



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA CONDUCTA



**“ESTUDIO DOCUMENTAL BIOPSIICOSOCIAL DEL TRASTORNO DE
DEMENCIA SENIL TIPO ALZHEIMER”**

T E S I S

Que para optar por el Título de
Licenciada en Psicología

Presenta

DULCE MARÍA MIRANDA MARTÍNEZ

Número de cuenta

0050013

Asesor

Dra. en I. P. ALEJANDRA MOYSÉN CHIMAL



Somos nuestra memoria,
somos ese quimérico museo
de formas inconstantes, ese
montón de espejos rotos.

Jorge Luis Borges.

Dedicatorias

Dedico esta tesis a mi abu Pilar una mujer que nos fascinaba con sus historias, quien padeció la enfermedad de Alzheimer y en su olvido lleno de memoria partió dejándonos infinitos recuerdos.

A todas aquellas personas que viven la enfermedad del olvido, en toda su extensión de la palabra, quienes podrán haber perdido todo, menos su capacidad para amar y ser amados.

Agradecimientos

Agradezco a Dios, quien inspiro mi espíritu para la conclusión de esta tesis de licenciatura.

A mis padres quienes me dieron vida, educación y consejos, apoyándome en todo momento.

A mi familia por el apoyo moral, material y económico que me proporcionaron.

A todos mis maestros quienes nunca desistieron al enseñarme, a ellos que continuaron depositando su confianza en mí.



VOTO APROBATORIO

Toda vez que el trabajo de evaluación profesional, ha cumplido con los requisitos normativos y metodológicos, para continuar con los trámites correspondientes que sustentan la evaluación profesional, de acuerdo con los siguientes datos:

Nombre del pasante	DULCE MARÍA MIRANDA MARTINEZ		
Licenciatura	PSICOLOGÍA	N° de cuenta	0050013
Opción	TESIS	Folio de Seguimiento de Egresados SISE	
Nombre del Trabajo para Evaluación Profesional	"ESTUDIO DOCUMENTAL BIOPSIKO SOCIAL DEL TRASTORNO DE DEMENCIA SENIL TIPO ALZHEIMER"		

	NOMBRE	FIRMA DE VOTO APROBATORIO	FECHA
ASESOR	DRA. ALEJANDRA MOYSEN CHIMAL		28/05/2014

	NOMBRE	FIRMA Y FECHA DE RECEPCIÓN DE NOMBRAMIENTO	FIRMA Y FECHA DE ENTREGA DE OBSERVACIONES	FIRMA Y FECHA DEL VOTO APROBATORIO
REVISOR	DRA. AIDA MERCADO MAYA	30-05-2014 	17-03-2015 	19-03-2015
REVISOR	DRA. JULIETA CONCEPCIÓN GARAY LÓPEZ	30-05-2014 	17/03/2015 	19-03-2015

Derivado de lo anterior, se le **AUTORIZA LA REPRODUCCIÓN DEL TRABAJO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL** de acuerdo con las especificaciones del anexo 8.7 "Requisitos para la presentación del examen de evaluación profesional".

	NOMBRE	FIRMA	FECHA
ÁREA DE EVALUACIÓN PROFESIONAL	Dra.		19/03/15





CARTA DE CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR

El que suscribe Dulce María Miranda Martínez autor del trabajo escrito de evaluación profesional en la opción de Tesis con el título Estudio documental biopsicosocial del trastorno de demencia senil tipo Alzheimer, por medio de la presente con fundamento en lo dispuesto en los artículos 5, 18, 24, 25, 27, 30, 32 y 148 de la Ley Federal de Derechos de Autor, así como los artículos 35 y 36 fracción II de la Ley de la Universidad Autónoma del Estado de México; manifiesto mi autoría y originalidad de la obra mencionada que se presentó en la Facultad de Ciencias de la Conducta para ser evaluada con el fin de obtener el Título Profesional de Licenciado en Psicología.

Así mismo expreso mi conformidad de ceder los derechos de reproducción, difusión y circulación de esta obra, en forma NO EXCLUSIVA, a la Universidad Autónoma del Estado de México; se podrá realizar a nivel nacional e internacional, de manera parcial o total a través de cualquier medio de información que sea susceptible para ello, en una o varias ocasiones, así como en cualquier soporte documental, todo ello siempre y cuando sus fines sean académicos, humanísticos, tecnológicos, históricos, artísticos, sociales, científicos u otra manifestación de la cultura.

Entendiendo que dicha cesión no genera obligación alguna para la Universidad Autónoma del Estado de México y que podrá o no ejercer los derechos cedidos.

Por lo que el autor da su consentimiento para la publicación de su trabajo escrito de evaluación profesional.

Se firma presente en la ciudad de Toluca, Estado de México a los 23 días del mes de marzo de 2015.

Dulce María Miranda Martínez
Nombre y firma de conformidad

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN	11
PRESENTACIÓN	12
INTRODUCCIÓN	13
CAPÍTULO I. ENFOQUE DESDE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD	31
1.1. Antecedentes de la salud-enfermedad	31
1.2. Conceptualización de psicología de la salud	34
1.3. El modelo biopsicosocial de psicología de la salud	36
1.4. Estilos de vida	38
1.4.1. Promoción y mantenimiento de la salud	40
1.4.2. Prevención de la enfermedad	41
1.4.3. Tratamiento e intervención de la enfermedad	43
1.5. Psiconeuroinmunología	45
1.5.1. Inmunoterapia	48
CAPÍTULO II. PRINCIPIOS DE LA ENFERMEDAD ALZHEIMER Y SUS ASPECTOS BIOLÓGICOS	50
2.1. Las demencias	50
2.1.1. Clasificación	52
2.2. La enfermedad Alzheimer	54
2.2.1. Criterios diagnósticos	59
2.2.2. Características generales	63
2.3. Neuropatología	64
2.3.1. Cambios patológicos en el cerebro por EA	67
2.3.1.1. Patología macroscópica	67
2.3.1.2. Patología microscópica	69
2.4. Hipótesis de la patogenia en la enfermedad Alzheimer	72
2.4.1. Hipótesis colinérgica	73
2.4.2. Hipótesis genética	73
CAPÍTULO III. ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER	77

3.1. Factores de riesgo	77
3.1.1. Factores sociodemográficos	77
3.1.2. Factores ambientales	78
3.1.3. Factores relacionados con el estilo de vida	80
3.2. Perfil neuropsicológico	84
3.2.1. Síntomas cognitivos	85
3.2.2. Síntomas psicológicos y conductuales	94
3.2.3. Trastornos funcionales	98
3.3. Evolución de la enfermedad	99
3.3.1. Etapa inicial-leve	100
3.3.2. Etapa intermedia-moderada	101
3.3.3. Etapa avanzada-severa	102
3.4. Evaluación y diagnóstico	106
3.4.1. Mini Mental State Examinación (MMSE)	107
3.4.2. The Confusion Assessment Method (CAM)	107
3.4.3. Short Portable Mental Questionnaire de Pfeiffer (SPMSQ)	108
3.4.4. Escala de demencia de Blessed, Tomlinson y Roth	109
3.4.5. Test de siete minutos de Solomon y Pendelberry	109
3.5. Intervención psicosocial	111
3.5.1. Estimulación y activación cognitiva	111
3.5.2. Terapia conductual basada en la actividad	114
3.5.3. Terapias de enfoque emocional	115
3.5.4. Intervenciones sensoriales	116
3.5.5. Terapias dirigidas a los cuidadores	117
CAPÍTULO IV. ASPECTOS SOCIALES DE LA ENFERMEDAD ALZHEIMER	121
4.1. Recursos asistenciales para la familia	122
4.1.1. Recursos sanitarios	123
4.1.2. Recursos sociales	124
4.1.3. Recursos técnicos-tecnológicos	128
4.2. Institucionalización	132
4.2.1. Estancias	132

4.3. Aspectos jurídicos	134
4.3.1. Código Civil del Estado de México	134
4.3.2. Código Penal del Estado de México	138
4.3.3. Otras leyes	140
CAPÍTULO V. EL CUIDADOR Y LA FAMILIA DE UN ENFERMO DE ALZHEIMER	143
5.1. El cuidador	143
5.1.1. El cuidador principal	144
5.1.2. Perfil del cuidador	144
5.1.3. El cuidador profesional	144
5.1.4. Fases de adaptación a la situación de cuidado	145
5.1.5. El síndrome Burn Out del cuidador quemado	146
5.2. La familia	148
5.2.1. Impacto en la dinámica familiar	148
5.2.2. Afrontamiento familiar	149
CAPÍTULO VI. RESULTADOS	151
6.1. Propuesta de manual de apoyo para el cuidador y la familia de un enfermo de Alzheimer	151
1. El enfermo de Alzheimer y su cuidador	154
2. Cuidados a la persona con Alzheimer	162
3. Atención al cuidador	188
Directorio de instituciones y recursos en medios electrónicos	194
CONCLUSIONES	195
GLOSARIO	198
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	201

Índice de figuras

Figura	Nombre	Pág.
1	Categorías de análisis	28
2	Modelo marco biopsicosocial	37
3	Tipo de conductas en los estilos de vida	40
4	El sistema inmunológico	47
5	Principales tipos de demencias	53
6	Hallazgos en la historia de la enfermedad de Alzheimer	56
7	Criterios DSM-IV para demencia Alzheimer	59
8	Criterios para el diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer	60
9	Signos característicos de la EA y otras demencias degenerativas	62
10	Estructura del sistema nervioso central	65
11	Funciones de los lóbulos cerebrales	66
12	Comparación de un cerebro sano y otro con EA	69
13	Comparación de una neurona sana y otra con EA	71
14	Genes asociados a la EA	76
15	Esferas del deterioro relacionadas a la enfermedad Alzheimer	85
16	Subsistemas de la memoria	87
17	Clasificación de la agnosia	90
18	Alteraciones de las actividades de la vida diaria en la EA	98
19	Etapas evolutivas de la enfermedad de Alzheimer	103
20	Elementos necesarios para tratar la EA	120
21	Red de recursos asistenciales	121
22	Síntomas presentes en el síndrome del cuidador	147

RESUMEN

Se realizó un estudio documental cualitativo sustentado por la metodología de análisis de contenido, como procedimiento se codificaron sistemáticamente las unidades de estudio en categorías, describiendo de forma precisa el contenido y se agruparon en temas derivados del eje temático siendo la enfermedad de Alzheimer, dicho procedimiento permitió procesar y organizar los datos con la finalidad de obtener una información más completa y generar un mayor entendimiento del material analizado. Esta metodología de análisis desarrollada a lo largo del estudio fue ubicada en el ámbito de lo descriptivo, permitiendo descubrir los componentes básicos del fenómeno determinado extrayéndolo de un amplio acervo bibliográfico de forma objetiva, replicable y válida, así como en una minuciosa búsqueda de servicios socio-sanitarios en el distrito federal y la ciudad de Toluca relacionados con la enfermedad de Alzheimer, la cual aportó de forma clara, precisa y concreta para la consecución de los objetivos propuestos y la integración de un manual práctico para la ejecución de acciones en el afrontamiento de la enfermedad Alzheimer.

PRESENTACIÓN

En la actualidad el número de personas con enfermedad Alzheimer está incrementando, siendo esta una enfermedad degenerativa e irreversible, que conforme evoluciona va deteriorando las capacidades del diario vivir de la persona llegando a una dependencia total, teniendo cada vez más la necesidad de asistencia en su mayoría de los casos por algún familiar cercano, la tarea realizada por el cuidador resulta agotadora y desgastante tanto física como emocionalmente, lo cual repercute tanto en el enfermo como en el cuidador, ocasionando disfunciones en la dinámica familiar y hasta llegar a la ruptura total de la familia generándose una problemática más amplia. Por estas razones se consideró la necesidad de realizar el presente estudio. La investigación se efectuó adoptando una perspectiva multidisciplinar en el que se consideran factores biológicos, psicológicos y sociales, conformando el primer capítulo por los componentes de la psicología de la salud como guía para el análisis, destacando la importancia del modelo biopsicosocial en el tratamiento y manejo de la enfermedad de Alzheimer. El capítulo dos consta de los aspectos biológicos y generalidades de la enfermedad, en el que se expone toda la información que ayuda a explicar la etiología del trastorno y los cambios bioquímicos cerebrales, así como sus implicaciones de forma general. En el tercer capítulo se tratan los aspectos psicológicos de la enfermedad, en el que se incluyen la prevención, el diagnóstico y el tratamiento desde una aproximación integral. El capítulo cuatro comprende todas las redes de apoyo familiar e institucional además de identificar y obtener datos concretos de los recursos existentes en México. El capítulo cinco incluye una descripción de la figura del cuidador y el papel de la familia en el proceso de la EA, cómo se configura y reorganiza la dinámica familiar, lo cual dependerá en parte de la relación con su medio que supone reajustes estructurales en los procesos evolutivos y modular la forma en que ellos respondan ante la enfermedad, así como el efecto que se puede producir durante el periodo asistencial. Finalmente en el capítulo seis como resultados se incluye la propuesta como fruto de la investigación un manual dirigido al cuidador y a la familia del enfermo que sirve como guía de consulta para sobrellevar la enfermedad, en el que se describen acciones de soporte para el cuidador, recomendaciones para el diario vivir y estrategias psicoterapéuticas.

INTRODUCCIÓN

Con el paso del tiempo, el envejecimiento de las poblaciones y los problemas relacionados con esta edad se han ido concibiendo más graves y más frecuentes. En la década de los 80, Krassoievitch (1988) describe que en las sociedades urbanas; las presiones económicas, las demandas de trabajo, los cambios en la estructura familiar y en el estilo de vida, fueron desgastando la voluntad y la capacidad de las familias y de las comunidades para ocuparse del cuidado de sus adultos mayores; mientras que en épocas anteriores, las circunstancias y las consideraciones hacia ellos eran distintas, pues las sociedades estaban menos sujetas a cambios sociales rápidos.

En la era primitiva, las tribus determinaban una estructura social básica de convivencia en la que se planteaba como único objetivo la supervivencia; pero las luchas, las cacerías, las dificultades adaptativas al medio y las enfermedades fueron elementos propicios para que no se pudieran alcanzar muchos años de vida, por lo que en este período la población anciana era escasa, de ahí que el cuidado de los ancianos no era prioritario y en caso de existir era una cuestión familiar (Manrique, 1999).

En las civilizaciones antiguas las condiciones para los ancianos parecían ser más benévolas; en Grecia se crearon por vez primera instituciones de caridad preocupadas por el cuidado de los ancianos necesitados, de ahí que, Vitruvio, en su libro *Arquitectura*, refiere a la casa de Cresos como un lugar destinado para los habitantes de la ciudad que por su edad avanzada habían adquirido el privilegio de vivir en paz en una comunidad de ancianos llamada Gerusía. Por otra parte, en el mundo hebreo la ancianidad ocupó un lugar relativamente especial, pues los consideraban investidos de una misión sagrada y portadores de un espíritu divino, basado en la dignidad que se le otorgaba en la Torá proveniente de la tradición hebrea cristiana (Trejo, s.f.).

Al inicio de la era cristiana, la práctica de caridad estableció una continuidad asistencial a las personas desamparadas, se resalta la atención que se daba al cuidado de los necesitados en los que sin duda destacaban los ancianos. Mientras tanto, durante la edad media, los adultos mayores estaban sujetos a la solidaridad familiar para subsistir, pero debido a las difíciles condiciones de vida esta población no era numerosa (Mederos y Puente, 1996).

En el renacimiento y la edad moderna existieron dos tendencias: una religiosa-espiritualista y otra materialista-burlesca. Dante metaforizaba y decía que la principal preocupación del anciano debía ser bajar las velas para llegar apaciblemente al puerto; pues la edad ayudaba a imprimir una imagen de sacralidad. A diferencia de la visión materialista representada por Bocaccio, que criticaba a los viejos que se enriquecían y acaparaban poder, dinero y mujeres; no obstante, para los ancianos pobres, la invalidez, dependencia, pasividad, decadencia y miseria económica era su alimento habitual (Castanedo, García, Noriega y Quintanilla, 2011).

En los siglos XVIII y XIX con la llegada de la revolución industrial, surge una visión economicista y especializada al cuidado de los ancianos como una recompensa a los trabajadores de más de 50 años, acto administrativo conocido como jubilación. Sin embargo, para las personas de clase inferior, eran las órdenes religiosas o filantrópicas dentro de apoyos caritativos, quienes se ocupaban de las personas ancianas y enfermas que sufrían los desgastes por el trabajo agrario, la miseria y la fatiga a pesar de los avances metodológicos (Lillo, 2002).

A finales del siglo XX, el progreso y la aplicación de los avances en la cibernética, la computación y la transmisión de datos, contribuyeron en el desarrollo de vacunas y antibióticos que lograron disminuir drásticamente el peso de las enfermedades infectocontagiosas como causa de muerte y discapacidad; así mismo, el proceso de medicamentos y el avance de los métodos complementarios en el diagnóstico y la cirugía, limitaron el efecto de las enfermedades no trasmisibles. Por otro lado, la mejora de semillas, las técnicas de siembra, la sanidad animal y los métodos de conservación, hicieron que la cantidad y calidad de alimentos crecieran de manera sostenida. En conjunto, estos logros obtuvieron como resultado que la población de edad avanzada se incrementara de forma acelerada (Bagnati, Allegri, Kremer y Taragano, 2003).

Con este breve recorrido histórico se puede comprender los cambios que sufrieron las poblaciones, determinados por factores socioeconómicos y culturales, trascendiendo en un aumento en la expectativa de vida. En efecto, la etapa preindustrial fue precedida por la población joven sin oportunidad de llegar a la ancianidad debido a la escasa supervivencia por las duras condiciones de vida; en cambio, a partir de la etapa industrial con el aumento de producción y la elevación de recursos disminuyó la mortalidad de esa población, surgiendo un nuevo régimen demográfico; es decir, el incremento de la población de edad avanzada.

En cuanto al incremento de esta población y pese a ser una buena noticia que los años de vida se prolongaron, con ello, también se puso en manifiesto una problemática. Retomando a Krassoievitch (1988) describe que el anciano se enfrenta a una serie de complicaciones emocionales, ya sea por la muerte del cónyuge, la separación de los hijos, el confinamiento, el descenso de los amigos y la jubilación; no obstante, reconoce que lo que complica aún más la situación son las enfermedades degenerativas, específicamente las que se concentran en el conjunto de las demencias.

De acuerdo con lo anterior, Damaso (2006) refiere que en los países desarrollados el aumento de la expectativa de vida del ser humano ha traído consigo una elevada incidencia de las enfermedades degenerativas, pues el incremento de la población mayor de 65 años, ha venido ocasionando la continua aparición de alteraciones en la esfera cognitiva, que van desde el deterioro cognitivo leve a las demencias severas tipo Alzheimer.

A lo largo de la historia se han asociado la vejez y la demencia de diferentes maneras. El origen de la palabra demencia remite a la época del Imperio Romano, siglo I d. C., deriva del latín *demens que* significa locura; Lucrecio, en su poema: *De rerum natura*, utilizó la palabra *dementatus* que quiere decir fuera de la mente de uno. Con posterioridad en Grecia, en el siglo II de nuestra era, Galeno incluye el término demencia entre los trastornos mentales, la describe como una condición médica en su ensayo: *De Senectute*, de forma muy similar a la concepción actual, donde la pérdida de la memoria en la ancianidad era consecuencia de una enfermedad cerebral y no de la vejez (Silveira, 2006).

En lo que respecta al inicio del siglo XX, fue un periodo fértil, en general en la historia de la Neurología y en particular en las demencias. Thomas, Pesce y Cassuto (1990) reseñaron cronológicamente los hallazgos médicos relacionados con las demencias; en 1894, Binswanger describe las leucoencefalopatías arteriosclerosas. En 1898, Redlich descubre las placas seniles. En 1900, Wernicke aísla el cuadro clínico de la presbifrenia. En 1901, Pierre Marie define el síndrome lacunar. En 1905, Klippel y Lhermitte son los primeros en separar las demencias con lesiones vasculares de las demencias seniles puras no ateromatosas. Entre 1894 y 1915, Arnold Pick describe seis casos de atrofia cerebral focal.

Siendo en 1907, cuando Alois Alzheimer psiquiatra y anatomopatólogo alemán, reportó por primera vez la enfermedad que más adelante llevaría su nombre, al documentar el caso de una mujer de 51 años de edad que se quejaba de mala memoria y desorientación temporal y espacial; fallecida tras 4 años y 6 meses de evolución progresiva, el estudio histológico realizado demostró la existencia de conglomerados intraneuronales, fibras anómalas que coexistían con placas seniles. De este modo, Alois Alzheimer descubre la característica orgánica de la enfermedad y la denomina degeneración neurofibrilar (Halgin y Whitbourne, 2009).

Más tarde, en 1910, Kraepelin en su manual de psiquiatría, le dio el nombre de enfermedad de Alzheimer (EA) considerándola como una demencia presenil degenerativa, concretando la sintomatología de la afección a los casos poco frecuentes que se inician antes de los 65 años (Alberca y López-Pousa, 2011).

Después de esta breve reseña, se infiere que fue en Roma donde surgió la palabra demencia, que describía a cualquier comportamiento anormal o incomprensible; mientras que las primeras descripciones médicas aparecieron en Grecia con Galeno. De ahí, con el paso de los años, la ciencia ha hecho descubrimientos dentro del campo neuronal, por mencionar algunos: el descubrimiento de las placas seniles, el síndrome lacunar, la separación de las demencias con lesiones vasculares de las demencias seniles y por supuesto, enfatizando en las demencias, Alois Alzheimer, al documentar el caso de una paciente, descubrió la degeneración neurofibrilar que más adelante gracias a los aportes del neuropatólogo, ya se le conocería como enfermedad Alzheimer.

