro Paca et. al., 2022).

En los últimos 30 años, ha habido una incidencia exponencial de diagnósticos de EA, estimándose un aumento de más del 144% de casos y más de un 184% de los fallecimientos por esta (Llibre-Rodriguez et al., 2022). Actualmente la prevalencia general de las demencias se sitúa por debajo del 2% en la población entre 65 y 69 años; y cada 5 años transcurridos se duplica, alcanzando el 10-17% entre los 80 a 84 años y 30% en edades superiores a 90 años. A parte de esto, la prevalencia en el sexo femenino es mayor debido a su mayor longevidad (Muñoz Zambrano, 2020). Por este mismo motivo, esta revisión bibliográfica se ajusta al rango de edad con más riesgo de padecer la enfermedad, la población mayor a 65 años.

En cuanto al contexto social, experimentamos una inversión en la tendencia de crecimiento poblacional. Debido a este crecimiento los datos nos sugieren que, en 2030, 80 millones de personas padecerán de Alzheimer, y aumentará a 152 millones en 2050, comparadas con los 55 millones de enfermos estimados del 2021 (Llibre-Rodriguez et al., 2022). En un futuro cercano el sistema sanitario deberá enfrentarse a este cambio demográfico de manera adecuada. Para ello será necesario realizar cambios y adaptar el sistema actual teniendo en cuenta el elevado costo de tratamiento de la EA. Por esta razón, se vuelve indispensable un análisis de la distribución de los recursos sanitarios destinados a los enfermos de Alzheimer, considerada por investigadores la epidemia del siglo XXII (Bagnati et al., 2023).

Al mismo tiempo, se evidencia un cambio paralelo en el enfoque de tratamiento en el área de la sanidad, pasando de un paradigma positivista a un paradigma holístico integral, que nos presenta como el paciente considerado como un todo y tratado en todas sus áreas correspondientes. Éste ofrece cuidados integrales y humanizados, y cuyo propósito es favorecer el bienestar completo del paciente (Álvarez Izquierdo, 2023), es por eso por lo que se potencia el uso de las terapias no farmacológicas en el tratamiento de las enfermedades (Vicco, 2022).

La enfermería se entiende como una disciplina que integra tanto conocimientos científicos como habilidades humanas orientadas al cuidado integral. Este cuidado es la esencia de la profesión y se desarrolla a partir de la capacidad de aplicar conocimientos y acciones que generen un impacto positivo en los pacientes (Peñaloza-Jaimes, 2022). Por eso consideramos que estas terapias no farmacológicas son ideales en la aplicación de la profesión enfermera, ya que estas se encuentran entre las competencias de esta ocupación, y creemos relevante la investigación sobre el impacto y funcionalidad en el retraso de la aplicación de terapias farmacológicas.

Las terapias de estimulación cognitiva se consideran una de las herramientas no farmacológicas más utilizadas en pacientes con patologías neurodegenerativas. Estas terapias se utilizan tanto para la prevención como para el tratamiento de los trastornos relacionados con la disminución cognitiva, a partir de la cual se potencia la plasticidad del cerebro. Esto mejora la calidad de vida, ya que la falta de actividad cerebral está relacionada con el deterioro funcional del mismo (Borrego-Ruiz, 2024).

En esta investigación profundizaremos en las terapias de estimulación cognitivas en enfermería, es por ello consideramos de vital importancia realizar una revisión bibliográfica para valorar los beneficios la estimulación cognitiva en personas recién diagnosticadas de Alzheimer.

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1. CONCEPTOS CLAVE

En este apartado, describiremos algunos términos esenciales para contextualizar este trabajo:

Envejecimiento: El envejecimiento es la última etapa de la vida del individuo, en la cual se presentan modificaciones irreversibles en la capacidad de adaptación y reacción frente a los cambios. Estas se disminuyen debido a la bajada de potencial de reserva en los órganos y sistemas, cambios funcionales y estructurales comunes en todas las especies. (Villegas Dorticós et. al., 2023).

Demencia: La demencia es un síndrome relacionado con patologías que generan una decadencia del nivel cognitivo, afectando así al funcionamiento normal el cualquiera de las áreas de la vida (Valero-Merino et. al., 2023).

Alzheimer: La EA es una patología neurodegenerativa de progresión lenta provocada por una proteinopatía que genera una enfermedad generalizada pero regionalmente específica. Se caracteriza por el concentrado anormal de dos proteínas en el cerebro, estas proteínas que se

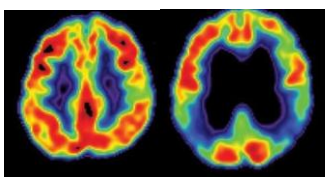
almacenan de forma anormal son la proteína β -Amiloide, relacionada con las Placas Amiloideas, una estructura ovoidea extracelular y la proteína Tau, relacionada con el cambio u ovillo neurofibrilar, localizado en la zona intraneuronal (Llibre-Rodriguez et al., 2022).

Terapias alternativas: Las terapias alternativas son el conjunto de técnicas poco invasivas que utilizan recursos naturales para favorecer el bienestar físico, emocional y social de la persona. Estas intervenciones pueden utilizarse de manera preventiva, diagnóstica, terapéutica o rehabilitadora y tienen la finalidad de atender a la persona desde una perspectiva integral (Rodríguez Lara et al., 2022).

2.2. ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

La enfermedad de Alzheimer es un trastorno neurodegenerativo progresivo que provoca un deterioro gradual de las funciones cognitivas y es la primera causa de demencia. Uno de los primeros signos en aparecer es la alteración de la memoria episódica reciente, que puede extenderse a recuerdos más antiguos y a otras formas de memoria con el avance de esta.

Imagen 1. Comparación entre la actividad cerebral normal y la de EA (Neuroscience News, 2016).



A medida que evoluciona la enfermedad, comienzan a manifestarse diversas alteraciones corticales, entre ellas la afasia, la apraxia y la agnosia, que dificultan la expresión y comprensión del lenguaje; la realización de acciones previamente aprendidas y el reconocimiento de objetos, lugares o personas. Estos cambios acaban interfiriendo en la capacidad de la persona para desenvolverse de forma autónoma en sus actividades básicas de la vida diaria (ABVD), lo que conlleva a una dependencia funcional a medida que progresa la enfermedad.

En las primeras etapas del Alzheimer, alrededor de dos tercios de los pacientes presentan síntomas conductuales o emocionales, siendo la apatía uno de los más frecuentes. Además, el 30% de los pacientes experimentan síntomas de depresión como insomnio, pérdida del apetito, ansiedad o episodios de llanto. En la fase moderada de la enfermedad, se manifiestan síntomas conductuales más complejos, como ideas paranoides o ilusorias, que se manifiestan como delirios de robo, ideación de abandono o infidelidad. En los estadios más avanzados, es común observar agitación, comportamientos agresivos, alucinaciones, intentos de fuga, conductas

repetitivas sin propósito claro y acciones inapropiadas. Este conjunto de síntomas afecta especialmente en la convivencia y el nivel de autonomía (Llibre-Rodríguez et al., 2022).

Actualmente la EA se divide en tres fases o estadios:

- EA preclínica: En esta fase el paciente presenta alteraciones cerebrales asociadas a la EA, sin embargo, el individuo se encuentra asintomático gracias a mecanismos compensatorios del cerebro. El reconocimiento de esta fase permite avanzar hacia un diagnóstico precoz y posibles intervenciones preventivas.
- Deterioro cognitivo leve (DCL) debido a EA: En esta fase se manifiestan los primeros síntomas cognitivos leves, pueden afectar la memoria, el lenguaje o la atención. Estos cambios suelen ser notables para el propio paciente, pero no interfieren en las ABVD. Entre los pacientes que presentan DCL, un porcentaje desarrolla demencia en los años siguientes, aunque algunos permanecen estables o incluso revierten a un estado cognitivo normal.
- Demencia debida a EA: En esta fase aparecen alteraciones cognitivas y conductuales más evidentes, que interfieren en las ABVD. Esta fase puede subdividirse en: la fase leve, la persona mantiene cierta autonomía, pero requiere ayuda en tareas complejas; la fase moderada, surge confusión, problemas de orientación y cambios de personalidad; y la fase grave, se pierde la capacidad de comunicación y se requiere cuidado completo, con riesgo de complicaciones físicas graves (Alzheimer's Association, 2024).

2.2.1 HISTORIA DE LA ENFERMEDAD

La demencia relacionada con la edad, o demencia senil, fue reconocida como enfermedad neurológica a finales del siglo XVIII. A finales del siglo XIX, los síntomas descritos en algunos casos no concordaban con la demencia senil. Se le atribuye a Alois Alzheimer la primera descripción de la enfermedad en 1907 (Sánchez, 2024).

La aportación más importante de Alois Alzheimer fue el caso de Auguste Deter, más conocido como "Auguste D". Se trata del caso de una mujer que ingresó el 25 de noviembre de 1901 en el hospital de Frankfurt por un conjunto de síntomas como alteraciones en la memoria, períodos de agitación, insomnio e ideas paranoides o ilusorias. Al día siguiente de su ingreso, el 26 de noviembre del 1901, Alois Alzheimer entrevistó a la paciente por primera vez, y, durante la entrevista, la paciente contestaba a todas las preguntas con su nombre o con incoherencias.

Imagen 2. Fragmento entrevista (Pacheco Larrucea, 2024).

- ¿Como se llama?	- ¿Cuanto tiempo lleva aqui?
Auguste.	Tres semanas...
- ¿Apellido?	- ¿Qué sostengo en mi mano?
Auguste.	Un cigarro.
- ¿Como se llama su marido?	- Correcto. ¿Y esto que es?
Creo que Auguste.	Un lápiz.
- ¿Su marido?	- Gracias. ¿Y esto?
Ah, bueno, mi marido...	Un plumín de acero.
- ¿Está casada?	- También correcto.
En Auguste...	¿Esto que es, señora D.?
- ¿Sra. D.?	Su monedero, doctor...
Sí, en Auguste D.	

En 1906, tras el fallecimiento de la paciente, Alois solicitó la historia clínica y el cerebro de la paciente para poder analizarlo detenidamente. Durante su estudio neuropatológico, observó que alrededor de una tercera parte de las neuronas de la corteza cerebral se habían extinguido. Además, en el estudio histológico de Perusini y Bonfiglio, se observó una atrofia de la corteza con citólisis generalizada.

En noviembre de 1906, Alois Alzheimer describió los primeros conocimientos que tenía sobre la nueva enfermedad relacionada con la demencia presenil, pero no se le dio importancia debido a la falta de pruebas objetivas de que no se tratara de un caso excepcional de la demencia senil. Por ello, ordenó a sus discípulos Persini y Bonfiglio que encontraran nuevos casos parecidos al de Auguste D y que realizaran un estudio sobre ellos para confirmar las sospechas de una demencia presenil. En 1910 Emil Kraepelin, hizo la primera referencia oficial en la Historia de la Medicina de la “Enfermedad de Alzheimer” en unas de sus publicaciones (Bermejo Pareja, 2024). En ella, describía esta enfermedad como una nueva entidad diferente a la demencia senil (Pacheco Larrucea, 2024).

2.2.2 EPIDEMIOLOGÍA

En este punto valoraremos la epidemiología del Alzheimer desglosada en diferentes apartados como la incidencia, prevalencia, morbilidad, impacto económico, previsión de futuro, percepción social y el género.

2.2.2.1 INCIDENCIA

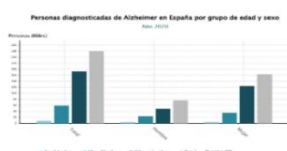
Mundialmente, la incidencia de demencia es de 5-10 casos por 1000 personas al año en mayores de 65 años, mayor en mujeres a partir de los 90 años y mayoritariamente en la EA. Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), el número total de ingresos en España por demencia no resulta significativo, aunque las cifras no tienen en cuenta las hospitalizaciones por complicaciones de esta.

