

**ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA
SALUD**

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE: 8722



TESIS

DEMENCIA Y EL ALZHEIMER E INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ALUMNA:

CECILIA LÓPEZ VIEYRA

ASESORA DE TESIS:

LIC. EN ENF. MARIA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA, MICHOACÁN

2016



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

CAPÍTULO 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... Pag 6

1.1 Antecedentes Demencia y Alzheimer.....	Pag 6
1.2. Planteamiento del Problema.....	Pag 13
1.3. Justificación.....	Pag 15
1.4. Objetivo General	Pag 17
1.3.1 Objetivos Específicos.....	Pag 17
1.5. Hipótesis.....	Pag 18

CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO Pag 19

2.1. Demencia.....	Pag 20
2.2.1. Síntomas de Demencia	Pag 22
2.2.2. Clasificación de la demencia.....	Pag 24
2.2.4. Papel que ocupa el cuidador.....	Pag 29
2.2.5. Cuidados de enfermería a tratar	Pag 30
2.2.6. Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)	Pag 31
2.2.7. Características del ABDV	Pag 31
2.2.8. Nutricio en Pacientes con Demencia.....	Pag 33

CAPITULO 3..... Pag 34

3.1. Enfermedad de Alzheimer (EA).....	Pag 34
3.1.1. Cambios en el Cerebro en la Enfermedad de Alzheimer	Pag 34
3.1.2. Anatomía patológica	Pag 35
3.2. Señales y Síntomas Tempranos.....	Pag 39
3.2.1. Etapas de la enfermedad.....	Pag 41
Cómo se diagnostica la enfermedad de Alzheimer.....	Pag 48
3.3. Tratamiento	Pag 51

Tratamiento Con Fármacos	Pag 52
3.5. Cuidados de Enfermería al Enfermo de Alzheimer en la fase avanzada.....	Pag 54
Cuadro 1: “Promoción de la Salud”	Pag 55
Cuadro 2: “Nutrición”	Pag 57
Cuadro 3: “Eliminación”	Pag 59
Cuadro 4: “Actividad/ Reposo”	Pag 61
Cuadro 5: “Actividad/reposo”	Pag 63
Cuadro 6: “Percepción/cognición”	Pag 65
3.6. El Cuidador	Pag 69
3.7. Alimentación y Nutrición.....	Pag 74
CAPÍTULO 4. METODOLOGIA	Pag 76
4.2. Variables	Pag 80
4.3. Código De Ética Para Enfermeras Y Enfermeros De México	Pag 84
CAPÍTULO 5: INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	Pag 85
5.1. Interpretacion de resultados	Pag 86
BIBLIOGRAFIA	Pag 89

Agradecimiento

Primordialmente le agradezco a la Escuela de Enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la Salud por darme el privilegio de ser una de sus alumnas, la cual a pesar de altos y bajos momentos vividos dentro de la institución, es la que me ha formado como la Señorita que en la actualidad se sabe defender ante otras instituciones.

A mi padre Carlos López García por confiar en mí durante mi carrera, por ser mi principal apoyo en todo momento. Por ser la persona que hasta el día de hoy ha visto por mí.

A cada uno de mis Profesores por ayudarme a ser una persona de bien, una enfermera con espíritu humano, porque más que dejar conocimiento también me enseñaron a ver la vida de otra manera.

Dedicatoria

Esta investigación es personal, basada en mi madre Yolanda Vieyra Villagómez, la cual se encuentra en la situación del propio tema, sin embargo siempre ha sido una inspiración como una gran mujer, excelente madre, la razón de mi pasión a la enfermería y geriatría puesto que es mi paciente favorita y sobre todo, por ser el ángel que me cuidó y luchó por mí, ahora a mí me toca luchar por ella.

A mi padre Carlos López García por creer en mí, amarme y apoyarme cada momento antes y durante mi estancia universitaria así como sé que su apoyo y amor seguirán el tiempo que Dios lo permita.

Cabe destacar a mis hermanas mayores, las cuales siempre me apoyaron y estuvieron de igual manera pendiente de mí buscando siempre mi bienestar. Patricia y Leticia López Vieyra, siempre un ejemplo a seguir.

Introducción

La demencia y el Alzheimer son temas de poca relevancia para la sociedad, puesto que no se le brinda el interés adecuado ni cómo se cree o debe. El mundo está cambiando al igual que todos los seres humanos conforme transcurre la edad, es por ello que las enfermedades futuras son un factor importante que la Secretaría de Salud Pública debe tener en cuenta y prestar la atención necesitada.

La población en general se preocupa más por los problemas tecnológicos y sociales que se presentan en el mundo y sus consecuencias, dejando de lado a los adultos de la tercera edad, siendo ellos los que han creado lo que el día de hoy conocemos.

Los problemas mentales que afectan a los ansianos son de impacto social muy fuerte, pues el hecho de ser adultos de la tercera edad los hace dependientes a los más jóvenes, inclusive más presentando una enfermedad, sea cual sea.

La demencia se presenta en la mayoría de los ansianos, lo cual se desarrolla con otras enfermedades de por medio, tales como el Alzheimer y la enfermedad de Parkinson. Aunque por lo general siempre van de la mano demencia y Alzheimer.

Esto por la muerte de neuronas que van desapareciendo con la edad y desgaste, haciendo el cerebro de los ansianos más pequeño cada vez, ocasionando pérdida de la memoria, movimientos y vocablos involuntarios e incoherentes. Este problema social afecta a todos los integrantes en una familia pues cuando hay una disfunción en un solo integrante los demás también comienzan a fallar.

La enfermería es un cuidado indispensable para el trato de estos pacientes, pues los familiares necesitan la capacitación e información necesaria para lograr cuidar como se

merece y evitar así descuido y que la enfermedad sea más acelerada, pues en la actualidad existen ejercicios, medicamentos e incluso alimentos que ayudan a retrasar la degeneración neuronal que se ocasiona.

La vida es lo más preciado que existe, y se debe de disfrutar al máximo, sin embargo, las barreras que se atraviesan son a veces muy difíciles de desviar pero siempre podemos lograr sobrellevarlas gracias al esfuerzo y el interés que se les ponga.

Realmente el propósito de todo lo que el ser humano realiza no es para una buena calidad de vida, sino para una satisfactoria muerte, pues es más lo que nos esforzamos de jóvenes y adultos por superarnos, luchar y cumplir metas u objetivos para al llegar a la vejez terminar con una sonrisa en la cara y un goce del fruto de todo lo cosechado, sin embargo, no siempre es así porque llega a la vejez, en otras ni siquiera a la etapa madura, y si se logra a llegar a esta etapa, es inevitable sufrir gran parte del tiempo pues no se disfruta en compañía de quienes se espera en algunos casos.

La muerte es lo único que es seguro, y aunque no todos esperan llegar a este suceso inevitable, hay que luchar por que su presencia sea en un tiempo más lejano y con el menos sufrimiento posible.

La enfermería debe aplicar estos procesos por los que el paciente sufre de estrés y ansiedad, así como va ligada la depresión para que los deterioros neuronales inicien y evolucionen continuamente, dañando principalmente la memoria.

Además de tener en cuenta la enfermedad y al paciente, se debe saber cómo tratar a los familiares y asimilar el aumento de la misma enfermedad y todo lo que esta lleva, los cuidados

que se le deben hacer a un recién nacido, sin embargo, para un adulto, lo cual es más difícil y se necesitan valores como: la tolerancia, paciencia, respeto y amor.

A aquellos pacientes que cuentan con el apoyo de su familia, la enfermera y médico encargados del anciano, deben trabajar con la familia el proceso de degeneración y lo que le continúa, que es la muerte, la manera de aceptarlo, esperarlo y tomarlo de una manera positiva.

Se pretende crear conciencia y demostrar a la población que nadie está exento de presentar algún día, un problema de degeneración mental, es por ello que se debe insistir a la población para abrir la mente de todas las personas creando reflexión de todo aquel que se sienta inmune a el futuro inevitable que acontece en la mayoría de los adultos mayores.

Por lo tanto es posible que la información necesaria y el aprendizaje de los signos y síntomas primarios sean de ayuda para detectar una posible degeneración que acontezca personalmente o en algún miembro familiar.

CAPÍTULO 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Antecedentes Demencia y Alzheimer

El capítulo siguiente aclara como ha ido transcurriendo la ideología de lo que es la demencia y el Alzheimer ya que se ha presentado desde principios memorables de la historia hasta nuestros días, sin embargo la idea relacionada a los trastornos mentales únicamente eran señalados como locura y futura muerte, inclusive como un castigo divino.

Se ha logrado investigar y entender que no se trata de un castigo o locura que afecte a la persona, sino que se relaciona con un problema incluso ya genético que no se puede evitar, puesto que la herencia ya va en los genes desde el nacimiento.

Se entiende por Demencia a la serie de discapacidades mentales que van surgiendo de acuerdo con el envejecimiento de las personas y la muerte neuronal debido a sustancias químicas que van desapareciendo en el Sistema Nervioso (SN) y afecta principalmente a la memoria y todo lo que se desencadena de esta pérdida, por ejemplo: movimientos involuntarios, dependencia a alguien más, pérdida del habla o lenguaje, pérdida de razonamiento.

Demencia: Aparece en las lenguas europeas durante el siglo XIV. La palabra demencia aparece en Francia por primera vez en 1381 para referirse a locura o extravagancia. Según el Oxford English Dictionary, el término de demencia aparece en lengua inglesa alrededor de 1644. En el Diccionario Físico de Blancard, publicado en Inglaterra en 1726, la demencia es usada como un equivalente de “anoé” o extinción de la imaginación y el juicio. Aún en 1791, el Diccionario Español de Sobrino define el término de demencia como locura, extravagancia, extravío, alienación del espíritu. Hasta finales del siglo XVII, el término de demencia se usaba exclusivamente como sinónimo de locura.

A partir de 1700 empieza a usarse, primero en Francia y posteriormente en otros países de Europa, el término de demencia para designar estados de disfunción cognitiva con una connotación médica. En la Encyclopédie, ou Dictionnaire Raisonné des Sciences, des Arts et des Métiers, de Diderot y d'Alembert, publicada en 1765, la demencia es definida como una enfermedad que puede ser considerada como la parálisis del espíritu, que consiste en la abolición de la facultad de razonar.

Quizás una de las teorías de mayor relevancia en la historia de las demencias se debe a Antoine Bayle, quien en 1822 mostro que los síntomas físicos y mentales de la parálisis general progresiva se debían a una aracnoiditis crónica, es decir, a una patología cerebral. Bayle propuso el concepto de aracnoiditis crónica, propiciando una visión orgánica de las demencias.

Alzheimer: El doctor Alzheimer nació en Marktbreit, Baviera (Alemania) en 1864. Hijo de una familia católica y acomodada, su padre trabajaba como notario y consultor legal. Inició sus estudios de medicina en Berlín en 1883 y continuó en Tübingen y Würzburg. Consiguió graduarse cuatro años después, con una tesis doctoral sobre las glándulas de cerumen de los oídos.

En 1888 comenzó a trabajar como asistente en el sanatorio municipal para dementes de Francfort, una institución con bastante prestigio en aquel tiempo por su labor investigadora. Allí conoció al patólogo Franz Nissl, con el que estableció una relación que perduraría toda la vida. La colaboración entre ambos fue fructífera y publicaron varios trabajos sobre aterosclerosis cerebral en 1904 y sobre el corea de Huntington en 1911.

En 1894 se casó con una viuda de origen judío que poseía una gran fortuna. Tuvieron tres hijos pero ella falleció en 1902. La fortuna heredada de su mujer le permitiría dedicarse a la investigación. Un año después de la muerte de su mujer, Kraepelin, un conocido psiquiatra alemán fue nombrado director de una clínica psiquiátrica en Munich y le ofreció la plaza de jefe de laboratorio y de anatomía patológica.

En 1906 describió una nueva enfermedad que producía pérdida de memoria, desorientación, alucinaciones y finalmente muerte. La enfermedad fue diagnosticada por primera vez en una mujer de 51 años, llamada Augusta que había ingresado en 1901 en el Hospital de Frankfurt a causa de un cuadro clínico caracterizado por un delirio de celos, seguido de una rápida pérdida de memoria acompañada de alucinaciones, desorientación temporoespacial, paranoia, alteraciones de la conducta y un grave trastorno del lenguaje. La paciente falleció por una infección debida a las heridas que le habían aparecido por estar inmóvil durante mucho tiempo en la cama y por una infección pulmonar.

El cerebro de la mujer fue estudiado por Alzheimer, que encontró un número disminuido de neuronas en el córtex cerebral, junto con cúmulos de proteínas, unos ovillos o filamentos neurofibrilares en el citoplasma de las neuronas. Estos últimos fueron descritos por primera vez en la historia por este autor. Se decidió llamar a la nueva patología “Enfermedad de Alzheimer” en honor a su “descubridor” y el término fue utilizado por primera vez por Kraepelin en la octava edición del “Manual de Psiquiatria” en 1910. Lo que en aquel momento se pensaba que era una enfermedad rara se demostró posteriormente que era la causa más frecuente de demencia.

Otro caso fue descrito por el doctor Alzheimer en 1911, fecha en la que también aparece una revisión publicada por Solomon Carter Fuller, un americano que había rotado durante unos años con Alzheimer en Alemania. La revisión incluía a 13 enfermos con

demencia con una edad media de 50 años. Su enfermedad se prolongaba alrededor de siete años.

El doctor Alzheimer fue nombrado en 1912 profesor ordinario de psiquiatra y director de la clínica de la Universidad de Breslau. Fallecería en 1915 a la edad de 51 años a causa de una endocarditis.

El cerebro de los dos primeros pacientes del doctor Alzheimer ha sido estudiado de nuevo a finales de años 90 por un grupo de investigadores alemanes, que han comprobado la presencia de lesiones cerebrales que consisten en ovillos neurofibrilares (acúmulo de fibrillas que sustituyen a las neuronas) y las placas de amiloide (otro tipo de lesión que se produce por acumulación otras proteínas en el cerebro), especialmente en zonas corticales, y la ausencia de lesiones de tipo aterosclerótico en estos pacientes.

En los últimos años algunos famosos como Rita Hayworth, Ronald Reagan o Charlton Heston han reconocido padecer esta enfermedad lo que ha ayudado en parte al mayor conocimiento por parte del público y también a favorecer su estudio y fomentar la creación de asociaciones que dan apoyo a los pacientes y colaboran económicamente en el estudio de la enfermedad y sus tratamientos.

Otra aportación fundamental al conocimiento de las demencias es la efectuada por Arnold Pick, profesor de neuropsiquiatría en Praga, quien comenzó a describir en 1892 una serie de casos de demencia con atrofia cerebral localizada en los lóbulos frontales.

Tras los avances de comienzos del siglo XX, el interés por las demencias disminuyó considerablemente. Se consideraba que la enfermedad de Alzheimer no era más que una forma rara de demencia presenil. Incluso en una época tan cercana como los años cincuenta y sesenta, se creía que la mayoría de las personas que desarrollaban un síndrome demencial después de los 65 años (la llamada "demencia senil") sufrían de alguna forma de insuficiencia cerebrovascular, la llamada "demencia arteriosclerótica".

A finales de la década de los cincuenta y durante los sesenta, los trabajos de la Escuela Inglesa de Psiquiatría con Martin Roth a la cabeza, empezaron a suponer un cambio en la forma de entender el problema. Estos autores pusieron en evidencia la prominencia de la enfermedad de Alzheimer entre las causas de demencia entre los ancianos, considerándose de forma cada vez más unánime que las formas seniles y preseniles corresponden en realidad al mismo trastorno.