La enfermedad de Alzheimer se ha considerado un trastorno de demencia, por lo tanto, es primordial especificar que caracteriza a una demencia. La American Psychiatric Association (APA, 2002) en su Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR) describe: “Los trastornos de demencia se caracterizan por múltiples déficit cognoscitivos incluyendo el deterioro de la memoria, que se debe a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica, a los efectos persistentes de una sustancia o a múltiples etiologías, p. ej., efectos combinados de una enfermedad cerebrovascular y la enfermedad de Alzheimer” (p. 168).

Ahora, puntualizando en la enfermedad de Alzheimer, Damaso (2006) la considera como una enfermedad neurodegenerativa que constituye la causa más frecuente de demencia, conforme a su prevalencia se incrementa con la edad, es muy rara antes de los 40 años y aunque su etiología es desconocida ya se conocen algunos factores que claramente están involucrados en su aparición; los de origen familiar y de aparición esporádica no familiar.

Para Halgin y Whitbourne (2009) progresa en etapas marcadas por el deterioro del funcionamiento cognitivo, algunos síntomas conductuales son: pérdida de memoria, desorientación, disminución del juicio, deterioro de las habilidades sociales y cambios en el afecto, así como, cambios en la personalidad y en las relaciones interpersonales; otros síntomas psicológicos incluyen agitación, conductas deambulatorias, alucinaciones, delirios, agresividad, insomnio, actitudes exigentes e incapacidad para adaptarse a nuevas rutinas o nuevos entornos.

Alberca y López-Pousa (2011) definen clínicamente “la EA se caracteriza por un inicio insidioso y un deterioro cognitivo y funcional progresivo, así como por la aparición en el transcurso de la enfermedad de modificaciones en el estado de ánimo y de alteraciones psicóticas y de la conducta” (p. 147).

Con estos datos se puede dar una idea de la complejidad que representa este trastorno en la vida del ser humano; hay que mencionar además, en cuanto a su prevalencia, que la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012), reconoce a la demencia como una prioridad de salud pública, estima una tasa de demencia que afecta a nivel mundial a unos 35,6 millones de personas, de las cuales el 58% viven en países de ingresos bajos y medios, se prevé que el número total de personas con demencia prácticamente se duplique cada 20 años de modo que pasaría de 65,7 millones en el 2030 a 115,4 millones en el 2050. Cada año se registran 7,7 millones de nuevos casos, se calcula que entre un 2% y un 8% de la población general de 60 años o más, sufrirá demencia en un determinado momento.

En consecuencia, la EA ha adquirido un protagonismo a causa de la creciente frecuencia con que se presenta, especialmente en los países desarrollados, llegando a constituir en cierta forma una endemia demencial. Mientras tanto, sus características clínicas y en evolución, están siendo conocidas; los caminos de investigación están abriendo nuevas fronteras para su conocimiento genético, bioquímico y neuropatológico (González, 2001).

Es entonces, por la naturaleza y complejidad de dicha enfermedad que se ha tenido que estudiar desde diversas disciplinas, tales como la biología, la medicina, la psicología y la sociología, y con ellas, se ha ido abriendo la vía de ciertas hipótesis y la existencia de diferentes paradigmas que ayuden a comprender este trastorno, con el fin de complementar todo el panorama que constituye a la enfermedad de Alzheimer.

El papel que desempeña la biología en el estudio de la EA suscita de la hipótesis bioquímica, que basada en los estudios realizados revelaron la existencia de cambios microscópicos, siendo los hallazgos de ovillos neurofibrilares ricos en proteínas tau y las llamadas placas seniles compuestas por la acumulación excesiva de la proteína beta-amiloide (AB). A nivel macroscópico, se reveló la existencia de cambios morfológicos en los que se destaca la disminución del volumen y el peso del cerebro; afectando también al tejido glial que influye en el funcionamiento de la neurona, pudiendo contribuir tanto a su disfunción como a su degeneración (Ramos et al., 2007).

Otra teoría que se pone a prueba para entender las causas de la enfermedad de Alzheimer, es la hipótesis genética, con el descubrimiento de las pautas familiares en la EA de aparición temprana y los progresos en la ingeniería genética. Los investigadores han identificado varios genes en los que posiblemente se encuentre la clave para entender la causa de la enfermedad, considerando que la historia familiar de EA puede constituir un significativo factor de riesgo (González, 2001).

Alberca y López-Pousa (2011) refieren la existencia de casos familiares relacionados con mutaciones en una serie de genes, cuya frecuencia alcanza el 10% del total de casos de EA., la mayoría presenta mutaciones en tres genes localizados en los cromosomas 21, 14 y 1 constituyendo las del cromosoma 14 el 50% del total. La mayoría de los casos familiares corresponden a formas de inicios anteriores a los 60 años. Además de estos genes implicados existen otros genes relacionados con la susceptibilidad a padecer la EA, el principal factor genético de este tipo es un polimorfismo del gen ApoE ligado a una especial susceptibilidad para padecer una forma tardía de EA, tanto familiar como esporádico.

Pero por más convincente que sea esta teoría, se necesitan otros mecanismos además de la bioquímica y de la genética para explicar la forma esporádica de la enfermedad, de ahí, surge el papel que desempeña la psicología desde una perspectiva conductual, la cual supone que los comportamientos relacionados con la salud moderan en forma sustancial el riesgo genético.

Halgin y Whitbourne (2009) refieren que el estilo de vida sedentario y el consumo excesivo de tabaco son factores de riesgo conductuales para que el individuo desarrolle la EA, considerando que en el 2004, Abbott y otros hicieron un estudio en el Honolulu-Asia Aging Study, reportando que los hombres que caminaban más de dos millas diariamente tenían un menor riesgo de demencia que los que caminaban un cuarto de milla al día; más aún, el consumo excesivo de tabaco en la mediana edad se asoció con un riesgo mucho más elevado de desarrollar la EA, pues en el estudio longitudinal se encontró la relación positiva entre la cantidad de cigarrillos consumidos y la cantidad de placas descubiertas en los cerebros durante las autopsias de los hombres estudiados desde la mediana edad hasta la vejez.

Bagnati et al. (2003) refieren que también se ha considerado a la depresión, como otro factor de riesgo conductual y aunque puede ser parte del cuadro clínico de la EA, también se ha verificado en estudios epidemiológicos que el antecedente de cuadros depresivos es más frecuente en pacientes que desarrollan Alzheimer que en los individuos que no padecen la enfermedad. Esta historia de depresión suele anteceder en varios años al comienzo de la enfermedad.

Además, hay un estudio inusual que ofrece una perspectiva ligeramente distinta, se trata del nivel cognitivo que haya desarrollado la persona. Snowdon en 1986, dirige el proyecto que comprendió a 678 monjas, de 75 a 106 años de edad, quienes dieron al equipo de investigación el acceso a sus historiales personales y médicos, accedieron a someterse a evaluaciones cognitivas y físicas anuales exhaustivas, las monjas que habían estado mentalmente activas durante su vida, posiblemente como maestras, manifestaron una deficiencia cognitiva mucho menor que sus compañeras que habían ejercido funciones de servicio que suponían un desafío cognitivo mínimo. Por tanto, con este paradigma puede inferirse que la actividad continua estimula al cerebro y lo beneficia pudiendo ser un factor de protección (León y Portell, 2003).

En lo que concierne a la sociología, contribuye en la investigación sobre la EA, Martorell, Paz, Montes, Jiménez y Burjales (2010) refieren que puede ayudar conceptual y metodológicamente en aspectos referidos a la universalidad de la demencia o a determinar las posibles influencias sociales y culturales en la enfermedad. Mientras que el área de trabajo social, está implicada en compartir la responsabilidad en el proceso de intervención y en el mantenimiento de un equilibrio óptimo entre las demandas relacionada con los diferentes recursos existentes, tantos propios como externos. Siendo concedora de los sistemas públicos de protección social y de las redes de apoyo social, orientará a la familia sobre los recursos de los que se pueden beneficiar las personas enfermas, sus cuidadores y la familia, asociados generalmente a discapacidad, dependencia o los recursos que están específicamente diseñados para su atención (Montón et al., 2011).

De acuerdo con las distintas perspectivas para el entendimiento de la EA, puede decirse que mientras los investigadores biomédicos continúan en su búsqueda de tratamientos para curar o aliviar los síntomas; la psicología está desarrollando estrategias terapéuticas para maximizar el funcionamiento cotidiano de quienes padecen la enfermedad de Alzheimer, orientándose hacia los cuidadores que son las personas responsables del cuidado de la persona que sufre esta enfermedad y la sociología tratando de entender a la enfermedad como otra forma de vivir (Halgin y Whitbourne, 2009).

Como se ha expuesto la enfermedad de Alzheimer representa una experiencia temible y dolorosa, tanto para quien la padece, como para su entorno familiar. Desafortunadamente no existe una prueba específica que pueda prevenir su aparición y tampoco una cura o medicamento que detenga su progreso o invierta el deterioro mental de la enfermedad; sin embargo, en la actualidad existen intervenciones multidisciplinarias que permiten tratar un diagnóstico lo más precoz posible y que además ayudan a controlar muchos de los efectos para que el paciente pueda continuar de manera óptima y funcional el mayor tiempo posible; es esencial que el tratamiento sea integral auxiliado de médicos especialistas, psicólogos, trabajadores sociales y grupos de autoayuda para orientar a la familia en el cuidado de su paciente con demencia y así promover una mejor calidad de vida a todos los individuos relacionados.

Planteamiento del problema

La enfermedad del Alzheimer representa la principal causa de demencia en la vejez y el riesgo de este padecimiento se incrementa con la edad, en México hay más de 350 mil personas afectadas por Alzheimer, la mortalidad de estos pacientes es de dos mil treinta cada año según los datos del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (INNN, 2013). El paciente con EA sufre un deterioro progresivo de las neuronas, repercutiendo en severas alteraciones conductuales como cambios en la personalidad, episodios depresivos, desinhibición, alucinaciones, agresividad y vagabundeo nocturno; estos síntomas abruptos van perjudicando la identidad y razón de ser del individuo, y a su vez, implicando al entorno, debido a la necesidad de la supervisión y el cuidado diario que demanda el paciente, viéndose también afectada la salud de los cuidadores quienes se ven sometidos a cuadros de estrés, malestares físicos y psicológicos, lo que supone una carga emocional y física caracterizada por agotamiento físico y psíquico. Por ello se dice, que ataca de forma devastadora a todo el núcleo familiar, provocando un fuerte impacto psicológico, pues los afrontamientos se vuelven cada vez más complejos y agotantes, ya que los síntomas relacionados con la enfermedad alteran intensamente la calidad de vida de los involucrados y esto socialmente relacionado a factores económicos, añadiendo lo prolongado de los tratamientos, la hospitalización, estudios complementarios, centros de apoyo y requerimientos técnicos; culturalmente empeora aún más la situación, pues, en la actualidad el diagnóstico de la EA se realiza cuando el paciente ya manifiesta los síntomas de demencia, por lo tanto, ya hay daños cerebrales irreversibles y un avanzado proceso neurodegenerativo. La OMS (2012) estima que la esperanza de vida aumente aproximadamente dos meses al año y por ende un gran incremento de número de afectados. Estos datos nos dan una idea del problema que supone esta patología que sin duda se debe atender.

En la EA se interrelacionan diversos factores como las emociones, los pensamientos, el comportamiento, el apoyo familiar e incluso la influencia de la sociedad; es por ello que esta investigación se sustentará a través del enfoque de psicología de la salud, pues de acuerdo con Taylor (2007) de la relación entre cuerpo, mente y ambiente es como nace la psicología de la salud, para ocuparse precisamente de los factores psicológicos que influyen en la enfermedad, actuando sobre las causas de manera preventiva e interviniendo directamente sobre el comportamiento de las personas.

Esta disciplina surge a partir de una perspectiva sistemática e integrativa, con profesionales pertenecientes a diferentes áreas psicológicas, Matarazzo (1982; citado en Marks et al., 2008) define a la psicología de la salud como:

El conjunto de las contribuciones educativas, científicas y profesionales específicas de la disciplina de la psicología para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y la disfunción relacionada al análisis y mejoramiento del sistema de cuidado de la salud y la formulación de una política de salubridad (p. 9).

Por otro lado, en la actualidad se hace referencia al término *salutogénesis* el cual designa que la promoción de la salud es más que la evitación de la enfermedad o del riesgo de la misma a través de un conjunto de actuaciones encaminadas a la protección, mantenimiento y acrecentamiento de la salud, o bien, al conjunto de actuaciones centradas en el individuo o la comunidad. Esta teoría fundamenta que cada persona tiene la capacidad de reconocer y utilizar sus recursos para mejorar su propia salud y calidad de vida, recurriendo al papel activo y responsable en el cuidado de su salud y en la modificación de conductas hacía estilos de vida saludables (Aragao, 2012).

Para ordenar o conceptualizar un área de estudio, investigar e interpretar los hallazgos documentales es necesario partir de un modelo. Roales (2004) entiende a un modelo como una especie de marco conceptual que unifica un campo o área de estudio y mediante sus postulados proporciona una forma organizada de pensar e investigar sobre ello; por tanto, sirve para guiar el trabajo investigador de los científicos y el trabajo de intervención de los profesionales.

En la misma medida esta investigación se basará en el modelo biopsicosocial que continuando con el mismo autor, debe considerarse como un marco de referencia conceptual para todas aquellas disciplinas que participen en el estudio de la salud y la enfermedad, en cuanto a fenómenos multi-causados en los que intervienen variables biológicas, psicológicas y sociales.

Oblitas (2006) refiere que el modelo biopsicosocial es de gran aceptación en la actualidad ya que admite que la salud y la enfermedad están multi determinadas, es decir, que las causas que interactúan en los procesos saludables y patológicos son de diversa naturaleza y origen, pues intervienen tanto elementos de macro-procedimiento tales como, contexto social, ambiente físico, circunstancias socioeconómicas, factores climáticos; como otros de micro-proceso referentes a las alteraciones bioquímicas, pensamientos y emociones.

El modelo biopsicosocial estudia aspectos de prevención y tratamiento de enfermedades, trabaja con personas que ya se encuentran enfermas para ayudarles a ajustarse de forma más funcional a su padecimiento, promueve intervenciones con el fin de ayudar a las personas a estar saludables o para reponerse de las enfermedades (Taylor, 2007).

El Alzheimer es una enfermedad que como se mencionó con anterioridad ha existido desde hace muchos años y la prevalencia de la misma ha ido incrementando, donde hasta la fecha no se ha encontrado una cura, por lo que es indispensable trabajar en la profilaxis, y debido a los porcentajes que existen de personas en tratamiento, generar información a partir de un modelo biopsicosocial que dé una visión más amplia de la misma y que ayude tanto a la persona como a sus familiares a saber acerca de ella.

Objetivo general

Es por ello, que el objetivo de esta investigación es analizar la enfermedad de Alzheimer a partir de información documental basada en el bagaje científico y en los conocimientos aplicados en la práctica de las disciplinas profesionales, desde una óptica biopsicosocial.

Objetivo específico

Elaborar un manual de apoyo dirigido al cuidador y a la familia de un enfermo de Alzheimer.

Para lograr obtener los objetivos señalados con anterioridad, se llevarán a cabo las siguientes acciones:

- Se buscó información literaria en bibliotecas, en material escrito, artículos de revistas especializadas, libros, extractos y otras publicaciones periódicas.
- Se consultó el catálogo público de la Universidad Iberoamericana, en portales electrónicos, en la red de revistas científicas de América latina y el Caribe REDALYC.
- Se revisó las listas de referencias en el servicio integral de información denominado SECOBI que tiene contratados los más amplios y especializados servicios de información internacional y nacional, localizados en los siguientes centros de servicios: BLAISE, BRS, CICH, UNAM Y DIALOG.
- Se visitó instituciones con atención a enfermedades neurológicas como el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, a la Asociación Mexicana de Alzheimer y Enfermedades Similares.
- Se visitó centros de día y geriátricos para obtener información del servicio que se ofrece a los familiares y al afectado de EA, como Impulsora geriátrica y la fundación Alzheimer IAP.

Método

La presente investigación se sustenta en un estudio documental, trabajando la temática a través del análisis de contenido. Berelson (1952; citado en Tena y Rivas, 2007) sostiene que “(...) es una técnica de investigación para la descripción objetiva, sistemática y cuantitativa del contenido manifiesto de las comunicaciones, que tiene por objeto interpretar” (p.p. 49-50).

Más adelante, Holsti (1969; citado en Krippendorff, 1990), aporta varios aspectos importantes, conceptuando al análisis de contenido como “una técnica de investigación para formular inferencias, identificando de manera sistemática y objetiva ciertas características específicas dentro de un texto, con el propósito de realizar inferencias que se refieren fundamentalmente a la comunicación simbólica o mensaje de los datos, que tratan en general de fenómenos distintos de aquellos que son directamente observables” (p. 47).

Siguiendo con el mismo autor extiende la definición de análisis de contenido a un método de investigación para hacer inferencias válidas y confiables de datos con respecto a su contexto. “Como técnica de investigación, el análisis de contenido comprende procedimientos especiales para el procesamiento de datos científicos. Su finalidad consiste en proporcionar conocimientos, nuevas intelecciones, una representación de los hechos y una guía práctica para la acción” (p.28).

Probablemente Bardin (1996), engloba todas las definiciones anteriores conceptualizando el término análisis de contenido como “(...) el conjunto de técnicas de análisis de las comunicaciones tendentes a obtener indicadores ya sean cuantitativos o no, por procedimientos sistemáticos y objetivos de descripción del contenido de los mensajes permitiendo la inferencia de conocimientos relativos a las condiciones de producción/recepción (contexto social) de estos mensajes” (p. 32).

Andréu (1998) en un sentido amplio, refiere que es una técnica de interpretación de textos, ya sean escritos, grabados, pintados, filmados u otra forma diferente donde puedan existir toda clase de registros de datos, transcripción de entrevistas, discursos, protocolos de observación, documentos y videos; se basa en la lectura textual o visual como instrumento de recogida de información, lectura que debe realizarse sistemática, objetiva, replicable y válida.

Hernández, Fernández y Baptista (2010) describen que el análisis de contenido se efectúa por medio de la codificación, en la mayoría de los estudios cualitativos se codifican los datos para tener una descripción más completa de estos, se resumen, se elimina la información irrelevante; finalmente se trata de generar un mayor entendimiento del material analizado. La codificación tiene dos planos o niveles: en el primero se codifican las unidades en categorías, en el segundo se comparan las categorías entre sí para agruparlas en temas y buscar posibles vinculaciones.

Bardin (1996) expone que todo proyecto o plan de investigación mediante la técnica de análisis de contenido ha de distinguir varios elementos o pasos diferentes en su proceso, tales son:

- Determinar el objeto o tema de análisis: Significa preguntarse por las siguientes cuestiones: ¿qué se quiere investigar?, ¿qué bibliografía o conocimientos previos existen?, ¿en qué teoría o marco teórico encaja?, ¿qué texto o textos se van a utilizar?, y ¿cuál es la unidad de análisis que se va a utilizar?
- Determinar las reglas de codificación: La codificación consiste en una transformación mediante reglas precisas de los datos brutos del texto. Esta transformación o descomposición del texto permite su representación en índices numéricos o alfabéticos. La codificación es el proceso por el que los datos brutos se transforman sistemáticamente en unidades que permiten una descripción precisa de las características de su contenido. La enumeración y reglas de recuento son las siguientes: presencia, frecuencia, frecuencia ponderada, intensidad, dirección, orden y contingencia.
- Determinar el sistema de categorías: La categorización es una operación de clasificación de elementos constitutivos de un conjunto por diferenciación, tras la agrupación por analogía, a partir de criterios previamente definidos. Clasificar elementos en categorías impone buscar lo que cada uno de ellos tienen en común con los otros.

- Comprobar la fiabilidad del sistema de codificación-categorización: **Procede** de la seguridad de ofrecer que los datos han sido obtenidos con independencia del suceso, instrumento o persona que los mide. Se expresa como una función del acuerdo alcanzado entre los codificadores sobre la asignación de las unidades a las diversas categorías. Si dicho acuerdo es total para todas las unidades, está garantizada la fiabilidad, por el contrario si no es mayor que el correspondiente al azar, la fiabilidad es nula.
- Inferencias: Es en definitiva, deducir lo que hay en un texto. El analista de contenido busca algunas conclusiones o extrae inferencias explicaciones contenidas explícitas o implícitas en el propio texto. Existen tres elementos básicos en el proceso inferencial, las variables de inferencia, el material analizado y la explicación analítica.

Siguiendo los puntos que se consideran en una investigación documental, y para fines de la presente investigación, así como cubrir el propósito de elaborar el manual dirigido al cuidador y a sus familiares, se contempla un eje temático y categorías de análisis con las que se va a trabajar (ver Figura 1).

EJE TEMÁTICO	DEFINICIÓN
Enfermedad de Alzheimer	Es una forma de deterioro cognitivo que comprende deficiencias progresivas generalizadas en la memoria y en el aprendizaje de información nueva, la capacidad para comunicarse, el juicio y la coordinación motora de una persona (Halgin y Whitbourne, 2009).
CATEGORÍAS	DEFINICIÓN CONCEPTUAL
Síntomas de la EA	Es la referencia subjetiva que da un enfermo por la percepción o cambio que reconoce como anómalo, causa de deterioro añadido (Olazarán, Agüera y Muñiz, 2012). Es decir, tiene que ver con fallas en la memoria reciente, problemas con el lenguaje, desorientación en tiempo y lugar, juicio pobre o disminuido, problemas con el pensamiento abstracto, cambios en el humor y en el comportamiento y cambios en la personalidad.
Factores de riesgo de la EA	Son las situaciones, causas, elementos o enfermedades que aumentan la posibilidad de que una persona sufra la enfermedad demencial (Bagnati et al., 2003). Tiene que ver con la edad, el factor genético; causas no genéticas como, enfermedades cerebrovasculares, daño oxidativo, inflamación cerebral; estilos de vida, como capacidad cognitiva, hábitos alimenticios, actividad física y consumo de sustancias.