En las últimas décadas, investigaciones sugieren una reducción de demencia en ciertos países no muy significativa, que posiblemente sea debida a una mejora de las condiciones de vida. A pesar de esto, el número global de casos de demencia aumentará por el incremento de la longevidad.

2.2.2.2 PREVALENCIA

La prevalencia de la demencia es inferior al 2% entre los 65 y 69 años, duplicando este valor cada 5 años, llegando al 30% por encima de los 90 años. En España, la prevalencia oscila entre 4,3% y 17,2%. A partir de estos datos, podemos observar que la edad es el determinante por excelencia de la prevalencia de la demencia. Independientemente del grupo de edad, se observa que la prevalencia es mayor en el sexo femenino, esto se especula que es debido a su mayor longevidad.

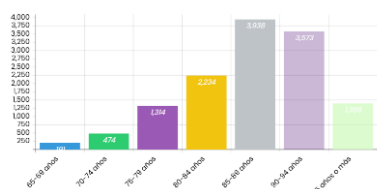
Gráfico 1. Tasa prevalencia enfermedad de Alzheimer 2020 (EpData, 2022).



2.2.2.3 MORBIMORTALIDAD

La cantidad de comorbilidades en personas con EA es mayor que en las personas sin demencia, con una diferencia de 1,3 enfermedades más en España. Además, se suma un aumento de riesgos de caídas, infección o secuelas derivadas de la enfermedad. La demencia se considera pronosticadora de mortalidad y la cuarta causa de muerte en España, siendo el Alzheimer responsable de un 4,9% de los fallecimientos de la población anciana. La mediana de supervivencia de la EA es de 3,1 a 5,9 años, y se relaciona con una menor supervivencia la edad, el sexo masculino, la gravedad de la demencia y las patologías vinculadas.

Gráfico 2. Defunciones por Alzheimer según edad, *Elaboración propia* (INE, 2023).



2.2.3 IMPACTO ECONÓMICO

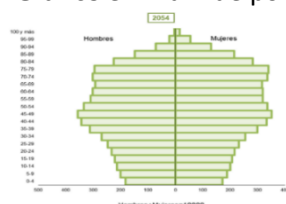
El gasto económico en el Alzheimer varía dependiendo de la progresión de la enfermedad, ya que en fases tempranas el gasto indirecto (relativos a los servicios no reembolsados) supera al directo (derivados de la atención al paciente), y viceversa en las avanzadas debido a un mayor grado de dependencia. En España, se estima que el coste de la demencia en 2010 supuso un 15%

del gasto sanitario total, mientras que, en Europa, el 50% del total. El 88% de este gasto es asumido por las familias, normalmente cuidadoras, y el restante abonado por fondos públicos (Villarejo Galende et. al., 2021).

2.2.4 PREVISIÓN DE FUTURO

El envejecimiento gradual poblacional prevé un aumento de la prevalencia de demencia mundialmente. En la España de 2050, uno de cada 3 españoles será mayor de 65 años, por lo que se estipulaba que en 2030 la cifra alcanzaría casi los 600.000 casos, y cerca del millón en 2050. Sin embargo, se cree que estas cifras infravaloran el problema, ya que un porcentaje de casos queda por diagnosticar en las estadísticas oficiales (Villarejo Galende et. al., 2021).

Gráfico 3. Pirámide poblacional 2052 (INE, 2024).



2.2.5 PERCEPCIÓN SOCIAL

Según el World Alzheimer Report (2024), los pacientes con EA sufren a diario la consecuencia de los estigmas sociales debido a concepciones erróneas y desinformación. Este estigma aumenta los desafíos a los que se enfrentan las personas con Alzheimer y retiene los esfuerzos para proveer cuidado y soporte emocional, provocando deterioro de la calidad de vida. Además, estos estigmas pueden ser internalizados hasta el punto de provocar vergüenza por el diagnóstico, aislamiento social y secretismo. Este fenómeno contribuye a los síntomas de la enfermedad y les ahuyenta de la ayuda que podrían recibir. La infra-inversión de los fondos exacerba inequidades, dejando sin recursos necesarios para manejar la condición de manera efectiva (Evans-Lacko et. al., 2024).

2.2.6 CARACTERÍSTICAS VARIANTES RESPECTO AL GÉNERO

Históricamente ha habido un sesgo informativo respecto al sexo femenino por la falta de estudios enfocados a ellas y la menor participación en estos. Este dato resulta relevante ya que 2 de cada 3 con EA son mujeres, así como las que adoptan el rol de cuidadora (Brugulat et. al., 2025). Por otra parte, biológicamente las mujeres presentan más tendencia al deterioramiento cognitivo diversos factores de riesgo: factores de riesgo específicos (preeclampsia), longevidad, hormonas (relación de estrógenos y memoria), sueño y interrupción de ritmos circadianos, y respuestas al estrés. (Hernández Ortiz, 2024).

2.2.7 CAUSAS Y FACTORES DE RIESGO DEL ALZHEIMER

Se desconocen exactamente las causas de la enfermedad de Alzheimer; pero sí que se poseen varias hipótesis sobre su origen. La primera hipótesis lanzada fue la **Teoría colinérgica**, que estipula que el antagonismo de receptores muscarínicos y nicotínicos causan deterioro cognitivo, mostrando una posible interacción entre los receptores durante la enfermedad. Otra de las teorías mayormente aceptadas es la **Hipótesis Glutamatérgica**, que se basa en la modificación de la actuación del glutamato en las alteraciones del metabolismo, añadiendo iones calcio a la neurona y causando apoptosis. La tercera hipótesis consta de la **Teoría de la cascada amiloide**, que evidencia una influencia entre la deposición amiloide y la función colinérgica. Una de las más recientes hipótesis es la de la **Teoría genética**, basada en que la transmisión de la enfermedad se produce a través del cromosoma 14, 1 y 21. Más allá de estas se encuentra la **Teoría oligomérica**, basada en el diagnóstico diferencial de la EA, que apuesta por la deposición de placas beta-amiloides en el contenido extracelular de tal manera que forman oligómeros, facilitando la apoptosis neuronal. La última teoría es la llamada **Teoría de diabetes tipo 3**, estipulando que el cerebro se vuelve vulnerable a las alteraciones de los procesos de absorción de glucosa y, por tanto, no posee energía para su adecuado funcionamiento. (Oliveira et. al.,2023).

Los factores de riesgo de la EA se dividen en modificables y no modificables:

Factores modificables
- <u>Nivel educativo</u>: tendencia inversamente proporcional, a menor nivel educativo, mayor riesgo; evita el deterioro cognitivo. - <u>Enfermedad cerebrovascular</u>: presente en <50% de las personas que padecen Alzheimer. - <u>Traumatismo craneoencefálico</u>: deposita sustancias neurodegenerativas en la zona de la sinapsis neuronal. - <u>Hipertensión arterial</u>: comorbilidad frecuente ya que altera el rendimiento cognitivo. - <u>Obesidad y sedentarismo</u>: la probabilidad aumenta un 21%. - <u>Diabetes Mellitus 2</u>: altera la función cognitiva acumulando placas amiloides en el cerebro - <u>Depresión/aislamiento</u>: se consideran signos de alarma y pródromos de la enfermedad. - <u>Bajos estrógenos</u>: deterioran la memoria verbal y aumentan el riesgo de deterioro cognitivo. - <u>Consumo de alcohol y tabaco</u>: generan daño neuronal y alteran la memoria - <u>Procesos infecciosos que producen lesiones cognitivas</u>: ciertos casos de Covid-19.

Factores no modificables
- <u>Envejecimiento</u>: principal factor de riesgo para desarrollar Alzheimer. Disminuye la masa cerebral, se produce una disminución de la sinapsis y un ensanchamiento ventricular. - <u>Genética</u>: las mutaciones en los genes APP, PSEN1 y PSEN2 inducen el Alzheimer. Por otro lado, el gen APOE retrasa la aparición de esta enfermedad.

Tabla 1. Factores de riesgo de la EA. *Elaboración propia.* (Ávila-Villanueva et. al., 2023) (Pastor Morales et. al., 2024).

2.2.8 DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de la enfermedad del Alzheimer empieza en atención primaria. Delante de síntomas de sospecha, el primer paso es descartar otras causas médicas que se relacionen con deterioro físico y mental. Realizar un diagnóstico precoz es fundamental para poder retrasar la evolución de la enfermedad, por ello, es necesario observar si el paciente presenta alteraciones de la memoria episódica significativa, presencia de cambios cognitivos y conductuales, episodios de desorientación en tiempo y espacio, alteraciones del lenguaje, disminución en la autonomía para realizar las actividades básicas de la vida diaria y trastornos de la personalidad (Calonge Leal et. al., 2022)(GENCAT, 2022).

Delante de una sospecha de EA, en el Centro de Salud Primaria se iniciará el estudio del paciente a partir de la solicitud de una analítica sanguínea y, posteriormente, la realización de una neuroimagen estructural. Más adelante, en las unidades de atención especializada de pacientes con demencia, se realizará una anamnesis al paciente, un examen físico y neurológico, seguido de una exploración neuropsicológica y exploraciones complementarias como la realización de estudios de los biomarcadores (GENCAT, 2022).

El estudio a partir de la Neuroimagen, como es el caso de la realización de Resonancia Magnética (RNM) o Tomografía Computarizada (TAC), permite observar el estado del parénquima encefálico, si hay presencia de atrofia en distintas zonas del cerebro y, además, permite descartar otras causas orgánicas (Calonge Leal et. al., 2022). Los biomarcadores son de utilidad para el diagnóstico temprano, la estadificación de la enfermedad, el establecimiento de un pronóstico y la evaluación de la respuesta al tratamiento. El estudio de biomarcadores más utilizado para el diagnóstico de la EA es el análisis del líquido cefalorraquídeo (LCR). El LCR muestra los cambios en los procesos metabólicos debido al contacto directo con el cerebro. El análisis del LCR se centra en tres biomarcadores en concreto, la proteína β -Amiloide y la proteína Tau (p-Tau y t-

Tau) (Janeiro et. al., 2021). Estos biomarcadores son los más empleados debido a que la EA se caracteriza por el concentrado anormal de estas dos proteínas en el cerebro: la proteína β -Amiloide, relacionada con las Placas Amiloideas, una estructura ovoidea extracelular; y la proteína Tau, relacionada con el cambio u ovillo neurofibrilar (Llibre Rodríguez et. al., 2022).

2.2.9 PREVENCIÓN

Se ha demostrado que en las **personas bilingües** se favorece la prevención en el deterioro cognitivo en casos de demencia, observándose la aparición de síntomas en la demencia hasta 4 años más tarde en adultos bilingües en comparación con los adultos monolingües.

En otro estudio sobre la “Relación entre la motivación religiosa y espiritual y la enfermedad de Alzheimer” se analizó que los pacientes **creyentes** tenían más beneficios psicológicos y motivacionales, y, además, una menor demencia que los pacientes no creyentes.

Una **alimentación equilibrada y saludable**, rica en antioxidantes actúa como factor neuroprotector; rica en ácidos grasos poliinsaturados y omega-3 se relaciona con un menor riesgo de desarrollar demencia; y con un buen aporte vitamínico, enriquecido en vitaminas E y C que funcionan como recicladores antioxidantes de radicales libres tóxicos. Asimismo, la **dieta mediterránea** está asociada con un retraso significativo en el deterioro cognitivo y en la evolución de la EA, evidenciando que una buena adherencia a esta dieta podría tener un efecto beneficioso en la memoria, la función ejecutiva y la visual. Adicionalmente, el consumo de té se relaciona con la disminución del riesgo de sufrir EA, debido a sus efectos anti-beta-amiloides.