Desde entonces, el interés por este grupo de enfermedades ha crecido de forma considerable, cuando apenas sí ocupaba una mínima parte de los tratados de Psiquiatría y Neurología. Entre los factores que han contribuido a ello destacan principalmente los cambios demográficos, que han incrementado de forma espectacular la frecuencia absoluta y relativa del número de ancianos en los países occidentales y en todo el mundo.

La demencia y el Alzheimer han sido reconocidos desde siglos memorables como antes de la aparición de Cristo, sin embargo no se le hace mucho énfasis debido a que la demencia y Alzheimer al enfermedades mentales no presentan dolor ni sufrimiento más que el descuido y la dependencia a alguien más.

Por ello, el mundo no le ha dado el enfoque adecuado, incluso se ha llegado a definir como locura a estos estados, sin dar un estudio mayor y específico hasta científicos con ideas renovadoras y modernas.

La relación entre demencia y Alzheimer va ligada y por ello no se había logrado especificar con anterioridad la diferencia entre ellas, sin embargo y por medio de estudios recientes se ha llegado a descartar que la enfermedad de Alzheimer no se puede evitar ni existe cura para que la persona afectada se recupere. Pues existen estudios en Rusia y en algunos países de Sur América en donde se ha empleado la investigación acerca lograr que el paciente enfermo se recupere en su totalidad cuando apenas tenga inicios de esta enfermedad.

No se han logrado dar avances o hechos verídicos de que algún paciente enfermo se recupere, únicamente observaciones acerca del consumo de marihuana de forma terapéutica y con el consumo de células madre.

Los enfermos con demencia y Alzheimer en sus inicios se han notado mejoría en sus actitudes y actividades cotidianas gracias al consumo de células madre, este tratamiento es muy costoso y empleado solo en países del primer mundo.

La marihuana es muy catalogada como una droga que causa adicción y causa mal en la salud, sin embargo al ser producto de la naturaleza no es nociva para el cuerpo humano únicamente en dosis elevadas y mezcladas con otras sustancias, para los ancianos es terapia relajante y les ayuda a evitar el incremento de la degeneración.

Es importante considerar cada punto de las investigaciones, teorías y descubrimientos para que el equipo de salud se encuentre capacitado y sepa diferenciar cuando encuentren a algún paciente con estas características y saber la manera adecuada para informarle a su familia la importancia de que recurra a un centro especializado para él y que tenga un correcto tratamiento para el funcionamiento de su organismo de acuerdo a el grado en el que esté pasando su enfermedad.

A pesar de que cada personal de salud emplea métodos distintos y técnicas todas tienen el mismo fin, siempre y cuando sea todo por el bien del paciente. En ocasiones a los familiares de los enfermos no les agrada el método que se emplea, es por ello que la información siempre debe de ser empleada antes de cualquier procedimiento o decisión que sea tomada por el equipo de salud.

La enfermera que sea asignada a los pacientes geriátricos debe de tomar en cuenta varios aspectos al atender a pacientes geriátricos con demencia o Alzheimer, de acuerdo a su valoración de economía, grupo social, familia y grado de la enfermedad la enfermera debe de brindar un servicio considerable y adecuado para ser justa e igualitaria con todo tipo de paciente.

1.2. Planteamiento del Problema

¿Por qué la demencia y el Alzheimer están afectando social y económicamente?

En la actualidad los jóvenes y adultos tienen actividades que alejan de las prioridades principales a los ancianos, lo cual es un problema grave puesto que ellos necesitan del cuidado hacia su persona ya que con el tiempo su organismo se vuelve frágil.

Los ancianos presentan varios desórdenes mentales, debido al envejecimiento de sus neuronas. Se ve afectada su salud mental y es llamado Demencia Senil, la demencia senil se divide en 4 etapas, de las cuales el 70% se desarrolla junto con el Alzheimer.

Sin embargo, no siempre se presenta sólo en los ancianos, sino que también se ve manifestado en los adultos maduros, e inclusive en los adultos jóvenes gracias al estrés, depresión y desórdenes mentales que desfavorecen su vida cotidiana, el caso más extremo registrado ante la Organización Mundial de la Salud (OMS) es el caso de un joven de 20 años de edad del tercer mundo, el cual al ser un adulto joven se vio rodeado de factores y desórdenes mentales que lo terminando llevando al delirio, deterioro neuronal y Alzheimer como producto final.

La muerte progresiva de neuronas va a ocasionar varios signos y síntomas, los cuales no ocasionan la muerte inmediata, pero si la degeneración mental lenta y continua. Es por ello que la demencia y el Alzheimer van de la mano, puesto que la falla del sistema nervioso va deteriorando la memoria, ocasionando síndromes irreversibles.

Aunque ambos padecimientos son similares e incluso puede ser desarrollado uno con el otro, aunque la similitud es muy grande no son lo mismo, puesto que la demencia tiene varias definiciones y es el deterioro mental gracias al envejecimiento, y el Alzheimer es el desarrollo gracias a muerte neuronal y progresiva, la cual puede iniciar en cualquier etapa del adulto maduro siendo que la demencia únicamente en la vejes.

Existen teorías de distintos científicos en las que se dice que estas enfermedades son irreversibles y progresivas, sin embargo, existen teorías en las cuales muestran la posibilidad de contrarrestar los signos y síntomas mentales determinantes de la demencia o Alzheimer a base de células madre, lo cual no es muy seguro y no es comprobado realmente. Aunque ya se ha estado poniendo en práctica en países del primer mundo, principalmente en Estados Unidos e Inglaterra, siendo tratamientos muy costosos e inaccesibles para la mayoría de la población Mexicana.

También se dice que es preventiva y ayuda a evitar distintos problemas de degeneración del sistema nervioso así como de todos los sistemas en general. Sin embargo, no se le está dando la importancia que debería ante las personas que son propensas a padecerlo o que ya lo padecen, pues al ser personas mayores de edad, ya no laboran ni sustentan a su propia familia nuclear, por lo cual se les abandona en cierto grado y no se da el tratamiento adecuado en el momento que es necesario.

La demencia y el Alzheimer al presentarse en un integrando de una familia ocasiona daño a todas las demás personas que conforman dicha unidad, pues comienzan los problemas económicos, sociales y de salud mental para los demás, estos factores son dados a que no toda la población cuenta con el presupuesto esperado para el tratamiento necesario por el paciente manifestando la aceleración de la enfermedad y problemas involucrados con la familia afectando en ocasiones más al enfermo por depresión que se les puede desarrollar al sentirse inútiles, culpables, viejos, etcétera.

1.3. Justificación

Dentro del área de salud existen diferentes atenciones a cada patología que presenta el cuerpo humano, sin embargo, el interés por el personal de salud se basa en las personas más jóvenes o patologías más comunes.

El gobierno se enfoca en los problemas socio-económicos en el país, y no se enfoca tanto en lo que el sector salud le informa, solamente en los problemas de salud más destacados, como obesidad y diabetes, al igual que enfocarse en las vacunas únicamente dosis pediátricas, un ejemplo es la administración de albendazol únicamente para niños de 2 a 14 años de edad, dejando de lado a los adultos, siendo estos quienes generalmente padecen en mayor grado.

Los ansianos son aquellos que requieren de mayor cuidado pues conforme pasa su edad su sistema inmunológico va recayendo y son propensos a cualquier enfermedad, sin embargo, las enfermedades mentales son las menos tomadas en cuenta por el equipo de salud y el gobierno.

La demencia y el Alzheimer son patologías mentales que afectan a un alto porcentaje de la población en edad avanzada, sin ser enfermedades destacadas por el equipo de salud pública, puesto que se le da preferencia a las enfermedades infecto-contagiosas.

Aunque la demencia y el Alzheimer no son enfermedades contagiosas, son enfermedades crónico degenerativas, e incluso hereditarias, lo cual indica que se debe de llevar un control con el enfermo y con sus descendientes.

La falta o ausencia de conocimiento acerca de este tipo de deterioro ocasiona que no se tome en cuenta los primeros síntomas que se presentan con este tipo de enfermedades, lo cual es malo para nuestra comunidad, pues a pesar de que dicha demencia es progresiva, pero se puede controlar a tiempo la velocidad en la que siga avanzando y empeorando su desarrollo.

Lo que las personas deben de hacer son exámenes sencillos en los que se determine si es que ya están o no con este deficit mental, para comenzar con un tratamiento específico, como lo son medicamentos, cuidados y ejercicios necesarios para evitar que la patología aumente progresivamente.

Si no se logra evitar se pretende que valla poco a poco y que los familiares de dicho anciano tengan en mente lo que va a ocurrir en un futuro con el anciano y todos los problemas que pueden llegar a pasar o enfermedades extras que se pueden desarrollar, unas de ellas son la esquizofrenia o el síndrome de Parkinson.

Todo lo anterior se convierte en un problema lento y progresivo no solo para el anciano, sino para la sociedad en general puesto que el descuido, vida sedentaria, problemas emocionales que no son tratados a tiempo como la frustración, ansiedad y depresión que lamentablemente y por lo general van ligadas unas con las otras, alimentación de conservadores constantes, Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial Sistémica sin control, etcétera, son causantes de dicho deterioro neuronal.

Para evitar todos estos en el estilo de vida cotidiano se debe de alertar a la población de este problema grave y enseñar a la manera de tratarlo una vez ya adquiriéndolo.

Las enfermeras tienen un gran campo de trabajo en el área de las demencias y de sus enfermedades subsecuentes, pero al verse como un trabajo muy pesado, no hay el personal capacitado completamente, puesto que se requiere de gran paciencia y tolerancia, lo cual a veces se ve escaso en cualquier persona, no solo en el área de enfermería.

De igual manera las enfermeras deben de tener una gran cantidad de conocimientos, técnicas y valores para aprender a manejar este tipo de pacientes los cuales necesitan de personal geriátrico, psiquiátrico y neurológico que los apoyen e impulsen el espíritu que tenga en enfermo.

Lo que se pretende e idealiza es crear conciencia acerca de que nuestros ansianos se sienten solos y nos necesitan, a pesar de ser difícil es satisfactorio y necesario para el propio cuidador, pues a veces una sonrisa sincera es el mejor alivio para la situación difícil en la que nos encontremos.

1.4. bjetivo General

Capacitar al equipo de salud para saber manejar y enseñar a la población con la cantidad de casos con Alzheimer o demencia incluyendo a sus familias

1.3.1 Objetivos Específicos

I.-Detectar de manera temprana la demencia o el Alzheimer en sus inicios para que se comience a tratar de forma adecuada.

II.- Enseñar a los familiares los cuidados y ejercicios que se deben de tener con el paciente anciano.

III.- Brindar la información necesaria a todas comunidades.

1.5. esis

La intención es basada en los adultos maduros que comienzan con problemas en su vida cotidiana, por lo cual una investigación basada en documentos y hechos rescatados en el mundo son la base para esta investigación, pues ya que el porcentaje mayor se estipula en los adultos de la tercera edad y se deja de lado al adulto maduro que está en sus inicios apenas e incluso es más fácil y rápido detectar este estilo de degeneración neuronal.

Las enfermeras deben tener el conocimiento para identificar problemas que se identifiquen en los pacientes y para lograrlo deben tener una capacitación especial para aumentar sus conocimientos y hacerlas más observadoras con sus pacientes, al igual que saber capacitar a su familia y al cuidador en especial, ya que en toda familia un miembro se convierte en el cuidador en especial.

La mejor manera de identificar estos problemas mentales e incluso algunos delirios, es con la observación y la conversación, pues el tartamudeo, incoherencias, y movimientos que hacen de manera involuntaria son signos que observamos fácilmente y se puede comenzar a realizar algunos ejercicios mientras se realizan los estudios adecuados para confirmar o descartar algún tipo de demencia.

Las descargas eléctricas que provocan en ocasiones las convulsiones también puede ser un signo de alarma, el cual no se le da la relevancia que se necesita, entonces se necesita saber cómo afecta al enfermo este tipo de descargas en su organismo que provoca movimientos involuntario y por lo cual, delirio y trastornos en el futuro de que lo padece.

CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO

A toda enfermera le interesa la información acerca de cómo dar un mejor cuidado y trato de acuerdo a la edad y al diagnóstico que se le asigne a cada paciente ya que no solamente el diagnóstico y la técnica nos interesa, sino toda su historia clínica que él tenga para saber que trato brindarle y basándonos en técnicas e información conocida para tener las bases de la teoría en la que nos basamos y evitar problemas legales o inconformidades con los pacientes y sus familias.

El brindar apoyo psicológico y estimulación física a los pacientes es esencial en el labor enfermero para cada paciente, ya que esto ayuda a detener el avance de cualquier enfermedad, el trabajo de la enfermera es diferenciar a la enfermedad para saber actuar en los distintos puntos del cuerpo y mente para dar una estabilización de acuerdo a lo que necesita cada paciente y en cada etapa diferente de su enfermedad.

Un adulto mayor es aquel que se encuentra en la última etapa de la vida, la que sigue tras la adultez y que antecede al fallecimiento de la persona. Porque es precisamente durante esta fase que el cuerpo y las facultades cognitivas de las personas se van deteriorando. Generalmente se clasifica de adulto mayor a aquellas personas que superan los 70 años de edad. Las dos enfermedades primarias más recurrentes en los adultos mayores son la depresión y la ansiedad, y por lo tanto estas conforme avanza el tiempo desarrollan otras patologías en base a estas dos.

Depresión: La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

Ansiedad: Se trata de la condición de una persona que experimenta una conmoción, intranquilidad, nerviosismo o preocupación. Para la medicina, la ansiedad es el estado angustioso que puede aparecer junto a una neurosis u otro tipo de enfermedad y que no permite la relajación y el descanso del paciente.

Memoria: Es la capacidad mental que posibilita a un sujeto registrar, conservar y evocar las experiencias ya sean ideas, imágenes, acontecimientos y sentimientos.

2.1. Demencia

Es la pérdida irreversible de las capacidades intelectuales, incluyendo la memoria, la capacidad de expresarse y comunicarse adecuadamente, de organizar la vida cotidiana y de llevar una vida familiar, laboral y social autónoma. Conduce a un estado de dependencia total y finalmente, a la muerte.

La Organización Mundial de la Salud define la demencia como un “síndrome debido a una enfermedad del cerebro, generalmente de naturaleza crónica o progresiva, en la que hay déficits de múltiples funciones corticales superiores, entre ellas la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio. La conciencia permanece clara. El déficit cognoscitivo se acompaña de deterioro del control emocional, del comportamiento o de la motivación”. Estas pérdidas son mayores que en el

envejecimiento normal y de entidad suficiente como para afectar a las actividades cotidianas que la persona realizaba previamente. Si los problemas cognitivos se inician a partir de los 65 años se considera que la demencia es de inicio tardío o senil. Si se inicia por debajo de los 65 años se considera que la demencia es de inicio precoz o presenil.

Afecta al 5% de los mayores de 65 años y aumenta con la edad, hasta afectar al 20% de los mayores de 80 años. La demencia más frecuente es la enfermedad de Alzheimer, que representa el 70% del total de demencias. Otras demencias, que se presentan con una frecuencia menor, son: la vascular, la demencia con cuerpos de Lewy, la degeneración frontotemporal y las demencias secundarias.

Según las últimas aportaciones de la Organización Mundial de Salud (OMS) se estima que en la actualidad hay 36,5 millones de personas con demencia en todo el mundo. La incidencia global mundial de la demencia se estima alrededor de 7,7 nuevos casos cada año. La aparición de nuevos casos se mantiene más o menos estable hasta los 65-70 años y a partir de entonces el crecimiento es exponencial (en torno a 15, 30, 50 y 70 75/1000 personas-año hacia los 75, 80, 85 y 90 años, respectivamente). En nuestro país, según un estudio realizado en España, la incidencia anual de la demencia se estimó entre 10- 15 casos por 1000 personas-año en la población mayor de 65 años.