Figura 1. (continuación)	
Evolución de la EA	Es el progreso marcado por el deterioro del funcionamiento cognitivo, junto con cambios en la personalidad y en las relaciones interpersonales (Halgin y Whitbourne, 2009). Comienza la fase leve con una ligera pérdida de memoria, dificultad para encontrar las palabras adecuadas, no recuerda dónde coloca algunos objetos y sus cambios de humor no son notorios; en la fase moderada la pérdida de memoria es severa, la comunicación disminuye, muestra un vocabulario pobre, se desorienta en lugares fuera de su hogar y tiene cambios exagerados de personalidad; en la fase severa la memoria es completamente nula, balbucea, repite palabras sin sentido, desconoce todo lo que le rodea, pierde las capacidades básicas motoras y se vuelve totalmente dependiente.
Impacto familiar	Son efectos abrumadores en las familias de las personas afectadas y sus cuidadores, que repercuten en presiones físicas, emocionales y económicas (OMS, 2012). Supone una pesada carga para toda la familia y conflictos frecuentes, pues tendrán que enfrentarse a los cambios de roles en la familia nuclear, cambios en el trabajo y en la situación económica y posibles problemas legales, manifestando cambios en el estado de ánimo.
Tratamiento de la EA	Son intervenciones que se pueden ofrecer para apoyar y mejorar la calidad de vida de las personas con demencia, sus cuidadores y la familia (OMS, 2012). Tiene que ver con el seguimiento farmacológico, psicológico y social.
SUBCATEGORIAS	
DEFINICIÓN CONCEPTUAL	
Síntomas de la EA	
Cognitivos	Es la pérdida de funciones cerebrales que comprende la alteración en cinco áreas cognitivas como la atención, memoria, lenguaje, función visoespacial y velocidad psicomotora (Bagnati et al., 2003).
Psico-conductuales	Son los síntomas peor sobrellevados por el familiar, los síntomas cognitivos mal tratados pueden llevar a la aparición de síntomas conductuales, tales como desorientación, deambulación, agresividad, apatía, ansiedad y alteraciones del sueño-apetito (Fernández et al., 2012).
Motrices	Se afectan aspectos como la planificación, organización secuencial, atención, trastorno del movimiento, discapacidad funcional operativa por fracaso cognitivo-conductual, discapacidad sistémica para actividades cotidianas (Cacabelos, 2001).
Factores de riesgo de la EA	
Edad	A mayor edad, mayor riesgo, se considera de inicio tardío, no es común que se presente antes de los 60 años, pero hay casos de inicio temprano donde la enfermedad aparece a los 40 años (Oblitas, 2009).
Genéticos	Son los que intervienen en la transmisión de las características asociadas a la susceptibilidad hereditaria, se han identificado cuatro genes el de la proteína precursora amiloide, apolipoproteína E, presenilina 1 y 2 (Mangone, Allegri, Arizaga y Ollari, 2005).

Figura 1. (continuación)	
Relacionados con el estilo de vida	Son los factores externos al individuo, es decir a los comportamientos y a los hábitos de vida que influyen a todo el cuerpo y constituyen un ejercicio cognitivo y una emocionalidad que interviene en el cerebro (Halgin y Whitbourne, 2009).
Evolución de la EA	
Etapa leve	Se caracteriza por presentarse dificultades o fallos en la memoria a corto plazo, en algunos casos se acompaña de síntomas de otro tipo de alteraciones tales como depresión, ansiedad, apatía, agitación e irritabilidad (Oblitas, 2009).
Etapa moderada	En esta etapa hay desorientación en tiempo y a veces en espacio y aparecen los síntomas afásicos, apráxicos y agnósicos, no puede mantener actividades independientes (Bagnati et al., 2003).
Etapa avanzada	La dependencia y la inactividad son casi totales, las alteraciones de la memoria son graves y los síntomas y los signos físicos se hacen más evidentes (OMS, 2012).
Impacto familiar	
Físico-estructural	Comporta una serie de cambios drásticos dentro del núcleo familiar, en su dinámica y en cada una de las funciones y de los roles que se han de desempeñar constituyendo una desvirtuación de las relaciones sociales y del desarrollo en el entorno tanto familiar, social y conyugal (Oblitas, 2009).
Psico-emocional	Provoca cambios trascendentes en la estructura familiar, el agotamiento se manifiesta en una gama extensa de problemas orgánicos, emocionalmente se visualiza a una persona irritable, ansiosa, depresiva, desgastada, agresiva, reclusa socialmente y difusa en el plano interpersonal (Oblitas, 2009).
Socio-económico	Es la situación que se debe tanto a los gastos directos, como las consultas médicas, análisis de laboratorio, tomografías o resonancias, medicación, internación y pago a cuidadores; y a los indirectos como el abandono laboral tanto del paciente, como del cuidador (Bagnati et al., 2003).
Tratamiento de la EA	
Intervención farmacológica	Se trata de drogas que han probado retrasar el progreso de la enfermedad en más de dos años, y que son útiles en el tratamiento de los síntomas cognitivos y conductuales logrando mejorar el nivel funcional del mismo (Bagnati et al., 2003).
Intervención psicosocial	Consiste en estrategias psicoterapéuticas de manejo interpersonal y técnico entre el equipo asistencial y el paciente y sus cuidadores que actúan como complemento o refuerzo de la psicofarmacología (Caetano y Pardo, 2009).

Figura 1. Categorías de análisis. Elaborado por el autor de tesis (2013).

CAPÍTULO I

ENFOQUE DESDE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD

Este capítulo tiene la finalidad de inducirnos a la labor de la psicología de la salud como ciencia aplicada a partir de su modelo biopsicosocial, considerándola como guía para el análisis de la enfermedad de Alzheimer desde una visión integral, pues como se irá revisando, su estudio requiere de una intervención multidisciplinaria que incluya los aportes de las ciencias biológicas, psicológicas y sociales, elementales para el conocimiento en el manejo del proceso de salud-enfermedad.

1.1. Antecedentes de la salud-enfermedad

Para empezar a hablar de psicología de la salud, antes, es fundamental conocer de dónde surge el término salud, pues cuando se habla de salud o enfermedad se hace referencia al cuerpo físico y a la mente, por ello, se hará un recorrido a la antigüedad para conocer de dónde nace esta relación y como se entiende en la actualidad.

Partiendo de la cultura griega, Platón decía: “Así como no se debería intentar curar los ojos sin la cabeza o la cabeza sin el cuerpo, no se debería intentar curar el cuerpo sin el alma, la parte nunca estará bien a menos que la totalidad esté bien” (Oblitas, 2006, p.7). Con este pensamiento los antiguos griegos llegaron a entender que ambos elementos configuraban una totalidad y se condicionaban mutuamente; es decir, lo que afectaba a la mente también afectaba al cuerpo.

Otra ideología de las culturas antiguas, fue que las enfermedades surgían cuando los espíritus malignos entraban al organismo y que estos, debían ser expulsados a través de un proceso o tratamiento que les permitiera abandonar el cuerpo mientras el supuesto doctor o bien, el chamán, realizaba el ritual para curarlo. Tal procedimiento pudo ser la trepanación pues, los arqueólogos descubrieron cráneos humanos pertenecientes a la época prehistórica, con pequeños agujeros que se cree que fueron hechos con un propósito, utilizando herramientas puntiagudas hechas de piedra (Kaplan, 1975; citado en Taylor, 2007).

Con posterioridad, los griegos al percatarse de la relación del funcionamiento corporal en la salud y en la enfermedad dejaron de adjudicar los padecimientos a los espíritus malignos y desarrollaron la teoría humoral, que en primer momento fue analizada por el médico de la antigua Grecia, Hipócrates (460-377 a. C.) quien consideraba que la mente y el cuerpo eran una unidad y la salud era un estado de armonía y de equilibrio entre los fluidos circulatorios corporales denominados humores (bilis amarilla, flema, sangre y bilis negra). Por ello se pensaba que el equilibrio de los cuatro humores era fundamental para mantener la salud, y cuando estaban desequilibrados debido a patógenos externos, se producía la enfermedad (Morrison y Bennett, 2008).

Durante la edad media se produjo nuevamente un giro hacia un enfoque más espiritualista, una de las ideas que prevalecía fue la de la posesión por el demonio, pues las personas creían que éste era capaz de realizar daño a sus víctimas causándoles gran exaltación y violencia y para expulsarlo era necesaria la intervención de alguien con indiscutible poder espiritual; mientras tanto, el cristianismo no atribuía las enfermedades a la ira de los Dioses, sino a castigos que eran sometidos a las personas y a los mismos pueblos por sus propios pecados. La práctica médica estaba bajo el control de la iglesia católica, a tal punto que en el siglo XII, la iglesia dictó una norma en la que se prohibía a los sacerdotes el ejercicio de la medicina para que se dedicaran a las tareas religiosas propias de su ministerio (Cantú y López, 2009).

A inicios del renacimiento el conocimiento y las nuevas ideas fueron determinantes, los conceptos de salud y enfermedad se alejaron de atribuciones religiosas y ofrecieron un panorama más amplio llegando a entender la enfermedad como una, ya no se creía que la persona estaba poseída y merecía ser dañada para deshacerse de la posesión; sino que cada vez se fueron clarificando los conceptos atribuyendo los aspectos conductuales y psicológicos a los procesos de enfermedad. Por lo tanto, durante el renacimiento se recuperó una cierta conceptualización de la enfermedad en términos naturalistas, se vivió un renovado interés por el estudio de las ciencias, del cual fueron el desarrollo del microscopio o la realización de las autopsias y es en esta época cuando surge la fase filosófica del modelo biomédico, que tuvo su fundamento doctrinal en el dualismo mente-cuerpo (Amigo, Fernández y Pérez, 2009).

En cuanto al modelo biomédico y su dualidad mente-cuerpo, Engel (1977; citado en Oblitas, 2006) lo sustenta con dos ideas básicas. La primera implica que el cuerpo pertenece a una dimensión física y la mente forma parte del dominio espiritual, cada uno constituye una dimensión diferente y separada. La segunda idea limita al proceso de la enfermedad a una serie de reacciones físicas y químicas, por lo cual los factores emocionales y de comportamiento son considerados como aspectos ajenos a él.

Por otro lado, el mismo autor describió que este modelo enfatiza a la enfermedad sobre la salud; es decir, se centra en las aberraciones que llevan a la enfermedad en lugar de centrarse en las condiciones que podrían promover la salud (Taylor, 2007).

Amigo et al (2009) consideran que la teoría de René Descartes, es la que mejor representó a este modelo, pues planteó que lo físico y lo espiritual son dos realidades separadas; mientras que el cuerpo pertenecía a la realidad física, la mente sería una realidad espiritual. Desde esta perspectiva la salud y la enfermedad pasan a ser vistas como una cuestión meramente bioquímica, omitiendo la importancia de los factores sociales o psicológicos.

Oblitas (2006) reconoce que el modelo biomédico ha logrado grandes éxitos en el campo de la medicina, pero es insuficiente e ilimitado, pues no da respuesta a muchas problemáticas de los procesos de salud-enfermedad. Mientras Taylor (2007) supone que como consecuencia, en la actualidad cada vez más investigadores y médicos han adoptado el modelo biopsicosocial.

Se puede sintetizar que a lo largo de la historia se ha estudiado como la mente se relaciona con el cuerpo, existiendo diversidad de puntos de vista que se remontan desde las ideas de los antiguos griegos y los primeros planteamientos filosóficos sobre el alma. La mayoría de las concepciones que se formularon sobre la salud, parten de la sintomatología que presentaba la persona con base a su funcionalidad orgánica, aludiendo que la ausencia de cualquier malestar era un indicador de salud. No obstante, en las posturas contemporáneas el avance de la ciencia trajo consigo nuevos descubrimientos en la medicina, que a su vez fueron clarificando los métodos de investigación así como la participación en conjunto con otras disciplinas, dando origen a nuevos modelos participativos en los que se pretende comprender de forma más integral cómo se mantiene la salud y el porqué de las enfermedades.

1.2. Conceptualización de psicología de la salud

Así como el binomio salud-enfermedad ha sido entendido desde diversas perspectivas, no es de extrañarse que el término de salud se conciba de diferentes formas, pues, poco más de una década atrás a la actual, Simón (1999) destacó la referencia de dos nociones, una positiva y otra negativa. La salud ha sido generalmente conceptualizada como el estado caracterizado por la ausencia de enfermedad; si bien, es cierto que la salud como dimensión biofísica, psicológica y psicosocial, supone la ausencia de enfermedad, incapacidad o invalidez; pero ello, únicamente indica que la enfermedad es la ruptura de la salud, la salud implica diferentes dimensiones de bienestar, de ajuste psicosocial, calidad de vida, funcionamiento cotidiano, protección hacia posibles riesgos de enfermedad y de desarrollo personal. Es por ello, que surge la tendencia a concebir la salud de una forma positiva sin necesidad de referirse para ello a la enfermedad.

La noción positiva se describió en 1946, en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013), que definió a la salud como: “Un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de afecciones o enfermedades” (p.1).

Oblitas (2006) de acuerdo con esa definición entendió a la salud como el bienestar físico, psicológico y social, que va mucho más allá del esquema biomédico e incluye a los aspectos subjetivos relacionados con un sentimiento de bienestar, así como a los aspectos objetivos que tienen relación con la capacidad de funcionamiento de la persona y del comportamiento del ser humano. Es un concepto positivo que implica distintos grados de vitalidad y funcionamiento adaptativo y no solo la ausencia de alteraciones y enfermedad.

Por otro lado, Taylor (2007) en lugar de definir a la salud como ausencia de enfermedad, la reconoce como un logro, el cual engloba un balance entre bienestar físico, mental y social. Con esta relación la medicina, psicología y los sistemas de salud, se han combinado inevitablemente para dar surgimiento a la disciplina de la psicología de la salud, dedicada a entender las influencias psicológicas en la salud de las personas, es decir, a descubrir por qué se enferman y cómo responden cuando se enferman, así como a la promoción de intervenciones con el fin de ayudar a las personas a estar saludables o para reponerse de las enfermedades.

Matarazzo (1982; citado en Marks et al., 2008, p. 9.) define a la psicología de la salud, como:

(...) el conjunto de las contribuciones educativas, científicas y profesionales específicas de la disciplina de la psicología para la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y la disfunción relacionada al análisis y mejoramiento del sistema de cuidado de la salud y la formación de políticas de salubridad.

En la formulación de Matarazzo se incluyen las cuatro líneas de trabajo fundamentales de la psicología de la salud, la primera incluye todo el ámbito de las campañas destinadas a promover hábitos saludables, la segunda enfatiza la necesidad de modificar los hábitos insanos con el fin de prevenir la enfermedad, la tercera hace referencia al estudio de las causas ya sean conductuales y sociales que ocasionen la salud-enfermedad y la última línea atribuye el desarrollo de recomendaciones para mejorar el cuidado de la salud (Amigo et al., 2009).

Los principales objetivos de la psicología de la salud, derivados de la definición de Matarazzo, insisten en desarrollar la comprensión de los factores biopsicosociales. Pues, pocos psicólogos de la salud profesionales o académicos trabajan solos, la mayoría participa en toda una gama de trabajos multidisciplinarios e interdisciplinarios y a diferencia de otros campos de la psicología, se puede considerar como una ciencia aplicada que pretende cuantificar o describir (Morrison y Bennett, 2008).

Una vez reconocida la psicología de la salud como ciencia aplicada, encargada de fomentar, potencializar, tratar y promover el bienestar de las personas, va quedando claro que su labor no se limita a aspectos individuales, ni a un solo campo de estudio, sino a un área específica de la salud, integrando todos los aspectos que puedan influir en el contexto de una persona, de ahí que para su aplicación surge la necesidad de crear un nuevo modelo de trabajo.

1.3. El modelo biopsicosocial de psicología de la salud

Con el pensamiento contemporáneo y su influencia en la medicina, surgió un modelo médico meramente biológico de la enfermedad y de práctica médica dominante, el cual, más tarde fue criticado como se mencionó con anterioridad, pues el modelo biomédico resultó limitante. Janoski y Schwartz (1985; citados en Amigo et al., 2009) suponen que ante las dificultades planteadas a este modelo, se sugirió una nueva conceptualización que pudiera comprender y controlar mejor la enfermedad, siendo estudiada como un hecho social e incorporando los aspectos positivos del modelo biomédico.

Dicho de otra manera, el reconocimiento del papel que juegan los diversos factores psicológicos y sociales en la aparición y mantenimiento de las enfermedades, obliga a pensar sobre la salud en términos distintos a los propuestos por el modelo biomédico. Por ello, fue necesario desarrollar un acercamiento más comprensivo, donde la interacción de los factores, biológicos, psicológicos y sociales fuesen el determinante principal de la salud y la enfermedad. Así nace el modelo biopsicosocial que Bishop (1994; citado en León, Medina, Barriga, Ballesteros y Herrera, 2004) define como: “(...) Un acercamiento sistemático a la enfermedad que enfatiza la independencia de los factores físicos, psíquicos y sociales que intervienen en ella, así como la importancia de abordar la enfermedad en todos sus niveles” (p.35).

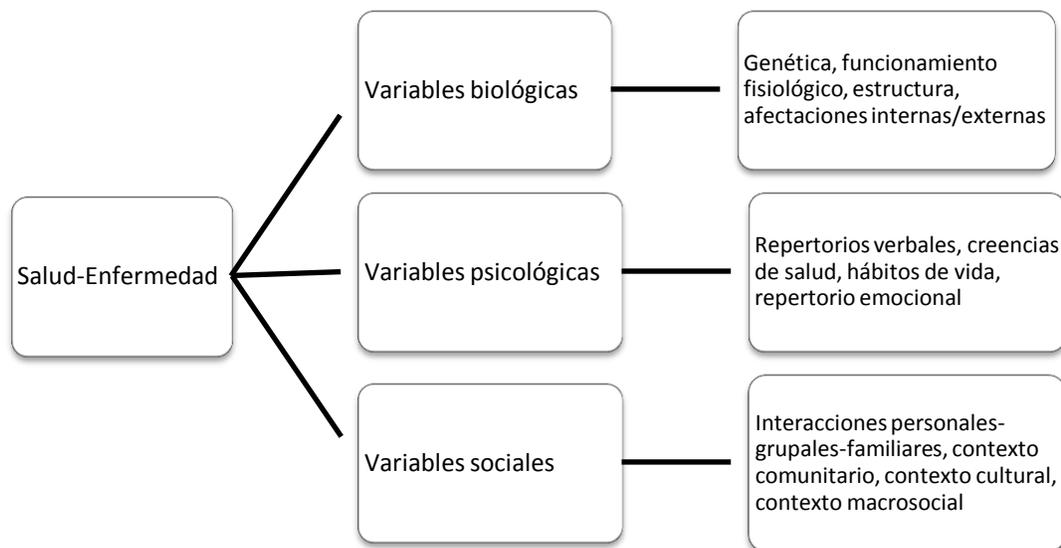
De tal forma, este modelo admite que la salud y la enfermedad están multi-determinadas, es decir que las causas que interactúan en los procesos saludables y patológicos son de diversa naturaleza y origen, pues intervienen elementos tanto de macro-proceso tales como, contexto social, ambiente físico, circunstancias socioeconómicas, factores climáticos; como otros de micro-proceso referentes a las alteraciones bioquímicas, pensamientos y emociones (Oblitas, 2006).

Más allá de la conceptualización, el modelo sostiene que la mente y el cuerpo no pueden ser distinguidos en asuntos de salud y enfermedad, porque ambas variables son claras influencias sobre el estado de salud individual y tanto los procesos de macro nivel como los procesos de micro nivel van a interactuar para producir un estado de salud o enfermedad (Taylor, 2007).

Se va entendiendo que el modelo biopsicosocial establece que la salud y la enfermedad son el producto de una combinación de múltiples elementos que incluyen a las características biológicas, los factores conductuales y las condiciones sociales. Por lo que esta interacción puede producir múltiples efectos (Marks et al., 2008).

Un ejemplo de esta exposición es el realizado por Sarafino (1990; citado en Roales, 2004) (ver Figura 2) representa gráficamente el tipo de variables implicadas en el modelo biopsicosocial para producir los estados de salud-enfermedad.

Figura 2.
Modelo marco biopsicosocial



Referencia. Sarafino (1990; tomado de Roales, 2004, p.115).

Este modelo enfatiza en el mismo ámbito su interés en la salud y en la enfermedad, la salud es algo que se alcanza cuando el individuo tiene cubierta sus necesidades biológicas, psicológicas y sociales, va más allá que ver a la enfermedad como una desviación de la salud. Con dicha interacción de niveles, un cambio afectará al otro; por lo tanto, la salud, la enfermedad y la atención médica son un conjunto de procesos interrelacionados que provocan cambios en el organismo, y estos a su vez, sobre los otros niveles. Esta conceptualización precisa adoptar una perspectiva multidisciplinar (Amigo et al., 2009).