La realización de **estudios** para personas mayores ofrece programas de envejecimiento activo, lo que repercute en el ámbito social y cognitivo, entrenando procesos de aprendizaje y memoria episódica y semántica, así como los estudios superiores se relacionan con una futura reserva cognitiva mayor que resiste más a procesos patológicos cerebrales.

Las actividades de **ejercicio físico** se considera un factor protector de la memoria y del aprendizaje. Durante esta actividad la circulación del cerebro aumenta entre un 14% y 25%, y refleja un incremento de una proteína localizada en la corteza cerebral y en el hipocampo, denominada Factor Neurotrófico Derivado del Cerebro, que tiene como función principal proteger a las neuronas de daño oxidativo.

Tener una **rutina diaria** para mantenerse ocupado favorece los hábitos protectores, como el mantenimiento de una alimentación saludable, actividad física y cognitiva, y una activa vida social. Entre ellas se destacan 3 factores relevantes: la lectura continuada como hábito en un período superior a 5 años, que mantiene el cerebro activo; las relaciones sociales y un buen

círculo de apoyo social; y un buen ciclo sueño-vigilia, que se relaciona con un menor desarrollo de deterioro cognitivo.

Por último, la más relevante para esta revisión es la **estimulación cognitiva (EC)**. Si se mantiene una actividad cerebral constante, se puede evitar el deterioro mental, aumentando la densidad sináptica de determinadas áreas cerebrales. La EC trabaja la neuroplasticidad, es decir, la capacidad que tienen las células del sistema nervioso para regenerarse de manera funcional y anatómica tras haber sido afectadas negativamente. Se desarrollan estrategias que permiten la rehabilitación para poder recuperar un déficit cognitivo. Por tanto, a través de ella, se intenta evitar esta disminución de actividad, y prevenir el deterioro cognitivo (Muñoz Zambrano, 2020).

2.2.10 TRATAMIENTO: FARMACOLÓGICO Y NO FARMACOLÓGICO

Como en cualquier otra enfermedad, el tratamiento de la EA debe ser multidimensional, interdisciplinario y personalizado; con una revisión a largo plazo. Este se puede dividir en farmacológico y no farmacológico.

2.2.10.1 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

En cuanto al tratamiento farmacológico, su objetivo es retrasar el progreso de la enfermedad y mejorar la calidad de vida del paciente y entorno. Por desgracia, aún no se ha encontrado fármacos que detengan la evolución de la EA. Actualmente, solo cuatro fármacos han sido aprobados por la FDA para tratar la enfermedad: los tres inhibidores de la colinesterasa (Donepezilo, Rivastigmina y Galantamina) que incrementan la concentración local y la duración de la acetilcolina en la hendidura sináptica; y un antagonista del receptor glutamínérgico N-metil D-aspartato (NMDA) no competitivo (Memantina) el cual está demostrado que alarga la supervivencia en los enfermos y retrasa el ingreso de los pacientes con Alzheimer moderado a grave (Janeiro et. al., 2021).

Por esta razón, la terapia estándar más recomendada es el inicio con un inhibidor de la colinesterasa y, más adelante, añadir la Memantina. El uso de neurolépticos a corto y largo plazo se asocia con un riesgo aumentado de deterioro cognitivo, comorbilidad y mortalidad, por lo que su implementación se reserva para trastornos de conducta derivados de la enfermedad de difícil control o cuando existe un riesgo exacerbado de daño inminente o de la seguridad de la persona o familia que no se puede mejorar de otra manera (Llibre-Rodriguez et. al., 2022).

2.2.10.2 TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

En cuanto al tratamiento no farmacológico, hay una infinidad de terapias aplicables a las demencias. Por ello, las clasificamos en actividad física y tratamiento rehabilitador, terapia ocupacional y estimulación cognitiva.

En cuanto a la **actividad física y tratamiento rehabilitador**, como el ejercicio aeróbico de intensidad moderada, mejora los síntomas depresivos, la capacidad funcional y el rendimiento de la memoria, relacionados con los beneficios cardiorrespiratorios que conlleva. Además, el ejercicio anaeróbico y mixto mejoran la cognición global y la independencia en las ABVD, y los ejercicios de fuerza, equilibrio, marcha y resistencia disminuyen el riesgo de caídas asociado a la enfermedad. Más allá de esto, tratamientos rehabilitadores como la reeducación postural, también mostraron una mejora en la calidad de vida, capacidad cognitiva, depresión, autonomía y equilibrio.

En el ámbito de la **terapia ocupacional**, la terapia con caninos, como paseos, charlas, cuidados y juegos, se relaciona con un beneficio en la salud física y mental con mejora del bienestar autopercebido, y con un aumento de la participación social. Otra terapia a destacar es la musicoterapia, proporcionando una disminución en los niveles depresivos y ansiosos, aumento de la memoria y mejora de las afasias; que, acompañada del baile, mejoran la flexibilidad y retrasan el empeoramiento físico. También, la pintura y escultura obtuvo beneficios similares, destacando la mejora de la depresión. Algunos estudios apuntan que la mejor intervención sería una terapia mixta para obtener todos los beneficios descritos.

Por último, relacionado con la **estimulación cognitiva**, ha sido demostrado que la aplicación de la estimulación cognitiva, habilidades psicomotoras y sensoriales mejoran la independencia funcional para las ABVD, las capacidades intelectuales y la orientación espaciotemporal; con mejoría en la distinción de emociones (Ruíz-Hernández et. al., 2023).

La estimulación cognitiva, lingüística y motora constituye un recurso esencial para conservar habilidades y funciones en personas con Alzheimer en fases iniciales. Intervenir de forma temprana mediante programas estructurados puede ayudar a ralentizar el deterioro y favorecer un mayor bienestar en el día a día. Este enfoque de intervención precoz se caracteriza por actuar desde los primeros signos de la enfermedad, reforzando aquellas capacidades que aún tiene la persona. Adaptar las actividades a las necesidades individuales y ofrecer un entorno estimulante contribuye a mejorar la calidad de vida del paciente y de quienes lo acompañan.

Entre los diferentes tipos de estimulación cognitiva utilizados en personas con Alzheimer se encuentran los **ejercicios de memoria**, que consisten en actividades orientadas a la recuperación de información como nombres, sucesos previos o listas de palabras, lo cual contribuye a reforzar la memoria. También encontramos el **entrenamiento cognitivo**, basado en programas estructurados con tareas de atención, razonamiento, resolución de problemas y procesamiento de la información, con el objetivo de mantener el funcionamiento cognitivo y ralentizar su deterioro. De la misma manera, las **actividades de estimulación mental** se basan en la realización de rompecabezas, juegos de palabras, lectura o escritura, ayudan a mantener el cerebro activo, estimulan la cognición y favorecen la motivación y la sensación de logro (Fallas Nuñez, 2025).

2.2.11 TRATAMIENTOS INNOVADORES

Como tratamientos innovadores, algunos de los estudios recientes evalúan el impacto de la estimulación cognitiva mediante el uso de videojuegos de tipo arcade y estrategia en la etapa incipiente del Alzheimer; incrementando así la puntuación de las escalas de valoración después de la intervención, sobre todo en las áreas de la atención, el área visoespacial y ejecutiva (Hernández Landa, 2023). Más allá de esto, se ha aprobado recientemente el aducanumab, un anticuerpo monoclonal que actúa en contra de los depósitos de beta-amiloide, seguido de otros medicamentos en desarrollo con el objetivo de modular la acumulación de Tau y beta-amiloide y terapias génicas (Melo Mendoza et. al., 2025).

2.3 DISCIPLINA ENFERMERA

Actualmente la EA se considera un desafío tanto sanitario como poblacional, debido a la creciente incidencia de casos que se han observado en las últimas décadas. La atención continuada de los pacientes en el ámbito de atención primaria juega un papel fundamental, una correcta evaluación continuada de los pacientes se relaciona con una detección precoz de síntomas de alarma de sospecha de demencia. Por esto mismo, la disciplina enfermera desempeña un papel fundamental en la detección precoz, favoreciendo un diagnóstico temprano y un mejor pronóstico de la calidad de vida del paciente. En el ámbito de los cuidados de la práctica enfermera, uno de los objetivos más relevantes en la EA es mantener una adecuada comunicación que permita adaptar las necesidades del paciente a medida que progresa la enfermedad y el nivel de dependencia de la persona para la realización de las ABVD. Asimismo, dentro de los cuidados también encontramos el acompañamiento a la familia y al cuidador principal a lo largo del proceso, proporcionándoles estrategias para afrontar las alteraciones en la conducta del paciente derivadas del deterioro neurológico.

En la actualidad, no hay evidencia de tratamientos ni intervenciones curativas frente al deterioro neurológico de la EA, por ello, las intervenciones enfermeras adquieren una gran relevancia, procurando mejorar la calidad de vida del paciente y ofreciendo estrategias que ayudan a ralentizar el progreso de la enfermedad. Desde este enfoque, la finalidad del cuidado enfermero es promover el mayor bienestar posible, reducir el sufrimiento y garantizar que la persona, así como su entorno, puedan mantener una vida digna a lo largo del proceso de la enfermedad (Calonge Leal et. al., 2022).

3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Los tratamientos no farmacológicos de estimulación cognitiva mejoran la calidad de vida en pacientes de la población mayor diagnosticada de Alzheimer en fase inicial?

Seguidamente, desglosamos nuestra pregunta de investigación a través de la metodología PICO:

P (Población)	Personas mayores de 65 años diagnosticadas de Alzheimer en fase inicial.
I (Intervención)	Tratamientos no farmacológicos de estimulación cognitiva.
C (Comparación)	(No aplicable).
O (Outcome/Resultado)	Mejora o mantenimiento de la función cognitiva y la calidad de vida.

Tabla 2. Pregunta de investigación en formato PICO (*fuelle: elaboración propia*).

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar los beneficios de los tratamientos no farmacológicos de estimulación cognitiva en la fase inicial del Alzheimer de la población mayor de 65 años.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Describir los efectos de la estimulación cognitiva sobre la función cognitiva y la calidad de vida.
- 2) Identificar qué tipo de intervenciones cognitivas muestran mejores resultados en las fases iniciales.
- 3) Describir las intervenciones enfermeras en la aplicación de estos tratamientos

5. METODOLOGÍA

5.1 DISEÑO

Este estudio es una revisión bibliográfica sistematizada realizada a partir de la investigación de literatura científica en diversas bases de datos. El periodo de tiempo en el cual se realizó la búsqueda de los artículos se llevó a entre los meses de diciembre de 2025 y enero de 2026. Durante el proceso de selección de artículos se ha aplicado el método PRISMA: identificación del total de registros encontrados, selección según los criterios estipulados, elegibilidad e inclusión del número final de estudios.

5.2. PALABRAS CLAVE

En este apartado se describen las palabras clave utilizadas para realizar la búsqueda de este trabajo mediante los descriptores MeSH, DeCS y el lenguaje libre:

MeSH (inglés)	DeCS (castellano)	Lenguaje natural
Alzheimer Disease	Enfermedad de Alzheimer	Alzheimer en fase inicial
Elderly	Anciano	Persona mayor
Cognitive training	Entrenamiento cognitivo	Estimulación cognitiva
Cognitive Enhancement	Mejora cognitiva	Mejora cognitiva
Nursing Interventions	Intervenciones de Enfermería	Intervenciones de enfermería
Nursing	Enfermería	Enfermería

Tabla 3. Palabras clave *(fuente: elaboración propia)*.

5.3. ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA

Para realizar esta revisión sistematizada, hemos realizado una búsqueda extensa en las bases de datos de Scopus, CINAHL, Scielo y Pubmed utilizando el lenguaje MESH o DeCS según correspondiera. Tras aplicar los filtros automáticos, se obtuvieron un total de 1.711 artículos a leer, de los cuales escogimos 20 a estudiar.