España es uno de los países con mayor envejecimiento de la población en el mundo. De acuerdo con el índice de envejecimiento, la proporción de la población española de 65 y más años (16.8% en 2004) se han duplicado en los últimos 30 años, ocupando el séptimo lugar entre los países europeos. Por lo tanto, la carga de trastornos neurodegenerativos crónicos, entre los cuales destaca la demencia, se espera que crezca de manera exponencial.

En relación con el coste que conlleva esta enfermedad, las demencias constituyen el tercer problema sanitario en importancia en cuanto al coste económico que generan. En España, la mayor parte de estos gastos derivan del internamiento de los pacientes en instituciones o residencias asistidas, donde el componente más importante del gasto es el tiempo y dedicación del cuidador profesional.

El total de enfermos, con algún tipo de discapacidad, institucionalizados en centro residenciales un 36% son pacientes con demencia. Esta atención institucionalizada se vuelve necesaria cuando a los familiares les resulta imposible y agotador atender adecuadamente a la persona o cuando la evolución de la enfermedad obliga a dispensar unos cuidados no abordables desde el domicilio.

La demencia es una de las principales causas de discapacidad y dependencia entre las personas mayores en el mundo entero.

2.2.1. Síntomas de Demencia

Los síntomas son principalmente cognitivos (memoria, lenguaje, habilidades para el cálculo y toma de decisiones, entre otros), pero también pueden aparecer trastornos de conducta (indiferencia, depresión, irritabilidad, agresividad, comportamiento inapropiado, delirios, alucinaciones), alteración funcional (repercusión en el trabajo, en la vida social y familiar, pérdida de autonomía para la higiene y el vestido), trastornos del sueño, del apetito o incontinencia urinaria.

Algunos factores aumentan ligeramente el riesgo de sufrir demencia, entre éstos destaca la edad, la depresión, el tabaquismo, la exposición a pesticidas o un nivel de escolarización bajo. Para los casos hereditarios se considera un riesgo el tener familiares de primer grado afectados. Por otro lado, el ejercicio físico, la actividad intelectual y el consumo moderado de alcohol podrían actuar como factores beneficiosos.

La dependencia se plantea como un problema de interacción multidisciplinar entre la persona y el contexto socio ambiental en el que se desenvuelve, es decir, entre las funciones y estructuras alteradas del cuerpo, la capacidad para realizar diversas actividades como persona, su participación o desempeño real en las mismas, y las interacciones con los factores tanto personales como ambientales que pueden actuar como barreras o facilitadores.

En relación con la dependencia, la demencia plantea, desde el punto de vista de la bioética, nuevos retos a la sociedad y al sistema sanitario, como son el respecto a la autonomía del paciente, la información al paciente y a la familia, la posibilidad de cumplimentar el documento de voluntades anticipadas, la elección de un tutor o representante y el consentimiento informado, entre otros.

En general, el diagnóstico de las demencias se debe realizar por un especialista experto en el tema y podría abordarse de la siguiente establece en dos pasos:

1. Detección del síndrome demencial. De acuerdo a las actitudes, comportamientos y lenguaje que comience a mostrarse irregular.

2. Identificación del tipo de demencia Si se tiene sospecha de demencia se deberá obtener información complementaria del cuidador y realizar al paciente exámenes neuropsicológicos o evaluaciones objetivas cuantificadas.

2.2.2. Clasificación de la demencia

Existen varios tipos de clasificación de las demencias. De acuerdo con su origen, se puede clasificar en demencia cortical (enfermedad de Alzheimer), demencia subcortical (enfermedad de Parkinson, encefalopatía tóxica o metabólica), demencia cortico-subcortical (vasculopatías, traumatismos) o cortico-basal.

La demencia se divide de la siguiente manera:

Demencia en enfermedad de Alzheimer

- De inicio temprano
- De inicio tardío
- Mixta o atípica
- Inespecífica

Demencia vascular

- De inicio agudo
- Multi-infarto

- Vascular subcortical
- Mixta: subcortical y cortical
- Otras demencia vasculares
- Inespecífica

Demencias propias de otras enfermedades

- Enfermedad de Pick
- Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob
- Enfermedad de Huntington
- Enfermedad de Parkinson
- Asociada a infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)
- Asociada a otras enfermedades
- Demencia no especificada

A la clasificación se puede agregar si el paciente presenta o no síntomas adicionales de predominio delirante, alucinatorio, depresivo o mixto. Una vez hecho el diagnóstico de demencia se puede clasificar como leve, moderada y severa:

- Leve: cuando afecta actividades de la vida diaria sin causar problemas para la independencia del paciente

- Moderado: cuando condiciona incapacidad para vivir de manera independiente. El individuo no recuerda información básica acerca de su vivienda, actividades recientes o el nombre de ciertas personas familiares a él.

- Severo: Se caracteriza por la absoluta incapacidad de retener nueva información y solo se recuerdan fragmentos de experiencias o conocimientos pasados. El paciente no reconoce a sus familiares

El diagnóstico de demencia se deberá hacer solo tras una extensa evaluación que debe incluir:

- Historia clínica
- Evaluación del estado cognitivo
- Examen físico y otros estudios apropiados
- Una revisión de los medicamentos tomados por el paciente en orden de descartar efectos adversos que afecten el funcionamiento y minimizar su uso. Un tamizaje básico para detección de demencia se debe llevar al cabo al momento nivel.

Las pruebas que deben realizarse de forma sistemática para diagnosticar una demencia son:

- Análisis de sangre (ayudará a identificar anemia macró citica que es característica de la deficiencia de ácido fólico y vitamina B12)

Pruebas cognitivas: permiten establecer el grado de deterioro que presenta el paciente, distinguir entre demencias, deterioro cognitivo ligero, depresión y normalidad.

Pruebas radiológicas (escáner o resonancia magnética craneales)

Pruebas de funcionamiento tiroideo (el hipotiroidismo se encuentre en el 20% de los adultos mayores, la baja función de la tiroides puede ser la casusa de un síndrome demencial).

Niveles de vitamina B12 y folatos (son causas reversibles de demencias, por lo cual se deberá incluir en el tamizaje).

Examen general de orina (ayuda en el diagnóstico de una infección urinaria, la cual es una de las principales causas de delirium como diagnóstico diferencial)

En casos complejos o de diagnóstico incierto puede ser que se precisen otras pruebas más complejas, que se realizan habitualmente en centros especializados.

En México, se han realizado los primeros estudios epidemiológicos sobre deterioro cognitivo y demencia. Sin embargo, aún son insuficientes para conocer de manera certera la situación de las demencias con representatividad nacional. En un estudio realizado en la Ciudad de México, se encontró una prevalencia de 4.7%. En Jalisco se realizó un estudio que informa una prevalencia de demencia en mayores de 65 años de edad de 3.7 % con predominio en el sexo masculino. Se realizó un estudio en Unidades de Medicina Familiar del

IMSS donde se reportó una prevalencia de 3.5% de demencia en mayores de 60 años de predominio en mujeres (2.3%) y 30.5% de deterioro cognitivo leve.

Se estima que poco menos del 25% de los pacientes con demencia son diagnosticados. Esto se debe a que el médico de primer contacto, así como otros especialistas, subdiagnostican e incluso ignoran este padecimiento en algunas ocasiones interpretando estos cambios como normales o propios de la vejez

2.2.3. Medidas preventivas y factores de riesgo

Existen factores de riesgo no modificables como la edad siendo este el más importante para el desarrollo de demencia. En los pacientes con trastorno del aprendizaje como Síndrome de Down las demencias se presentan más temprano. Estudios de prevalencia muestran un mayor índice de demencia en mujeres que en hombres, especialmente en enfermedad de Alzheimer.

El número de casos de demencia vascular es mayor en hombres que en mujeres aunque éstas últimas suelen igualarlos en edades más avanzadas. La historia familiar de demencia en un pariente de primer grado aumenta cuatro veces el riesgo de desarrollar demencia. Se han descrito varias formas autosómicas dominantes en la enfermedad de Alzheimer de inicio temprano, que característicamente tienen una edad de presentación menor a 55 años.

En relación a los casos de Alzheimer de inicio tardío, el factor de riesgo genético bien descrito hasta ahora es el del alelo de apolipoproteína E4 (proteína plasmática). Sin embargo más del 50% de los casos se desarrollan en ausencia del alelo apoE4.

Los factores de riesgo modificables conocidos son el consumo excesivo de alcohol, con un efecto paradójico protector en cantidades moderadas. Existen resultados contradictorios en cuanto al tabaquismo ya que en algunos estudios se encontró como factor de riesgo para demencia y en otros como protector específicamente para Alzheimer, aunque bien es factor de riesgo cardiovascular y para eventos cerebro-vasculares promoviendo demencia vascular.

Otros factores de riesgo conocidos con la obesidad, diabetes mellitus, hipertensión arterial, hipercolesterolemia, trauma repetido de cráneo o asociado a pérdida del estado de alerta, baja ingesta de folatos con altos niveles de homocisteína.

Se han identificado también factores protectores con resultados controversiales entre los cuales se incluyen la terapia hormonal sustitutiva, antioxidantes (vitamina E), antiinflamatorios no esteroideos, estatinas, ejercicio aeróbico regular, estimulación mental y educación.

Dada la alta evidencia contradictoria de cualquiera de los anteriores no se recomienda su uso como tratamientos específicos para la prevención primaria de demencia. Para la prevención secundaria de demencia de cualquiera de sus formas principalmente vascular, deben estudiarse los factores de riesgo modificables (tabaquismo, consumo excesivo de alcohol, obesidad, diabetes, hipertensión e hipercolesterolemia) y de ser apropiado.

2.2.4. Papel que ocupa el cuidador

La demencia es una enfermedad que tiene un gran impacto en el entorno próximo del paciente, por lo que la figura del cuidador tiene una extraordinaria importancia.

El cuidado de un paciente con demencia requiere una gran dedicación, y en ocasiones puede implicar tener que dejar el trabajo, disponer de menor libertad personal, necesidad de

recursos económicos, etc. para aquel que realiza este trabajo. Todos estos aspectos pueden producir ansiedad, depresión, estrés y alteraciones de salud del cuidador y deben ser considerados por el equipo sanitario.

En la actualidad existen recursos sociales que se gestionan a través de los profesionales de trabajo social, o bien recursos comunitarios, principalmente asociaciones de familiares, que pueden facilitar ayudas para la asistencia al paciente en el domicilio o para planificar y valorar el uso de servicios externos (cuidador externo, centro de día, residencia, ley de dependencia, entre otros.).

Los cuidados de enfermería en esta patología van dirigidas a mantener en un buen estado de salud y un ambiente armónico equilibrado y tranquilo para que en la evolución de esta enfermedad no tenga un impacto tan agresivo en el paciente; ya que esta patología es degenerativa.

2.2.5. Cuidados de enfermería a tratar

Los cuidados de enfermería son básicos para que todo familiar con paciente enfermo aprenda a las necesidades básicas que el mismo enfermo requiere y lo puede ayudar a evitar que avance con agilidad la enfermedad, pues el objetivo de enfermería es que mediante los cuidados la degeneración disminuya y se encuentre con una mejor calidad de vida antes de la muerte.

- ✓ Promover el autocuidado, mediante baño, vestido, alimentación.
- ✓ Administrar medicamentos en horario correcto.
- ✓ Realizarle ejercicio pasivos asistidos, aumentando intensidad.

- ✓ Colocando elementos que ayuden a recuperar cierto porcentaje de la memoria.
- ✓ Proporcionar alimentos ricos en vitaminas, minerales y fibra.

Los cuidados necesarios relacionados con las actividades básicas de la vida diaria dirigida a los profesionales sanitarios cuya función es la de proporcionar y mantener los cuidados, proporcionando al paciente con demencia el máximo grado posible de bienestar y fomentando, en la medida de lo posible, su autonomía.

2.2.6. Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)

Es el conjunto de actividades, orientadas al cuidado del propio cuerpo, que manifiestan la capacitación más elemental y necesaria para el autocuidado que la persona realiza en su vida cotidiana. Son necesarias para sobrevivir.

El profesional de enfermería es el encargado de proporcionar estos cuidados cuando la persona deja de ser independiente. Uno de los instrumentos más utilizados en enfermería para valorar el grado de dependencia de una persona es el Índice de Barthel el cual es el instrumento esencial para la evaluación funcional y rehabilitación.

2.2.7. Características del ABDV

A continuación se muestran las características del ABDV:

- ❖ La higiene personal y el baño: incluye actividades tales como la ducha/baño, el afeitado, el peinado, la higiene bucal y el cuidado de las uñas, así como el manejo del instrumental necesario para llevarlas a cabo.

- ❖ El control de los esfínteres: incluye el autocontrol voluntario del vaciado completo de la vejiga y del intestino.

- ❖ La alimentación: conlleva la capacidad de reconocer la comida y los utensilios necesarios así como el control de llevar la comida del plato a la boca.

- ❖ Vestirse y desvestirse: incluye la capacidad de elección de la ropa según las condiciones climáticas así como la acción de poner o quitarse la ropa de forma autónoma.

- ❖ Sueño y descanso: engloba la capacidad para conciliar y mantener el sueño.

- ❖ Deambulación y actividad física: incluye la capacidad de cambiarse de posición, realizar traslado de un sitio a otro, deambular y practicar ejercicio físico.

Además de las ABVD el apoyo al cuidador profesional en el manejo de estas se abordan otras necesidades o actividades frecuentes que se ven alteradas en la persona con demencia y que por lo tanto el profesional sanitario debe saber cómo actuar ante ellas. Se trata de la sexualidad, la administración farmacológica y el manejo del entorno.

2.2.8. Nutricio en Pacientes con Demencia

Algunas personas con demencia pueden rechazar los alimentos o negarse a comer lo suficiente para permanecer saludables. Por ello, es importante tener en mente

- Prepárele comidas fáciles de comer y de alto valor nutricional. Por ejemplo, los plátanos contienen mucha energía concentrada en poca materia, no manchan y resultan fáciles de masticar. El queso de leche de soja o tofu resulta un buen alimento que proporciona proteínas fáciles de ingerir y el aguacate ofrece grasa vegetal de muy alta calidad
- Proporciónese líquidos que contengan nutrientes adecuados. Los jugos vegetales, tanto de verduras y hortalizas, como los de fruta, son una buena manera de evitar la deshidratación y de suministrarles vitaminas y minerales. Evite bebidas industriales azucaradas o néctares de fruta que, por su alto contenido en azúcar, solo proporcionan más sed

En las fases tardías de la demencia, la persona puede tener problemas para masticar o tragar. Hable con el médico acerca de una dieta apropiada. En algún momento, es probable que el paciente necesite una dieta de sólo líquidos o de alimentos blandos para prevenir un ahogamiento.

Alimentos no aptos

Los expertos señalan que los alimentos y bebidas que deben excluirse de la alimentación de las personas con demencia senil son las estimulantes (como el café, los refrescos de cola o los alimentos que contienen cafeína ya que excitan el sistema nervioso;

los alimentos azucarados (de igual forma, los dulces, pasteles o cualquier tipo de alimento demasiado rico en azúcar refinada produce un aumento de azúcar en sangre que puede intranquilizar a estos pacientes), y las bebidas alcohólicas

CAPITULO 3

3.1. enfermedad de Alzheimer (EA)

Es una enfermedad neurodegenerativa y el tipo de demencia más frecuente, especialmente, aunque no exclusivamente, en población anciana. El proceso suele empezar con pérdida de memoria e incapacidad para retener información nueva. El paciente repite las mismas cosas y no reconoce sus fallos. Después se afectan otras facultades (lenguaje, razonamiento, orientación, etc.). De forma paralela, el enfermo va perdiendo autonomía; así, en una primera etapa, la persona necesita supervisión para actividades complejas. Con la progresión de la enfermedad, precisará ayuda directa para las actividades más básicas de la vida diaria.