Para entender cómo es que las variables biológicas, psicológicas y sociales interactúan, los investigadores han adoptado la teoría de los sistemas, la cual sostiene que todos los niveles de organización en cualquier entidad están unidos entre sí en forma jerárquica y que cualquier cambio en alguno de ellos, ocasionaría cambios en todos los demás niveles. Esto significa, que los procesos de micro nivel son acunados en los procesos de macro nivel y/o cambios en los macro niveles pueden tener efecto en los micro niveles y viceversa (Taylor, 2007).

Por otra parte, este modelo también conlleva implicaciones clínicas; sosteniendo que el proceso del diagnóstico debería considerar siempre el papel interactivo de los factores biológicos, psicológicos y sociales a la hora de evaluar la salud o enfermedad de un individuo, por lo tanto el mejor diagnóstico es el que se hace desde una perspectiva multidisciplinar (Amigo et al., 2009).

Se deduce que el estado de salud o enfermedad del cuerpo no es independiente de los factores ambientales, sociales o psíquicos, sino que el cuerpo es un sistema con su propio equilibrio homeostático. Por ejemplo, una persona que ejercita sus capacidades físicas, mentales y espirituales, tiene mayor probabilidad de desarrollar un estado de salud óptimo, que aquellas personas que ejercitan solo una o ninguna de estas capacidades y por lo tanto, están más vulnerables a padecer alguna afección. Teniendo en cuenta que desde que somos concebidos, nuestro desarrollo en la infancia, el entorno en el que vivimos y como nos desenvolvemos día a día, influye de manera positiva o negativa produciendo estados de protección o de riesgo.

1.4. Estilos de vida

Anteriormente, se ha venido haciendo referencia a los factores biopsicosociales en el entorno de la persona, involucrados directamente hacia los procesos de salud-enfermedad. El estilo de vida como comportamiento de una persona dentro de un contexto social, cultural o económico al que pertenezca va a determinar esos factores, ya sea promoviendo mejores condiciones de vida o bien, deteriorando su salud con comportamientos de alto riesgo. Ahora desde el punto de vista de los autores se conceptualizara a los estilos de vida.

Roales (2004) habla de estilos de vida para referirse a todo aquello que un ser humano pueda hacer, decir o pensar y cuyo resultado esperado sea la potenciación de su estado actual de salud o la prevención de la enfermedad.

Partiendo de una aproximación más genérica, Oblitas (2006) incluye las definiciones de Singer y Ardell. El primero dice que el estilo de vida es una forma de vivir o la manera en que la gente se conduce en sus actividades diarias. Mientras que Ardell, al aplicarlo a la salud lo delimita como aquellas conductas sobre las que un individuo tiene control y que incluye todas las acciones que afectan a los riesgos para la salud; no obstante, también habla de una dimensión social, que entiende al estilo de vida como una interacción de responsabilidad individual y política; no se refiere únicamente a una cuestión de hábitos personales, sino que también está relacionado con la forma en que las sociedades organizan el acceso a la información, a la cultura y a la educación.

Nuthbeam (1996; citado en Flórez, 2007) conceptualiza el estilo de vida como un término para designar la manera general de vivir, basada en la interacción entre las condiciones de vida en su sentido más completo y los patrones individuales de conducta determinada por factores socioculturales y características personales.

Matarazzo (1980; citado en Morrison y Bennett, 2008) elaboró las definiciones de las conducta de salud, distinguiendo lo que denominaba *patógenos conductuales* a la práctica que se considera perjudicial para la salud; e *inmunógenos conductuales* a la práctica considerada como protectora de la salud.

Entonces, se dice que la forma en que las personas viven y se conducen diariamente, puede promover el desarrollo de patrones de conducta siendo benéficas para la salud o bien, inclinarse por ciertas costumbres nocivas que desemboquen en una enfermedad. Esto dependerá esencialmente de uno mismo, de la fuerza de voluntad y compromiso personal. En seguida se muestra una clasificación de algunas de las conductas más comunes en los estilos de vida de las personas (ver Figura 3).

Figura 3.

Tipo de conductas en los estilos de vida

Acciones que promueven el mantenimiento de la salud	Acciones nocivas que conducen a la enfermedad
Dieta equilibrada	Consumo de tabaco, alcohol y/o estupefacientes
Actividad física	Sedentarismo
Actividades recreativas	Mal manejo del estrés
Descanso	Insomnio

Referencia. Elaborado por el autor de tesis (2013).

Cabe decir, que mantener un estado de vida saludable y llegar a la vejez vigorosamente, dependerá del fomento de determinados hábitos y conductas. Por consiguiente se exponen brevemente las líneas de trabajo de la psicología de la salud vinculadas a los estilos de vida.

1.4.1. Promoción y mantenimiento de la salud

La promoción de la salud, implica conocer aquellos comportamientos que mejoran o deterioran la salud de los individuos. Mc Alister (1981; citado en Oblitas, 2006), entendió por conductas saludables a las acciones realizadas por un sujeto, que influyen en la probabilidad de obtener consecuencias físicas y fisiológicas inmediatas y/o a largo plazo que repercutan en su bienestar físico y en su longevidad.

En 1987, la OMS (2013) definió a la promoción de la salud, como el proceso de capacitar a la población para que aumente el control sobre su propia salud y la mejore. Es así que, las contribuciones para la promoción de la salud en los adultos mayores se han centrado en ciertas conductas saludables como tener una dieta sana y equilibrada, hacer ejercicio con regularidad, tomar medidas para reducir los accidentes, controlar el consumo de alcohol, eliminar el cigarro y reducir el uso inapropiado de medicamentos (Taylor, 2007).

Por otra parte, Flórez (2007) explica que la promoción de la salud es un proceso más amplio que solo el fomento de los hábitos de comportamiento protectores de la salud; como aprendizaje positivo es una visión necesaria, más no suficiente. El fomento de las aptitudes para la vida y la educación para la salud son los aspectos que más interesan.

Entonces se puede decir que, la promoción es un evento, proceso o actividad que facilita la protección o la mejoría del estado de salud de los individuos, grupos, comunidades o poblaciones. El objetivo es mejorar la calidad de vida y prolongarla, con tal de prevenir o reducir los efectos de la discapacidad física y mental en los individuos quienes se ven directa o indirectamente afectados (Marks et al., 2008).

Una vez que se ha revisado que la promoción de la salud va dirigida a mejorar la calidad de vida, desarrollando conductas y hábitos que brindan beneficios y fomentan el mantenimiento de la salud en general, se pasará a la siguiente línea de trabajo referente a la disposición de forma anticipada para minimizar un riesgo, es decir, si una persona toma medidas preventivas para evitar enfermedades, reducirá la probabilidad de tener problemas de salud en edades avanzadas.

1.4.2. Prevención de la enfermedad

El rápido envejecimiento de la población puede ser un sector saludable y activo o puede ser uno enfermo que requiera de los servicios médicos y psicológicos; la enfermedad de Alzheimer probablemente es el trastorno más representativo en estas edades. La prevención se enfoca en modificar los hábitos insanos con objeto de evitar padecer la enfermedad, sin embargo, también enseña a la gente ya enferma a adaptarse a su nueva situación o seguir adecuadamente el tratamiento (Roales, 2004).

Siguiendo a Stokols (1992; citado en Oblitas, 2006) define tres tipos de prevención:

- Prevención primaria: Son las actividades encaminadas a impedir o disminuir la probabilidad de padecer una enfermedad, así como a proteger y promover la salud.

- Prevención secundaria: Consiste en las acciones dirigidas a evitar la enfermedad, una vez que los síntomas ya se han anunciado, aunque el síndrome todavía no esté instalado.
- Prevención terciaria: Consiste en los procesos de tratamiento y rehabilitación cuando la sintomatología clínica ya está establecida.

Mientras tanto, Flórez (2007) alude que la prevención como disminución de hábitos comportamentales de riesgo resulta útil para comprender su significación psicológica, como proceso de aprendizaje de evitación se refiere a la modificación de los hábitos que constituyen riesgo de enfermedad o de disfunción en general. Es poco frecuente en el imaginario de las personas referirse a la prevención como una acción que atañe a los cambios en el estilo de vida personal y no solo a acciones médicas como la vacunación.

La OMS (2013) informa que el impacto de las enfermedades crónicas está creciendo de forma sostenida en países de ingresos bajos y medios. Por lo que la necesidad de prever y comprender la relevancia de estas enfermedades y de intervenir urgentemente contra ellas es una cuestión fundamental. Como primer paso, es necesario comunicar los conocimientos y la información más precisa y reciente a los profesionales sanitarios de atención directa y al público en general.

Giménez, Tordera y Beltrán (2006) refieren que la base de una campaña de prevención es conseguir que toda la población comprenda el mensaje y cambie los hábitos necesarios para mejorar su calidad de vida y la de aquellos que lo rodean, generando conciencia y transmitiendo la preocupación de los grupos sanitarios a cerca de una problemática como es en este caso la enfermedad de Alzheimer. Hasta aquí puede decirse que tanto la promoción como la prevención están dirigidas a cambiar hábitos en el estilo de vida para evitar la enfermedad, sin embargo, cuando esta ya se ha establecido es necesario comenzar un tratamiento.

1.4.3. Tratamiento e intervención de la enfermedad

Oblitas (2006) refiere que la psicología de la salud está centrada en intervenciones a nivel individual de profesionales de la salud y de la organización, las cuales están dirigidas a:

- Modificar actitudes, promoviendo y mejorando la salud
- Modificar procesos fisiológicos, previniendo y tratando la enfermedad
- Implementar campañas de educación dirigidas a la comunidad
- Mejorar el sistema sanitario a través de la creación de políticas sanitarias adecuadas

Por lo regular en esta fase no solo es promover o prevenir, pues ya se habla de modificar, según Taylor (2007) han aumentado los esfuerzos para identificar potentes y efectivos elementos generadores de cambios de conducta a través de programas implementados, con el fin de incorporarlos en intervenciones eficientes y costo-efectivas al que puedan tener acceso el mayor número de personas posibles.

En la actualidad, el tratamiento de las demencias se basa mediante técnicas de intervención cognitiva-conductual, complementándose con el empleo de fármacos que generalmente son más eficaces en las fases iniciales de la enfermedad, pues en las fases avanzadas su eficacia está limitada, por lo que no es recomendable su uso salvo para el control de los trastornos psicológicos y conductuales (Millán, 2011).

En el Simposio Internacional avances en la investigación socio-sanitaria en la enfermedad de Alzheimer realizado en España, Javier Olazarán especialista en neurología de la Fundación Centro Investigación Enfermedades Neurológicas (CIEN, 2013), comentó que actualmente hay dos tipos de tratamientos complementarios en la EA, los farmacológicos y no farmacológicos e hizo hincapié en que ambos sólo cobran sentido y eficacia en el contexto de unos excelentes cuidados. Los tratamientos farmacológicos y gran parte de los cuidados como son los de enfermería, forman parte del tratamiento médico tradicional; mientras que las terapias no farmacológicas, comenzaron a aplicarse de forma sistemática en las demencias por parte de varios grupos de profesionales (terapeutas ocupacionales, psicólogos, fisioterapeutas) en un intento de paliar los efectos de estos procesos, a falta de tratamientos curativos.

a) Intervención no farmacológica

Son programas terapéuticos dirigidos a mejorar la calidad de vida de los pacientes, realizados por profesionales especialistas, Millán (2011) refiere que están adaptados a las necesidades individuales y personales de los pacientes y consisten en intentar mejorar las funciones cognitivas afectadas en este caso, por la demencia y/o mantener lo que todavía conservan. Hoy en día la intervención no farmacológica en las personas con demencia se centra fundamentalmente en los siguientes procedimientos: terapia de orientación a la realidad, reminiscencia, programa de psicoestimulación, reestructuración ambiental y técnicas de modificación de conducta; que se detallaran en el capítulo cuatro al que corresponden los aspectos del tratamiento.

b) Intervención farmacológica

Los tratamientos farmacológicos son un elemento habitualmente indispensable en las enfermedades y aunque en el caso de la EA no exista ningún medicamento que la cure, los fármacos empleados para incrementar los niveles de acetilcolina o modular los de glutamato, van a ayudar al control de las alteraciones del comportamiento, a retrasar el empeoramiento de los síntomas y brindan bienestar, dignidad e independencia a los enfermos (Acosta et al., 2011).

Cabe aclarar que en ambas intervenciones se deberán considerar las características individuales de cada paciente y bajo vigilancia médica o por el profesional capacitado. Hasta aquí se resume que en los casos dónde la enfermedad es irreversible, es decir, que no hay tratamiento que logre la cura, el sujetarse a una intervención multidisciplinaria ayudará a sobrellevar el padecimiento de manera paliativa, tratando no solo los aspectos físicos y conductuales, sino también los psíquicos; y en vista de que los factores psicológicos ejercen una influencia en el proceso de salud-enfermedad pasaremos al siguiente tema.

1.5. Psiconeuroinmunología

Se sabe que las enfermedades pueden ser causadas por infinidad de factores, entre ellos, los defectos genéticos, los desbalances hormonales, las deficiencias nutricionales o debido a infecciones. García (2005) refiere que en los adultos mayores se producen normalmente alteraciones del funcionamiento inmunológico del organismo, aumentando las reacciones autoinmunes; es decir, que el mismo proceso de envejecimiento parece estar asociado a un decremento progresivo de las funciones inmunológicas del organismo y a un incremento de las enfermedades autoinmunes. De ahí, que en los últimos años, los investigadores han recabado datos para poder lanzar las hipótesis de que actualmente en la etiopatogenia de la EA convergen mecanismos neuroinmunes potencialmente alterados.

En 1964 Solomon y Moos acuñaron el término de Psiconeuroinmunología, disciplina encargada de estudiar las relaciones entre conducta, cerebro y sistema inmune. La idea básica es que determinadas variables psicológicas pueden ejercer una influencia sobre el sistema inmunológico. Si bien, las enfermedades presentan un problema no solo biológico y fisicoquímico sino también psicológico, en general no se tiene suficientemente en cuenta al sistema nervioso ni tampoco el de la acción psíquica sobre la vida del organismo, pero todos los órganos se encuentran estrechamente unidos al sistema nervioso, esta es la razón de que el estado psíquico del paciente en todas las enfermedades tenga un papel significativo (Oblitas, 2006).

En cuanto al sistema inmunológico, es un procedimiento de respuestas mediante las cuales el cuerpo se defiende de microorganismos invasores o tejidos extraños; pues en el organismo de una persona se producen anticuerpos específicos frente a un enorme número de sustancias conocidas como antígenos, dichas sustancias estimulan la producción de anticuerpos del propio organismo provocando una respuesta inmunológica. La inmunidad es la resistencia corporal al daño de organismos invasores y puede desarrollarse en forma natural o adquirida (Janeway, Travers, Walport y Shlomechik, 2003).

Considerando los criterios de los autores se describen las dos formas que el organismo ha desarrollado como respuesta a los antígenos.

a) Inmunidad innata o natural

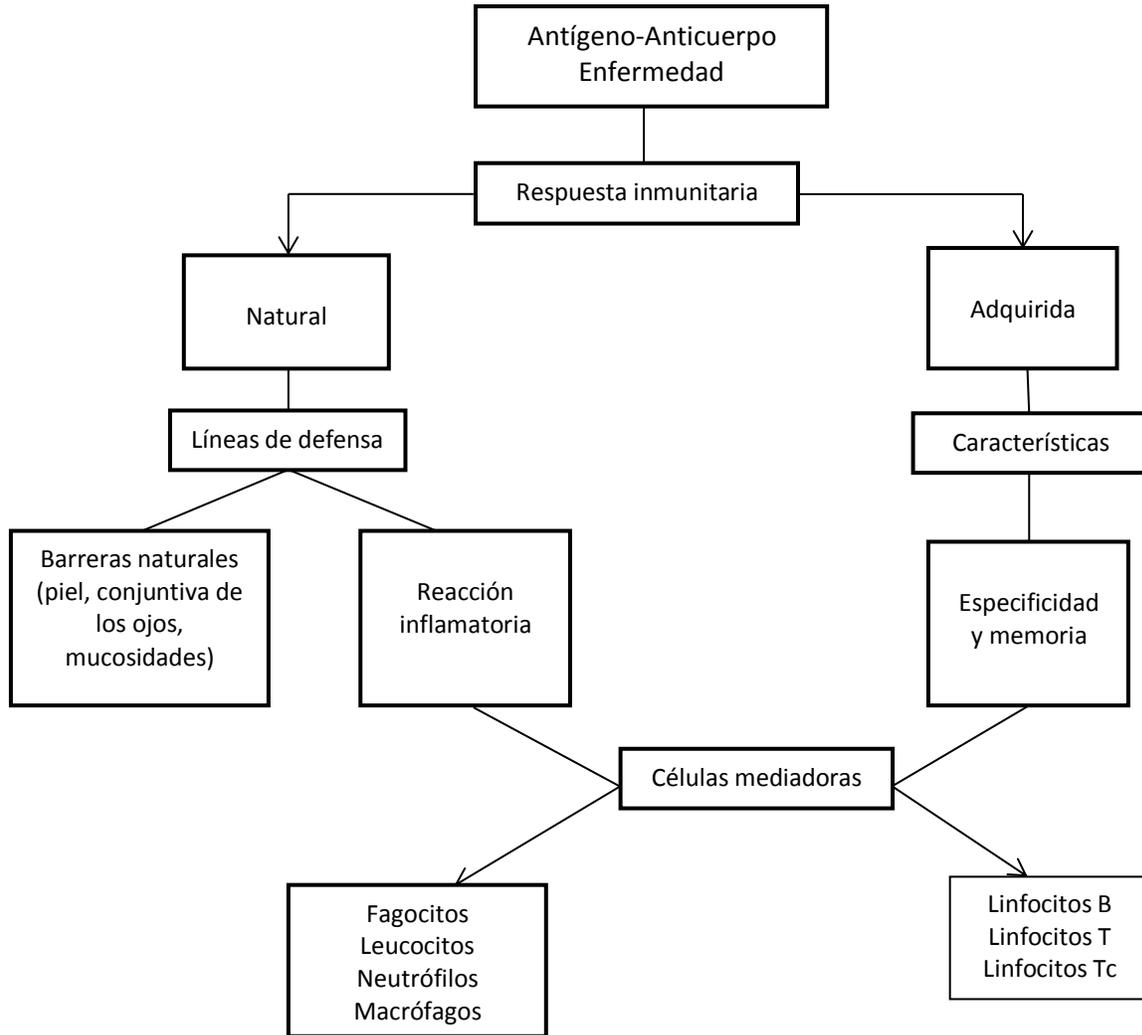
Constituida por la primera línea de defensa llamadas barreras naturales como la piel, la conjuntiva de los ojos, las membranas mucosas que tapizan los tractos respiratorio, digestivo y genitourinario. Cada una de estas superficies mantiene la esterilidad de los tejidos que recubren mediante diferentes mecanismos, de tal manera que para que se produzca una infección, los microorganismos deben a travesar estas barreras, una vez que consiguen atravesar estas barreras naturales y mientras se produce la respuesta inmune, surge la segunda línea de defensa una reacción inflamatoria que es el conjunto de cambios que se producen en un tejido como respuesta a una agresión. Las células que intervienen como defensa en las respuestas inmunes son fagocitos células blancas que envuelven organismos para eliminarlos, leucocitos, células dendríticas, macrófagos y neutrófilos capaces de captar microorganismos y restos celulares exterminando a las sustancias invasoras (Oblitas 2006).

b) Inmunidad adaptativa o adquirida

Ante una segunda exposición del mismo agente invasor se produce una respuesta inmune más rápida y más intensa, debido a que participan receptores con especificidad generada aleatoriamente caracterizados por su memoria, lo que permite a un organismo adquirir inmunidad. Encontrándose proliferación de células linfoides productoras de moléculas de reconocimiento, esta sustancia es capaz de ser reconocida por el sistema inmunológico adaptativo, ya que comprende las respuestas estimuladas por la exposición a los antígenos infecciosos o no infecciosos y consta de dos respuestas adaptativas: por un lado las humorales; mediadas por anticuerpos producidos por linfocitos B (de bolsa de Fabricio de las aves, se originan en la médula ósea) que actúan como mecanismo de defensa contra microorganismos extracelulares y sus toxinas. Y las celulares; mediadas por células efectoras derivadas de la activación de los linfocitos T (de timo) que funcionan como mecanismo de defensa contra virus y bacterias intracelulares (Parham, 2011).

Pero para tener una mejor comprensión de tales aspectos se esquematizará de manera general la función del sistema inmunológico (ver Figura 4).

Figura 4.
El sistema inmunológico



Referencia. Elaborado por el autor de tesis (2013).

Con los avances en el entendimiento del sistema inmunitario natural se ha conducido a la investigación médica y al desarrollo de un tipo de tratamiento llamado inmunoterapia.

1.5.1. Inmunoterapia

Se refiere al conjunto de estrategias de tratamiento para estimular o reponer el sistema inmunitario frente infecciones u otras enfermedades. El objetivo puede ser profiláctico o terapéutico. Dentro de los tratamientos biológicos están los anticuerpos monoclonales, las vacunas y los denominados factores de crecimiento. Las vacunas han tenido mucho éxito para prevenir y aún para erradicar enfermedades infecciosas; un nuevo enfoque ha surgido para estudiar la posibilidad de prevenir la enfermedad de Alzheimer a través de la inoculación. Actualmente se encuentran en etapa de desarrollo los tratamientos para reducir la producción de beta-amiloide ($A\beta$) en el cerebro o para aumentar la eliminación de $A\beta$ en casos de enfermedad de Alzheimer establecida (Dickson y Weller, 2012).