Base de datos	Ecuación de búsqueda	Número artículos	Artículos filtrados	Artículos utilizados
Scopus	"Alzheimer disease" AND "elderly" AND "cognitive training" AND "cognitive enhancement"	7.790	1.545	5
	"Alzheimer's disease" AND "elderly" AND "cognitive training" AND "nursing"	4809	161	1
CINAHL	"Alzheimer disease" AND "elderly" AND "cognitive training"	206	92	10
	"Alzheimer's disease" AND "elderly" AND "cognitive training" AND "nursing"	10	2	2
SciELO	"Enfermedad de Alzheimer" AND "geriatría"	54	25	0
	"Enfermedad de Alzheimer" AND "Intervenciones enfermeras"	1	1	0
	"Enfermedad de Alzheimer" AND "Enfermería"	106	47	0
Pubmed	"Alzheimer disease" AND "older" AND "cognitive training"	85	49	1
	"Alzheimer disease" AND "older" AND "cognitive training" AND "Nursing"	10	9	0
	"Alzheimer disease" AND "Nursing Interventions"	45	5	2
TOTAL				20

Tabla 4. Ecuaciones de búsqueda *(fuente: elaboración propia)*.

5.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN: INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Los criterios de selección utilizados para escoger los artículos indicados para la realización de esta revisión sistematizada son:

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
- Año de publicación de 10 años o menos de antigüedad (del 2016-2026). - Texto completo o vía Sabidi o CRAI. Estado de publicación final. - Idiomas: castellano, catalán, inglés y/o portugués. - Población por estudiar: adultos mayores de 65 años.	- Año de publicación anterior al 2016. - No disponer del texto completo. - Otros idiomas que no sean castellano, catalán, inglés y/o portugués. - Población fuera de rango. - Población con Alzheimer avanzado. - Por repetición. - Por título, resumen y contenido.

Tabla 5. Criterios de inclusión y de exclusión *(fuente: elaboración propia)*.

6. RESULTADOS

6.1 DIAGRAMA DE FLUJO

Para poder realizar un resumen de la metodología se realiza un diagrama de flujo con el método PRISMA, que establece criterios a la hora de realizar la búsqueda de documentos. Este diagrama se divide en cuatro fases: identificación, cribado, elegibilidad y artículos incluidos (figura 1).

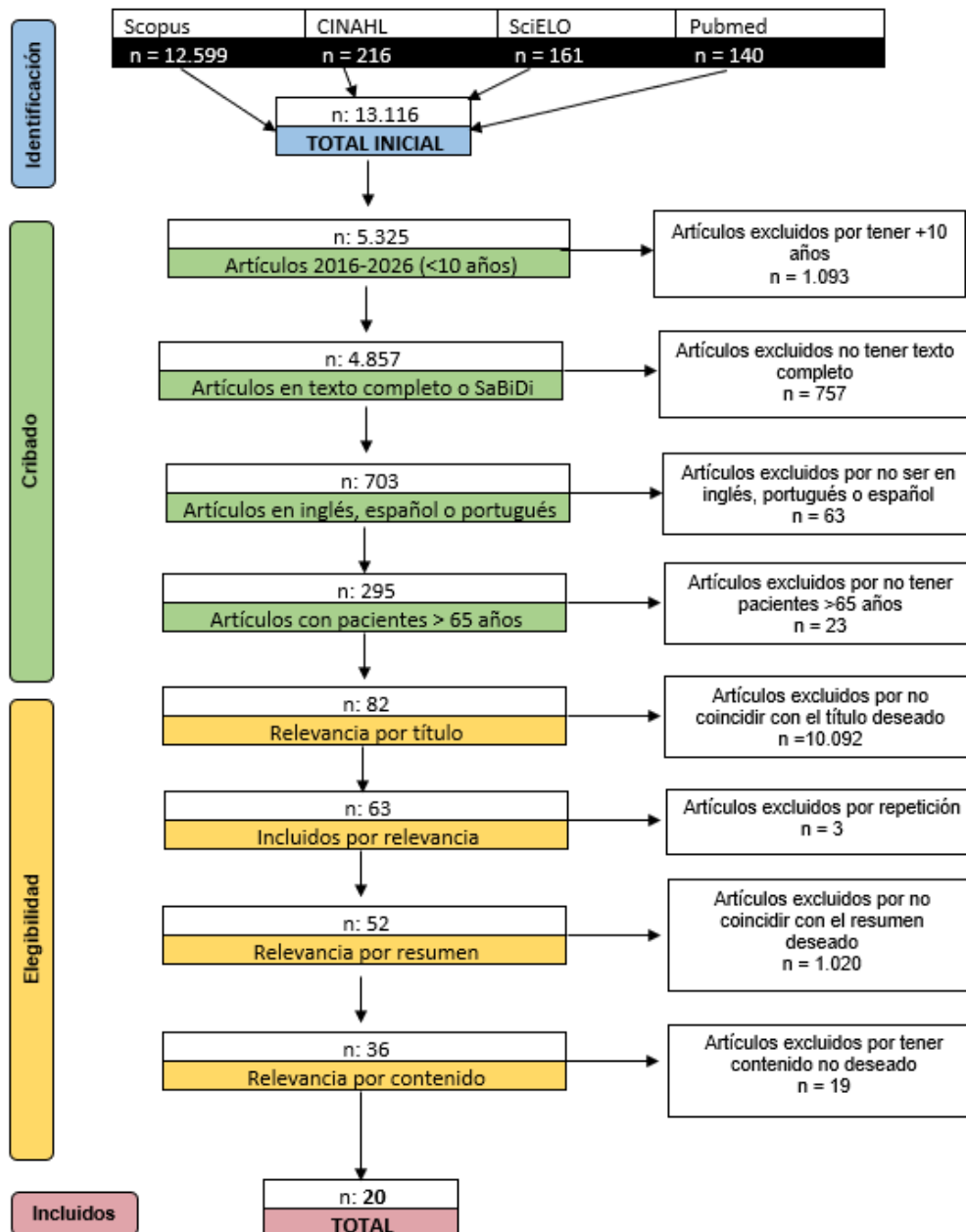


Figura 1. Diagrama de flujo (fuente: Page MJ, et al. *BMJ* 2021;372(71). DOI: 10.1136/bmj.n71.).

6.2 MODELO CASPE

Para analizar la calidad y validez de los artículos encontrados durante la búsqueda bibliográfica hemos utilizado el método CASPe (*Critical Appraisal Skills Programme - España*). Este método analiza la calidad de los artículos mediante una serie de preguntas que se deben contestar con SÍ/NO correspondiendo a 1 punto la respuesta SÍ y 0 puntos la respuesta NO. En nuestro caso, este análisis lo hemos dividido en tres tablas: de estudios de tipo caso-control, estudios cualitativos y ensayos clínicos.

La primera tabla analiza los 13 artículos de estudios caso-control mediante las 11 preguntas correspondientes del método CASPe, 8 de ellos han obtenido una puntuación 11/11 mientras que los 6 restantes han obtenido una puntuación de 10/11 (Anexo 1. Tablas de puntuación estudios Caso-Control).



Figura 2. Puntuación método CASPe de estudios caso-control (elaboración propia).

La segunda tabla analiza 1 único artículo cualitativo mediante las 10 preguntas correspondientes del método CASPe, obteniendo como resultado 10/10 (Anexo 2. Tablas de puntuación de artículos cualitativos).



Figura 3. Puntuación método CASPe de artículo cualitativo (elaboración propia).

La tercera tabla analiza los 6 artículos de ensayos clínicos mediante las 11 preguntas correspondientes del método CASPe, 4 de ellos han obtenido una puntuación 11/11 mientras que los 2 restantes han obtenido una puntuación de 10/11 (Anexo 3. Tablas de puntuación de ensayos clínicos).

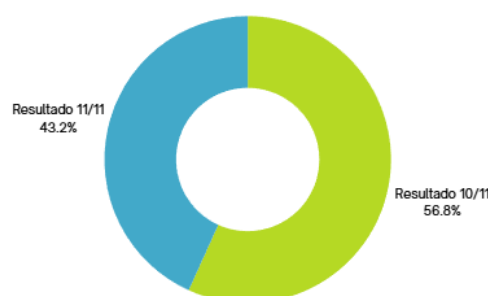


Figura 4. Puntuación método CASPe de ensayos clínicos (elaboración propia).

Finalmente, tras analizar todos los artículos siguiendo la metodología CASPe, podemos observar que la calidad metodológica de los artículos obtenidos es muy alta, siendo la puntuación de todos los artículos igual o superior a 8, lo que aporta rigor científico a esta revisión sistematizada.

6.3 DESCRIPCIÓN DE LOS ARTÍCULOS

Autor, año y país	Título artículo	Base de datos	Metodología	Objetivo	Resultados/ Conclusiones	Acceso al documento
Nilgün Çinar, Türker Ahmet Hasan Şahiner Turkey, 2020	<i>Effects of the online computerized cognitive training program BEYNEX on the cognitive tests of individuals with subjective cognitive impairment and Alzheimer's disease on rivastigmine therapy</i>	PubMed	Estudio de caso-control.	Comparar los efectos de la CCT y examina la rivastigmina para determinar si la CCT tiene alguna contribución adicional que aporte.	Las puntuaciones de los de EA que practicaba BEYNEX mostraron una mejoría en la cognición y las ABVD, mientras que disminuyeron los resultados en el grupo control. La eficacia de la CCT muestra una eficacia significativa para la EA, pero menor en los adultos mayores sanos.	https://journals.tubitak.gov.tr/cgi/viewcontent.cgi?article=1636&context=medical
Fang, H., Cui, F., Zhao, Y., Qian, Q., Yong, A., Lan, P., & Huang, C China, 2025	<i>Transforming Alzheimer's disease nursing: integrating holistic care, innovative interventions, and evidence-based practices for enhanced patient outcomes</i>	PubMed	Estudio de caso-control casi-experimental	Evaluar la eficacia de un enfoque de atención integrada que combine intervenciones de enfermería holísticas, tecnologías innovadoras y prácticas basadas en la evidencia para mejorar los resultados en pacientes en la EA.	Los pacientes que recibieron atención integrada mostraron una mejora en la estabilidad cognitiva, calidad de vida y síntomas conductuales. La carga del cuidador disminuyó significativamente. El enfoque de atención integrada demuestra beneficios significativos en múltiples ámbitos, apoyando su implementación para mejorar los resultados de pacientes y cuidadores con EA.	https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.sabidi.urv.cat/40977796/
Jie Yu, Lin Zhu, Yanan Song, Biyan Shi, Xiaoping Zhou	<i>Positive Impact of Holistic Nursing on Cognitive Impairment and Psychiatric Symptoms in Patients with Alzheimer's Disease</i>	PubMed	Estudio de caso-control.	El objetivo de este estudio es evaluar sistemáticamente la influencia de la enfermería holística en	El grupo de observación demostró mejoras cognitivas en comparación con el grupo control. Los niveles de neurotransmisores estaban significativamente elevados en el	https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.sabidi.urv.cat/40355993/