Además, la mayoría de los enfermos puede presentar síntomas neuropsiquiátricos, como indiferencia, pérdida del control de las emociones, depresión o cambios en el apetito. Al progresar la enfermedad pueden aparecer alucinaciones, ideas delirantes, agitación y movimientos sin objetivo, como la deambulación errática.

3.1.1. Cambios en el Cerebro en la Enfermedad de Alzheimer

A pesar de que no se sabe con exactitud qué inicia el proceso de la enfermedad de Alzheimer, tenemos en cuenta que el daño al cerebro empieza de 10 a 20 años antes de que algún problema sea evidente. Los ovillos empiezan a desarrollarse en la parte profunda del cerebro, en una zona llamada corteza entorinal, y las placas se forman en otras zonas.

A medida que se van formando más y más placas y ovillos en zonas particulares del cerebro, las neuronas sanas empiezan a funcionar con menos eficacia. Luego pierden su habilidad de funcionar y comunicarse entre sí, y finalmente mueren. Este perjudicial proceso se propaga a una estructura cercana, llamada el hipocampo, el cual es esencial en la formación de recuerdos.

A medida que aumenta la muerte de las neuronas, las regiones afectadas del cerebro empiezan a encogerse. Cuando se acerca la fase final de la enfermedad, los daños se han extendido ampliamente y los tejidos del cerebro se han encogido considerablemente.

3.1.2. Anatomía patológica

En la enfermedad de Alzheimer se produce una atrofia cerebral progresiva, bilateral y difusa. Inicialmente se produce una lesión y posteriormente una destrucción neuronal relacionada con la aparición de depósitos insolubles extracelulares e intracelulares. A día de hoy, no existe un diagnóstico definitivo para la enfermedad de Alzheimer. No hay marcadores biológicos específicos que indiquen la aparición de la enfermedad.

El diagnóstico únicamente se puede realizar mediante un estudio histológico. El diagnóstico definitivo de la enfermedad es 100% seguro únicamente al realizar el estudio del cerebro del paciente mediante una autopsia. Se pueden diferenciar dos tipos de lesiones: microscópicas y microscópicas

Anatomía macroscópica

Macroscópicamente no hay ninguna lesión específica que diferencie el cerebro afectado por Alzheimer de uno que haya sufrido un envejecimiento normal. Se observa una atrofia de las áreas frontotemporales y también hay una pérdida cerebral que causa un agrandamiento de los ventrículos llamada hidrocefalia exvacuo. Estas lesiones pueden aparecer en personas de avanzada edad que no presentan deterioro cognitivo por lo que su presencia no es indicativa de padecer Alzheimer pero en caso de presentar atrofia selectiva del hipocampo y una dilatación predominante del asta temporal del ventrículo lateral si es más significativo de la Enfermedad de Alzheimer ya que raras veces aparece en cerebros normales.

Anatomía microscópica

El estudio microscópico de los tejidos cerebrales ofrece el diagnóstico definitivo de la Enfermedad de Alzheimer. Al microscopio se encuentran depósitos extracelulares de la proteína β -amiloide.

Esta proteína se forma a partir de una división anormal de la APP (proteína precursora amiloide). La APP es una proteína transmembrana que es transformada por enzimas

denominadas secretasas. Cuando es dividida por la vía común por la α -secretasa se forma un producto soluble que es desechado fácilmente.

En cambio, en el Alzheimer se produce una división consecutiva de la APP inicialmente por la β -secretasa y a continuación por la γ -secretasa dando lugar al péptido β A4 que las neuronas secretan al exterior, el cual las células glia (astrocitos y microglía) tratan de eliminar sin éxito por lo que se produce un proceso inflamatorio que junto a la toxicidad de la proteína lesionan las neuronas formando placas.

Estas alteraciones producen lesiones histológicamente características. Las principales son los ovillos neurofibrilares y las placas extracelulares β -amiloides.

- **Ovillos neurofibrilares**

: Son una lesión fundamental relacionada con la Enfermedad de Alzheimer. Son acumulaciones fibrosas anómalas en el citoplasma cerca del núcleo de las neuronas. Están formados por fibrillas que van emparejadas enroscadas de forma helicoidal y que están formadas por la proteína τ en estado hiperfosforilado. La mayor cantidad se localizan en el córtex entorrinal, en las células piramidales del hipocampo, la amígdala y en capas del neocórtex. Su presencia no está relacionada con el desarrollo de la enfermedad ya que pueden aparecer en personas sanas o con otras enfermedades. Los estudios indican que si hay relación entre la cantidad y localización de la concentración neurofibrilar con la degeneración cognitiva.

- **Placas β -amiloides:** También son conocidas como placas seniles o neuríticas. Son estructuras de neuritas distróficas que rodean un núcleo amiloide y que a su alrededor hay

células microgliales y astrocitos reactivos. Se localizan en la amígdala, hipocampo y en el córtex cerebral. No son patognomónicas de la enfermedad ya que también aparecen en ancianos sin Alzheimer con la función cognitiva mantenida, así que no se pueden relacionar con el deterioro cognitivo.

- **Depósito amiloide vascular:** La proteína $\beta A4$ también se deposita en las paredes de las arteriolas y capilares cerebrales. Esto es debido a una escisión anormal de la APP ya 11 que las secretasas dan lugar a dos isoformas de $\beta A4$ diferentes, la $\beta A42$ que se deposita en las placas seniles y la $\beta A40$ en los vasos. Se acumula en los vasos de la zona cortical y meníngea produciendo una angiopatía amiloide. Esta acumulación no protruye hacia la luz ni interfiere con la función del vaso, únicamente aumenta la tendencia a la ruptura. Puede llegar a manifestarse con pequeños sangrados que no presentan síntomas y en ocasiones producir hematomas en la zona cortical siendo característico de estas hemorragias que son irregulares y el sangrado se da en varios tiempos.

- **Degeneración granulovacuolar:** Se produce una modificación en el citoplasma de las neuronas del hipocampo en las que aparecen vacuolas agrupadas. No es característica del Alzheimer ya que también están presentes en personas sanas.

- **Cuerpos de Hirano:** Presenta una concentración de eosinófilos en el espacio extracelular de las neuronas piramidales del hipocampo. No son específicos del Alzheimer ya que también hay en las personas sanas y en otras enfermedades neurodegenerativas como en la Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA).

Por otro lado también se observan depósitos intracelulares de la proteína tau (τ). Su función normal es la formación de las uniones que mantienen unidos los micro túbulos que

conforman el cito esqueleto de las neuronas. En el caso del Alzheimer se origina una hiperfosforilación anormal de la proteína τ , producida en parte por el efecto tóxico del acúmulo del péptido $\beta A4$, desarticulando el cito esqueleto y produciendo la degeneración neurofibrilar y acúmulo de la proteína τ en el citoplasma.

3.2. Señales y Síntomas Tempranos

Los problemas de la memoria son una de las primeras señales del Alzheimer. Algunas personas que tienen problemas de la memoria tienen una condición llamada Deterioro Cognitivo Leve de tipo amnésico (DCL). Las personas afectadas con este deterioro tienen más problemas de los que normalmente tienen las personas de su misma edad, pero sus síntomas no son tan severos como los de aquellas que tienen la enfermedad. Cuando son comparadas con personas que no tienen DCL, la mayoría de las personas que sí lo tienen terminan desarrollando el Alzheimer.

La Alzheimer's Association dio a conocer los 10 signos de alarma que pueden guiar para detectar un inicio de la enfermedad que normalmente comienza de manera insidiosa. Estos síntomas se presentan de manera diferente de unos pacientes a otros y progresan a distinta velocidad en cada persona.

1. Pérdida de memoria. Es de los síntomas más comunes. Suelen ser olvidos frecuentes de lo que acaban de hacer (por ejemplo si han cerrado la puerta). Muchas veces son conscientes de ello pero tratan de disimularlo. Preguntan constantemente y ocasionalmente olvidan los nombres de los familiares.

2. Dificultad para llevar a cabo tareas habituales. Tienen dificultad para realizar las tareas cotidianas como por ejemplo no saben el orden en el que preparar la comida o en el que vestirse.

3. Problemas con el lenguaje. Manifiestan una dificultad para encontrar las palabras adecuadas para expresarse. Suelen usar circunloquios, es decir explican la palabra que quieren decir. No saben continuar una conversación y suelen repetir las palabras.

4. Desorientación en tiempo y espacio. Olvidan el día en el que viven y pueden perderse en trayectos cortos o en su casa.

5. Disminución del juicio. Al comienzo muestran incapacidad para hacer juicios de cosas simples así que toman decisiones incorrectas sobre el dinero o la ropa que tienen ponerse en relación con el tiempo.

6. Problemas con el pensamiento abstracto. Tienen dificultad para la concentración y el pensamiento, sobre todo con conceptos abstractos como los números. Pierden la capacidad para hacer cálculos y olvidan la utilidad de los números.

7. Colocación de cosas en lugares erróneos. Guardan las cosas en sitios inusuales como la plancha en el frigorífico y no son capaces de encontrar donde han dejado las cosas acusando después a los demás de habérselas robado.

8. Cambios de humor o en el comportamiento. Tienen cambios bruscos de humor sin que haya ningún desencadenante. Pueden estar alterados en lugares en los que no se sienten cómodos y pueden expresar menos emociones que anteriormente.

9. Cambios en la personalidad. Presentan un cambio exagerado de la personalidad volviéndose desconfiados, dependientes e irritables, presentando también ansiedad y depresión.

10. Pérdida de iniciativa. Dejan de hacer las actividades diarias no pudiendo llevar su casa u organizar su vida. Suelen acabar pasando el tiempo viendo la televisión.

3.2.1. Etapas de la enfermedad

La enfermedad de Alzheimer tiene un curso lento e insidioso cuya duración puede variar de 3 a 20 años. Los síntomas iniciales, pueden pasarse por alto ya que se consideran en ocasiones típicos del envejecimiento normal. La duración y severidad de la enfermedad varía de paciente a paciente.

Sus síntomas se desarrollan dependiendo de la zona correspondiente del cerebro que esté afectada. Así, normalmente la degeneración neuronal comienza en el hipocampo, que es la zona que se ocupa de la memoria a corto y largo plazo, dando lugar normalmente a una pérdida de memoria episódica, no recordando hechos recientes. De ahí progresa a otras áreas que controlan la cognición, el juicio, el comportamiento, el movimiento, la orientación, el lenguaje y la función ejecutiva.

A parte de los síntomas cognitivos desarrollan también síntomas conductuales como apatía, agresividad, agitación, irritabilidad, desinhibición, alucinaciones e ideas delirantes. Además suelen tener trastornos afectivos como depresión y ansiedad.

Todo esto influye en las actividades de la vida diaria. Primero afecta a las más complejas como las relaciones sociales y la actividad laboral. En segundo lugar, a las actividades instrumentales como el manejo de los objetos domésticos, del dinero, la cocina o el cuidado del hogar. Y en tercer lugar se afectan las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) como la higiene, el vestido, la alimentación y el control de esfínteres. Y finalmente en las fases avanzadas los pacientes están en estado vegetativo y mueren por complicaciones asociadas como la neumonía.

En el Alzheimer se pueden diferenciar 4 fases:

A) Pre demencia. Se sospecha que los efectos perjudiciales de la Enfermedad de Alzheimer comienzan 10-20 años antes de desarrollar la enfermedad. El síntoma inicial es una pérdida de memoria que parece ser mayor de lo que cabría esperar a esa edad. Mientras el resto de funciones cognitivas no están afectadas por lo que se suele diagnosticar como deterioro cognitivo leve.

B) Demencia leve. Memoria: se producen alteraciones de la memoria, olvida citas, llamadas telefónicas, el nombre de las personas, de objetos y familiares y tienen dificultad para aprender cosas nuevas. Comportamiento: tienen cambios bruscos de humor. Se encolerizan cuando pierden el control sobre lo que les rodea o pierden algo. Suelen tener

tendencia a aislarse en el entorno familiar. Lenguaje y comprensión: Razonan y comunican bien pero tienen problemas para seguir una conversación y encontrar las palabras adecuadas. Usan frases cortas. Tienen coordinación de los gestos y movimientos del cuerpo. No se pierden, pueden seguir conduciendo y se visten y comen solos. Siguen teniendo autonomía en las actividades de la vida diaria (AVD) y continúan trabajando.

C) Demencia moderada. Memoria: la memoria reciente se ve afectada poco a poco, olvida sucesos recientes (por ejemplo lo que acaba de comer) Recuerdan los hechos lejanos aunque los sitúan mal en el tiempo.

Tienen agnosia, es decir, la incapacidad de reconocimiento de familiares y amigos. Comportamiento: tienen reacciones agresivas desproporcionadas al motivo que las causa. Aumenta la fatiga y no hacen nada si no se les estimula. Tienen miedos injustificados Caminan durante horas sin ningún objetivo. Lenguaje y comprensión: Padecen afasia, que es la dificultad en el lenguaje y les cuesta hablar. La comunicación se vuelve más difícil. El vocabulario se empobrece y en ocasiones para explicarse utilizan circunloquios. Hablan de forma lenta y repiten las frases y no las suelen acabar. Coordinación de gestos: tienen apraxia que es la dificultad para llevar a cabo funciones aprendidas.

Son imprecisos y se aumenta la debilidad muscular y las alteraciones posturales y de la marcha dando lugar a la pérdida del equilibrio y por tanto a un aumento de las caídas. Necesitan ayuda para moverse y lo hacen de forma lenta. AVD: al aumentarse la confusión tienen mayor dificultad para llevarlas a cabo. No son capaces de elegir la ropa, los platos... Pierden autonomía, ya no pueden conducir ni ir en transporte público sin compañía lo que supone una vigilancia de 24 horas por parte de la familia. Frecuentemente sufren alucinaciones y delirios.

D) Demencia severa. Memoria: olvidan los hechos recientes y pasados. No reconocen ni a la pareja ni a los hijos. Aun así conservan la memoria emocional, es decir, se acuerdan de quien les cuida. Comportamiento: tienen un humor imprevisible, reaccionan incoherentemente ante situaciones. Están totalmente apáticos.

Lenguaje y comprensión: balbucean, repiten las palabras que se les dice y no comprenden lo que se les explica. Coordinación de gestos: no controlan los gestos. No saben levantarse ni sentarse solos. Les cuesta tragar y no tienen control de esfínteres. Además, se acentúa la rigidez muscular AVD: están desaparecidas.

Los pacientes son totalmente dependientes para cualquier actividad. No conservan las capacidades de lavarse, vestirse, andar o comer. Frecuentemente están en la cama y como consecuencia de ello aparecen las Úlceras Por Presión (UPP) y las infecciones respiratorias que suelen ser la causa de la muerte de los enfermos de Alzheimer

Estas etapas permiten situar al paciente en un marco evolutivo de la enfermedad pero no son aplicables en todos los casos debido a que la progresión es muy diferente de unos enfermos a otros tanto en la velocidad como en los síntomas que cada uno presenta, ya que no tiene siempre la misma afectación. La gravedad es progresiva a medida que la enfermedad avanza pero puede pasar estacionada meses o años y después sufrir una agravación brusca por algunas complicaciones. A medida que avanza la dependencia hacia el cuidador es mayor.

Causa de la enfermedad de Alzheimer

No es conocida en la actualidad, no obstante, se sabe que en el cerebro de los pacientes con Alzheimer se observan depósitos anormales de proteínas (beta-amiloide y tau hiperfosforilada) que alteran el funcionamiento neuronal, lo que conduce a la muerte de las neuronas afectadas. Las lesiones se concentran inicialmente en regiones cerebrales esenciales para la memoria y se van extendiendo de forma progresiva por la corteza cerebral afectando a áreas que controlan otras funciones.