Cabe mencionar que años atrás en un estudio apoyado por los laboratorios, ya se había ideado una vacuna que era una forma sintética de ($A\beta$). Si la vacuna funcionaba como habían planteado, al ser inyectada a los pacientes pudiera movilizar el sistema inmunológico para generar anticuerpos antiamiloides, y estos a su vez, convertir a las placas amiloides en blanco de destrucción por parte del sistema inmunológico. Estudios preliminares en ratones transgénicos, que fueron especialmente estructurados para producir cambios en el cerebro parecidos a los de la EA, indicaron que la inoculación no solo reducía las placas sino que también mejoraba la capacidad de los animales para recordar. Con base en estos resultados prometedores la vacuna cambió en un tiempo corto, de estudios en animales a estudios en humanos y pasó una primera fase con éxito, sin embargo en la segunda fase en la que se aplicó en personas con EA el estudio se interrumpió porque algunos de ellos desarrollaron inflamación en el cerebro, poniendo en peligro sus vidas, y algunos empeoraron sus capacidades mentales. No es claro porque algunos pacientes reaccionaron tan mal a la vacuna, pero se ha obtenido una cantidad de información muy valiosa de este estudio y los investigadores continúan por lo que se cree indudablemente que habrá tratamientos de inmunoterapia en un futuro cercano (Feria, 2005).

En el programa Claves de Alzheimer, transmitido por la fundación general del Consejo Superior de investigaciones Científicas (FGCSIC, 2011), Jesús Ávila investigador y profesor del Centro de Biología Molecular Severo Ochoa de Madrid, expresó sobre la posibilidad de que algún día se pueda vacunar de manera preventiva contra el Alzheimer, aplicarla antes que aparezca algún síntoma clínico para no desarrollar la enfermedad o detenerla en sus inicios.

Además, explicó que en el laboratorio se ha intentado reproducir algunas partes de la patología de la enfermedad en ratones transgénicos y se ha logrado tener animales con pérdida de memoria pero no con demencia, esa pérdida de memoria que se tiene en los ratones transgénicos parcialmente se ha recuperado, digamos que se ha podido revertir, sin embargo, refirió que esto sucede porque en un principio ya se sabe el diagnóstico, y ya se conoce como va a comportarse el ratón, entonces se puede hacer la prevención del problema o se puede comenzar a tratar al ratón a un nivel muy temprano, mientras que el problema en el ser humano es que cuando ya se tiene el diagnóstico ya es tarde, puesto que ya hay una gran destrucción de neuronas. En el caso de ratones de algún modo pudiera decirse que ya existe un medicamento, ya que se ha podido inducir y revertir esa pérdida de memoria.

Los grandes avances que se están viviendo en todos los campos del saber, se muestran optimistas y más viendo que en los últimos años han ido apareciendo aproximaciones en los tratamientos con cierta eficacia en el control de EA. Millán (2011) refiere que aunque en la actualidad el arsenal terapéutico todavía es muy limitado, existen grupos de investigación que están tratando de encontrar nuevos fármacos más eficaces y libres de efectos secundarios a través de rigurosos ensayos clínicos; unos tratando de frenar la producción del A β , otros buscando incluso una vacuna eficaz que inhiba la producción de proteínas anómalas o también a través de ingeniería genética.

Una vez entendido el objeto de estudio de la psicología de la salud en las enfermedades, pasamos al análisis de la enfermedad de Alzheimer desde un enfoque multidisciplinario al que hace referencia el modelo biopsicosocial, de acuerdo con este modelo todas las manifestaciones clínicas presentes en una enfermedad son el resultado de una compleja interacción de factores de índole biológica, psicológica y social.

CAPÍTULO II.

PRINCIPIOS DE LA ENFERMEDAD ALZHEIMER Y SUS ASPECTOS BIOLÓGICOS

Este capítulo parte de la conceptualización de la demencia, seguida de su clasificación que nos lleva a la EA que ha existido desde tiempos pretéritos, pero en la actualidad con el aumento de la expectativa de vida se ha convertido en un problema de salud pública y social, pues desafortunadamente el riesgo de padecerla se incrementa con la edad. No obstante, gracias a los avances de la ciencia y la tecnología ahora se puede entender como esta enfermedad afecta al cerebro y por ende al sistema nervioso central, encargado de coordinar y gobernar el funcionamiento de todo el organismo. Para darnos idea de cómo inicia este proceso degenerativo se incluyen los aspectos biológicos, refiriendo con esto a dos sustancias que se almacenan en el cerebro y al expandirse destruyen células que afectan de manera sucesiva a otras funciones indispensables. Cabe aclarar que estos aspectos se consideran desde una visión general ya que están más inclinados al área de la medicina de la cual no somos especialistas.

2.1. Las demencias

Para acercarse al concepto de la demencia, es necesario comenzar con la estructura etimológica del término *de-mens* conformado por el prefijo *de* (ausencia) y el sufijo *mens* (alma, espíritu o inteligencia), usado como una forma de describir a las personas que habían perdido el rumbo de su conducta con un automanejo muy complicado (Silveira, 2006).

El término demencia fue usado por diversos autores a lo largo de la historia, pero su sentido ha ido evolucionando. En el siglo I a.C., el poeta romano Lucrecio lo usó en su obra *De Rerum Natura* con el sentido de *locura* o *delirio*. Mientras que su contemporáneo Cicerón en su tratado *De Senectute*, usó el término de demencia como sinónimo de locura y también para referirse a una pérdida de memoria en la ancianidad debido a una enfermedad. No obstante, es a partir de 1700, primero en Francia y posteriormente en otros países de Europa, que empezó a usarse este término para designar estados de disfunción cognitiva con una connotación médica (Slachevsky y Oyarzo, 2008).

En el siglo XIX, se le atribuye a Esquirol en su tratado *Des maladies mentales*, la diferenciación entre retraso mental y demencia, basándose en el carácter adquirido y la introducción de estos estados dentro del ámbito de la psiquiatría. El término francés *démence* se propagó junto con las numerosas traducciones de su obra, incorporándose a la terminología psiquiátrica (Agüera, Martín y Durante, 2002).

Con el paso de los años, la demencia pasó a ser un término que se emplea para describir un grupo de enfermedades cerebrales que asumen un impacto en la vida de las personas afectadas y que comparten síntomas similares (Walsh y Kingsley, 2007).

Acarín (2010) entiende a la demencia como un proceso donde la persona pierde las funciones intelectuales, como la memoria, el lenguaje, la capacidad para razonar, la orientación en el tiempo y el espacio o la capacidad para reconocer lugares, objetos y personas, junto con alteraciones de la conducta; agregando que esta pérdida se produce de forma lenta y progresiva, nunca repentina.

Para Alberca y López-Pousa (2011) "(...) síndrome adquirido, producido por una causa orgánica capaz de provocar un deterioro persistente de las funciones mentales superiores que deriva en una incapacidad funcional, tanto en el ámbito social, como laboral, en personas que no padecen alteraciones del nivel de conciencia" (p. 147).

En otras palabras, Acosta et al. (2011) la han definido conceptualmente como: "Un síndrome de deterioro global cognitivo-conductual, adquirido, degenerativo (en la mayoría de los casos), multi-etiológico, que va a repercutir en la vida laboral, familiar y social de la persona" (p.p. 3-4).

De acuerdo con Morrison (2008) el inicio de la demencia es frecuentemente gradual dependiendo de la causa, la primera sospecha puede ser la pérdida de interés en el trabajo o en las actividades de ocio, así como mostrar algún cambio en los rasgos de la personalidad. El individuo va perdiendo los buenos modales o no atiende el cuidado de su aspecto personal, se encuentra privado de la capacidad de analizar, entender, recordar y de aplicar el viejo conocimiento a las nuevas situaciones. Cada vez se vuelve más vulnerable al estrés psicosocial ya sea paranoico o irritable y a medida que la demencia empeora las ideas paranoicas y delirantes pueden desencadenar una conducta agresiva, volverse inquietos o caminar de un lado para otro, llegan a extraviarse, finalmente pueden perder toda el habla útil y la capacidad de autocuidado.

El Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos y Accidentes Cerebrovasculares (NIH, 2006) indica que una vez confirmado que un paciente tiene un síndrome demencial, el siguiente paso es intentar establecer la causa que lo originó. Por ello, es vital la valoración médica y neurológica, para identificar las posibles causas que en algunos casos pueden ser orgánicas como la enfermedad de Huntington, Parkinson, esclerosis múltiple, deficiencias de vitaminas, tumores, traumatismos o debido a otras causas no orgánicas, como la EA, cuerpos de Lewy y Pick. Por tanto, es preciso clasificar los tipos de demencias, para así distinguir la enfermedad específica y poder establecer un diagnóstico e intervenir con el tratamiento en el momento oportuno.

2.1.1. Clasificación

Walsh y Kingsley (2007) refieren la necesidad de clasificarlas bajo diferentes criterios, pues las causas que producen demencia pueden ser múltiples y variadas. Desde el punto de vista etiológico y de forma clásica se han diferenciado tres grupos: demencias degenerativas primarias, demencias degenerativas secundarias y demencias combinadas; sobre la base de estas consideraciones se establece otra clasificación clínica general de las demencias degenerativas a nivel cortical y subcortical.

Alberca y López-Pousa (2011) puntualizan los tres tipos principales de demencia en función de su etiología:

- Demencias primarias o degenerativas: El factor principal radica en la pérdida de sinapsis y neuronas debido a alteraciones intrínsecas en el metabolismo neuronal.
- Demencias secundarias: El factor principal es una disfunción o pérdida de neuronas, pero por causas externas al metabolismo neuronal (trastornos vasculares, lesiones traumáticas, alteraciones metabólicas o tóxicas).
- Demencias combinadas: Existe a la vez más de una causa suficiente para originar el síndrome demencial, hay presencia combinada de lesiones tipo enfermedad de Alzheimer y lesiones vasculares, pero en cantidad insuficiente de cada una para causar demencia por sí sola, siendo precisamente la suma de los dos tipos de lesiones los que originan la demencia.

Loizaga, Martín, Moreno y Vázquez (2004) la clasifican en relación con la localización de las alteraciones patológicas, según las áreas cerebrales dónde se concentran los cambios que corresponde a los síntomas que se manifiestan de forma dominante:

- A nivel cortical: Son consecuencia de cambios degenerativos en la corteza cerebral y se evidencian clínicamente por amnesia, afasia, apraxias y agnosias, así como dificultades en la memoria operativa de trabajo.
- A nivel subcortical: Son el resultado de una disminución en la estructura profunda de la sustancia gris y blanca, que afectan los ganglios basales, el tálamo, los núcleos de la base y las proyecciones de estas estructuras hacia el lóbulo frontal.
- Modo mixto: Demencias cortico-subcorticales.

En la siguiente figura se clasificaron las enfermedades que corresponden a un síndrome demencial de acuerdo a los criterios antes mencionados (ver Figura 5).

Figura 5.

Principales tipos de demencias

Demencias primarias o degenerativas		
Tipo Cortical	Tipo subcortical	Formas Mixtas
Enfermedad de Alzheimer Demencias por cuerpos de Lewy Demencias fronto-temporales Enfermedad de Pick	Enfermedad de Parkinson Enfermedad de Huntington Parálisis supranuclear progresiva	
Demencias secundarias		
Vasculares	Por expansión intracraneales	Origen infeccioso
Demencia multi-infarto Enfermedad de Binswanger Demencia isquemia-hipoxia Demencia por hemorragias	Hidrocefalia Tumores	Por VIH Priónicas Neurosifilis Déficit de vitaminas
Demencias combinadas o de etiología múltiple		
Mixta / Vascular y degenerativa	Otras demencias combinadas	

Referencia. Ramos et al. (2007, p.65).

De acuerdo a estas consideraciones, se puede concluir que la EA se encuentra clasificada como una demencia primaria degenerativa, por la presencia de pérdida de sinapsis y neuronas por variaciones específicas, el comienzo de sus alteraciones patológicas se localiza en el nivel cortical del sistema nervioso central. Por lo tanto, García (2005) refiere que la demencia es un síndrome clínico, mientras que la enfermedad de Alzheimer es una entidad patológica específica de la demencia.

2.2. La enfermedad de Alzheimer

Los orígenes de esta enfermedad se remontan en los primeros años del siglo XX. En 1903, el alemán Alois Alzheimer se trasladó al instituto psiquiátrico de Kraepelin en Munich, donde se incorporó a trabajar como neuropatólogo; tenía 39 años de edad cuando asumió la responsabilidad de dirigir este centro clínico de investigación y gracias a los avances que durante la segunda mitad del siglo XIX y primera del siglo XX se hicieron a los microscopios de laboratorio, el neuropatólogo observó que algunos pacientes con demencia presenil mostraban cambios anormales en sus cerebros que podían reconocerse fiablemente (García, 2005).

Siendo en 1906, cuando el neurólogo alemán asiste y estudia a una paciente de 51 años de edad identificada como Auguste Deter., quien presentaba una serie de síntomas en forma de una constante confusión y agitación. Durante el primer contacto, Alzheimer pide a la paciente que escriba su nombre, ella solo consigue escribir *señora*, pero luego se queda perpleja refiriendo no recordar su nombre, cuando Alzheimer le dice el nombre, ella escribe *Aguse D*, en lugar de *Auguste*. Dos días más tarde, Alzheimer realiza una segunda entrevista que le permite verificar nuevamente la desorientación y la amnesia de la paciente y vuelve a pedirle que escriba su nombre, que lea un texto, que realice unas operaciones de cálculo, que identifique diferentes objetos y que intente reconocerlos con los ojos cerrados. La paciente los reconoce, pero poco tiempo después dice no recordar los objetos mostrados (Maurer y Maurer, 2006).

En concreto, su historia clínica comenzó con problemas para conciliar el sueño, debido a un estado de intranquilidad motivado por una crisis de celos relacionados con su marido; se mostraba irritable con inexplicables explosiones de ira. Más adelante, presentó un cuadro clínico caracterizado por un progresivo deterioro cognitivo, con comportamientos paranoicos y pérdida rápida de la memoria, empezó a cometer errores al hacer la comida diaria, se tornaba despreocupada, escondía los objetos domésticos, deambulaba sin ningún objetivo, se extraviaba dentro de su propia casa, creía que las conversaciones que oía a su alrededor se referían siempre a ella, daba gritos a media noche asegurando que un hombre aparecía con la intención de dañarla y tenía alucinaciones; no obstante, aún preservaba las funciones sensoriales y motoras durante las fases inicial y media del cuadro clínico (Donoso, 2007).

A todo lo anterior, hubo que añadir la presencia de un trastorno en su lenguaje con problemas de comprensión y expresión oral, con el paso del tiempo se volvió una enferma completamente dependiente. Su estado no mejoró y en los años siguientes continuó empeorando, agravándose su desorientación e incoherencia. En los últimos años de su vida, Auguste llegó a perder el control de sus esfínteres y comenzó un proceso de gran debilitamiento físico y pérdida de peso, estaba postrada en una cama y apenas se movía adoptando una posición fetal, había perdido la capacidad de comunicarse, solo murmuraba y ya no podía alimentarse por sí misma (Acarín, 2010).

Cuatro años después de su ingreso hospitalario, Auguste D., falleció por neumonía y septicemia producida por úlceras de decúbito. Al enterarse de su muerte Alzheimer solicita que se le permita estudiar el cerebro de la paciente, pues estaba muy intrigado por el caso ya que la condición de la enferma no parecía encajar con ninguno de los posibles diagnósticos de la época, aunque sus síntomas le recordaban a un mal frecuente en la ancianidad conocido como demencia. Una vez concedida la petición procede al estudio del tejido cerebral de la paciente, observando una serie de hallazgos desconcertantes: la corteza cerebral aparecía como moteada por numerosas costras o placas de distinta formas y tamaño, parecía que cerca de un tercio de las neuronas habían sido destruidas desde su interior por una especie de ovillos de fibras desconocidas y gran parte de las neuronas dañadas habían perdido su núcleo celular.

Se encontró con la presencia de lesiones histopatológicas, hoy señaladas como placas seniles, ovillos neurofibrilares y cambios arterioscleróticos cerebrales, características de la enfermedad que desde 1910 lleva su nombre, dado por Kraepelin en la octava edición del manual de psiquiatría, donde se menciona por primera vez la enfermedad de Alzheimer (EA). Para este momento, ni Alzheimer ni sus contemporáneos reconocían que el cuadro clínico descrito en su paciente era indistinguible de la demencia senil común. A su vez, fue hasta el trabajo de Blessed, Tomlinson y Roth, a finales de 1960, cuando se acepta a la EA como la base más común para la demencia senil (Mohamad, Villasmil y Espinoza, 2011).

A continuación, se muestra un resumen cronológico de los descubrimientos más relevantes que acontecen en la historia de la medicina, en relación con la enfermedad de Alzheimer y que han servido como base para su estudio, predicción y tratamiento (ver Figura 6).

Figura 6.
Hallazgos en la historia de la enfermedad de Alzheimer

Año	Hallazgos
Siglo I a. C.	Uso de la palabra latina demencia derivada de demens, dementatus, <i>fuera de la mente de uno, locura.</i>
1822	Los síntomas de la parálisis general progresiva se atribuyeron a una aracnoiditis crónica, y se consideró que la demencia era el resultado de una enfermedad orgánica cerebral.
1894	Binswanger describe las leucoencefalopatías arteriosclerosas.
1898	Redlich descubre las placas seniles.
1900	Wernicke aísla el cuadro clínico de la presbiofrenia.
1901	Pierre Marie define magistralmente el síndrome lacunar.
1905	Klippel y Lhermitte son los primeros en separar a las demencias vasculares de las demencias seniles puras no ateromatosas.
1894- 1915	Arnold Pick describe seis casos de atrofia cerebral focal, dos de los cuales pertenecen al cuadro de la enfermedad de Pick.

Figura 6. (continuación)	
1907	Alois Alzheimer publicó un trabajo con sus observaciones anatomoclínicas y descubrió la característica anatómica de la enfermedad y la denominó degeneración neurofibrilar.
1910	Kraepelin denomina EA a la demencia presenil degenerativa.
1911	Simcowicz descubre los aspectos de la degeneración granulovacuolar en las neuronas del hipocampo.
1965	Corsellis revela que los individuos con demencia no presentan estigmas de arteriosclerosis cerebral significativamente más importantes que los individuos no dementes de la misma edad.
1968- 1970	Thomlinson, Blessed y Roth, encontraron una correlación altamente significativa entre la degeneración neurofibrilar de Alzheimer y el proceso demencial.
1976	Reporte de una disminución de la actividad de la acetiltransferasa y de la acetilcolinesterasa en varias regiones cerebrales de pacientes con EA
1977	Se celebró en Londres el primer congreso mundial sobre la enfermedad de Alzheimer y las demencias seniles
1981	Se reportó la degeneración del núcleo basal de Meynert en pacientes con EA
1982	Planteamiento de la <i>hipótesis colinérgica</i> de la disfunción de la memoria
1984	Informe de una disminución de la 5-Hidroxitriptamina y la noradrenalina en la EA, al igual que la pérdida neuronal en el locus ceruleus
1985	Purificación y caracterización de la proteína A β que forma el núcleo de las placas seniles
1987	Fue aislado el primer ADNc (ADN complementario) que codifica a la proteína precursora del amiloide β (PPA β)
1988	Localización del gen que codifica a PPA β en el cromosoma 21
1989	Localización y biogénesis de la PPA β en diferentes líneas celulares y en homogeneizados del cerebro humano
1991	Descripción de los hallazgos de mutaciones en el gen que codifica PPA β en familias afectadas con la EA

Figura 6. (continuación)	
1992	Se demostró la producción de A β durante el metabolismo celular normal
1993	Ser portador de la ApoE4 se consideró el principal factor de riesgo genético de la Enfermedad Alzheimer
1994	Se planteó <i>la hipótesis de la cascada amiloide</i>
1995	Identificación de una mutación en el gen de la presenilina 2, localizado en el cromosoma 1
1996	Aprobación del uso de donepecilo en el tratamiento de la Enfermedad Alzheimer
1997	Reconocimiento de unas mutaciones en el gen de la presenilina 1, localizado en el cromosoma 14, como causa de la EA de inicio precoz
1999	Identificación de la β -secretasa, una de las enzimas que participa en la formación del A β
2000	Inmunización experimental con el péptido A β
2002-2003	Identificación de la γ -secretasa, enzima que participa en la síntesis del A β
2004	Mediante la tomografía de emisión de positrones se captó la imagen del amiloide β <i>in vivo</i>
2005	Se propone el rol de la enzima convertidora de angiotensina en la degradación del A β y en la modulación de la susceptibilidad y progresión de la EA. Reporte de la primera evidencia experimental de que oligómeros solubles de A β 42 empeoran la función cognitiva de animales experimentales
2007	Hallazgos experimentales demostraron un papel importante de la neprilisina en los niveles de A β en las ratas, así como en el desarrollo de placas de amiloide en hipocampo
2008	En la fase II de un ensayo se encontró que el tarenflurbil, inhibidor de la γ -secretasa, disminuyó la progresión del descenso cognitivo en pacientes con EA leve

Referencia. Mohamad et al. (2011, p.p. 24-26).

Se puede decir que la evaluación de la paciente llamó la atención al manifestar síntomas que no coincidían con ningún diagnóstico, revelando las causas que determinarían lo que hoy se conoce como EA, siendo la forma más común de demencia, ocupando alrededor del 50% de todos los casos y que se le ha considerado como el modelo de demencia (Morrison, 2008).