China, 2025				los pacientes con EA, proporcionando así referencias basadas en la evidencia para la práctica clínica.	grupo de observación, mientras que las concentraciones de proteína específica del SNC se redujeron significativamente. El grupo observado mostró mayor cumplimiento del tratamiento y mayor satisfacción familiar. La enfermería holística mejora eficazmente la función cognitiva y alivia los síntomas psiquiátricos en pacientes con EA, apoyando su recomendación para su aplicación clínica.	
Toles, M.; Ulmer, C; Leeman, J. Estados Unidos, 2024	<i>Health Trajectories of Skilled Nursing Facility Patients with Alzheimer's Disease and Related Dementias: Evidence for Practicing Nurses</i>	CINAHL	Ensayo clínico.	Describir las trayectorias de salud y factores asociados a las readmisiones hospitalarias en adultos mayores con EA durante los 30 días posteriores del alta hospitalaria.	En un plazo de 30 días tras el alta, el 20% de los pacientes con EA experimentaron nuevas o recurrentes necesidades agudas y readmisión hospitalaria. Se necesitan intervenciones de enfermería para apoyar a los pacientes con EA durante las transiciones de atención para mejorarlas, de los pacientes y sus cuidadores.	https://journals-healio-com.sabidi.urv.cat/doi/10.3928/00989134-20240312-03
Sedigh, Maryam; Mosalanejad, Leili; Bazrafkan, Leila; Mohsenzadeh, Mahdi	<i>Memory Rehabilitation in Aging as a Need for Today's Modern Societies: Designing and Determining the Effects of Memory-Boosting Mobile Application on the Cognitive</i>	CINAHL	Estudio de caso-control casi-experimental	Crear y evaluar el impacto de una aplicación móvil para mejorar la memoria de adultos mayores con disfunción cognitiva.	El grupo que recibió tratamiento de estimulación cognitiva con aplicaciones mostró mejoras significativas en las funciones y capacidades cognitivas generales, prevención de la progresión de la enfermedad y fomenta el autocuidado.	https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s12126-023-09551-8.pdf

Irán, 2024	<i>Function of Aging with Cognitive Dysfunction</i>					
Ali Abdulhussain, F.; Mohammed, Ali H.; Mohammed, I.; Mohammed, M. A., S; Oudaha, K. H.; Saif Yaseen, H.	<i>Investigating the Effect of Cognitive Rehabilitation on the Memory Improvement of Patients with Alzheimer</i>	CINAHL	Estudio de caso-control casi-experimental	Investigar el impacto de la rehabilitación cognitiva en la mejora de la memoria de los pacientes con Alzheimer.	Los resultados no mostraron diferencias significativas entre las puntuaciones de ambos grupos durante la etapa previa al examen. Sin embargo, la diferencia fue significativa durante las etapas post-prueba y seguimiento. Además, existe una diferencia significativa entre las puntuaciones medias de ambos grupos en la prueba posterior y en la de seguimiento.	https://irj.uswr.ac.ir/article-1-1940-en.html
Irán , 2023						
Georgopoulou, EN; Nousia,A; Siokas, V; Martzoukou, M;Zoupa, E; Messinis, L; Dardiotis, E; Nasios, G.	<i>Computer-Based Cognitive Training vs. Paper-and-Pencil Training for Deficits in Greek Patients with Mild Alzheimer's Disease: A Preliminary Study.</i>	CINAHL	Ensayo clínico.	Explorar si el Entrenamiento Cognitivo Basado en Ordenador frente al Entrenamiento Cognitivo con Lápiz y Papel es más beneficioso para mejorar los déficits cognitivos y lingüísticos en pacientes griegos con Alzheimer.	Los beneficios del entrenamiento cognitivo observados en pacientes con EA precoz diferían según el método de intervención. En este sentido, el entrenamiento cognitivo multimétodo (utilizando las 2 intervenciones), centrado en las necesidades personalizadas de los individuos con EA, podría retrasar la progresión del deterioro cognitivo y del lenguaje de los pacientes, mientras que su impacto podría transmitirse a las capacidades funcionales diarias de los pacientes.	https://www.mdpi.com/2227-9032/11/3/443
Grecia, 2023						
Giuli,C.;Mocchegiani, E.; Venarucci, D.; Baliotti, M.;	<i>My Mind Project: the effects of cognitive training for elderly-the study protocol of</i>	CINAHL	Estudio de caso-control.	Describir el protocolo y los métodos de un programa integral de entrenamiento	La aplicación de un enfoque no farmacológico en el tratamiento de ancianos con trastornos cognitivos	https://link-springer-com.sabidi.urv.cat/content/pdf/

Casoli,T.;Costarelli, L.; Giacconi, R.; Malavolta,M.;Pope, R.;Lattanzio, F.; Postacchini,D.; Fattoretti,P.; Gagliardi, C. Italia, 2017	<i>a prospective randomized intervention study</i>			cognitivo en el rendimiento de sujetos mayores con enfermedad de Alzheimer leve a moderada, deterioro cognitivo leve y funcionamiento cognitivo normal.	podría tener un impacto profundo en el Servicio Nacional de Salud Italiano.	10.1007/s40520-016-0570-1?pdf=openurl
Giuli, C; Papa, R; Lattanzio, F; Postacchini, D. Italia, 2016	<i>The Effects of Cognitive Training for Elderly: Results from My Mind Project</i>	CINAHL	Estudio de caso-control.	El objetivo de este estudio fue investigar los efectos de una intervención no farmacológica que consiste en un entrenamiento cognitivo integral en personas mayores con uno de tres estados cognitivos diferentes.	Los resultados obtenidos demostraron que la participación en la intervención podía mejorar el rendimiento respecto a funciones cognitivas específicas y estados psicológicos. Se ha demostrado que el papel de los programas de estilo de vida saludable, como el uso de intervenciones integrales, son efectivos para mejorar la memoria y otras capacidades en personas mayores con y sin deterioro cognitivo.	https://research.ebsco.com/c/iuapm2/details/vxywz7rwtj
Giovagnoli,A.; Manfredi,V.; Parente,A.; Schifano,L.; Oliveri,S.; Avanzini, G. Italia, 2017	<i>Cognitive training in Alzheimer's disease: a controlled randomized study.</i>	CINAHL	Ensayo clínico.	Evaluar los efectos del CT, en comparación con la musicoterapia activa y la neuroeducación, en la iniciativa en pacientes con EA leve a moderada. Explorar los efectos de la CT en la	En el seguimiento de los 3 meses, la iniciativa y la memoria episódica disminuyeron en todos los pacientes. El estado de ánimo y las relaciones sociales mejoraron en los tres grupos. En pacientes con EA leve a moderada, el CT puede mejorar la iniciativa y estabilizar la memoria. La combinación de CT y tratamientos no	https://research.ebsco-com.sabidi.urv.cat/c/iuapm2/viewer/pdf/zk4n5dbjdj

				memoria episódica, el estado de ánimo y las relaciones sociales.	cognitivos puede tener implicaciones clínicas útiles.	
Huntley, J. D.; Hampshire, A.; Bor, D.; Owen, A.; Howard, R. J. Reino Unido, 2017	<i>Adaptive working memory strategy training in early Alzheimer's disease: randomized controlled trial</i>	CINAHL	Ensayo clínico.	Evaluar un nuevo paradigma de entrenamiento cognitivo basado en la 'fragmentación' (chunking) mejora la memoria de trabajo y la función cognitiva general, y está asociado con la reorganización de la actividad funcional en las cortezas prefrontal y parietal	Se observaron mejoras significativas en la memoria de trabajo verbal y en medidas clínicas no entrenadas de la función cognitiva general. Además, la RNM reveló una reducción bilateral en la activación relacionada con la tarea en la corteza prefrontal lateral y parietal en el grupo de entrenamiento en comparación con los controles.	https://research.ebsco.com/c/iu/apm2/details/mknydomnuj
Amieva, H.; Robert, P.; Grandoulier, A.; Meillon, C.; De Rotrou, J.; et al. Francia, 2016	<i>Group and individual cognitive therapies in Alzheimer's disease: the ETNA3 randomized trial.</i>	CINAHL	Ensayo clínico.	El ensayo ETNA3 compara el efecto del entrenamiento cognitivo, la terapia de reminiscencia y un programa individualizado de rehabilitación cognitiva en la enfermedad de Alzheimer con la atención habitual.	No se observó ningún impacto en la medida primaria de eficacia. Para las dos intervenciones grupales, ninguno de los resultados secundarios difería de la atención habitual. En la rehabilitación cognitiva individualizada se observó una discapacidad funcional significativamente menor y un retraso de seis meses en la institucionalización a los dos años. Aunque las terapias grupales han ganado popularidad, este ensayo no muestra mejoría en los pacientes.	https://www-sciencedirect-com.sabidi.urv.cat/science/article/pii/S1041610224008032

					La intervención individualizada proporcionó resultados clínicamente significativos en el retraso de la institucionalización en la EA.	
Gooding, A.; Choi, J.; Fiszdon, J.; Wilkins, K.; Kirwin, P.; Van Dyck, C.; Devanand, D.; Bell, M.; Rivera M. Estados Unidos, 2016	<i>Comparing three methods of computerised cognitive training for older adults with subclinical cognitive decline</i>	CINAHL	Estudio de caso-control.	Valorar si los individuos con deterioro cognitivo subclínico que participaron en Entrenamiento Cognitivo Vital demuestran mayor preservación de la capacidad de aprender y memorizar después de completar el tratamiento frente a un EC genérico.	Se concluyó que el entrenamiento cognitivo informatizado puede ofrecer el mayor beneficio cuando se incorpora a un entorno terapéutico en lugar de administrarse solo, aunque ambos parecen superiores a formas más genéricas de estimulación cognitiva.	https://research-ebsco-com.sabidi.urv.cat/c/iuapm2/view/pdf/cd25akgru5
Lopes, T.; Afonso, R.M.; Ribeiro, O.M. Portugal, 2016	<i>A quasi-experimental study of a reminiscence program focused on autobiographical memory in institutionalized older adults with cognitive impairment</i>	CINAHL	Estudio de caso-control casi-experimental.	Analizar el impacto de un programa individual de reminiscencia en un grupo de personas mayores con deterioro cognitivo que viven en residencias de ancianos.	Este estudio respalda el potencial valor de la terapia de reminiscencia para mejorar la memoria autobiográfica. Esta puede ser útil para mantener o mejorar la función cognitiva, disminuir la ansiedad y gestionar los síntomas depresivos y el comportamiento alterado, pero se necesita una investigación adicional para aclarar los efectos a largo plazo.	https://doi-org.sabidi.urv.cat/10.1016/j.archger.2016.05.007
Gonzalez-Moreno, J.; Gema Soria-	<i>Comparison of Traditional and Technology-Based Method for Executive</i>	SCOPUS	Estudio de caso-control.	Investigar los efectos de intervenciones cognitivas en	Las intervenciones mostraron ser efectivas en la mejora de funciones ejecutivas. El entrenamiento	https://www-scopus-com.sabidi.urv.c

Urios, G.; Satorres, E.; Melénde, J. España, 2024	<i>Function and Attention Training in Moderate Alzheimer's Dementia</i>			funciones ejecutivas y atención en pacientes con Alzheimer, comparando método tradicional basado en tecnología con un grupo control.	cognitivo es una herramienta valiosa para mejorar funciones ejecutivas y atención en Alzheimer moderado, sugiriendo beneficios prácticos significativos.	at/pages/publications/85216510367?origin=resultslist
Pellegrino, M.; Paoletti, P.; Ortamea, L.; Marchionni, G.; Bunch, B.; Ekovad, K.; et al. Italia, 2024	<i>The Alzheimer's patients' interaction through digital and arts (AIDA) program: A feasibility study to improve wellbeing in people with Alzheimer's disease.</i>	SCOPUS	Estudio cualitativo	Evaluar la efectividad y factibilidad del programa Interacción de Pacientes con Alzheimer a través de lo Digital y el Arte (AIDA). Mejorar el bienestar percibido y la calidad de vida de las personas con EA y sus cuidadores mediante una serie de actividades estructuradas basadas en museos y arte a lo largo de cinco sesiones.	Los resultados mostraron mejoras significativas en todas las dimensiones consideradas para las personas con EA tras las actividades de AIDA, destacando su potencial para promover el bienestar general. Los cuidadores también reportaron un aumento en el bienestar percibido después del programa, demostrando algunos efectos positivos también en participantes sanos.	https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0079612324000748?getft_integrator=scopus&pes=vor&utm_source=scopus
Vianna Moreira, S.; Ricardo dos Reis Just, F.; Falcão de Azevedo Gomes, C.; Moreira, M.	<i>Music Therapy Enhances Episodic Memory in Alzheimer's and Mixed Dementia: A Double-Blind Randomized Controlled Trial</i>	SCOPUS	Estudio caso-control.	Este estudio tuvo como objetivo evaluar si una intervención de musicoterapia podría mejorar la disminución de la memoria en	Los efectos de la musicoterapia se limitaron a las medidas de memoria episódica, como la Prueba de Memoria En ambas pruebas, el grupo experimental mejoró del pretest al posttest en el recuerdo diferido, pero en la Prueba de Memoria de Hablar y	https://www.mdpi.com/2227-9032/11/22/2912