Uno de los grandes misterios de la enfermedad de Alzheimer es por qué afecta principalmente a los adultos mayores. Los estudios que investigan cómo el cerebro cambia normalmente con la edad están esclareciendo esta pregunta. Por ejemplo, los científicos están aprendiendo cómo los cambios en el cerebro relacionados a la edad pueden perjudicar a las neuronas y contribuir a los daños del Alzheimer. Estos cambios relacionados a la edad incluyen la atrofia (encogimiento) de ciertas partes del cerebro, inflamación y la producción de moléculas inestables llamadas radicales libres.

Factores genéticos

En un número muy pequeño de familias, las personas desarrollan la enfermedad de Alzheimer en la tercera, cuarta y quinta década de su vida. Muchas de estas personas tienen una mutación, o cambio permanente, en uno de tres genes que han heredado de uno de sus padres. Sabemos que estas mutaciones de los genes causan Alzheimer en estos casos de familia en los cuales la enfermedad aparece tempranamente.

No todos los casos en los cuales la enfermedad aparece tempranamente son causados por tales mutaciones. La mayoría de las personas que padecen de Alzheimer tienen el tipo llamado Alzheimer de aparición tardía, la cual usualmente se desarrolla después de la edad de 60 años. Muchos estudios han vinculado un gene llamado apolipoproteína E (APOE) a la

enfermedad de Alzheimer de aparición tardía. Este gene tiene varias formas. Una de ellas, APOE 4, aumenta el riesgo de que una persona contraiga la enfermedad.

Cerca de un 40 por ciento de todas las personas que desarrollan Alzheimer de aparición tardía son portadoras de este gene. Sin embargo, ser portador de la forma APOE 4 del gene no significa necesariamente que una persona desarrollará la enfermedad, y las personas que no son portadoras de las formas APOE 4 del gene también pueden desarrollar la enfermedad.

La mayoría de los expertos creen que hay genes adicionales que pueden influenciar de alguna manera el desarrollo de Alzheimer de aparición tardía. Científicos alrededor del mundo están buscando estos genes. Los investigadores han identificado variantes de los genes SORL1, CLU, PICALM y CR1, los cuales pueden tener un rol en el riesgo de desarrollar Alzheimer de aparición tardía.

Estos genes son importantes ya que al ser autosómicos dominantes heredar uno de estos del padre o la madre implica desarrollar la enfermedad de Alzheimer. Las mutaciones de estos genes causan la producción excesiva de la proteína beta-amiloide (ab42) que se acumula formando las placas amiloides e induce cambios en las proteínas tau tras lo que las células del cerebro se empiezan a morir y comienzan los síntomas del Alzheimer.

Traumatismo craneal

Algunos traumatismos craneales pueden afectar en el riesgo de desarrollar Alzheimer. Esto suele ocurrir en los casos que el traumatismo es grave que deja inconsciente más de 24 horas o en un traumatismo moderado en el que se esté más de 30 minutos pero menos de 24

horas inconsciente. De un solo traumatismo que no conlleve pérdida de consciencia no hay evidencia de que aumente el riesgo de demencia, en cambio repetidos puede aumentar el riesgo de futuros problemas.

Estilo de vida y enfermedad vascular

Hay evidencias de que los factores de riesgo derivados de un estilo de vida para una enfermedad vascular pueden afectar también en el aumento del riesgo de sufrir la enfermedad de Alzheimer. Así por ejemplo fumar, la falta de ejercicio, la hipertensión arterial, la hipercolesterolemia y la diabetes mal controlada están relacionados con la demencia vascular. Estos causan un deterioro en los vasos sanguíneos cerebrales y contribuyen al desarrollo de la enfermedad. Las personas con deterioro cognitivo suelen tener cambios característicos de ambas demencias, la de Alzheimer y vascular.

Diabetes

Según estudios recientes existe una relación entre la diabetes y el aumento de la enfermedad de Alzheimer. La Diabetes Mellitus (DM) es un trastorno caracterizado por el aumento de la glucosa en sangre. Una hiperglucemia no controlada durante tiempo conlleva a lesiones en los vasos sanguíneos, tanto a vasos grandes (macrovascular) como pequeños (microvascular). Esta afectación refuerza la relación establecida entre la enfermedad vascular y la progresión de la demencia

Algunos de los elementos que pueden aumentar las probabilidades de padecer esta patología son inevitables, esto quiere decir que cualquier persona puede llegar a padecerla por

cuestiones de la naturaleza, pues en ocasiones no es suficiente una buena calidad de vida si ya se tiene en factores genéticos.

- **Edad:** suele afectar a los mayores de 60-65 años, pero también se han dado casos entre menores de 40. La edad media de diagnóstico se sitúa en los 80, puesto que se considera que el mal de Alzheimer es una enfermedad favorecida por la edad.
- **Sexo:** las mujeres lo padecen con más frecuencia, probablemente, porque viven más tiempo.
- **Razas:** afecta por igual a todas las razas. Ya que el color de la piel, cabello y ojos no son relevantes en los problemas mentales, ya que son sistemas y órganos opuestos, sin embargo por el origen del ser humano, todos los órganos internos son parcialmente iguales.
- **Herencia familiar:** la enfermedad de Alzheimer familiar, una variante de la patología que se transmite genéticamente, supone el 1 por ciento de todos los casos. No obstante, se estima que un 40 por ciento de los pacientes con EA presentan antecedentes familiares.
- **Factor genético:** varias mutaciones en el gen de la proteína precursora de amiloide (APP), o en el de las presenilinas 1 y 2. También podría asociarse con mutaciones en el gen de la apolipoproteína E (ApoE). Esta proteína está implicada en el transporte y eliminación del colesterol. estas investigaciones, la nicastrina activaría la producción del amiloide beta.
- **Factores medioambientales:** El tabaco se ha mostrado como un claro factor de riesgo de la patología, al igual que las dietas grasas. Por otra parte, pertenecer a una familia numerosa también parece influir en el riesgo de Alzheimer.

Cómo se diagnostica la enfermedad de Alzheimer

El Alzheimer se puede diagnosticar de manera definitiva únicamente después de ocurrida la muerte. El diagnóstico se hace vinculando la trayectoria clínica de la enfermedad con un examen de los tejidos cerebrales y una patología durante una autopsia.

Pero los médicos ahora tienen varios métodos y herramientas que les ayudan a determinar con bastante precisión si una persona que está teniendo problemas de la memoria “posiblemente tiene Alzheimer” (la demencia puede ser debida a otra causa) o “probablemente tiene Alzheimer”

En un principio, surgen pequeñas e imperceptibles pérdidas de memoria, pero con el paso del tiempo, esta deficiencia se hace cada vez más notoria e incapacitante para el afectado, que tendrá problemas para realizar tareas cotidianas, simples, y también, otras más intelectuales, tales como hablar, comprender, leer, o escribir.

Para diagnosticar la enfermedad de Alzheimer, los médicos hacen lo siguiente:

- Preguntan sobre la salud general de la persona, sus problemas médicos previos y su capacidad para realizar actividades diarias, y sobre cambios en el comportamiento y en la personalidad.
- Realizan pruebas relacionadas a la memoria, a la capacidad de resolver problemas, prestar atención y contar, y a las habilidades de lenguaje.
- Llevan a cabo pruebas médicas, tales como pruebas de sangre, orina y fluido espinal.

- Efectúan gamagrafías del cerebro, tales como la tomografía computarizada, o las imágenes por resonancia magnética

Estas pruebas pueden ser repetidas para darles a los médicos información sobre cómo la memoria de la persona está cambiando a través del tiempo.

El diagnóstico anticipado es beneficioso por varias razones. Obtener un diagnóstico anticipado e iniciar el tratamiento en las etapas tempranas de la enfermedad puede ayudar a preservar el funcionamiento de una persona desde meses hasta años, a pesar de que el proceso subyacente de la enfermedad no puede ser cambiado.

Dependiendo de la etapa en que se encuentre el paciente, los síntomas son diferentes:

- Estadio Leve: El daño de la enfermedad todavía pasa desapercibido, tanto para el paciente, como para los familiares. El enfermo olvida pequeñas cosas, como dónde ha puesto las llaves, o tiene alguna dificultad para encontrar una palabra. En esta etapa todavía puede trabajar o conducir un coche, aunque es posible que empiece a experimentar falta de espontaneidad, de iniciativa y ciertos rasgos depresivos. La capacidad de juicio se reduce y tiene dificultad para resolver nuevas situaciones y organizar actividades. Pueden aparecer signos de apatía y aislamiento y cambios de humor.

- Estadio Moderado: La enfermedad ya resulta evidente para familia y allegados. El paciente presenta dificultades para efectuar tareas como hacer la compra, seguir un programa de televisión, o planear una cena. Ya no es sólo una pérdida de

memoria, sino también de capacidad de razonamiento y comprensión. En esta etapa, el deterioro avanza con bastante rapidez y los afectados pueden llegar a perderse en lugares familiares. Además se muestran visiblemente apáticos y deprimidos.

- Estadio Grave: Todas las áreas relacionadas con la función cognitiva del paciente se encuentran afectadas. Pierde la capacidad para hablar correctamente, o repite frases inconexas una y otra vez. No puede reconocer a sus familiares y amigos; ni siquiera se reconocen a ellos mismos ante un espejo. La desorientación es constante. Los pacientes más graves se olvidan de andar y sentarse y, en general, pierden el control sobre sus funciones orgánicas. Se olvidan de hechos recientes y lejanos. Permanecen horas inmóviles sin actividad, y generalmente no pueden andar. Dejan de ser individuos autónomos y necesitan que les alimenten y les cuiden. Gritan, lloran o ríen sin motivo y no comprenden cuando les hablan. En su etapa más grave surgen rigideces y contracturas en flexión, permanecen en mutismo y pueden llegar a presentar trastornos deglutorios. Muchos de ellos acaban en estado vegetativo.

3.3. Tratamiento

Los tratamientos actuales se concentran en varios aspectos diferentes, inclusive en ayudar a las personas a mantener su funcionamiento mental, en manejar los síntomas relacionados al comportamiento, y en desacelerar, retrasar o prevenir la enfermedad.

En su tratamiento deben consideramos varios aspectos:

- a) Tratamiento con fármacos.
- b) El cuidado del paciente por parte de la familia.

c) Prevención.

Tratamiento Con Fármacos

Este tratamiento considera dos grupos de fármacos, los destinados a tratar trastornos conductuales y aquellos que intentan mejorar la función cognitiva o al menos impedir que se siga perdiendo. Los primeros incluyen medicamentos antidepresivos, tranquilizantes e inductores del sueño.

En la Enfermedad de Alzheimer es relativamente frecuente que exista depresión, que se expresa cómo un trastorno del ánimo, con tristeza e incapacidad para disfrutar de nada. El tratamiento antidepresivo generalmente logra revertir estos síntomas. Entre los fármacos más usados podemos mencionar sertralina, venlafaxina, citalopram y muchos otros.

Cuando el paciente presenta ideas delirantes (de robo, de celos) o trastornos de la percepción que pueden llevarlo a un estado de angustia o agitación, es necesario usar tranquilizantes. Estos cuadros suelen ser difíciles de tratar y a veces es necesario probar varios medicamentos antes de lograr los efectos deseados. Entre los tranquilizantes cabe mencionar haloperidol, quetiapina, risperidona, olanzapina, y otros. Pueden causar efectos colaterales lo que obligan a un estricto control médico.

El tratamiento que más nos interesa es el tratamiento que intenta revertir o atenuar la pérdida de las funciones cerebrales. Actualmente se cuenta con fármacos cuya eficacia es

limitada pero comprobada. Entre ellos contamos con los inhibidores de la acetilcolinesterasa, que aumentan la disponibilidad de acetilcolina en la corteza cerebral.

Otro fármaco importante es la memantina, que modula los receptores de glutamato impidiendo el daño por excitotoxicidad. En los últimos años se ha demostrado que si un tratamiento inicial con donepezilo es ineficaz, puede ser útil su reemplazo por rivastigmina; y que donepezilo asociado a memantina puede ser más eficaz que donepezilo solo. Uno de los últimos fármacos llegados es la cerebrolisina, que tiene un efecto trófico sobre las neuronas y mostraría una eficacia similar a los anteriores.

3.4. El paciente y su familia

La Enfermedad de Alzheimer es una enfermedad que afecta a todo el grupo familiar; a veces causa desconcierto, otras veces angustia, depresión y rabia. No es raro que existan desacuerdos familiares sobre el manejo de la compleja situación. El paciente requiere mantenerse activo, pero cada actividad puede ser motivo de un accidente: si sale puede extraviarse, si colabora en la cocina puede dejar el gas encendido, si intenta arreglar algo puede estropearlo.

La situación se agrava cuando se altera el ciclo sueño-vigilia y el paciente se levanta y quiere salir a medianoche. Por ello requieren de un cuidado casi permanente, lo que resulta agotador.

Un aspecto especial es lo que se ha llamado “el cuidado del cuidador”, que generalmente es una cuidadora: la esposa, una hija o una nuera de la persona enferma. Esta cuidadora sacrifica su vida personal por permanecer al lado del paciente, se agota por su cuidado y –muchas veces- por la falta de apoyo del resto de la familia.

3.5. Cuidados de Enfermería al Enfermo de Alzheimer en la fase avanzada

La enfermedad de Alzheimer avanza progresivamente lo que acarrea dificultades en los diferentes aspectos de la vida. Los pacientes cada vez se vuelven más dependientes y necesitan más ayuda para realizar las actividades.

El Alzheimer repercute en varios aspectos: La memoria se ve afectada lo que implica que en el curso de la enfermedad esta disminuya, inicialmente causando desorientación en tiempo y espacio no sabiendo ni que día o mes es, ni donde se encuentran las diferentes dependencias de la casa, hasta finalmente verse totalmente comprometida.

También se ve afectado el lenguaje, el cual les dificulta la comprensión y expresión y finalmente incluso pierden la capacidad de reconocer tanto a las personas como los objetos y su utilidad. Todo esto repercute en la vida diaria. Al principio aparecen dificultades en las tareas más complejas (usar el transporte público, hacer la compra, llevar las cuenta entre otros)

Progresivamente afecta a actividades más simples, lo que significa un aumento de la dependencia hacia el cuidador que tendrá que ayudar o incluso suplir en muchas actividades al paciente. Al mismo tiempo el enfermo presenta cambios de humor. Es consciente de la

enfermedad y puede tener reacciones agresivas o puede mostrarse triste o ansioso, rechazando muchas veces ayuda.

El paciente se encuentra en la fase avanzada de la enfermedad de Alzheimer que como se ha mencionado anteriormente tiene la memoria afectada, no es capaz de realizar las actividades diarias sólo y necesita la atención y cuidados continuos por parte del cuidador.

No existe un plan de cuidados estandarizado para estos pacientes ya que en cada uno la enfermedad tiene una progresión diferente, afectando de distinta forma. Por ello, hay que elaborar un plan de cuidados adecuado a la situación del paciente.

Tras observar el estado del enfermo y valorar sus necesidades se elaboran los cuidados con la ayuda de los diagnósticos de enfermería adecuados a la situación y a través de los dominios de enfermería para los diagnósticos NANDA y se realiza el plan de cuidados. Se desarrollarán los diagnósticos relacionados con la situación del paciente.

Se valorará también al familiar ya que es un punto importante a la hora del cuidado y al que hay que prestar atención porque su rol como cuidador implica cambios en su vida, que se va a centrar en el enfermo y esto puede suponerle una sobrecarga, causarle estrés, ansiedad y experimentar sentimientos de soledad, aislamiento y culpa.