2.2.1. Criterios diagnósticos

Una vez clasificada la EA entre las demencias según su etiología y estructura cerebral dañada, es necesario establecer un cuadro clínico específico de esta enfermedad. Los sistemas de clasificación más usados son los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV TR) (ver Figura 7) existen otros grupos de criterios diagnósticos propuestos por el Instituto Nacional para los Desórdenes Neurológicos y los Desórdenes Relacionados (NINCDS-ADRAD) (ver figura 8).

Figura 7.
Criterios DSM-IV para demencia Alzheimer

Criterios de demencia	DSM IV-TR (2002)
A	Déficits cognitivos múltiples: (1) y (2) (1) Trastorno de memoria, aprendizaje o recuerdo. (2) Presencia de más de un déficit en otras funciones cognitivas: a) afasia b) apraxia c) agnosia d) trastornos de las funciones ejecutivas
B	Déficit cognitivo en A1 y A2 causan: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Trastorno significativo en funcionamiento social y laboral y ▪ Representa un deterioro significativo del nivel cognitivo previo
C	El curso se caracteriza por un inicio gradual y un deterioro cognitivo continuo.
D	Déficit cognitivo en A1 y A2 no se deben a: (1) Otra patología del sistema nervioso central (2) Cuadro sistémico que causa demencia (3) Abuso de sustancias
E	Déficits no se explican únicamente por la existencia de un síndrome confusional.
F	La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno del Eje I (ej: trastorno depresivo mayor, esquizofrenia).

Referencia. APA (2002, p.p. 148-149).

Nitrini y Dozzi (2012) refieren que para aplicar estos criterios se requiere una valoración completa. Primero debe hacerse una investigación básica en la anamnesis y el examen físico y neurológico, con el fin de obtener información fundamental de la instalación y cronología de aparición de los síntomas, para después continuar con exámenes complementarios que servirán como orientación general. El objetivo es identificar los casos de demencia que potencialmente puedan ser reversibles.

Figura 8.
Criterios para el diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer

Diagnóstico	Criterios
EA probable	A. Demencia establecida por un examen clínico, documentada por test MMS, la escala de deterioro de Blessed y confirmada por test neuropsicológicos B. Déficits en dos o más áreas cognitivas C. Empeoramiento progresivo de la memoria y de otras funciones cognitivas D. No alteración del nivel de conciencia E. Inicio entre los 40-90 años, con mayor frecuencia después de los 65 años F. Ausencia de otras enfermedades sistémicas o neurológicas que pudieran explicar los déficits cognitivos El diagnóstico de EA es apoyado por: a) Deterioro de funciones cognitivas específicas: afasia, apraxia y agnosia b) Incapacidad para desarrollar las tareas cotidianas y alteraciones conductuales c) Historia familiar, particularmente si está confirmada neuropatológicamente d) Resultados de laboratorio: punción lumbar normal, EEG normal o con cambios inespecíficos, TAC con evidencia de atrofia y su progresión documentada por estudios seriados
EA posible	A. Síndrome de demencia en ausencia de otras alteraciones sistémicas, psiquiátricas y neurológicas que puedan causar esa demencia, con variaciones en el inicio, la presentación o el curso evolutivo B. En presencia de otra enfermedad sistémica o neurológica potencialmente causante de demencia, la cual no sea considerada como la causa de la misma C. En investigación, cuando se produce deterioro gradual e intenso de una única función cognitiva, en ausencia de otra causa identificable.
EA definitiva	A. Cumplir los criterios clínicos de una EA probable B. Evidencias histopatológicas obtenidas por biopsia o necropsia

Referencia: SEN (2013).

De acuerdo con estos criterios, se puede concluir que un diagnóstico de Alzheimer probable, comprende aquellos casos identificados por la aparición discreta y sucesiva de la disminución intelectual, habiéndose descartado enfermedades neurológicas o sistémicas que puedan causar alteraciones de las funciones cognitivas; mientras que un diagnóstico clínico posible considera a las enfermedades relacionadas con EA, aunque su aparición y evolución sean distintas, o bien, puede ser cuando coincide con otra enfermedad que provoque demencia, pero que no se considera como causante de la misma. Finalmente, el diagnóstico de EA definitivo es cuando ya se ha confirmado mediante biopsia o autopsia.

La Fundación Alzheimer España (FAE, 2012), describe la clasificación en función de la edad de inicio, en la que se distinguen las demencias seniles y preseniles, aunque, esta clasificación ya no es utilizada; solo sirve de complemento para diferenciar subtipos por ejemplo, demencia Alzheimer senil o esporádica frente a demencia Alzheimer juvenil o familiar.

- La demencia Presenil o de inicio precoz, generalmente con clara relación familiar. Comienza antes de los 65 años, es de curso más rápido y no supera el 1% de los casos en la mayoría de las estadísticas.
- La demencia Senil o de inicio tardío, aparece después de los 65 años, en su mayor parte es esporádica y de curso lento. Este tipo representa más del 98% de los casos.

Continuando con la fundación, también señala que existen otras patologías que pueden confundirse con la demencia, que hay que tener muy en cuenta a la hora del diagnóstico, tales como el deterioro benigno normal para la edad; trastornos psiquiátricos conocidos como pseudo demencias en los que destaca la depresión, síndrome de Ganser, esquizofrenia o histeria; síndromes cerebrales focales como el síndrome parietal, frontal, amnesia y afasia; síndromes cerebrales difusos, tipo síndrome confusional agudo o delirium.

En seguida, se muestra una comparación de síntomas y signos característicos de la enfermedad de Alzheimer y de otras demencias degenerativas, tanto de inicio cortical como subcortical, que pueden ser útiles a la hora de realizar un diagnóstico diferencial (ver Figura 9).

Figura 9.

Signos característicos de la EA y otras demencias degenerativas

	Enfermedad de Alzheimer	Demencias corticales focales	Demencias subcorticales
Funciones cognitivas	La memoria es la función inicialmente afectada. Suele seguirse de una alteración de la denominación, praxias y función visuoespacial.	La función inicialmente afectada no es la memoria, pueden ser funciones frontales, temporales, parietales u occipitales.	Inicialmente no hay déficit de las funciones corticales.
Signos motores	Los signos extrapiramidales, las mioclonías, la alteración de la marcha y los reflejos de liberación, aparecen muy tardíamente.	No hay mioclonías ni alteración de la marcha. A veces parkinsonismo o enfermedad de la motoneurona.	Los signos motores, extrapiramidales y la alteración de la marcha son muy precoces.
Atrofia cerebral	La atrofia cerebral simétrica, no es intensa. Afecta inicialmente a las estructuras mesiales temporales.	La atrofia cerebral es focal, asimétrica e intensa. Afecta regiones neocorticales frontales, temporales, parietales u occipitales.	La atrofia cerebral es inexistente al principio y su aparición es tardía.
Flujo cerebral	La afectación del flujo regional es precoz y la afectación parietotemporal es prácticamente constante si la demencia es moderada.	La afectación del flujo regional es precoz, muy asimétrica y focal frontal, temporal, parietal u occipital y estrictamente unilateral.	Inicialmente no suele haber afectación del flujo regional cerebral.

Referencia. Yanguas et al. (2005, p.p. 50-51).

Rey y Lleó (2010) refieren que la identificación de los signos característicos de cada demencia, puede mejorar la especificidad de un cuadro clínico diagnóstico, por lo que identificar las similitudes y diferencias de las diversas demencias ayudará a garantizar un diagnóstico diferencial que permita que los pacientes tengan acceso a tratamientos adecuados.

Es un hecho que todavía no se ha creado una prueba definitiva para diagnosticar la EA; sin embargo, un examen de sangre para el gen ApoE4 puede ser útil para poder concluir un diagnóstico; la tomografía computarizada puede descartar la presencia de coágulos sanguíneos, tumores, hidrocefalia y evidencias de un derrame cerebrovascular. El médico también dispondrá algunos exámenes psicológicos estándar para evaluar las dificultades con la atención, la percepción, la memoria y solución de problemas, las aptitudes sociales y el lenguaje (NIH, 2006).

2.2.2. Características generales

Siendo la EA la causa más frecuente de la demencia, Estévez y García (1995; citados en Hernández, Malagón y Rodríguez, 2006) asientan que los rasgos clínicos de este tipo de demencia son usualmente corticales, caracterizados por alteraciones de memoria, afasias, déficits agnósicos, visoespaciales y dispraxia y su curso evolutivo se describe en tres estadios que se diferencian en fase inicial, media y final.

Halgin y Whitbourne (2009) puntualizan que la EA progresa en etapas marcadas por el deterioro del funcionamiento cognitivo, junto con cambios en la personalidad y en las relaciones interpersonales, así como la aparición de síntomas conductuales que evolucionan en el tiempo, pero el ritmo del progreso es variable de una persona a otra y en función de la etapa de la enfermedad.

Por otro lado Alberca y López-Pousa (2011) indican que se caracteriza por un inicio lento y un deterioro cognitivo y funcional progresivo, así como en el transcurso de la enfermedad modificaciones en el estado de ánimo, de alteraciones psicóticas y de la conducta. La localización de las alteraciones neuropatológicas se sitúan fundamentalmente en la corteza cerebral sobre todo en las áreas temporoparietales, donde se observan depósitos cerebrales de ($A\beta$), degeneración neurofibrilar, pérdida neuronal y atrofia cerebral; alteraciones que se analizarán en seguida.

2.3. Neuropatología

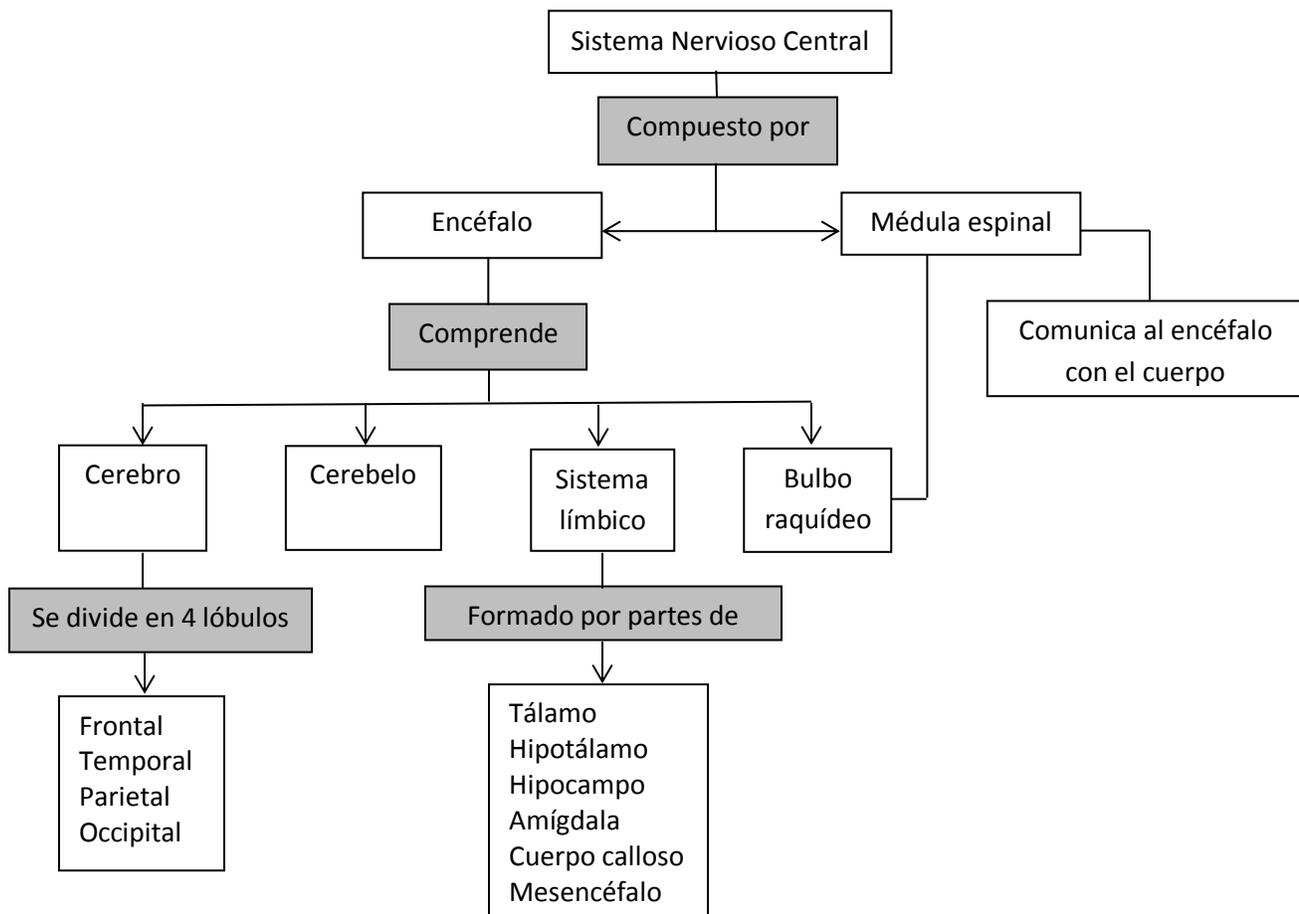
De acuerdo con la OMS (2014) los trastornos neurológicos son enfermedades del sistema nervioso central y periférico; es decir, del cerebro, la médula espinal, los nervios craneales y periféricos, las raíces nerviosas, el sistema nervioso autónomo, la placa neuromuscular y los músculos. Entre esos trastornos se encuentra la enfermedad de Alzheimer.

La EA es un desorden neurodegenerativo en el sistema nervioso central (SNC) que provoca la destrucción o muerte progresiva de las neuronas en todas las partes de la corteza cerebral. Las diferentes zonas del cerebro se atrofian, deteriorando así las capacidades de la persona, como: gobernar las emociones, reconocer errores y patrones, coordinar el movimiento y recordar (Martínez, 2009).

Una enfermedad del sistema nervioso central puede afectar a la médula, que transmite la recepción sensorial del sistema nervioso periférico (SNP), conduce la información motora de los músculos esqueléticos, los miocardios, los músculos lisos y las glándulas. A lo largo de la médula espinal existen 31 pares de nervios, cada uno contiene axones sensoriales y motores, esta misma, está protegida por vértebras que conectan al SNP con el cerebro, de forma que actúa como un centro de coordinación. Por otro lado, también puede afectar al cerebro, que capta señales tanto de la médula espinal, como de los nervios olfativos y de los nervios ópticos para permitir que el cuerpo funcione. A grandes rasgos, los trastornos en la EA se pueden dividir en dos categorías generales: los que están asociados al déficit del metabolismo de los neurotransmisores y los que están relacionados con la pérdida estructural del tejido cerebral; que derivan en problemas cognitivos-conductuales (Nieuwenhuys, Voogd y van Huijzen (2009).

Para comprender mejor la patología de la enfermedad de Alzheimer es preciso iniciar conociendo ciertas características y funciones del sistema nervioso central, ya que a partir de él, se desencadenan las deficiencias y trastornos que presenta la enfermedad en mención (ver Figura 10).

Figura 10.
Estructura del sistema nervioso central



Referencia. Elaborado por el autor de tesis (2014).

El sistema nervioso central (SNC) está compuesto por el encéfalo y por la médula espinal, estas estructuras están ubicadas dentro de la cavidad craneana y el conducto raquídeo. El cerebro humano se distingue en dos partes denominadas hemisferio derecho y hemisferio izquierdo, a su vez, se dividen en cuatro lóbulos: frontal, temporal, parietal y occipital, conectados por una masa de sustancia blanca llamada cuerpo calloso, cada lóbulo cumple una función específica (ver Figura 11), siendo las estructuras cerebrales más significativas en la regulación de los procesos cognitivos y conductuales (Hernández et al., 2006).

Figura 11.

Funciones de los lóbulos cerebrales

Lóbulo	General	Izquierdo	Derecho
Frontal	-Control voluntario de la atención -Plan general de actos motores -Secuenciación temporal de entidades complejas	-Representación sintáctica -Regulación de actos formulados por el lenguaje -Dirección y control de conducta a través del lenguaje -Operaciones seriadas	-Atención, regulación e inhibición de respuestas
Parietal	-Control de movimientos finos -Integración de impulsos motores	-Escritura -Articulación del lenguaje	-Relaciones espaciales
Temporal	-Secuenciación auditiva -Memoria verbal de corto plazo	-Representación auditivo-verbal -Denominación de objetos -Evocación de palabras -Representación de imágenes visuales evocadas por estimulación auditiva	-Memoria no verbal -Orientación en el espacio -Percepción holística o gestáltica
Occipital	-Agudeza visual -Visión de formas simples -Patrones complejos de percepción	-Percepción de letras y palabras -Representación de formas verbales abstractas -Percepción de relaciones complejas	-Percepción de relaciones espaciales -Representación de figuras geométricas

Referencia: Hernández et al. (2006, p.21).

Por otro lado, el cerebelo ubicado en la base del cerebro, cumple la función de proporcionar coordinación a los movimientos del cuerpo y a los movimientos rápidos y precisos del habla. El sistema límbico, es la región dónde se asientan las emociones fundamentales para la supervivencia, vital en la experiencia y en la manera de proceder; a su vez, incluye otras estructuras como es el tálamo, una especie de transmisor que dirige la información que se recibe de los sentidos a las zonas especializadas de la corteza para su procesamiento. El hipotálamo, trata de mantener las condiciones físicas del cuerpo para lograr una óptima adaptación al entorno. El hipocampo cumple una labor esencial en el establecimiento de los diferentes tipos de memoria y aprendizaje. La amígdala es el lugar donde se percibe y se genera el miedo (Tirapu, 2010).

La región que une al cerebro con la médula espinal, es la zona más primitiva y se le conoce como tronco encefálico o tallo cerebral, controla las funciones vitales como el latido cardíaco y la respiración, así como el ritmo sueño/vigilia, núcleos nerviosos de los sentidos y los movimientos de la cabeza y del cuello. Entre este tronco cerebral y la corteza, se encuentran las regiones corticales en las que destacan los ganglios basales, constituidos por masas de materia gris ubicadas en la corteza cerebral, se componen de tres elementos: el núcleo caudado, el globo pálido y el putamen, que forman el conjunto denominado cuerpo estriado. Los ganglios basales se ven directamente involucrados en las funciones motoras (Didier, 2009).

En el caso de la EA cada una de estas regiones cerebrales se irá deteriorando con el progreso de la enfermedad, imposibilitando cada vez más el funcionamiento normal de la persona llevándola a un aumento de vulnerabilidad y fragilidad; pues como se ha mencionado antes, este proceso es continuo, irreversible e inevitable. Una vez conocidas las funciones del SNC, se consideran los daños producidos en dicho sistema y la neurodegeneración correspondiente a los cambios manifiestos en los cerebros de las personas afectadas.

2.3.1. Cambios patológicos en el cerebro por EA

Los síntomas de la enfermedad de Alzheimer son resultado de ciertos cambios en la estructura del cerebro; por un lado, están los morfológicos que afectan a la forma o al tamaño de los órganos, observados mediante exámenes macroscópicos. Por otro lado, están los funcionales, que alteran la capacidad y la eficacia de los mismos para realizar su función. Estos cambios son revelados a través de un examen microscópico.

2.3.1.1. Patología macroscópica

Esto se refiere al estudio de los cambios observables a simple vista en los tejidos enfermos (ver Figura 12).

a) Volumen cerebral

De acuerdo con Yanguas (2005) las medidas de tamaño cerebral no registran cambios desde la juventud hasta los 40-50 años, el declive empieza más rápido a mayor edad. Ramos et al. (2007) refieren que el peso máximo medio del cerebro a los 25-30 años, es calculado entre 1300-1400 gr., en el hombre y de 1200-1350 gr., en la mujer. A los 90 años se reduce hasta un 10-15%, estas pérdidas son más acusadas si existe patología cerebral sobreañadida, que aparecen sobre todo a partir de los 55 años. Mohamad et al. (2011) indican que en casos severos de EA se puede observar una pérdida de volumen cerebral entre 300-400 gramos en relación con los valores normales para edad, sexo y volumen corporal.

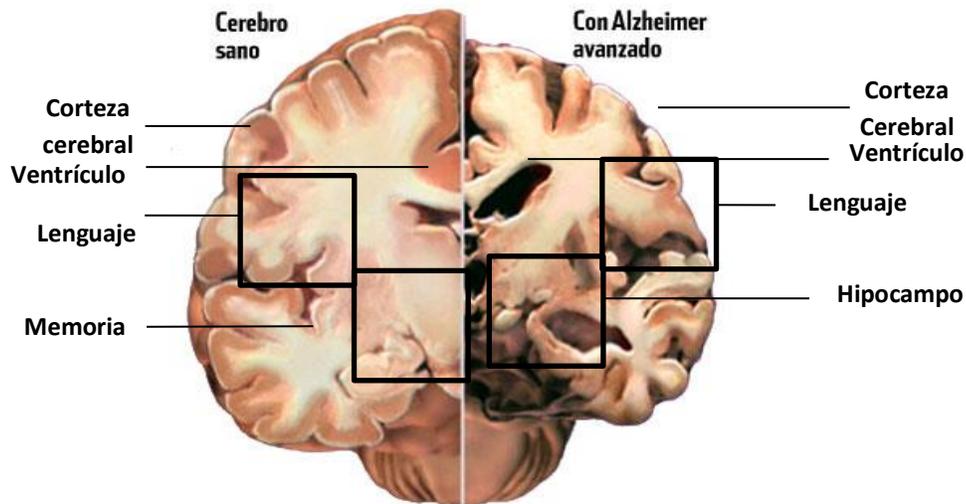
b) Atrofia cortical

González (2001) refirió una atrofia cerebral progresiva especialmente cortical, provocada por la pérdida de sustancias en las estructuras grises profundas, sobre todo en la amígdala y el hipocampo. Yanguas (2005) agregó que empieza a mostrarse a los 40 años, con ensanchamiento de los surcos y estrechamiento del grosor de la corteza; mientras tanto, Damaso (2006) expuso que la EA presenta una atrofia cerebral difusa que predomina en las circunvoluciones frontales, parietales y temporales mediales, con preservación relativa de las áreas motoras primarias, somatosensorial y visual.

c) Tamaño ventricular

De acuerdo con Yanguas (2005) los surcos siguen un patrón de ensanchamiento durante los 50 años, con un aumento de la dilatación hacia la década de los 70. Ramos et al. (2007) refieren que una causa puede ser la desmielinización atrófica de la sustancia blanca subcortical próxima a las áreas periventriculares. La sustancia blanca de los hemisferios cerebrales está reducida de tamaño; como consecuencia de todo esto, se observa una dilatación más o menos marcada del sistema ventricular (Mohamad et al., 2011).