Brasil, 2023				adultos mayores con y sin deterioro cognitivo.	Cantar, la mejora se restringió al grupo con EA y demencia mixta. La musicoterapia no tuvo efectos en las medidas de resultado secundarias. Estos hallazgos sugieren que una intervención estructurada de musicoterapia puede ser prometedora para la rehabilitación de la memoria episódica en adultos mayores con demencia.	
Small, J.A., Cochrane, D. Canada, 2020	<i>Spaced retrieval and episodic memory training in Alzheimer's disease</i>	SCOPUS	Estudio de caso-control.	Explorar cómo un programa de entrenamiento de la memoria basado en la recuperación espaciada (SR) podría aplicarse de manera eficaz para ayudar a las personas con EA a mejorar tanto la memoria a corto como a largo plazo de acontecimientos episódicos recientes.	En comparación con una condición de control, todos los participantes fueron capaces de recordar espontáneamente detalles significativamente más específicos sobre los acontecimientos entrenados, y su recuerdo mejoró significativamente cuando se les proporcionaron pistas. Aunque los resultados indicaron que las personas con EA eran capaces de codificar información durante el entrenamiento, las ganancias de recuerdo disminuyeron al final del período de mantenimiento.	https://www.tandfonline.com/doi/epdf/10.2147/CIA.S242113?src=getftr&utm_source=scopus&etft_integrator=scopus

Vivas, A.; Ypsilanti, A.; Ladas, A.; Kounti, F.; Tsolaki, M.; Estévez, A. Grecia, 2018	<i>Enhancement of Visuospatial Working Memory by the Differential Outcomes Procedure in Mild Cognitive Impairment and Alzheimer's Disease</i>	SCOPUS	Estudio caso-control.	Investigar la eficacia del procedimiento de resultados diferenciales (DOP) para mejorar la memoria de trabajo visoespacial en pacientes con enfermedad de Alzheimer y deterioro cognitivo leve (DCL).	Encontramos que el desempeño (precisión terminal) fue significativamente mejor en la condición DOP en comparación con la condición NOP (procedimiento con resultados aleatorios) en los tres grupos de participantes. Los pacientes con Alzheimer tuvieron un desempeño peor y tardaron más en beneficiarse del DOP.	https://www.frontiersin.org/journals/aging-neuroscience/articles/10.3389/fnagi.2018.00364/full
Lancioni, G.E., Singh, N.N., O'Reilly, M. F., Sigafoos, J. et al. Italia, 2018	<i>Technology-Based Behavioural Interventions for Daily Activities and Supported Ambulation in People with Alzheimer's Disease.</i>	SCOPUS	Ensayo clínico	Evaluar intervenciones conductuales basadas en la tecnología para promover las actividades diarias y la deambulaci3n asistida en personas con enfermedad de Alzheimer de leve a moderada y de moderada a grave, respectivamente.	Los participantes del estudio 1 lograron iniciar las actividades de forma independiente y llevarlas a cabo con precisi3n. Los participantes del estudio 2 aumentaron sus niveles de deambulaci3n y participaci3n positiva Las intervenciones basadas en la tecnologí a mencionadas anteriormente pueden representar medios prácticos para apoyar a las personas con enfermedad de Alzheimer.	https://journals.sagepub.com/doi/epdf/10.1177/1533317518775038?src=getfr&utm_source=scopus&getft_integrator=scopus

Tabla 6. Descripción de los artículos (fuente: elaboración propia).

7 ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Tras leer detenidamente y analizar los artículos elegidos para realizar esta revisión, hemos dividido los datos encontrados en 3 categorías de análisis:

7.1 ESTIMULACIÓN COGNITIVA Y CALIDAD DE VIDA

Para poder analizar los efectos de la estimulación cognitiva en la calidad de vida de los adultos mayores de 65 años con EA leve profundizamos en los diferentes beneficios que proporciona.

El principal efecto de la estimulación cognitiva es la mejora de la función cognitiva. Según Ali Fadhil et. al (2023), mejora la memoria cotidiana y persiste durante 2 meses sin importar la capacidad de aprendizaje. Giuli et. al. (2016-2017) coincide en la mejora de algunas funciones cognitivas como la mejora de la memoria verbal a corto plazo y en la capacidad funcional diaria, reforzando la idea de una implementación preliminar para ralentizar el avance de la enfermedad.

El artículo en línea de Çinar y Sahiner (2020), destaca mejoras en el funcionamiento del lóbulo temporal medial y frontal, en la memoria visual episódica y el aprendizaje; y mayor por más de 6 meses y aplicado a la vida diaria. Por otro lado, Giovannoli et. al. (2017) evidencia la mejora de la iniciativa y la memoria episódica con duración limitada. El estudio de González Moreno et al. (2024) señala una mejora significativa de funciones cognitivas, pero con una mayor mejora, especialmente de la memoria de trabajo, en el método tradicional, afectados por el nivel cognitivo inicial y la edad, siendo mayor en las personas con mejor estado cognitivo previo. Además, no se encontraron mejoras en la atención, ¿es posible que sea por el temprano deterioro de esta tanto en el envejecimiento como en el en el Alzheimer?

Otro beneficio es la mejora de la capacidad funcional diaria. El estudio “My Mind Project” realizado por Giuli et. al. (2016-2017) dio como resultado la mejora de la capacidad funcional diaria de los participantes, el estado del ánimo y la reducción de quejas de memoria. Estos resultados coinciden con el estudio realizado por Giovagnoli et. al. (2017), el ánimo general de los pacientes mejoró después de las intervenciones grupales y ninguna tuvo efectos adversos. Además, en el artículo de Çinar y Sahiner (2020) se realizan técnicas de entramiento cognitivo computarizado (CCT) de manera online se observó una mejora significativa en las áreas de relajación previas a la intervención.

7.2 INTERVENCIONES COGNITIVAS EN FASES INICIALES

Actualmente en el área de la estimulación cognitiva podemos encontrar diversas intervenciones. Dentro de este apartado analizaremos aquellas que mejor resultado obtienen en personas mayores de 65 años con EA en fases iniciales.

Una de las comparaciones más estudiadas es la diferencia entre las intervenciones tradicionales y el CCT. En el estudio de Georgopoulou et. al. (2023) se dividió la muestra en dos grupos: tecnológico o papel y lápiz. Ambos mostraron mejoras cognitivas, aunque en distintas áreas: el grupo tradicional mejoró en más dominios (memoria diferida, atención, funciones ejecutivas, cognición global y ABVD), mientras que el tecnológico lo hizo en memoria (diferida y de trabajo), denominación y velocidad de procesamiento. Además, la transferencia a ABVD fue mayor en el grupo tradicional, lo que podría relacionarse con la menor familiaridad tecnológica en personas mayores, ¿será debido a la menor familiaridad de las personas mayores con la tecnología?

De forma similar, González-Moreno et. al. (2024) compararon también la intervención tradicional con la tecnológica y hallaron mejoras cognitivas en los dos grupos, aunque la intervención tradicional fue más eficaz, especialmente en memoria de trabajo, sin cambios significativos en atención. También influyeron variables como el nivel cognitivo inicial, la edad y la educación.

Respecto a terapias tecnológicas, Çinar y Sahiner (2020) realizaron una intervención digital en pacientes con EA, observando mejoras en memoria, aprendizaje y funciones cerebrales, con mayor eficacia a largo plazo si se integra en la vida diaria. Los resultados sugieren existe mayor eficacia pasados los 6 meses de intervención, cuando hay mayor accesibilidad y cuando se incorpora a las actividades de la vida diaria, pero ¿hasta qué punto puede incorporar una persona mayor una actividad digital a su día a día? Por otro lado, Sedigh et. al. (2024) también realizaron una intervención digital mediante una APP. Los resultados muestran una mejora de la consciencia, retención de memoria, memoria reciente, función del lenguaje, pensamiento espacial y función cognitiva general, además de facilitar la monitorización y ralentizar la progresión de la enfermedad.

Otras intervenciones tecnológicas, como las de Lancioni et. al. (2018), mostraron mejoras en autonomía en actividades diarias y bienestar mediante actividades adaptadas. Mientras que Huntley et. al. (2017), con su programa de entrenamiento adaptativo de la memoria de trabajo, evidenciaron mejoras en memoria y procesamiento cognitivo con entrenamiento específico, aunque sin cambios en funciones ejecutivas.

En el estudio de Amieva et. al. (2016) compararon distintos enfoques (el entrenamiento cognitivo grupal, la terapia de reminiscencia grupal y la rehabilitación cognitiva individualizada), pero no encontraron retrasó la progresión de la enfermedad, y la rehabilitación cognitiva individualizada fue la única intervención que produjo menor deterioro funcional, menor sintomatología conductual, menor carga del cuidador y menores costos sociosanitarios debido a un retraso

aproximado de 6 meses en la institucionalización. ¿Se debe esto a la individualización de la intervención o a las intervenciones realizadas en la rehabilitación cognitiva?

Así mismo. Goding et. al. (2016) analizó distintos programas de CCT y entrenamiento cognitivo con componentes motivacionales (CVT) mejoraron o mantuvieron la cognición global frente al control, con CVT destacando en memoria verbal y aprendizaje, y reducción de síntomas depresivos.

El estudio de Vivas et. al. (2018) compara los beneficios de una intervención analiza si el procedimiento de resultados diferenciales (DOP) y otra con resultados aleatorios (NOP). Los resultados muestran que el DOP mejora el reconocimiento espacial en todos los grupos frente al NOP, aunque las personas con EA presentan menor rendimiento y una mejora más progresiva, alcanzando niveles más altos solo al final del experimento.

Finalmente, terapias como la arteterapia (Pellegrino et al., 2024) y la musicoterapia (Vianna Moreira et. al., 2023) demostraron beneficios en bienestar y memoria. Otras técnicas, como el entrenamiento de recuperación espaciada (SR), analizado en el estudio de Small y Cochrane (2020), mejoraron el recuerdo episódico, aunque sin efectos duraderos.

7.3 INTERVENCIONES ENFERMERAS

En el contexto de la estimulación cognitiva, hemos encontrado diferentes artículos que abordan intervenciones enfermeras dirigidas a pacientes con EA.

Una de ellas es la de Yu et. al. (2025), donde se valoraba el efecto de la enfermería holística en el deterioro cognitivo y los síntomas psiquiátricos en pacientes hospitalizados con EA, dividida en 5: psicológica, cognitiva, memoria, cuidado personal e intervención ambiental. Los resultados mostraron una mejora en el deterioro de la función cognitiva y síntomas psiquiátricos leves, un estado psicológico superior, una respuesta neuroinflamatoria menor, niveles más altos de neurotransmisores y mayor una adherencia al tratamiento y satisfacción familiar. Por otro lado, el estudio de Fang et. al. (2025) evalúa un modelo de atención integrada en enfermería para Alzheimer donde se compara la atención habitual y la intervención enfermera estructurada en pacientes y sus cuidadores, con actividades de memoria, atención y orientación, dirigidas al cuidador con grupos de apoyo, y la comunicación terapéutica basada en el modelo VERA (Validación, Emoción, Reaseguramiento y Actividad). Los resultados muestran que presenta menor deterioro cognitivo, mejor calidad de vida, reducción de síntomas conductuales, mejor mantenimiento funcional y menos hospitalizaciones, con disminución importante de la carga del cuidador, y menores niveles de ansiedad y depresión.