Cuadro 1: “Promoción de la Salud”

NANDA	NIC	NOC
00078. Manejo	0307 Autocuidados:	1800 Ayuda al autocuidado 2304 administración

inefectivo del régimen terapéutico	medicación parenteral	no	de medicación: oral
00099 Mantenimiento inefectivo de la salud	0313 Nivel de autocuidado	de	1800 Ayuda al autocuidado 1805 Ayuda en los autocuidados 0200 Fomento del ejercicio 2380 Manejo de la medicación 0224 Terapia de ejercicios: movilidad articular 5490 Prevención de caídas 0221 Terapia de ejercicios: ambulación 1850 Mejorar el sueño 1100 Manejo de la nutrición

En el estado avanzado de la enfermedad el paciente no es capaz de ocuparse del mantenimiento de su propia salud. Es decir, no recuerda la medicación que debe tomar ni el autocuidado, como el aseo.

Por ello, el cuidador deberá suplirlo en estas actividades. Deberá administrarle la medicación correspondiente según la pauta indicada por el médico y comprobando que se la tome. Además, es recomendable que la medicación no se encuentre en un lugar al que pueda acceder el enfermo ya que podría tomar más dosis debido a que no recuerda si la ha tomado.

En las AVD el cuidador deberá ayudarlo e incluso suplirlo porque no recuerda donde se encuentra el aseo o el uso de los diferentes utensilios tanto para el aseo, como para comer o cualquier otra actividad.

A medida que avanza la enfermedad, cada vez el enfermo se moverá menos, por lo que habrá que estimularle para que haga ejercicio ligero como pasear para evitar posibles problemas de la inmovilidad y en el que caso de que no sea posible realizar movimientos pasivos de las articulaciones y cambios posturales como prevención.

Cuadro 2: “Nutrición”

NANDA	NIC	NOC
00002 Desequilibrio nutricional por defecto	0303 Autocuidados: comer	1100 manejo de la nutrición
00102 déficit de autocuidado alimentación	1004 estado nutricional	6460 manejo de la demencia
	1006 Peso: masa corporal	6480 manejo ambiental
	1008 estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos	1050 alimentación
	1009 estado nutricional: ingestión de nutrientes	1120 terapia nutricional
	1014 apetito	1860 terapia de deglución
		1803 ayuda con los autocuidados: alimentación
		1260 manejo del peso
		1240 ayuda para ganar peso
		4410 establecimiento de objetivos

		comunes 4120 manejo de líquidos 2380 manejo de la medicación
00103 deterioro de la deglución	1010 estado de deglución	1860 terapia de deglución 3200 precauciones para evitar la aspiración 1100 manejo de la nutrición 1050 alimentación

El enfermo debido al estado avanzado de su enfermedad y a su edad ha sufrido una disminución de peso importante. Esto está causado principalmente por su negativa a comer y la falta de apetito. Además en repetidas ocasiones no recuerda si ha comido o no y se le ha olvidado el uso de los cubiertos, con lo que no los usa adecuadamente o intenta comer con las manos.

También presenta problemas de atragantamiento y dificultad para deglutir lo que implica un aumento del riesgo de asfixia porque no mastica lo suficiente la comida o los trozos son demasiado grandes. Todo esto ha conllevado a una disminución de su masa corporal y de energía que le mantienen más inactivo y en ocasiones pasándose el día en la cama.

Por ello es necesario mantener una rutina en las comidas, siendo estas siempre a la misma hora. La alimentación debe ser equilibrada conteniendo todos los nutrientes y siguiendo las preferencias de la persona ya que sus gustos no han tenido porque variar. El cuidador tiene que estar presente para vigilar la ingesta, tanto de la comida como de líquidos,

ya que tienden a beber menor cantidad de agua y hay que prevenir una posible deshidratación, ofreciéndole para ello agua durante las comidas y a lo largo del día.

Debido a la dificultad para usar los cubiertos hay dos posibles opciones. La primera es que con cada plato que se le sirva ponerle el cubierto correspondiente, por ejemplo, con la sopa solo la cuchara. Y en caso de que así tampoco resulte ponerle comida que pueda comer con los dedos.

Para evitar que se atragante habrá que servirle la comida partida en trozos pequeños o triturársela para que le resulte más fácil tragarla. Y finalmente en las ocasiones que no quiera comer no hay que forzarle, hay que esperar un poco y volver a intentar darle de comer.

Cuadro 3:“Eliminación”

NANDA	NIC	NOC
00014 incontinencia fecal	0500 continencia intestinal 0501 eliminación intestinal	0410 cuidados de la incontinencia intestinal 0430 manejo intestinal 1804 ayuda con los autocuidados: aseo 0221 terapia de ejercicios: ambulación
00015 Riesgo de estreñimiento	0310 autocuidados: uso del inodoro 0501 eliminación intestinal	1804 ayuda con los autocuidados: aseo 0430 manejo intestinal 0450 manejo del estreñimiento / imputación 0440 entrenamiento intestinal

		0200 fomento del ejercicio 0221 terapia de ejercicios: ambulación
00020 incontinencia urinaria funcional 00021 incontinencia urinaria total	0310 autocuidados: uso del inodoro 0502 continencia urinaria 0503 eliminación urinaria	1804 ayuda con los autocuidados: aseo 0600 entrenamiento del habito urinario 0610 cuidados de la incontinencia urinaria 1750 cuidados perianales 0640 evacuación inmediata 4120 manejo de líquidos 0590 manejo de la eliminación urinaria
00110 déficit de autocuidado: uso del WC	0300 autocuidados: AVD 0305 autocuidados: higiene 0310 autocuidados: uso del inodoro	1804 ayuda con los autocuidados: aseo 1800 ayuda al autocuidado 6490 prevención de caídas 1801 ayuda con los autocuidados : baño/higiene 0430 manejo intestinal 0590 manejo de la eliminación urinaria 0440 entrenamiento intestinal

La incontinencia urinaria suele comenzar en la fase leve de la enfermedad por lo que en el estado avanzado es total y se añade a esta la incontinencia fecal. El paciente no reconoce los impulsos o la necesidad de eliminar, aunque en ocasiones puede mostrar puede mostrar gestos de incomodidad cuando tiene ganas pero no sabrá manifestarlo, por lo que habrá que

estar pendientes de ellos para acompañarle al baño. En esta fase avanzada, habrá olvidado donde se encuentra el baño, para que se utiliza, como desvestirse y no sabrá limpiarse adecuadamente.

Para evitar que las complicaciones aumenten es recomendable vestirle con ropa cómoda y fácil de quitar, acompañarle siempre al baño y ayudarle tanto con la ropa como con la limpieza.

Es aconsejable mantener una rutina horaria planificando que vaya al baño cada 2 o 3 horas y dejándole el tiempo suficiente para que evacue y con las heces comprobando que defeque regularmente, ya que debido a que la inmovilidad es cada vez mayor, el tránsito se enlentece y puede tener riesgo de estreñimiento. Cuando aparecen ambas incontinencias a la vez habrá que usar pañales adecuados al paciente.

Y hay que procurarle una buena higiene ya que la humedad puede ocasionar problemas, como las úlceras por presión, por lo que hay que mantener la zona limpia y seca.

Cuadro 4: “Actividad/ Reposo”

NANDA	NIC	NOC
00020 incontinencia urinaria funcional	0310 autocuidados: uso del inodoro	1804 ayuda con los autocuidados: aseo 0600 entrenamiento del habito urinario
00021 incontinencia urinaria total	0502 continencia urinaria 0503 eliminación	0610 cuidados de la incontinencia urinaria 1750 cuidados perianales

	urinaria	0640 evacuación inmediata 4120 manejo de líquidos 1630 vestir 0590 manejo de la eliminación urinaria
00110 déficit de autocuidado: uso del WC	0300 autocuidados: AVD 0305 autocuidados: higiene 0310 autocuidados: uso del inodoro	1801 ayuda con lo autocuidados: baño/higiene 6490 prevención de caídas 1750 cuidados perianales 1670 cuidados del cabello 1660 cuidados de los pies 1640 cuidados de los oídos 1680 cuidados de las uñas 1610 baño 6482 manejo ambiental: confort 1710 mantenimiento de la salud bucal

La incontinencia urinaria suele comenzar en la fase leve de la enfermedad por lo que en el estado avanzado es total y se añade a esta la incontinencia fecal. El paciente no reconoce los impulsos o la necesidad de eliminar, aunque en ocasiones puede mostrar gestos de incomodidad cuando tiene ganas pero no sabrá manifestarlo, por lo que habrá que estar pendientes de ellos para acompañarle al baño.

En esta fase avanzada, habrá olvidado donde se encuentra el baño, para que se utiliza, como desvestirse y no sabrá limpiarse adecuadamente. Para evitar que las complicaciones aumenten es recomendable vestirle con ropa cómoda y fácil de quitar, acompañarle siempre al baño y ayudarle tanto con la ropa como con la limpieza.

Es aconsejable mantener una rutina horaria planificando que vaya al baño cada 2 o 3 horas y dejándole el tiempo suficiente para que evacue y con las heces comprobando que defeque regularmente, ya que debido a que la inmovilidad es cada vez mayor, el tránsito se enlentece y puede tener riesgo de estreñimiento.

Cuando aparecen ambas incontinencias a la vez habrá que usar pañales adecuados al paciente. 23 Y hay que procurarle una buena higiene ya que la humedad puede ocasionar problemas, como las úlceras por presión, por lo que hay que mantener la zona limpia y seca.

Cuadro 5: “Actividad/reposo”

NANDA	NIC	NOC
00109 déficit de autocuidado: vestido / acicalamiento	0300 autocuidados: AVD 0302: autocuidados: vestir	1802 ayuda con los autocuidados: vestir / arreglo personal 6480 manejo ambiental 6490 prevención de caídas
0109 déficit de autocuidado: baño / higiene	0300 autocuidados: (AVD) 0301 autocuidados: baño	1801 ayuda con lo autocuidados: baño/higiene 6490 prevención de caídas 1750 cuidados perianales

	0305 autocuidados: higiene	1670 cuidados del cabello 1660 cuidados de los pies 1640 cuidados de los oídos 1680 cuidados de las uñas 1610 baño 6482 manejo ambiental: confort 1710 mantenimiento de la salud bucal
--	-------------------------------	--

Al igual que con el resto de las actividades independientes del paciente el paciente no es capaz de llevarlas a cabo por su cuenta ya que no recordará el uso de los utensilios para la higiene ni sabrá vestirse por lo que habrá que ayudarlo e incluso suplirlo. A la hora del baño y de la higiene pueden surgir conflictos ya que el enfermo puede no querer meterse a la ducha.

No hay que forzarle, se puede recurrir a asearle por partes con una esponja estimulándole a que el mismo lo haga y ayudándole en las zonas más difíciles de acceso para él. A la hora de vestirle hay que intentar usar prendas que sean fáciles de poner y quitar ya que es probable que a lo largo del día se manche ya sea con la comida o debido a la incontinencia y habrá que cambiarle.

Se le vestirá manteniendo los gustos de la persona eligiendo las prendas que ella se pondría y animándola a que se vista sola. En caso de que se encuentre en la cama se realizará la higiene en la misma. Para ello se preparará lo necesario con antelación para evitar tener

destapada a la persona más de lo necesario y vistiéndola con ropa cómoda que permita en caso necesario cambiarle el pañal sin mucha dificultad.

Y a parte de la higiene general también hay que prestar atención y procurar los cuidados necesarios a las uñas y pies, al cabello, los oídos y la boca previniendo posibles problemas que puedan aparecer debido al déficit de cuidado.

Cuadro 6: “Percepción/cognición”

NANDA	NIC	NOC
00051 deterioro de la comunicación verbal	0902 comunicación 0903 comunicación: expresiva 0904 comunicación receptiva	4920 escucha activa 4976 mejorar la comunicación: déficit del habla 5820 disminución de la ansiedad 4820 orientación de la realidad 6460 manejo de la demencia 4720 estimulación cognoscitiva 4700 reestructuración cognitiva
00129 confusión crónica 00130 trastorno de los procesos de pensamiento	00129 confusión crónica 00130 trastorno de los procesos de pensamiento	6460 manejo de la demencia 4720 estimulación cognoscitiva 5330 control del humor 4820 orientación de la realidad 6420 restricción de la zonas de movimiento

		<p>5820 disminución de la ansiedad</p> <p>6490 prevención de las caídas</p> <p>6654 vigilancia: seguridad</p> <p>6486 manejo ambiental: seguridad</p> <p>5340 presencia</p> <p>4920 escucha activa</p> <p>6450 manejo de ideas ilusorias</p> <p>6510 manejo de la alucinaciones</p> <p>2380 manejo de la medicación</p>
00131 deterioro de la memoria	<p>0900 cognición</p> <p>0901 orientación cognitiva</p> <p>0905 concentración</p> <p>0908 memoria</p> <p>0909 estado neurológico</p>	<p>6460 manejo de la demencia</p> <p>4720 estimulación cognoscitiva</p> <p>4820 orientación de la realidad</p> <p>6480 manejo ambiental</p> <p>4920 escucha activa</p> <p>5820 disminución de la ansiedad</p> <p>4860 terapia de reminiscencia</p> <p>5360 terapia de entretenimiento</p>

A medida que la enfermedad avanza la percepción y los procesos cognitivos del paciente irán empeorando. Se sentirá confuso e inquieto, lo que le producirá sentimientos de

angustia. Para evitarlo es importante que en el hogar las condiciones sean las adecuadas, es decir, tener una buena iluminación, crear una rutina, además de orientarle en el tiempo y espacio, para lo que se pueden utilizar calendarios y relojes en los que los números y letras sean bien visibles.

La comunicación deberá ser tanto verbal como no verbal. Al dirigirse a él es recomendable mantener el contacto visual, hablarle con tono suave, pausado y con frases cortas y sencillas que pueda entender sin mucha dificultad. Hay que esperar pacientemente sus respuestas dejándole acabar las frases y si se le hace una pregunta que pueda ser contestada de forma fácil con un “sí” o “no”.

Aunque no sea capaz de responder correctamente hay que hacerle participe de las conversaciones y no hablando de algo que pueda afectarle aunque parezca que no se entera de la conversación.

Es posible que también aparezcan alucinaciones e ideas delirantes. Normalmente no conllevan peligro alguno por lo que únicamente hay que tranquilizarle sin negar o dar la razón sobre la existencia de estas. Habrá que acudir al médico para que las valore. A medida que progresa la enfermedad la memoria disminuye y olvidará los nombres de sus familiares e incluso del cuidador.

No sirve de nada recordarle los nombres ya que se le volverán a olvidar y puede sentirse más frustrado. Hay que aceptar que es el proceso de la enfermedad. A las noches resulta fácil que el enfermo se desoriente y se levante de la cama. Debido a la edad, duermen menos horas, a lo que se le añade la disminución de la actividad y el aumento de siestas a lo largo del día hacen que durante la noche no duerma.

Si se levanta de la cama y se le encuentra en otra estancia hay que mostrarle que es de noche y que es la hora de dormir, acompañándole a su habitación para que vuelva a acostarse. Durante el día, habrá que evitar las repetidas siestas y aumentar el tiempo de ejercicio ya que le ayudará a conciliar más fácil el sueño. Si ninguna de las medidas funciona habrá que consultarle al médico para que le ayude a dormir.

Desde el inicio de la enfermedad hay que prestar especial atención a la seguridad del paciente. Hay que adecuar la casa para evitar posibles caídas y lesiones. Para ello hay que crear un ambiente seguro, sobre todo en algunas estancias de la casa como la cocina y el baño. Hay que guardar los productos de limpieza y tóxicos en un sitio al que no pueda acceder o bajo llave, al igual que los utensilios punzantes, cortantes o que le puedan causar algún daño.