Figura 12.
Comparación entre un cerebro sano y otro con EA



Referencia. Gottau (2008).

2.3.1.2. Patología microscópica

Estos cambios se reconocen con el estudio que se realiza a los tejidos y órganos enfermos con ayuda del microscopio; pues al observar a través de él la neurona de una persona afectada con Alzheimer, se descubrió la acumulación de dos tipos de material fibroso insoluble. Gracias a esos hallazgos atribuidos por el neurólogo Alois Alzheimer, en la actualidad se cuenta con dos teorías que tienen que ver con la acumulación de ciertas proteínas en el cerebro; una de estas es la proteína llamada *beta amiloide* ($A\beta$), que se deposita fuera de las neuronas produciendo lo que se llama *placas seniles* o *placas neuríticas*, formándose cuando alrededor de este péptido agregado se acumulan productos de neuronas muertas. La otra se relaciona con anomalías de una proteína llamada *tau* que se acumula dentro de las células nerviosas formando lo que se ha llamado *ovillos neurofibrilares* (ON) (Martínez, 2009).

a) Placas seniles y proteína (A β)

Esta hipótesis fue propuesta a partir de investigaciones realizadas a mediados de la década de los 80. Se demostró que el principal componente de las placas seniles encontradas en el tejido cerebral de los pacientes con EA era la sustancia amiloide, el análisis molecular precisó que se trataba de unos subproductos metabólicos anormales de tipo péptido beta amiloide (A β), derivados de la proteína precursora de beta amiloide (PPA β), una proteína normal de la membrana sintetizada por las propias neuronas (Calleja y Hernández, 2008).

Los investigadores consideran que la PPA β que elaboran las neuronas, desempeña una función importante en el crecimiento de las mismas y su comunicación, también es posible que contribuya a la reparación de las células cerebrales dañadas. El A β se forma cuando se elabora la PPA β en la célula. Enzimas llamadas proteasas cortan la PPA β en fragmentos, si la PPA β se corta en el lugar equivocado, se forma el A β 42 y los fragmentos se amontonan finalmente en depósitos anormales de los que el cuerpo no puede disponer o reciclar (Halgin y Whitbourne, 2009).

b) Ovillos neurofibrilares y proteína tau

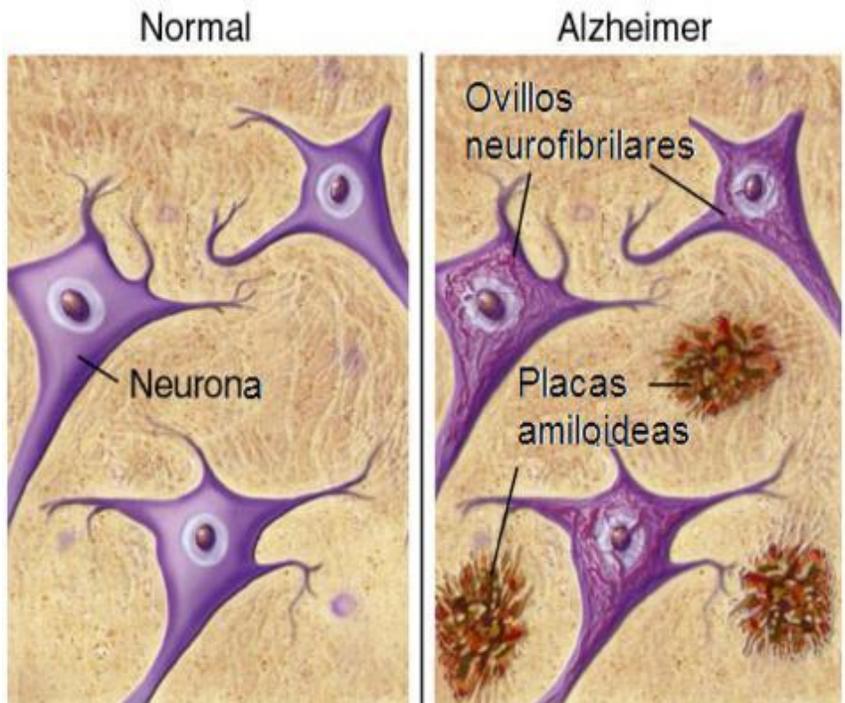
Una neurona sana se parece a un pulpo, su cuerpo esférico está cubierto por largos y delgados apéndices llamados axones, contruidos alrededor de estructuras internas llamadas microtúbulos que dan a la neurona su forma y sirven de sistema circulatorio, transportando nutrientes y mensajes químicos. Las moléculas tau se pegan a los microtúbulos, reforzándolos, pero cuando ataca el mal de Alzheimer las moléculas tau se desprenden y se juntan en nudos, conocidos como ovillos neurofibrilares, al suceder eso los microtúbulos se desintegran y las neuronas mueren (Cowley, 2000).

Los ovillos consisten de filamentos espiralados en pares, estos ocupan el soma y las dendritas que contienen la proteína tau fosforilada y que representa el residuo insoluble de las neuronas sometidas a la apoptosis. Aparecen en las neuronas piramidales de la corteza entorrinal, se difunden en las áreas límbicas y se extienden al neocortex, primero con severas alteraciones de la memoria reciente, defectos afectivo-instintivos y posteriormente con graves perturbaciones del lenguaje, praxia y gnosia (Beteta, 2004).

Las proteínas tau normalmente contribuyen a la estabilización de los microtúbulos, pero cuando se encuentran hiperfosforiladas en los ovillos neurofibrilares, disminuye su interacción con los microtúbulos y los desestabilizan. En consecuencia los microtúbulos se despolimerizan, las extensiones citoplasmáticas se retraen y se forman agregados aberrantes intensamente neurotóxicos. Se desconoce la razón de esta hiperfosforilación de tau (Damaso, 2006).

En conclusión ambas proteínas cumplen una función elemental en el cerebro, pero cuando existe anomalía en ellas, repercute en la pérdida de recuerdos, lenguaje, la toma de decisiones, los sentidos y la coordinación. Aún no se entiende de qué manera estas lesiones se relacionan entre sí, por qué ciertas neuronas son más vulnerables que otras y qué factores determinan la susceptibilidad para sufrir lesiones neuronales. En la Figura 13, se puede observar dónde se acumulan ambas proteínas en una neurona con Alzheimer a comparación de una neurona sana.

Figura 13.
Comparación de una neurona sana y otra con EA



Referencia. Alonso (2010).

En la enfermedad de Alzheimer las dos proteínas anormales comienzan acumularse cerca del hipocampo donde inicialmente se forman los recuerdos, con el paso del tiempo las placas destruyen al hipocampo haciendo más difícil crear nuevos recuerdos, los afectados no pueden acordarse de cosas sencillas ocurridas a escasas horas o días, posteriormente las placas y ovillos se expanden a otras regiones del cerebro matando células y afectando otras funciones. Desde el hipocampo la enfermedad se expande en la región donde se procesa el lenguaje, cada vez es más difícil encontrar la palabra correcta. Después, la enfermedad llega a la parte frontal del cerebro donde se produce el pensamiento lógico, gradualmente la persona empieza a perder la capacidad de resolver problemas, entender conceptos y hacer planes; posteriormente invaden la zona donde se regulan las emociones, el paciente pierde gradualmente el control de su estado emocional y de sus sentimientos, enseguida la enfermedad se mueve donde el cerebro da sentido a las cosas que ve, oye y huele, en esta etapa la EA altera considerablemente los sentidos de la persona y puede provocar alucinaciones. A la larga las placas y ovillos borran los recuerdos más antiguos de la persona que se almacenan en la parte posterior del cerebro, casi al final de la enfermedad se altera el equilibrio y coordinación del enfermo y en la última fase destruye la parte del cerebro que regula la respiración y el corazón. La progresión desde la fase inicial hasta el fallecimiento es lenta y gradual y en promedio dura de 8 a 10 años (Leitore, 2012).

2.4. Hipótesis de la patogenia de la enfermedad Alzheimer

A lo largo de los últimos años, la investigación acerca de la EA ha aumentado y como resultado de ella se han postulado otras hipótesis que ayudan a entender cada día más este complejo proceso neurodegenerativo. Si bien, hoy en día no se conoce la causa exacta que origina a esta enfermedad, aunque todos los datos acumulados en las últimas décadas apuntan a un conocimiento del origen de la misma cada vez más próximo. A continuación se recogen algunas de las hipótesis más representativas sobre las que se ha centrado fundamentalmente la investigación en esta área (Gauthier, Scheltens y Cummings, 2006).

2.4.1. Hipótesis Colinérgica

A mediados del siglo XX, la EA se consideró como una enfermedad neurodegenerativa que presentaba cambios neuropatológicos especialmente corticales; pero la situación cambió en 1976, cuando Davis y Maloney encontraron que en los pacientes con EA había una disminución importante de la actividad de la colina acetiltransferasa y de la acetilcolinesterasa (enzimas que catalizan la síntesis y la degradación de la acetilcolina), en varias regiones cerebrales, incluyendo áreas subcorticales. Este hallazgo junto con la observación de que la extensión del daño de la vía colinérgica que proyecta a la corteza se correlacionaba estrechamente con el grado de demencia, dio lugar al planteamiento de esta hipótesis de la disfunción de la memoria (Mohamad, et al., 2011).

Según esta hipótesis, la EA tiene sus orígenes en una deficiencia de un neurotransmisor llamado acetilcolina, sustancia cuya labor es enviar mensajes de una célula nerviosa a otra. La acetilcolina es el neurotransmisor del sistema colinérgico que juega un papel clave en los procesos de aprendizaje y memoria y su disminución es lo que determina la amnesia de la demencia tipo Alzheimer (Martínez, 2009).

En la explicación de la EA, es particularmente significativo el hecho de que muchos de los cambios bioquímicos y estructurales que se hallan en los cerebros de quienes padecen este trastorno se dan en el hipocampo, una estructura del sistema límbico que tiene que ver con la memoria y el aprendizaje de información nueva. Los cambios en esta región del cerebro suponen un desempeño en las deficiencias cognitivas asociadas con la EA (Halgin y Whitbourne, 2009).

2.4.2. Hipótesis Genética

Genéticamente se considera que la historia familiar de EA constituye un factor de riesgo, por existir un autosoma dominante que llega a afectar hasta el 50% de las personas que alcanzan edades avanzadas. Se han encontrado anomalías moleculares genéticas en ciertas familias en las que la EA parece depender de un patrón dominante autosómico que afecta al cromosoma 14 (González, 2001).

Se establece arbitrariamente que el riesgo que corre una persona que no tiene familiares en primer grado (padres o hermanos) con EA es igual a 1, el riesgo se transforma en 2 para quien tiene afectado un familiar en primer grado, y el riesgo aumenta a 7 para aquellos en los que se verifican 2 o más familiares de primer grado con EA (Bagnati et al., 2003).

Mangone y otros (2005) refieren que gracias a los estudios de genética molecular se han identificado cuatro genes diferentes asociados con la susceptibilidad hereditaria a la EA.

a) El gen de la proteína precursora beta amiloide (PPA β)

Es el primer gen descrito que se asoció a la EA de inicio temprano, inicialmente se sospechó que existía una asociación entre el Síndrome de Down (trisomía 21) y la EA. Se pensó que el cromosoma 21, podría estar relacionado con la EA debido a que las personas con síndrome de Down que tienen una copia extra de este cromosoma, sufren los cambios cerebrales característicos de la EA a una edad temprana. Este cromosoma tiene el gen de la PPA β y si se altera puede dar origen a las placas y las marañas neurofibrilares, característicos de los cerebros de los enfermos de Alzheimer (Molloy y Caldwell, 2011).

b) El gen presenilina 1 (PSEN1) y presenilina 2 (PSEN2)

El segundo locus relacionado con una forma dominante de EA se localizó en el cromosoma 14 en un grupo de familias con EA de inicio precoz, desde el punto de vista clínico, la edad de comienzo precoz de la EA oscila entre los 24 y los 65 años con una penetrancia completa a la edad de 60 años (Alberca y López- Pousa, 2011).

Los pacientes con mutaciones de la PSEN1 presentan con frecuencia crisis epilépticas, síntomas extrapiramidales, mioclonías y afasia. Cabe mencionar que hay pacientes con mutaciones de la PSEN1 que presentan un inicio tardío de la enfermedad (Fernández y Castro, 2008).

El tercer locus ligado a la EA familiar autosómico dominante pasó a ser conocido como presenilina 2, homólogo del gen de la presenilina 1 en el gen 14. La edad media de inicio de la enfermedad en las familias diagnosticadas se sitúa en torno a los 58 años aunque con una gran variabilidad, la duración de la enfermedad es así mismo significativamente más larga que en las familias con mutaciones en el PSEN1 (Mangone et al., 2005).

Las PSEN1 y PSEN2 respectivamente fueron identificadas en 1995, en una búsqueda por encontrar los genes causantes de formas familiares de enfermedad de Alzheimer ligados a los cromosomas 14 y 1. Pronto se comprobó la extraordinaria asociación entre PSEN y la enfermedad de Alzheimer, ya que numerosos casos de EA familiar se debían a mutaciones originadas en los genes de dichas proteínas (Damaso, 2006).

c) El gen de la apolipoproteína e4 (APOE 4)

La ApoE4 regula el metabolismo del colesterol y ácidos grasos, cura la información en el interior del cerebro mediante el transporte proteico de estas moléculas siendo sustancial en el metabolismo neuronal. En el cerebro, la ApoE es sintetizada por los astrositos y secretado hacía el espacio extracelular, dónde se une al colesterol. Este complejo es captado por las neuronas vía receptores de la ApoE incorporándolo a la estructura de la membrana celular y la mielina (Mata, García y Herrera, 2007).

Es la principal apolipoproteína que se expresa en el tejido cerebral, interviniendo en los procesos de crecimiento y regeneración del tejido nervioso durante el desarrollo de diferentes tipos de lesiones. Influye en la cantidad de depósito amiloide en el parénquima y en los vasos cerebrales, así como en la densidad de la degeneración neurofibrilar en el sistema límbico (Fernández y Castro, 2008).

El alelo ApoE4 es el factor de riesgo genético mayor conocido hasta ahora de enfermedad de Alzheimer de inicio tardío. El gen se sitúa en el cromosoma 19q., está sobre-representado en los enfermos con Alzheimer, pues aparece en el 32-58% de los casos (Martínez, 2009).

A continuación se resume las características de las mutaciones genéticas asociadas con la susceptibilidad hereditaria de la EA (ver Figura 14).

Figura 14.

Genes asociados a la EA

Mutación o ligamento genético	Gen	Proteína	Forma de presentación	Edad
Cromosoma 21	APP	Proteína precursora de amiloide	Familiar presenil	40-65 años
Cromosoma 14	PSEN-1	Presenilina 1	Familiar Presenil De aparición precoz	25-60 años
Cromosoma 1	PSEN-2	Presenilina 2	Familiar presenil	45-84 años
Cromosoma 19	APOE4	Apolipoproteína 4	Familiar Senil Esporádica no familiar y tardía	50 años

Referencia: Elaborado por el autor de tesis (2014).

Hasta el día de hoy no existe un tratamiento eficaz que demuestre que se puede erradicar la enfermedad de Alzheimer, sin embargo, el tener mayor conocimiento de los mecanismos biológicos son datos potenciales para el diseño de nuevas terapias contra esta enfermedad de los que se espera algún día exista una cura definitiva. Por ahora, los enfoques terapéuticos farmacológicos están orientados a obtener un grado de mejoría del paciente en etapas iniciales de la enfermedad, controlando los síntomas y retrasando su evolución, existiendo además, otras intervenciones terapéuticas que apuntan a tratamientos preventivos, destacando la importancia del estilo de vida, la alimentación, el grado de actividad física y factores ambientales que condicionan el bienestar del cerebro, con una reserva cognitiva en sus capacidades funcionales. Hasta ahora considerados tratamientos complementarios que orientan a manejar la conducta tanto del paciente como el de su familiar o cuidador.

CAPÍTULO III.

ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LA ENFERMEDAD ALZHEIMER

La psicología como ciencia que trata de la conducta y los procesos mentales de los individuos, asume un papel fundamental en el proceso de la enfermedad de Alzheimer, pues como se ha mencionado en los capítulos anteriores, es un trastorno que se caracteriza por una pérdida continua de las capacidades de la persona para desempeñarse día a día, siendo su principal rasgo las fallas en la memoria, así como cambios drásticos en los estados de ánimo y en las relaciones afectivas. En el transcurso de la enfermedad van surgiendo signos y síntomas, provocando que la persona manifieste un comportamiento extraño y en consecuencia un golpe sorpresivo para la familia al no saber cómo actuar ante tales cambios, viéndose afectado todo su entorno. Por ello, es imprescindible contar con técnicas de tratamiento y planes de intervención, no solo para el enfermo sino también para el familiar. De ahí que, este capítulo corresponde al ejercicio que desempeña la psicología en su investigación, refiriéndose de manera puntual a los factores de riesgo que aumentan las posibilidades de desarrollar la enfermedad de Alzheimer, la evaluación diagnóstica, el manejo de los síntomas y el desarrollo de técnicas para el tratamiento e intervención con el paciente y el cuidador, considerando las fases evolutivas de la enfermedad.

3.1. Factores de riesgo

Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión (OMS, 2014). Entre los factores de riesgo en la enfermedad Alzheimer cabe citar los factores sociodemográficos como la edad y el género, otros como las enfermedades cardiovasculares y los relacionados con el estilo de vida de la persona, cómo el consumo de alcohol y/o tabaco, el sedentarismo y la mala nutrición.

3.1.1. Factores sociodemográficos

Existen factores de riesgo en la enfermedad Alzheimer que no se pueden modificar entre estos se encuentran los asociados a la edad, al género y la raza.

a) Edad

La edad constituye el principal factor de riesgo en la EA, dado que el envejecimiento cerebral supone la acumulación de lesiones o la activación de ciertos genes destructores. Las personas de 65 a 74 años tienen una posibilidad de 1 entre 25 de padecer la enfermedad y a los 85 años la posibilidad de padecerla es de 1 por cada 2 (González, 2001).

En el caso de la EA hay una prevalencia y un agravamiento mayor a medida que se tiene mayor edad, aunque los datos apuntan que una vez superado los 90 años la propensión a padecer EA tiende a desaparecer. También se dice que la EA está ligada íntimamente al envejecimiento pero que la edad más que ser un factor de riesgo es un factor de probabilidad, pues a mayor edad, mayor posibilidad y mayor riesgo hay de padecerla (García, 2005).

b) Género

La mayoría de los estudios sobre la enfermedad incluido los epidemiológicos, sostienen que hay un riesgo relativo mayor de padecer la EA en mujeres que en hombres, lo que puede explicarse por su mayor longevidad y por la mayor facilidad para solicitar tratamiento médico. Es también probable que una vez aparecida la enfermedad, la supervivencia sea mayor en mujeres, lo cual explicaría en parte las mayores tasas de prevalencia de sexo femenino (Loizaga et al., 2004).

c) Raza

La población de afroamericanos mayores de 65 años está aumentando más rápidamente que el mismo segmento de población de raza blanca, pues se creía que la prevalencia de demencias era igual entre ambas etnias (Martínez y Moya, 2001).

3.1.2. Factores ambientales

Estos factores de riesgo implicados en la pérdida celular del proceso de la EA corresponden al estrés oxidativo, la inflamación cerebral y las lesiones cerebrales y/o alteraciones vasculares.

a) Estrés oxidativo

El estrés oxidativo es uno de los factores determinantes en la neurodegeneración, producido por la generación de radicales libres a través de procesos oxidativos y por las especies reactivas provenientes del medio y de la dieta. El estrés oxidativo en el desarrollo de EA se ha evidenciado a través de estudios epidemiológicos que demuestran que sujetos con hemocromatosis hereditaria (patología en la cual existe una alteración en el transporte y la homeostasis del hierro), muestran una tasa significativamente superior de EA en comparación con personas normales. El hierro es un metal de transición que experimenta reacciones redox y que puede acumularse en el cerebro durante la vida de un organismo, aumentando la vulnerabilidad neuronal al estrés oxidativo (Nogales, Godoy y Fuentes, 2003).

Por otro lado, es especialmente sustancial en el SNC debido a que el cerebro tiene un contenido alto de lípidos, incluyendo muchos ácidos grasos poli-insaturados factibles de ser oxidados y el hecho de ser un órgano con un consumo de oxígeno muy alto. Juega un papel significativo en la EA aunque aún se discute si es un mecanismo causal o sólo estaría envuelto en la propagación del daño (Von-Bernhardi, 2005).

b) Inflamación cerebral

La relación de la inflamación con la EA se planteó a finales de los años 80 y desde entonces se han identificado mediadores de inflamación. Es frecuente observar una reacción inflamatoria alrededor de las placas neuríticas y de los depósitos de A β , pues la acumulación de microglía y su consiguiente acción de fagocitosis puede acelerar la oxidación de A β y facilitar una mayor formación de placas neuríticas. La microglía activada y los astrocitos son los principales generadores de factores pro-inflamatorios (Damaso, 2006).