El estudio de Toles et. al. (2024) analizó la evolución del estado de salud de los pacientes mayores con EA y demencias relacionadas (ADRD) tras el alta de un centro sanitario, y se analizó el riesgo de reingreso hospitalario en los 30 días posteriores mediante el análisis de las intervenciones enfermeras en las transiciones asistenciales. Estas deben realizarse mediante la planificación estructurada del alta, la identificación de riesgos clínicos, la educación al paciente y cuidador sobre signos de alarma, y la prevención de complicaciones. Con esta intervención se evidencia una mejora en la estabilidad clínica, reducción de complicaciones y garantiza la continuidad de los cuidados en pacientes con ADRD; evitando el reingreso en los 30 días posteriores.

Otra de las intervenciones enfermeras es la realización de un programa de reminiscencia individual centrado en la memoria autobiográfica de eventos positivos, por Lopes et. al. (2016), en adultos mayores institucionalizados con deterioro cognitivo realizado por una enfermera. Se observó un número mayor de eventos recordados, mayor especificidad, valencia positiva de los eventos, menor tiempo de latencia, menor número de respuestas generales y menor número de eventos negativos recordados en comparación con el grupo control. Además, no se observó una pérdida a lo largo del tiempo.

8. CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y APLICABILIDAD A LA PRÁCTICA CLÍNICA

Para dar respuesta a los objetivos del estudio, las conclusiones son:

8.1. Describir los efectos de la estimulación cognitiva sobre la función y la calidad de vida

Los efectos de la estimulación cognitiva incluyen la mejora de la función cognitiva, la memoria, la capacidad funcional diaria, el estado de ánimo y el aprendizaje en intervenciones > 6 meses. Se han encontrado discrepancias sobre la calidad de la mejora según la capacidad cognitiva previa, además, no se mejoró la atención.

8.2. Identificar las intervenciones cognitivas con mejores resultados en las fases iniciales

Las intervenciones más eficaces en fases iniciales son la estimulación cognitiva con tecnología, la rehabilitación individualizada y las intervenciones conductuales tecnológicas, la arteterapia, la musicoterapia, el CVT y la recuperación espaciada. Se ha encontrado discrepancias en cuanto a los mayores beneficios entre las intervenciones realizadas en grupo respecto a las individuales, y en las de papel y lápiz o tradicional respecto al tecnológico.

8.3. Analizar las intervenciones enfermeras en la aplicación de estos tratamientos

Las intervenciones enfermeras de estimulación cognitiva se centran en la atención holística, el modelo de atención integrada, el acompañamiento en las transiciones asistenciales y la reminiscencia individual.

9. LIMITACIONES Y LÍNEAS FUTURAS

Las limitaciones de este estudio son escasas pero muy relevantes, ya que no se han encontrado suficientes artículos sobre intervenciones de enfermería de estimulación cognitiva en la enfermedad de Alzheimer en concreto por la falta de artículos que investigan esta temática. Por esta misma razón, proponemos para futuros artículos el estudio de la aplicación de programas de estimulación cognitiva por enfermería en la enfermedad de Alzheimer en concreto, ya que hemos encontrado referentes a las demencias en general y sin resaltar ninguna protocolización del cuidado. Esta revisión no presenta ningún conflicto de intereses.

10. APLICABILIDAD EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

La importancia de este trabajo final de grado para la práctica enfermera recae en el aumento de casos de enfermedad de Alzheimer, las comorbilidades de estos y el aumento de hospitalizaciones. Gracias a esta revisión tenemos mayor conocimiento sobre intervenciones a realizar de manera autónoma que recaen en nuestras competencias profesionales, favoreciendo el retraso de tratamientos farmacológicos, la estabilización de los pacientes y mejorando la calidad de vida de los pacientes con esta demencia. Además, esperamos que a raíz de este trabajo se puedan establecer protocolos de intervenciones enfermeras de EC.

11. BIBLIOGRAFÍA

- Ali Abdulhussain, F.; Mohammed, Ali H.; Mohammed, I; Mohammed, M. A., S; Oudaha, K. H.; Saif Yaseen, H. (2023). *Investigating the Effect of Cognitive Rehabilitation on the Memory Improvement of Patients with Alzheimer. Frontiers in Psychology* 15 (2024): 1406167. <https://irj.uswr.ac.ir/article-1-1940-en.html>
- Álvarez Izquierdo, L. L. (2023). Una mirada al cuidado holístico de enfermería. *AlfaPublicaciones*, 5(3.1), 60-75. <https://doi.org/10.33262/ap.v5i3.1.386>
- Alzheimer's Association (2024). Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer Dmenet*, 20(5): 12-13. https://wehco.ellingtoncms.com/news/documents/2024/03/19/Alzheimers_report.pdf
- Amieva, H., Robert, P.H., Grandoulier, A.S., Meillon C., De Rotrou, J., Andrieu, S., Berr, C., Desgranges, B., Dubois, B., Girtanner, C., Joël, M.E., Lavallart, B., Nourhashemi, F., Pasquier, F., Rainfray, M., Touchon, J., Chêne, G., Dartigues, J.F. (2016). Group and individual cognitive therapies in Alzheimer's disease: the ETNA3 randomized trial. *International Psychogeriatrics*, 28(5): 707–717. DOI: [10.1017/S1041610215001830](https://doi.org/10.1017/S1041610215001830)
- Ávila-Villanueva, M., Marcos Dolado, A., Fernández-Blázquez, M. (2023). How to Prevent and/or Revert Alzheimer's Disease Continuum During Preclinical Phases. *Journal of Alzheimer's Disease Reports*, 7. <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.3233/ADR220100>
- Bagnati, Pablo M., Ricardo F. Allegri., Kremer, J., Sarasola, D. (2023). La enfermedad de Alzheimer: una epidemia del siglo XXI. En Bagnati, Pablo M. (Ed.), *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias* (pp. 35-47). Editorial Polemos. https://repositorio.fleni.org.ar/bitstream/handle/123456789/1160/Bagnati_2023_Enfermedad_de_Alzheimer_yotrasdemencias.pdf?sequence=1&isAllowed=y#page=35
- Bermejo Pareja, F., Zunzunegui, M. V. (2024). Terapia en la enfermedad de Alzheimer y la aprobación de Lecanemab. *Asociación Acceso Justo al Medicamento*, 34. <https://accesojustomedicamento.org/terapia-en-la-enfermedad-de-alzheimer-y-la-aprobacion-de-lecanemab/>
- Borrego-Ruiz, A. (2024). Una revisión crítica sobre la aplicación de estimulación cognitiva en el contexto gerontológico. *Escritos de Psicología*, 17(1): 31-43. <https://dx.doi.org/10.24310/escpsi.17.1.2024.18566>

- Brugulat, A., Canals, L., Cañas, A. (2025). Las mujeres participan menos que los hombres en ensayos clínicos sobre Alzheimer, según un estudio. *Infosalus*. <https://www.infosalus.com/mujer/noticia-mujeres-participan-menos-hombres-ensayos-clinicos-alzheimer-estudio-20250327143215.html>
- Calonge Leal, E., Lloret Caturla, I., Cortés Rivero, M., (2022). *Biomarcadores genéticos en la enfermedad del Alzheimer: Una revisión narrativa*. Acrédicti Editorial. http://publicacionescientificas.es/project_tag/biomarcadores/
- Çinar, N., Şahiner, T.A.H. (2020). Effects of the online computerized cognitive training program BEYNEX on the cognitive tests of individuals with subjective cognitive impairment and Alzheimer's disease on rivastigmine therapy. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 50(1): 231-238. DOI: <https://doi.org/10.3906/sag-1905-244>
- Cruz-Orduña, I., Puente-Andúes, L., Tardío, M., Rivera, B., Fernández-Bullido, Y., Olazarán, J. (2021). Abordaje de la agitación del anciano con demencia. *FMC- Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 28(10): 576-590. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1134207221001912>
- EpData. (2022, 21 septiembre). *Las cifras del Alzheimer en España: número de personas y mortalidad*. EpData. <https://www.epdata.es/datos/cifras-alzheimer-espana-numero-personas-mortalidad-muertes-graficos-datos/671>
- Evans-Lacko, S., Aguzzoli, E., Read, S., Comas-Herrera, A., Farina, N. (2024). Global changes in attitudes to dementia. *World Alzheimer Report*. <https://www.alzint.org/u/World-Alzheimer-Report-2024.pdf>
- Fallas Núñez, S. (2025). *Cognitive, linguistic, and motor stimulation in individuals with an early-stage Alzheimer's diagnosis: A new concept of early stimulation*. *Research, Society and Development*, 14(3). <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/48544>
- Fang, H., Cui, F., Zhao, Y., Qian, Q., Yong, A., Lan, P., & Huang, C. (2025). *Transforming Alzheimer's disease nursing: integrating holistic care, innovative interventions, and evidence-based practices for enhanced patient outcomes*. *Frontiers in Public Health*, 13, 1624310. <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.sabidi.urv.cat/40977796/>

- GENCAT (2022). Pla d'atenció sanitària a les persones amb deteriorament cognitiu lleu i demència de Catalunya (PLADEMCAT). Departament de Salut. https://scientiasalut.gencat.cat/pla_atencio_sanitaria_persones_deteriorament_cognitiu_ll_eu_catalunya_plademcat.pdf
- Georgopoulou, E.; Nousia, A.; Siokas, V.; Martzoukou, M.; Zoupa, E.; Messinis, L.; Dardiotis, E.; Nasios, G. (2023). *Computer-Based Cognitive Training vs. Paper-and-Pencil Training for Language and Cognitive Deficits in Greek Patients with Mild Alzheimer's Disease: A Preliminary Study*. *Healthcare* 2023, 11(3), 443. <https://www.mdpi.com/2227-9032/11/3/443>
- Giovagnoli, A.R., Mandredi, V., Parente, A., Schifano, L., Oliveri, S., Avanzini, G. (2017). Cognitive training in Alzheimer's disease: a controlled randomized study. *Neurol Sci*, 38: 1485-1493. DOI: 10.1007/s10072-017-3003-9
- Giuli, C.; Mocchegiani, E.; Venarucci, D.; Baliotti, M.; Casoli, T.; Costarelli, L.; Giacconi, R.; Malavolta, M.; Pope, R.; Lattanzio, F.; Postacchini, D.; Fattoretti, P.; Gagliardi, C. (2017). *My Mind Project: the effects of cognitive training for elderly-the study protocol of a prospective randomized intervention study*. *Aging Clin Exp Res* (2017) 29:353–36. <https://link-springer-com.sabidi.urv.cat/content/pdf/10.1007/s40520-016-0570-1?pdf=openurl>
- Giuli, C.; Papa, R.; Lattanzio, F.; Postacchini, D. (2016). *The Effects of Cognitive Training for Elderly: Results from My Mind Project*. *Rejuvenation research* 19.6 (2016): 485-494. <https://research.ebsco.com/c/iuapm2/details/vxywz7rwtj>
- Gonzalez-Moreno, J.; Gema Soria-Urios, G.; Satorres, E.; Meléndez, J. (2024). *Comparison of Traditional and Technology-Based Method for Executive Function and Attention Training in Moderate Alzheimer's Dementia*. *Psicothema*, 2025. Vol. 37 (1). 42-49. <https://www-scopus-com.sabidi.urv.cat/pages/publications/85216510367?origin=resultslist>
- Gooding, A.; Choi, J.; Fiszdon, J.; Wilkins, K.; Kirwin, P.; Van Dyck, C.; Devanand, D.; Bell, M.; Rivera M. (2016). *Comparing three methods of computerised cognitive training for older adults with subclinical cognitive decline*. *Neuropsychological Rehabilitation* 2016. Vol 26 (5-6) 810-821. <https://research-ebsco-com.sabidi.urv.cat/c/iuapm2/viewer/pdf/cd25akgru5>
- Hernández Landa, C., Cruz Bello, P., Bárcenas García, A., Jiménez Vargas, D. (2023). Intervención cognitiva mediante videojuegos en adulto mayor con Alzheimer: Estudio de caso. *Revista Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores*. 3(63).