Asimismo, con los medicamentos ya que puede no recordar que los ha tomado y tomarlos de nuevo. En el baño hay que poner alfombrillas antideslizantes para evitar que se resbale y facilitarle sujeción con barandillas en las que pueda apoyarse. En el resto de la casa hay que evitar alfombras y muebles que puedan ocasionarle caídas.

En las fases finales de la enfermedad el paciente estará encamado por lo que habrá que hacerle cambios posturales para que no aparezcan úlceras por presión. Para ello habrá que evitar que pase mucho tiempo con humedad y sobre la misma posición. Habrá que movilizarle cada 2 o 3 horas ayudándonos de almohadas para mantener la postura y evitar mucha presión en zonas susceptibles de presentar úlceras como los talones, codos, sacro, trocánteres, etc. En caso de aparición de las úlceras habrá que tratarlas y proporcionar los cuidados para su curación.

3.6. El Cuidador

El Alzheimer es una enfermedad que su evolución se prolonga a lo largo del tiempo y que necesita cuidados adaptados a cada fase y al enfermo ya que no se manifiesta de igual manera en todos los pacientes. Las progresivas alteraciones cognitivas requieren de ayuda e incluso de suplencia en las fases avanzadas por parte del cuidador.

La pareja y los hijos son el apoyo fundamental de las personas mayores y será en ellos en los que recaiga la tarea del cuidado. Alrededor del 60% de los enfermos vive con el cuidador principal, que en el 84% de los casos se trata de una mujer del cual el 50% de los casos es la hija y el 12% la esposa o compañera, que dedican aproximadamente entre 10 y 12 horas diarias al cuidado.

Al igual que la enfermedad el rol del cuidador se va asumiendo progresivamente dependiendo de las necesidades. Los cambios son continuos e inesperados por lo que el cuidador está constantemente aprendiendo con las nuevas situaciones 28 lo que le pueden provocar inseguridad ya que desconoce cómo enfrentarse a ellas.

El 32,6% de los cuidadores declara que es necesaria la preparación para el cuidado. Las personas que se encargan de los cuidados, la razón principal por la que lo hacen es por iniciativa propia (62,3%), seguido de por decisión familiar (23,1%), añadiendo a esto que el afecto o amor que sienten por esa persona es lo que les ha empujado a ello, ya que piensan que eso les valdrá para llevar a cabo todas las tareas con dedicación.

A pesar de que puedan recibir ayuda por parte de familiares o profesionales, normalmente es una sola persona la que se dedica al cuidado del enfermo. El cuidador principal tendrá que lidiar con todos los problemas nuevos que se le presenten, con los cambios de humor del paciente y haciéndose cargo de todas las necesidades para que tenga una buena calidad de vida.

Esto supondrá un cambio en su estilo de vida, ya que alterará su rutina y su vida familiar, social y profesional. El 85% de los cuidadores manifiestan que el atender al enfermo ha repercutido en su vida. El 80,2%, indica que ha incidido en su tiempo libre, ocio y vida familiar; el 61,1% en el aspecto profesional y económico y el 55,6% ha tenido repercusiones en el estado de salud.

Todos estos factores, la falta de ayuda, conocimiento y repercusiones que acarrea prestar cuidados puede desembocar en una sobrecarga en el cuidador y que le cause cansancio queriendo abandonar su rol. Por ello, habrá que prestarle especial atención para evitar estos problemas, ayudándole con los cuidados a la vez que se le enseña y prestando atención al estado de salud y la sobrecarga de trabajo que le produce.

Para afrontar esta situación y evitar la sobrecarga del cuidador con las consiguientes secuelas físicas y psíquicas se requiere de organización, información y cuidados al cuidador.

Desde el inicio de la enfermedad tiene que haber organización con el enfermo y lo que le rodea. El cuidador principal se encargará de todo lo necesario para dar unos buenos cuidados, es decir, se ocupará de las necesidades básicas, del hogar, la limpieza, etc. Pero él solo no puede hacer frente a todo.

La familia debe implicarse ayudándole tanto con el enfermo como con las tareas, ya que habrá que ir asumiendo paulatinamente las responsabilidades que tuviera el enfermo, como las gestiones o la contabilidad del hogar, para que también el cuidador 29 pueda disfrutar de un descanso, porque si no será entonces cuando se produzca a lo largo del tiempo una sobrecarga de trabajo.

Además de la organización con la familia, también hay que hacerlo con el enfermo estableciendo rutinas que ayuden a llevar a cabo todas las actividades de la vida diaria. Hay que procurar seguir la rutina previa que llevaba antes de la enfermedad y cumplirla todos los días intentando no variar los horarios y el orden ya que esto ayudará a que se oriente mejor y cuando necesite una suplencia total servirá para que el cuidador administre mejor su tiempo y pueda disponer de momentos de descanso.

A la hora de cada actividad hay que organizarse ya que esto permitirá mayor confort para ambos debido a que no se interrumpirá para ir a buscar las cosas necesarias. Por ejemplo, a la hora del baño hay que tener todo preparado antes de empezar, las toallas, el gel, la ropa de cambio, etc., porque además de incrementarse el tiempo que se tarda, se le deja destapado pudiendo pasar frío y además se interrumpe un momento agradable en el que los dos se relacionan más estrechamente. Y finalmente la organización de la casa.

Desde el principio tiene que ser un lugar adecuado y seguro para que pueda vivir una persona con Alzheimer a la que su alrededor no le resulte peligroso. Lo más importante es evitar los accidentes y caídas y facilitar la vida de ambos. El cambio debe hacerse paulatinamente, no modificando toda la casa a la vez ya que le puede causar mayor incertidumbre.

Hay que retirar las alfombras, muebles y obstáculos que puedan causar caídas, así como una buena iluminación las evitará. Y hay que tener especial cuidado en la cocina y en el baño donde es más propicio tener accidentes.

En estos sitios hay que poner fuera del alcance los utensilios y productos (cuchillos, electrodomésticos, productos de limpieza, medicamentos...) y en el baño, por ejemplo, poner alfombrillas antideslizantes que aunque esto no eluda los peligros ayuda a estar más tranquilos. Y para ello también será mejor que siempre esté acompañado.

Saber para cuidar

La información es importante para la familia y para el cuidador. Aunque la enfermedad no se manifieste de igual manera en todos los casos es necesario conocer la enfermedad, cuáles son sus manifestaciones, su evolución, lo que puede deparar el futuro y la información para hacerle frente a las posibles complicaciones.

Normalmente, el aprendizaje es continuo, cada día y en cada situación se van adquiriendo los conocimientos. La información se puede obtener de diversas fuentes, aunque hay que asegurarse de que sean fiables. La pueden proporcionar los libros, Internet, las asociaciones y fundaciones del Alzheimer y en el centro de salud de mano del médico y de la enfermera.

La enfermera en la visita domiciliaria o en la consulta puede ayudar a resolver dudas que surgen del día a día, así como, enseñarle técnicas que puedan serle útiles al cuidador a la hora de manejar al enfermo en situaciones en las que por ejemplo, ya está encamado, porte sondas (nasogástrica o vesical) y prepararle para situaciones críticas entre otras el atragantamiento, enseñándole la maniobra de Heimlich.

En la mayoría de los casos declaran no estar lo suficiente informados ni tener los conocimientos necesarios. Unas mínimas nociones pueden evitar en parte la sensación de inseguridad y angustia que conlleva la tarea y realizarla sin el temor de tener que estar a la expectativa de lo que puede pasar.

Cuidarse para cuidar

El bienestar del enfermo depende en gran parte del cuidador, de su estado físico, psíquico y emocional. Cuanto más cansado esté el cuidador la calidad de los cuidados empeorará. Por eso es importante que descanse, no pensando que es tiempo que le quita al familiar si no que es el necesario para poder retomar con más energía, sin estar irritable por el estrés. Salir con los amigos o unas pequeñas vacaciones con la familia ayudan a liberar ese estrés ya que permiten hablar y liberar el estrés cotidiano..

En el cuidador influyen tres factores que hacen que pierda el optimismo y tenga sentimientos de desesperanza: el ambiente que le rodea, los pensamientos negativos y los síntomas físicos. Tiene que evitar los pensamientos negativos, que aunque son irracionales el cuidador cree en ellos asumiendo experiencias de otros y dramatizando la situación.

Cuidar de una persona genera estrés y miedo debido a la incertidumbre de lo que va a pasar o de las complicaciones que pueden surgir y esto repercute en la salud del cuidador y a

su vez en los cuidados, ya que le puede causar dolores de cabeza, espalda o estomacales que le impidan realizarlos.

A causa de esto puede que el cuidador tenga pensamientos ridículos en los que exagera la situación y se inculpa de lo que le pueda pasar, por ejemplo, “se morirá y yo seré el culpable”; puede pensar en desgracias que no tienen por qué pasar “yo enfermaré de la misma manera” o pensando que es un precio que tiene que pagar por algo que ha hecho y que no será capaz de salir adelante.

Es importante que el cuidador deje de lado estas ideas teniendo tiempo para relajarse y preocuparse por sí mismo para poder dar cuidados de calidad, para lo cual necesita estar bien física y psíquicamente.

3.7. Alimentación y Nutrición

La forma de satisfacer nuestras necesidades básicas debe tenerse muy en cuenta en el cuidado de los enfermos de Alzheimer. A medida que la enfermedad avanza los enfermos tienden a descuidar sus aspectos personales y abandonan la mayoría de los hábitos, entre ellos la alimentación. Un enfermo de Alzheimer puede descuidar tanto la dieta que llega a producir un deterioro en su organismo por falta de nutrientes adecuados. Esto ocurre particularmente en las etapas más severas de la enfermedad cuando los pacientes obligatoriamente tienen que ser atendidos por otras personas.

- La dieta debe adecuarse a la situación del paciente, según el estadio de la enfermedad en el que se encuentre. Deberá ser variada y de sabor agradable, respetando al máximo los gustos del enfermo.

- Elegir alimentos que aporten la energía y nutrientes que necesita el paciente.
- Las necesidades de energía en general no están disminuidas y en casos de pacientes con cuadros de agitación o que deambulan están incrementadas.
- Como fuente de hidratos de carbono emplearemos cereales, pastas, legumbres, verduras y hortalizas, frutas. Estos alimentos nos aportarán la fibra necesaria para evitar el estreñimiento y son una buena fuente de vitaminas. Hemos de moderar el consumo de azúcares y dulces, aunque no debe ser tan estrictos como en otros pacientes (ej.: un postre lácteo es fácil de tragar y muy nutritivo).
- Las grasas mejoran el sabor de los alimentos y son necesarias para el organismo manteniendo funciones como la absorción de vitaminas liposolubles. Preferiblemente las de origen vegetal (aceite de oliva, girasol, soja) frente a las de origen animal (tocino, manteca, mantequilla, nata, entre otros)
- Las proteínas las obtendremos tomando carnes, pescados, lácteos y huevos aunque no hay que olvidar que legumbres y cereales también nos aportan proteínas, aunque de menor calidad.

CAPÍTULO 4. METODOLOGIA

Dentro del capítulo se explicara lo que es el método por el cual se ha llevado a cabo la presente investigación, ya que al ser un tema poco mencionado en la medicina es de poca relevancia social, me parece que es interesante y necesario para tenerlo presente todos los días, pues al igual que todos los días nace un nuevo ser, también muere un ser descuidado y abandonado.

La documentación es un tanto escasa para el enfoque real e ideal que se debería de tener, la capacitación a el equipo de salud de igual manera se es brindada superficialmente, no se brinda a profundidad como se espera, al igual, la mayoría de las personas no son interesadas en los ancianos con discapacidades.

Se ha convertido en una idea cotidiana el encontrar un adulto mayor pidiendo dinero, comida o trabajo en la calle, siendo por lo general despreciado por la sociedad, es donde entra la interrogante de ¿en dónde se encuentra su familia?, yo como enfermera puedo mencionar que varios de los pacientes a quienes he atendido en lo corto de mi carrera, es que estos ancianos son realmente abandonados por sus propios hijos, es por ello que la conciencia es la que nos hace falta reforzar, pues al ser los padres de las personas que actualmente son quienes tienen el control de la sociedad, deben ser respetados y tratados como tal y no como unos objetos.

El método de encontrar la información necesaria fue por medio de documentos actualizados en las redes sociales al igual que en documentales y experiencias personales. Esto con la finalidad de tener pruebas concretas y la comparación de aparición a nivel mundial, lo

cual todos los casos se muestran con casi los mismos datos de inicios en edad, sexo, puesto que la raza no importa.

El objetivo de la investigación ya antes mencionado es el crear conciencia a la población para que el cuidado de los ancianos sea mayor y dar la capacitación necesaria para que sepan detectar los síntomas de su familiar y lograrlo atender de una manera digna y adecuada.

En la mayoría de las comunidades rurales se desconoce todo lo que es esta patología crónica degenerativa y es cuando la familia piensa que su anciano sufre de un tipo de locura, y no se le da lo que necesita.

Creo que es importante pasar a estos lugares así como en las campañas de vacunación que se realizan brigadas para llegar a las casas y vacunar a niños y embarazadas, creo que se debería de realizar lo mismo pero en una manera más grupal y no casa por casa, pues no en todas las casas ay ancianos.

Al igual dar una capacitación al equipo de salud y a todos los estudiantes de esta misma área para que se tenga mayor interés, puesto que por lo general no hay especialistas en el área geriátrico, y se lo dejan todos los casos al psiquiatra, el cual únicamente seda para que el paciente no realice actividades que incomoden las personas a su alrededor.

Todo enfermo debe de gozar de una vida digna, llena de actividades recreativas, alimentos nutritivos, compañía y atención, así como cualquier niño necesita de un adulto, los

ansianos necesitan también pues vuelven a ser indefensos e independientes de un adulto responsable

La población en México es rica en conocimientos, sin embargo no la tienen todas las personas, pues incluso en la ciudad y personas con escolaridad de alta calidad no sabe lo que es dicha degeneración y no acuden al equipo de salud, puesto que, según la mayor parte de la población, no les gusta recibir malas noticias.

Si las personas no acuden a nosotros los que tenemos esta información, nosotros debemos de ir con ellos para mostrarles lo que se es, como se manifiesta y como se trata para que la degeneración vaya con menor velocidad.

La tanatología es una rama de la medicina encaminada al buen morir, lo cual tiene mucho sentido en esta etapa pues los ansianos llegan a presentar la depresión y la ansiedad gracias a que se sienten viejos, inútiles, estorbo, siendo que no es así ya que ellos son la base de la sociedad, pues fueron quienes nos crearon a nosotros y gran parte de lo que nos rodea, así que como ellos se encargaron de educarnos y cuidarnos nos toca regresarles el favor, aunque realmente no es un favor, sino que es agradecimiento como parte de la vida.

La vida varía en la durabilidad y la calidad, cuando esta va por gran camino y varios años, se le teme un poco más a la muerte, es por ello que también se debe de ir capacitando a la familia y al mismo anciano a que todo estará bien, pues es un proceso fisiológico y natural, el cual si no se diera sería un problema grave pues existiría la sobrepoblación y aumentaría el porcentaje en pobreza a nivel mundial así como la crisis de nuestros recursos naturales.

Aquel anciano que no acepte esta etapa, debe de ser trabajado muy constantemente para que entienda que no hay realmente algo que se pueda hacer en contra de esto y no es una razón para que se sienta mal, se aislé o se deprima, al contrario, hay que dar lo mejor de sí mismo para dejar huella en el mundo.

En el caso de los que están enfermos y tienen un grado ya de inconciencia debe de entender la familia que lo deben de tratar igualmente con la dignidad que se merece y el respeto debido a que en cualquier momento ya no va a estar y lo van a extrañar con el sentimiento de culpa.

Toda esta preparación no se brinda por falta de personal capacitado, es por ello mismo que se les debe de dar la inquietud y curiosidad a los jóvenes estudiantes para que estos se preparen y en un futuro se cuente con esta ayuda.

Principalmente el objetivo se lograra a base de mucha información a toda la población, a la capacitada, a la que no lo está y la que está en proceso, pues no se tiene la noción de todo lo que se afectado, y por ende, hay ausencia de calidad en los pocos asilos de ansianos, en algunos lugares inclusive es nula esta atención.

El gobierno también debe de estar enterado para que se haga la iniciativa de crear instituciones que auxilien y cuiden a los ansianos enfermos o abandonados, pues el gobierno tiene muchos proyectos para los jóvenes, más no para los adultos mayores, que en ocasiones son quienes más lo requieren.

Se espera distribuir esta información y de igual manera aumentar las actividades recreativas, mentales y físicas por medio de programas de salud para todos los adultos maduros para ejercitar su muerte y tratar de reducir el índice de demencia y Alzheimer al entrar a esta última etapa de la vida.

4.2. Variables

Demencia.	Deterioro neuronal ocasionando problemas mentales y físicos.
Alzheimer.	Muerte neuronal progresiva e inevitable ocasionando principalmente perdida de la memoria.

Demencia y sus cuidados de Enfermería en estancia hospitalaria:

- ✓ Información a familia acerca de lo que debe de realizarse conforme avanza la enfermedad
- ✓ Trato digno y decoroso al tomar en cuenta el pudor del paciente y respeto a su cuerpo.
- ✓ Mostrar valores al saber que el enfermo como ser humano debe ser tomado en cuenta como lo que es y no únicamente un objeto.
- ✓ Ayudar en su mejora con una buena calidad de vida al ser tratado como un ser humano fuera de enfermedad y ayudarlo a gozar de sus actividades que anteriormente eran sus pasatiempos.
- ✓ Brindar el tratamiento adecuado indicado medicamente.

Alzheimer y sus cuidados de enfermería en estancia hospitalaria:

- Brindar valores como a todo ser humano séala fase que sea, pues en ocasiones el paciente ya no entiende las palabras, sin embargo los sentimientos están latentes.
- Brindar el tratamiento necesario fisiológico y farmacológico
- Brindar información a familiares y al mismo paciente para que estén enterados de lo que pasa, y lo que va a presenciarse conforme el paso del tiempo.
- Enseñar ejercicios y actividades recreativas para disminuir la aceleración de muerte neuronal mediante estímulos finos y motores
- Enseñar a los familiares acerca de la nutrición que deberá tomar y el tipo de dieta conforme avance la enfermedad puesto que en un grado avanzado ya no podrá digerir ciertos alimentos y se complica la ingesta de alimentos sólidos.

Demencia y los cuidados de Enfermería dependientes de indicaciones médicas:

- Vigilancia farmacológica para la correcta ingestión de sus medicamentos en un horario adecuado al igual que su consumo sea adecuado para su absorción
- Informe de actividades por si el enfermo tiene algún comportamiento de mejoría o de gravedad como convulsiones o movimientos involuntarios en extremidades superiores e inferiores

Demencia y sus cuidados de Enfermería independientes a las indicaciones médicas, las cuales son realizadas por el bienestar del paciente y su familia:

- Información de padecimiento a familiares para que se tome en cuenta lo delicado de la situación y lo que acontecerá en un futuro.

- Brindar apoyo en actividades y deambulaci3n para evitar accidentes y ayudar a fomentar ejercicios evitando el sedentarismo y 3lceras por presi3n.
- Vigilancia constante y estrecha para evitar accidentes o lesiones por el riesgo de caídas que ellos tienen al tener movimientos lentos e involuntarios espontáneamente.
- Brindar cuidados necesarios únicamente para evitar degeneraci3n neuronal por falta de actividades realizadas por sí mismo
- Vigilancia acerca de su tipo de dieta y degluci3n
- Vigilar la eliminaci3n de líquidos de acuerdo a la ingesta, para evitar la deshidrataci3n o estreñimiento.
- Ayuda psicol3gica a el enfermo que aún se encuentre en estado consiente para evitar la depresi3n y ansiedad que pueda llegar a padecer
- Muestra de valores como ser humano.

El Alzheimer y sus cuidados de enfermería dependientes a las indicaciones médicas:

Vigilancia farmacol3gica de la ingesta, caducidad, y ayuda

Informe de actividades y observaci3n de avance degenerativo

El Alzheimer y sus cuidados de Enfermería independientes a las indicaciones médicas que deben de ser realizadas para el bienestar del enfermo:

- Informaci3n a familiares acerca del tratamiento
- Informar acerca de la enfermedad y como va a seguir progresando
- Control de líquidos

- Control de nutrición así como la deglución de sus dietas
- Vigilancia estrecha y acompañamiento en sus acciones y deambulación para evitar accidentes
- Enfocamiento de valores, principalmente paciencia y tolerancia
- Brindar su individualidad
- Acciones recreativas
- Evitar el sedentarismo
- Ayudarlo a recordar acontecimientos importantes en su vida
- Ayudar con la articulación de palabras y oraciones coherentes
- Ejercicios de movimientos finos y coordinación

Yo como Licenciada en Enfermería considero importante el hecho de prestarles atención con relevancia a los ancianos, ya que generalmente son quienes más dependen de la sociedad en la que se encuentran.

Las enfermeras mundialmente son las encargadas del cuidado a todos los enfermos y a los que no estén enfermos, pero no todas cuidan a enfermos. La rama de la enfermería comprende muchas ciencias y áreas de trabajo, sin embargo, la geriatría a pesar de ser de esta rama no es muy concurrida y existen pocas enfermeras geriatras.

El interés social que se le brinde a los pacientes geriátricos a pesar de ser de las más necesitadas también es una de las más comfortable para la cuidadora que se desempeñe en su trato con el paciente, pues el agradecimiento es incluso más satisfactorio que el interés económico.

Sin embargo siempre se debe tener presente la tanatología encargada de buen morir, ya que estos pacientes están próximos al lecho de muerte y la enfermera debe de estar preparada para el posible acontecimiento para el paciente y su familia.

4.3. Código De Ética Para Enfermeras Y Enfermeros De México

Un código de ética para enfermería debe constituirse necesariamente en una guía de conducta, con fundamentos que unifiquen y delimiten los conceptos sobre el hombre, la sociedad, la salud y la propia enfermería, de tal forma que se considere:

- Al hombre como un ser biopsicosocial dinámico, que interactúa dentro del contexto total de su ambiente, y participa como miembro de una comunidad;
- A la sociedad como un conjunto de individuos en el que el país se constituye en un Estado social y democrático de derecho, que promueve como valores superiores de su ordenamiento jurídico: la libertad, la justicia, la igualdad y el pluralismo político;
- A la salud como un proceso de crecimiento y desarrollo humano, que se relaciona con el estilo de vida de cada individuo y con la forma de afrontar ese proceso en el seno de los patrones culturales en los que se vive.

- A la enfermería, constituida como un servicio, encaminado a satisfacer las necesidades de salud de las personas sanas o enfermas, individual o colectivamente. Dicho servicio debe considerar de manera prioritaria:
 - La conciencia de asumir un compromiso profesional serio y responsable.
 - La participación coherente de este compromiso dentro de la sociedad.
 - El reconocimiento y aplicación en su ejercicio de los principios de la ética profesional.
 - La práctica de una conducta de verdadero respeto a los derechos humanos.

CAPÍTULO 5: INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

La enfermera aún no se ha logrado sobresalir en intervenciones acerca de teorías o criterios relacionados con el Alzheimer o la demencia, sin embargo no se ha dejado de lado completamente, pues al ser un tema de gran interés social, la enfermería ha logrado definir los cuidados especiales para estos pacientes.

El sexo femenino no ha logrado brindar aportar informes de demencia o Alzheimer, sin embargo las aportaciones masculinas que se han brindado son pocas, sin embargo son muy útiles para lograr saber lo necesario y los tratamientos que se deben ejecutar con el paciente..

Antoine Bayle, mostro que los síntomas físicos y mentales de la parálisis general progresiva se debían a una aracnoiditis crónica, es decir, a una patología cerebral.

Bayle propuso el concepto de aracnoiditis crónica, propiciando una visión orgánica de las demencias. La Demencia es considerada en la actualidad como la muerte neuronal y es un problema mental ocurrido gracias a la aracnoiditis, afectando principalmente la memoria y los movimientos finos. Puesto que la enfermedad es progresiva y al ser un problema del sistema nervioso, afecta los demás sentidos, principalmente en los movimientos.

Arnold Pick, enfermedad de Alzheimer no era más que una forma rara de demencia presenil. Incluso creía que la mayoría de las personas que desarrollaban un síndrome demencial después de los 65 años sufrían de alguna forma de insuficiencia cerebrovascular, la llamada "demencia arteriosclerótica".

Martin Roth, empezó a suponer un cambio en la forma de entender el problema. Puso en evidencia la prominencia de la enfermedad de Alzheimer entre las causas de demencia entre los ancianos, considerándose de forma cada vez más unánime que las formas seniles y preseniles corresponden en realidad al mismo trastorno.

5.1. Interpretacion de resultados

El Alzheimer es una enfermedad crónico degenerativa la cual se presenta por lo general después de los 50 años de edad, en la mayoría de los casos se presenta junto con algún tipo de demencia, sin embargo, no es presenciada únicamente de esta degeneración neuronal, sino que también se puede presenciar incluso en edades como de 30 años en adelante debido a trastornos mentales y emocionales, así también como algún accidente.

El caso descrito de la persona más joven con Alzheimer fue de una joven de 20 años de edad, sin saberse la causa. Existen teorías en las que se dice que este deterioro puede ser mínimo o nulo con el consumo de marihuana, sin embargo, esta teoría no es muy concreta ya que al ser una droga psicotrópica no recomienda su consumo, además de problemas legales, sin embargo es una hierba medicinal usada desde hace ya miles de años con uso terapéutico y relajante.

La enfermera como integrante del equipo de Salud, considero que estas teorías son verídicas puesto que los pacientes veteranos suelen llegar a consumir varios fármacos diferentes al mismo tiempo, causando que actúen somnolientos constantemente y la atención no es sedarlos, sino estimularlos.

Hay estudios en los que se ha relacionado la conducta al consumir fármacos o marihuana, y se ha descubierto que los ansianos se vuelven más atentos, relajados y activos con el consumo de esta droga. Quien lo ha practicado es la doctora Sue Sisley, aunque es muy criticado su método, el área en la que ella lo lleva en práctica se han visto resultados positivos, inclusive en otras enfermedades, como el cáncer.

Debe ser prohibida con fines alucinógenos y adictivos, sin embargo en el área farmacéutica debe ser permitida en pacientes que ya padecen deterioros neuronales. Al igual que llevar un control acerca de su administración para evitar que su consumo provoque adicción y no se use únicamente para sentirse bien físicamente.

Investigadores de la Universidad de Cambridge, en Reino Unido, han encontrado que las proteínas que controlan la progresión de la Enfermedad de Alzhéimer se encuentran en células madre, basados en estos estudios se han creado tratamientos divididos en 3 fases:

Avanzado, Intermedio y Básico, el recomendable es el básico para personas con inicios de deterioro con demencia o ya con inicios de Alzheimer, sin embargo ya estando desarrollada la enfermedad, se recomienda el tratamiento avanzado.

Inclusive se asegura que entre mayor sea el consumo y grandes dosis de células madre es más rápido la mejoría neuronal y se evita que avance la enfermedad. Sin embargo yo como enfermera no considero que esto sea muy adecuado, pues a pesar de ser un tratamiento natural, es muy costoso, y la mayoría de la población no puede costear este tratamiento y el gobierno no puede costear el tratamiento de la mayoría de los pacientes, es por ello que se da como opción la vitamina b9 conocida como ácido Fólico.

El ácido Fólico se administra principal mente en embarazadas, sin embargo yo lo recomiendo a toda la población, puesto que ayuda para el crecimiento y desarrollo de nuestras células, y aunque ayudan en general a todo el organismo, a los adultos mayores se les puede administrar sin problemas, puesto que a pesar de que es económico, inclusive gratuito en los centros de salud, este al ser vitamina si no es muy necesario el mismo organismo lo desecha sin dañar a ningún órgano.

Se considera conveniente que los ejercicios mentales se realicen desde el nacimiento hasta la adultez para tener una mente sana y fuerte, para que cuando se presente alguna demencia sea en una edad aún más avanzada o en estados críticos de una enfermedad final.

BIBLIOGRAFIA

Sitios Web

Piédrola Gil, et all. (2001). Epidemiología de las enfermedades degenerativas del sistema nervioso. Demencias y enfermedad de Alzheimer. 10ª. Edición, Enfermedad del Parkinson.

Saxena S, Wortmann M, Acosta D, Prince M, Khrisnamoorthy E. Demencia. (2013) Una prioridad de Salud Pública, Available.

Gazel Bonilla J. Manejo odontológico del paciente adulto mayor con Alzheimer. Protocolo dental en pacientes con Alzheimer.

Haro I. Abordajes no farmacológicos de las alteraciones del comportamiento en los pacientes con demencia. 2003.

García de Yébenes J., Ros R., Ampuero I., El impacto de la biología molecular en las enfermedades neurodegenerativas que cursan con demencia. En: Director Blázquez E. Fundamentos moleculares de la medicina I. . Madrid: Real Academia Nacional de Medicina; 2005. P 115-118.

Vicens P. Neuroendocrinología del envejecimiento cognitivo. En: Coordinadora Martínez S., Hormonas, estado de ánimo y función cognitiva.. Madrid: Delta, publicaciones universitarias. 1ª ed. 2007. P. 153-155.

Kittle G. Caring for the patient with chronic neurological disorders. In: Osborn K., Wraa C., Watson A. Medical Surgical Nursing: Preparation for practice, combined volume. [Internet]. Pearson; 2010. P. 788-799.

Sáenz de Pipaón I., Larumbe R. Programa de enfermedades neurodegenerativas. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. 2001; vol 24: suplemento 3: 49-76.

Selmès J., Selmès MA. Guía práctica de cuidados de Alzheimer. Vivir con...la enfermedad de Alzheimer. 6ª ed. Madrid. Meditor. 2005.

6. Martínez A., ¿Qué es el Alzheimer? En: Martínez A. ¿Qué sabemos de? El Alzheimer. Madrid: CSIC; 2009. P: 15-22.

Molinuevo JL. La enfermedad de Alzheimer y otras enfermedades neurodegenerativas. En: Libro de la salud del Hospital Clinic de Barcelona y la fundación BBVA. 1ª ed. Bilbao. Fundación BBVA. 2007. pp. 497-500.

Confederación Española de Asociaciones de Familiares de personas con Alzheimer y otras demencias. Navarra.

Ruiz Ezquerro JJ. 100 años de enfermedad de Alzheimer. Alois Alzheimer: su vida y obra. Historia de la enfermedad de Alzheimer. Alzheimer, realidades e investigación en demencia.

Circunvalacion del Hipocampo. Cadiz. De la Vega R., Zambrano A.

Todoalzheimer.com. Madrid: Gil P., Ramirez SP., Yubero R., Gallego O., Llanos Morón. 2011

Fundación Alzheimer España. . Madrid: Fundación Alzheimer Españ. Enfermedad al día. Más sobre el Alzheimer. Cuál es su frecuencia

Thomas NJ., O'Brien JT. Enfermedad de Alzheimer. En: Jacoby R., Oppenheimer C., Editores. Psiquiatría en el anciano. 1ª ed. Barcelona. Masson. 2005. pp. 455-470.

Medline. Alzheimer's Disease. Los Angeles: Jasmin L., Alzheimer Association.