<https://dilemascontemporaneoseduccionpoliticaayvalores.com/index.php/dilemas/article/view/3648/3596>

- Hernández Ortiz, M. J. (2024). Diferència entre gèneres del deteriorament cognitiu relacionat amb l'edat. Factors de risc i protectors. *Anuari de l'envelliment. Illes Balears*, 304-321. https://ibdigital.uib.es/greenstone/sites/localsite/collect/anuariEnvelliment/index/assoc/2024_anuari_envelliment_p303.dir/2024_anuari_envelliment_p303.pdf
- Huntley, J. D.; Hampshire, A.; Bor, D.; Owen, A.; Howard, R. J. (2017). *Adaptive working memory strategy training in early Alzheimer's disease: randomized controlled trial*. The British Journal of Psychiatry 210.1 (2017): 61-66. <https://research.ebsco.com/c/iauapm2/details/mknydomnuj>
- INE. (2023). Defunciones por causas (lista reducida) por sexo y grupos de edad. *Instituto Nacional de Estadística*. https://ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=7947#_tabs-tabla
- INE. (2024). Proyecciones de población años 2024-2074. Anexo de tablas. *Instituto Nacional de Estadística*. <https://ine.es/dyngs/Prensa/PROP20242074.htm>
- Janeiro, M. H., Ardanaz, C. G., Sola-Sevilla, N., Dong, J., Cortés-Erice, M., Solas, M., Puerta, E., Ramírez, M. J. (2021). Biomarcadores en la enfermedad de Alzheimer. *Avances en Medicina de Laboratorio*, 2(1): 39-50. <https://doi.org/10.1515/almed-2020-0109>
- Lancioni, G.E., Singh, N. N., O'Reilly, M. F., Sigafos, J., D'Amico, F., Laporta, D., Cattaneo, M. G., Scordamaglia, A., Pinto, K. (2018). Technology-Based Behavioral Interventions for Daily Activities and Supported Ambulation in People With Alzheimer's Disease. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 33(5): 318-326. DOI: <https://doi.org/10.1177/1533317518775038>
- Llibre-Rodríguez, J. de J., Gutiérrez Herrera, R., & Guerra Hernández, M. A. (2022). Enfermedad de Alzheimer: actualización en su prevención, diagnóstico y tratamiento. *Revista habanera de ciencias médicas*, 21(3). http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X2022000300004&script=sci_arttext
- Melo Mendoza, S. M., López Ortega, J. P., Cedeño Ampuero, A. C., Zambrano Ibarra, M. I., Espin Muñoz, N. S., Córdova Macías, D. V., Melo Mendoza, M. T., Jurado Vásquez, L. E. (2025). Avances en el tratamiento de enfermedades neurodegenerativas: Alzheimer, parkinson y esclerosis lateral amiotrófica. *Ibero-American Journal of Health Science Search*, 5(2): 2764-6165. DOI: <https://doi.org/10.56183/iberojhr.v5i2.834>

Ministerio para la Transición Ecológica y el Reto Demográfico. Proyecciones demográficas: INE y AIReF [Internet]. MITECO; 2020 [citado 6 dic 2025]. Disponible en: https://www.miteco.gob.es/content/dam/miteco/es/reto-demografico/temas/documentos-interes/proyeccionesdemograficas_ine_airef_tcm30-517794.pdf

Muñoz Zambrano, M. (2020). *Epidemiología cultural de la Enfermedad de Alzheimer en Perú y España*. [Tesis doctoral]. Universidad de Salamanca. <https://www.educacion.gob.es/teseo/FicheroTesis.do?idFichero=IVnLabpBNuo%3D>

NeuroscienceNews. (2016). University of Cambridge “Dementia: Catching the Memory Thief.” *NeuroscienceNews.com*. <https://neurosciencenews.com/alzheimers-memory-neurology-5096/>

Oliveira, dos Santos J. T., Marques, de Almeida S. (2023) Principais causas do desenvolvimento da doença de Alzheimer. *Centro Universitario Campo Limpo Paulista*. <https://www.unifaccamp.edu.br/repository/artigo/arquivo/30092022040746.pdf>

Pacheco Larrucea, S., Rahmani El Ouachekradi, R., Medrano Albéniz, J., Martínez Azumendi, O., Markez Alonso, I., Pacheco Yáñez, L., (2024). Hace ya algún tiempo: Alois Alzheimer (1864-1915) y la enfermedad que lleva su nombre. *Norte de Salud Mental*, 19(70), 101-110. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/9337879.pdf>

Pastor Morales, P., Delgado Hynes, E. V., Prisionero Rivero, M., López Abia, S., García Garrido, A. B., Molina Sierra, A. Actualización sobre la enfermedad de Alzhéimer: un análisis monográfico. *Revista Sanitaria de Investigación*, 5(5). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9635545>

Pellegrino, M., Paoletti, P., Ortame, L., Marchionni, G., Bunch, B., Ekova, K., Hopper, L., Ilieva, I., Johansen Smidt, R., Kennedy, S., Krivec, D., Selic, M., Ben-Soussan, T.D. (2024). The Alzheimer’s patient’s interaction through digital and arts (AIDA) program: A feasibility study to improve wellbeing in people with Alzheimer’s Disease. *Progress in Brain Research*, 287(4): 71-89. DOI: <https://doi.org/10.1016/bs.pbr.2024.05.002>

Peñaloza-Jaimes, S. D. (2022). Papel de la ética y la bioética en enfermería. *Revista Ciencia y Cuidado*, 19(1), 5-8. <https://orcid.org/0000-0002-5770-5824>

- Rodríguez Lara, H., Espinosa Aguilar, A., Elers Mastrapa, Y. (2022). Las terapias alternativas como solución al cuidado de problemas crónicos de salud. *Revista Cubana de Enfermería*, 38(2). <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/4856>
- Ruíz-Hernández, M., Mur-Gomar, R., Montejano-Lozoya, R. (2023). Efectividad de las terapias no farmacológicas en personas con Alzheimer: una revisión sistemática. *Rev. Esp. Salud Publica*, 97. <https://www.scielosp.org/article/resp/2023.v97/e202310086/>
- Sánchez, G., Rátiva, N., González, J., Ramos, T., Miranda, C., & León, T. (2024). La historia olvidada del alzhéimer: recordando a Oskar Fischer. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 62(1), 82-88. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-922720240001000682>
- Sedigh, M., Mosalanejad, L., Bazrafkan, L., Mohsenzadeh, M. (2024). Memory Rehabilitation in Aging as a Need for Today's Modern Societies: Designing and Determining the Effects of Memory-Boosting Mobile Application on the Cognitive Function of Aging with Cognitive Dysfunction. *Ageing International*, 49: 417-433. DOI: <https://doi.org/10.1007/s12126-023-09551-8>
- Silveira Lopes, T., Lopes Brás Martins Afonso, R. M., Ribeiro, O.M. (2016). A quasi-experimental study of a reminiscence program focused on autobiographical memory in institutionalized older adults with cognitive impairment. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 66:183-192. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2016.05.007>
- Small, J.A., Cochrane, D. (2020). Spaced Retrieval and Episodic Memory Training in Alzheimer's Disease. *Clinical Interventions in Aging*, 15: 519-536, DOI: [10.2147/CIA.S242113](https://doi.org/10.2147/CIA.S242113)
- Toro Paca, M. J., Parra Parra, D. R., Pacheco Mena, N. V., Alvarado Galarza, A.G. (2022). Enfermedad de Alzheimer. *RECIMUNDO*, 6(4): 68-76. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8603940>
- Toles, M.; Ulmer, C; Leeman, J. (2024). *Health Trajectories of Skilled Nursing Facility Patients with Alzheimer's Disease and Related Dementias: Evidence for Practicing Nurses*. *Journal of Gerontological Nursing*, 2024;50(4):34-41. <https://journals-healio-com.sabidi.urv.cat/doi/10.3928/00989134-20240312-03>
- Valero-Merino, C., Sánchez-Roy, R. (2023). Demencia. *Medicine- Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 13(74): 4345-4359. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0304541223000586>

- Vianna Moreira, S., Ricardo dos Reis Justi, F., Falcão de Azevedo Gomes, C., Moreira, M. (2023). *Music Therapy Enhances Episodic Memory in Alzheimer's and Mixed Dementia: A Double-Blind Randomized Controlled Trial*. *Healthcare* 2023, 11. <https://www.mdpi.com/2227-9032/11/22/2912>
- Vicco, M. H. (2022, junio 28). *La reconstrucción del concepto proceso salud enfermedad desde el enfoque de sistema complejos* [Tesis de maestría no publicada]. Universidad Nacional de Quilmes. <https://ridaa.unq.edu.ar/handle/20.500.11807/3887>
- Villarejo Galende, A., Eimil Ortiz, M., Llamas Velasco, S., Llanero Luque, M., López de Silanes de Miguel, C., Prieto Jurczynska, C. (2021). Informe de la Fundación del Cerebro. Impacto social de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. *ELSEVIER Neurología*, 36(1):39-49. DOI: [10.1016/j.nrl.2017.10.005](https://doi.org/10.1016/j.nrl.2017.10.005)
- Villegas Dorticós, M. A., Sánchez García, Z. T., Urbina Laza, Omayda., Pardillo Mustelier, N. A., Cordero Odery, J., Gómez Valdivia, M. (2023). El envejecimiento poblacional: una mirada desde la práctica de enfermería basada en el modelo de Nola J. Pender. *Mendisur*, 21(6). http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1727-897X2023000601298&script=sci_arttext&lng=pt
- Vivas, A.; Ypsilanti, A.; Ladas, A.; Kounti, F.; Tsolaki, M.; Estévez, A. (2018). *Enhancement of Visuospatial Working Memory by the Differential Outcomes Procedure in Mild Cognitive Impairment and Alzheimer's Disease*. *Front. Aging Neurosci.* 10:364. <https://www.frontiersin.org/journals/aging-neuroscience/articles/10.3389/fnagi.2018.00364/full>
- Yu, J., Zhu, L., Song, Y., Shi, B., Zhou, X. (2025). Positive Impact of Holistic Nursing on Cognitive Impairment and Psychiatric Symptoms in Patients with Alzheimer's Disease. *Actas Esp Psiquiatr*, 53(3):586-597. DOI: <https://doi.org/10.62641/aep.v53i3.1948>

12. ANEXOS

Anexo 1. Modelo CASPe en artículos de estudios caso-control (*elaboración propia*).

ARTÍCULOS	P. 1	P. 2	P. 3	P. 4	P. 5	P. 6	P. 7	P. 8	P. 9	P.10	P.11	RESULTADO
Art. 1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11/11
Art. 2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11/11
Art. 3	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	10/11
Art.5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11/11
Art. 6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11/11
Art. 8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11/11
Art. 9	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	10/11
Art. 14	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11/11
Art. 15	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	10/11
Art. 16	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11/11
Art. 18	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	10/11
Art. 19	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	10/11
Art. 20	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11/11

Anexo 2. Modelo CASPe en artículos cualitativos (*elaboración propia*).

ARTÍCULOS	P. 1	P. 2	P. 3	P. 4	P. 5	P. 6	P. 7	P. 8	P. 9	P.10	RESULTADOS
Art. 19	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10/10

Anexo 3. Modelo CASPe en artículos de ensayos clínicos (*elaboración propia*).

ARTÍCULOS	P. 1	P. 2	P. 3	P. 4	P. 5	P. 6	P. 7	P. 8	P. 9	P.10	P.11	RESULTADO
Art. 4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11/11
Art. 7	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10/11
Art. 10	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11/11
Art. 11	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	10/11
Art. 12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11/11
Art. 13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11/11