Cuando se dispara la sobre activación microglial, la constante liberación de factores citotóxicos y citoquinas pro-inflamatorias originan un fenómeno neuroinflamatorio el cual se ha evidenciado estar directamente relacionado con la degeneración neuronal, principalmente por efecto de las moléculas pro-inflamatorias, lo cual, implica a las microglías y las citoquinas como agentes claves en el desarrollo de desórdenes neurodegenerativos como la EA (Morales, Farías y Maccioni, 2010).

c) Enfermedades cerebrovasculares

Constituyen otro factor de riesgo en la enfermedad de Alzheimer, pues se han encontrado antecedentes de infartos en estos pacientes. Las lesiones vasculares cerebrales alcanzan el 30-60% en estos pacientes, mientras en el anciano sano la proporción es del 15-30%. En general, el consumo de oxígeno cerebral en la EA es un 30% inferior al de los sujetos normales de la misma edad. Igualmente, el metabolismo de la glucosa cerebral está disminuido en las regiones parietal, temporal y frontal (González, 2001).

Uno de los factores de riesgo vascular más frecuente es la hipertensión, que se ha asociado reiteradamente con lesiones isquémicas de la sustancia blanca. Un posible mecanismo de la relación entre la hipertensión y la EA, es que las personas con lesiones cerebrales características del Alzheimer manifiesten un síndrome de demencia a causa de las lesiones isquémicas de la sustancia blanca. Estas lesiones y las alteraciones vasculares asociadas, también pueden desencadenar la evolución de la EA mediante otros mecanismos como la hipoperfusión cerebral (Gauthier et al., 2006).

3.1.3. Factores relacionados con el estilo de vida

Factores como malos hábitos alimenticios, el consumo de alcohol y tabaco, el sedentarismo, los escasos cuidados de salud, un bajo nivel intelectual y las bajas condiciones de vida; son causas de la asociación con la enfermedad. No obstante, son factores en los que sí podemos influir de manera preventiva para disminuir el riesgo de desarrollar la enfermedad de Alzheimer.

a) Mala alimentación

La falta de nutrición puede contribuir a enfermedades como la debilitación muscular, la pérdida de peso, el estreñimiento y la anemia. La evidencia científica acumulada en la última década, muestra que especialmente durante el desarrollo y el envejecimiento, los componentes de la dieta influyen de modo relevante en las funciones cognitivas e intelectuales, con relación al estado vitamínico (Gauthier et al., 2006).

Cada vez es mayor la evidencia que sugiere que un estado de base preinflamatorio y preoxidante favorecido por una dieta inadecuada, es compartido por el deterioro cognitivo asociado a la edad y a la EA. Esto contribuye a la frecuencia del déficit en el consumo de ciertos nutrientes claves para la estructura y función cerebral, como los ácidos grasos, omega 3, el ácido fólico, los carotenoides o las vitaminas E y B, así como las vitaminas antioxidantes. Cabe mencionar que existe un riesgo de malnutrición especialmente elevado en subgrupos de la población vulnerable como son las personas mayores (García, 2010).

b) Sobrepeso

De acuerdo con Taylor (2007) al sobrepeso se le ha atribuido ser un factor de riesgo para muchas enfermedades, como la arteriosclerosis, la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, los padecimientos de la vesícula biliar y la artritis; correspondientes a un riesgo para la insuficiencia cardíaca. Sin embargo, el exceso de peso ya no solo se asocia con problemas circulatorios, sino que también, favorece al desarrollo de la EA.

Se ha asociado el consumo de grasos llamados *trans* con un mayor riesgo de sufrir cardiopatías, trastornos metabólicos y deterioro cognitivo. Todas estas patologías son factores de riesgo de la EA. Los ácidos grasos *trans* se encuentran en la margarina, frituras, bollería, aceites de baja calidad y en alimentos procesados para incrementar la conservación (Pérez, 2014).

Durante los últimos cinco años han surgido evidencias científicas de que muchas de las condiciones que aumentan el riesgo de enfermedad cardíaca, como obesidad, diabetes, hipertensión e hipercolesterolemia, también incrementan el riesgo de sufrir Alzheimer, debido a que el sobrepeso aumenta la concentración de beta-amiloide, sustancia que se acumula en el cerebro de quien sufre el padecimiento. En este sentido, un equipo formado por investigadores del Instituto Farber de Neurociencias en la Universidad Thomas Jefferson en Filadelfia y de la Universidad Edith Cowan en Australia, encontró fuerte correlación entre el índice de masa corporal y altos niveles de beta-amiloide, sustancia que se cree que tiene un papel significativo en la destrucción de neuronas y problemas cognoscitivos (Galarza, 2013).

c) Consumo de tabaco

Al igual que la alimentación y el sobrepeso, el tabaco no solo causa efecto en la mortalidad y en la aparición de enfermedades crónicas, sino también en la movilidad del anciano, incidiendo en la aparición de cambios fisiológicos como el decremento de la función cardiopulmonar, contribuyendo a la fragilidad e incapacidad (Roales, 2004).

Un tabaquismo elevado en la mediana edad se asocia con más del doble de riesgo de desarrollar la EA, según un estudio de la Universidad de Finlandia Oriental y el Hospital Universitario de Kuopi. El estudio fue realizado a más de 21.000 personas de entre 50 y 60 años de edad, durante un periodo de tiempo de 14 años (1994-2008), cuando dichas personas tenían una edad media de 71 años. Para el estudio se analizaron 3 tipos de enfermedad: demencia, demencia vascular y Alzheimer. Después de un seguimiento de 23 años, se determinó que más de 5.300 pacientes habían sido diagnosticados con demencia, el Alzheimer había afectado en más de 1.100 y más de 400 tenían demencia vascular. El estudio además detalló que no solo el consumo en sí influía, sino que la cantidad consumida también (Reinberg, 2010).

d) Consumo de alcohol

A medida que se acumuló evidencia de que el consumo de alcohol, sobre todo de vino, se asocia a una menor incidencia de enfermedades cardiovasculares, surgió la inquietud por saber si este beneficio se extendía también al deterioro mental de los adultos mayores. Orgogozo (2002) reportó que a finales de los 80, revistas especializadas en alcoholismo, salud pública y epidemiología concluyeron que aparentemente no había asociación o solo había una asociación débil entre el consumo de alcohol y el deterioro cognitivo.

En el caso de los adultos mayores, el consumo ligero aparece como un factor protector disminuyendo la incidencia de alteraciones cardiovasculares y cerebrovasculares, no obstante, al mismo tiempo disminuyen las limitaciones funcionales; el grado de movilidad entre los ancianos se mantiene siempre y cuando consuman pequeñas cantidades de alcohol, mantengan un adecuado peso corporal y realicen de forma regular algún tipo de actividad física. El consumo en cantidades excesivas incrementa el riesgo de caídas y accidentes (Roales, 2004).

e) Coeficiente intelectual

El nivel de inteligencia se debe a múltiples determinantes en la que se incluyen la dotación genética, los hábitos nutricionales, el estado de salud, el nivel de educación formal y a los procesos de desarrollo relacionados con la edad. La asociación entre nivel educacional y deterioro cognitivo es particularmente sustancial; en líneas generales cuanto mayor sea el nivel educativo que se alcanza en la vida, menor será la probabilidad de sufrir demencia en edades avanzadas, esto se debe a que la actividad intelectual aumenta la densidad sináptica en la corteza de asociación, lo que conduce a retrasar los síntomas entre cuatro y cinco años en las personas con Alzheimer y probablemente en otras demencias (Letteneur et al., 2000; citados en Yanguas et al., 2005).

Hay un estudio inusual que ofrece una perspectiva ligeramente distinta sobre las posibles contribuciones del estilo de vida en la EA. Se trata del estudio de las monjas en 1986. El proyecto comprendió a 678 monjas, de 75 a 106 años de edad, quienes accedieron a someterse a evaluaciones cognitivas y físicas anuales exhaustivas y prometieron donar sus cerebros después de morir. Snowdon y colaboradores observaron algunas características que diferenciaban a las monjas que tenían un grado de funcionamiento elevado con las que desarrollaron deterioros cognitivos graves. En otras palabras, las monjas que habían estado mentalmente activas durante su vida, posiblemente como maestras, manifestaron una deficiencia cognitiva mucho menor que sus compañeras que habían ejercido funciones de servicio que suponían un desafío cognitivo mínimo. Lo trascendental fue darse cuenta de que al ejercitarse el cerebro lo que da por resultado son beneficios parecidos a los derivados del ejercicio físico (Halgin y Whitbourne, 2009).

Una vez revisado estos factores, se concluye que los comportamientos orientados hacia la salud a una edad temprana en la vida, pueden resultar favorecedores en las enfermedades seniles como es la EA, ahora se sabe que los comportamientos saludables no solo benefician al resto del cuerpo, sino que también constituyen un ejercicio cognitivo y un estado emocional positivo que beneficia al cerebro, así como la posibilidad de evitar un síndrome neuropsicológico.

3.2. Perfil neuropsicológico

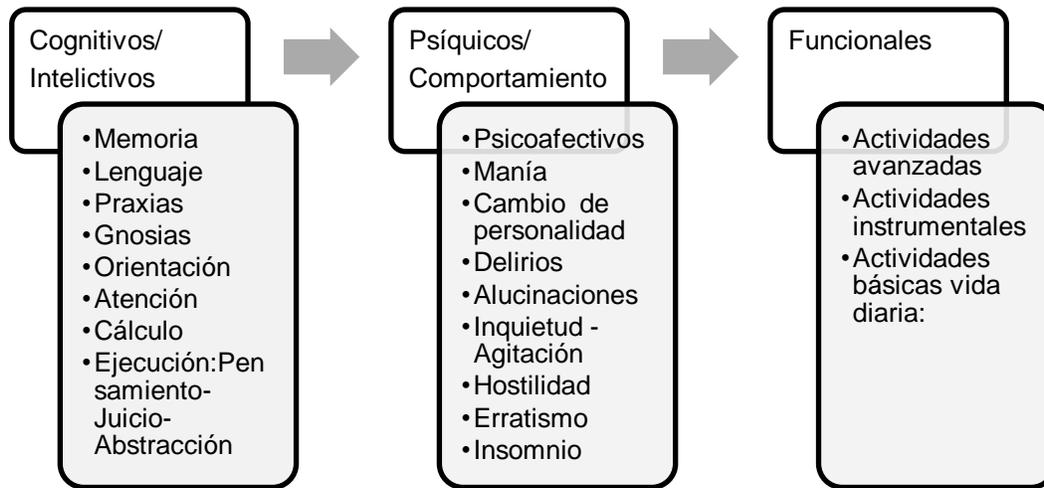
Con el aumento de edad la mayoría de las personas se dan cuenta que les toma más tiempo en procesar información y que tienen problemas para recordar otras cosas; sin embargo, la pérdida de memoria, la confusión y otros cambios mayores en la función de la mente que dificultan la vida cotidiana, no son una forma normal del envejecimiento. Los olvidos son muy frecuentes en el curso del envejecimiento normal, pero también son característicos de las etapas iniciales de los síndromes demenciales (Bagnati et al., 2003).

Fernández y otros (2012) refieren que la demencia es un síndrome neuroconductual que incluye síntomas cognitivos y psicológicos-conductuales suficientemente intensos como para producir alteraciones en la funcionalidad de quien la padece. En este apartado se expondrán los síntomas más comunes para poder reconocer entre los cambios normales de la memoria relacionados con la edad y los cambios que se atribuyen al mal de Alzheimer.

Es necesario aclarar que no todos los pacientes evolucionan siguiendo un mismo patrón, ni todas las personas con EA van a presentar los mismos síntomas y tampoco vivirán de igual manera la enfermedad. Cada persona tiene su propia singularidad, las diferencias entre unas y otras pueden estar influidas por varios factores como la personalidad, la historia de vida del enfermo y su entorno familiar; de ahí que, estos serán los factores que determinen la relación directamente en el curso y comportamiento de la enfermedad (Boada y Tárraga, 2002).

Partiendo de una perspectiva general, Ramos et al. (2007) han clasificado los síntomas y signos en tres grupos de acuerdo con la afectación en las esferas cognitiva, psíquica y funcional (ver Figura 15).

Figura 15.
Esferas del deterioro relacionadas a la enfermedad Alzheimer



Referencia. Ramos et al. (2007, p. 33).

3.2.1. Síntomas cognitivos

Los síntomas principales de la EA involucran los dominios cognitivos que en general son los más premonitorios y precoces, al mismo tiempo resultan condicionantes para la esfera funcional y determinantes en la desadaptación social, laboral y familiar (Bagnati et al., 2003).

Si bien, se entiende por funciones cognitivas aquellos procesos mentales que nos permiten atender, percibir, memorizar, aprender, razonar, comunicarnos, pensar, actuar; así como, recibir y trabajar la información interna y externa e interactuar adecuadamente con el mundo que nos rodea (Fort, 2007).

Román, Alcántara, Morientes y Lorza (2007) refieren que las alteraciones de las funciones cognitivas asociadas al padecimiento de la EA, son los problemas que más severas consecuencias conllevan sobre la pérdida de independencia de las personas mayores, ya que limitan su actividad intelectual y afectan a la capacidad de recuerdo, de comunicación con los demás y de realizar acciones cotidianas.

En seguida se describen las alteraciones cognitivas más frecuentes en la enfermedad de Alzheimer.

a) Alteración de la memoria

La memoria es la capacidad de almacenar, procesar, recuperar información y cualquier tipo de experiencia; incluye la capacidad de recordar sucesos concretos, conocimientos y adquisición de habilidades. Es una función compleja en la cual están implicadas distintas áreas cerebrales vulnerables a los déficits atencionales y sensoriales (Fort, 2007).

La primera queja de las personas mayores es la pérdida de memoria; la afectación de esta se denomina *amnesia*, suele tratarse del síntoma cognitivo que se afecta más precozmente abarcando a sus diferentes componentes con dificultad para el aprendizaje de nueva información (Loizaga et al., 2004).

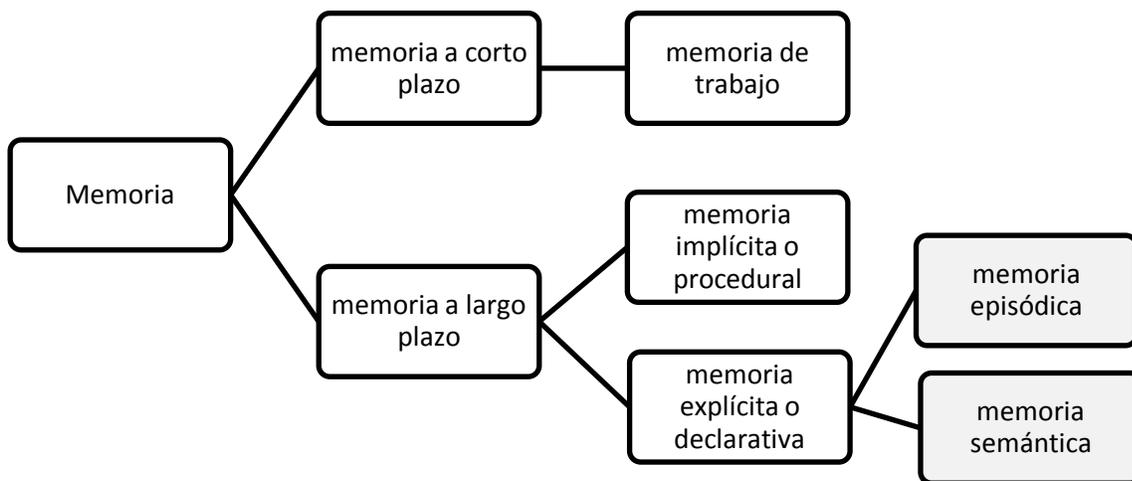
Los estudios de lesiones experimentales y en las producidas accidentalmente demuestran que la memoria no es una cualidad que está localizada en una zona específica del SNC. Al principio fue considerada como una función unitaria, pero con posterioridad tuvo que dividirse en cierto número de componentes distintivos debido a sus diversas funciones (ver Figura 16) (Mangone et al., 2005).

Damaso (2006, p. 362-363) ha descrito las diversas formas de abordar este sistema:

- Memoria a corto plazo: Ayuda a recordar hechos o sucesos ocurridos en un tiempo breve sea minutos o días; así mismo, se le ha denominado como memoria de trabajo, encargada del recuerdo inmediato, repetición de palabras, números, melodías y de la información espacial, también tiene la función de controlar y de organizar las operaciones como el razonamiento, la comprensión y el aprendizaje. Este tipo de memoria está controlada por los lóbulos frontales y permite poder realizar varias actividades al mismo tiempo.
- Memoria a largo plazo: Sirve para recordar hechos y sucesos ocurridos de mucho tiempo, a partir de meses y años.

- Memoria implícita o procedural: Engloba respuestas aprendidas del tipo reflejos condicionados o habilidades motoras que no dependen de una reflexión consciente de la persona, como saber andar en bicicleta, conducir un vehículo o tocar un instrumento.
- Memoria explícita o declarativa: Es una memoria consciente y reflexiva. Contiene información referida al conocimiento sobre el mundo y sobre las experiencias vividas por cada persona.
- Memoria episódica: Encargada de la codificación y recuerdo de episodios, experiencias personales y sucesos específicos. Sirve para recordar hechos concretos como el nombre de la capital de un país o saber qué desayunamos por la mañana. Su funcionamiento depende de la integridad de la región hipocámpica, cortical y de los núcleos talámicos.
- Memoria semántica: Almacena de forma permanente el conocimiento de los sucesos, conceptos y el significado de las palabras. Su función es la de recordar los detalles de una conversación mantenida un día concreto.

Figura 16.
Subsistemas de la memoria.



Referencia. Elaborado por el autor de tesis (2013).

En la enfermedad de Alzheimer el tipo de memoria afectada más precozmente es la memoria episódica, donde los pacientes tienen alteraciones marcadas de los sucesos autobiográficos, momentos, lugares, emociones asociadas y conocimientos contextuales, faltan las palabras, fallan en darle nombre a objetos y a sus familiares y empiezan a mezclar unas palabras con otras. Ciertas memorias implícitas o procedurales están aún normales, los conocimientos generales parecen almacenarse en regiones de la corteza asociativa específicas para cada área o dominio de conocimientos, pero, cuando una de estas regiones se ve dañada, se pierde la información que contiene y el paciente es incapaz de aprender nada nuevo a cerca de este tipo de información y conforme la enfermedad progresa los diferentes subsistemas de la memoria se irán afectando (Bagnati et al., 2003).

b) Alteración del lenguaje

Murillo (s.f.) considera que tanto la dimensión psicológica y social de la demencia como su efecto en el uso del lenguaje, son aspectos a los que no se les ha prestado la atención que merecen, pues el mayor valor de la capacidad de hablar reside en su potencial comunicativo y la posibilidad de relacionarse e interactuar en el día a día. El lenguaje en la comunicación permite que una persona puede expresar sentimientos, conocer distintos puntos de vista, realizar juicios de valor, controlar sus pensamientos y su conducta, por lo tanto, es una capacidad imprescindible.

Cuando se pierde la comunicación, debida a una deficiencia verbal se denomina *afasia*, Fort (2007) la entiende como la pérdida de capacidad para producir o comprender el lenguaje como consecuencia de algún daño cerebral. Estas alteraciones se caracterizan por la presencia de problemas tanto en la comprensión y en la denominación, como en la expresión del lenguaje oral y escrito, su afectación puede adquirir diferentes grados de intensidad; incapacidad para recordar el nombre de objetos conocidos y usuales, configuración de palabras incoherentes, resultante de mezclar la terminación de unas con el comienzo de otras. Lenguaje pobre, reiterativo inicialmente para palabras y al final para sílabas. Repetición de las últimas sílabas de cada palabra e incapacidad para hablar.

c) Apraxias

Aunque el término apraxia signifique *sin acción*, se utiliza en un sentido más general para describir una disminución o pérdida de las habilidades motoras. Entonces, se denomina apraxia a la incapacidad de realizar movimientos finos y de forma coordinada cuando existe una indemnidad del sistema neuromotor y de la comprensión, se manifiesta en la alteración del control voluntario de los movimientos intencionales. Es decir, se produce una dificultad para programar, secuenciar y ejecutar gestos con un objetivo e intención (Mangone et al., 2005).

La apraxia comprende un amplio espectro de defectos del movimiento, causados por una alteración neurológica adquirida que afecta movimientos previamente aprendidos. Esta alteración es la organización del movimiento voluntario en el espacio, se produce por lesiones en el cuerpo caloso, el lóbulo frontal o el lóbulo parietal (Ramos et al., 2007).

Fort (2007) describe los tipos de apraxias que pueden aparecer:

- Apraxia ideacional o ideatoria: Es la alteración de un acto motor que implica la utilización de objetos por un cambio en la secuencia o en el uso correcto del objeto.
- Apraxia ideomotora: Es la alteración de los actos motores que expresan una idea, como saludar, aplaudir, decir adiós o expresar que alguien está loco. Se puede observar desde una leve alteración en el gesto a la total incapacidad para realizarlo. El paciente no puede ser capaz de realizarlo a la orden, pero si a la imitación o de forma espontánea.
- Apraxia constructiva: La capacidad visuoconstructiva implica elementos perceptivos, espaciales, motores y ejecutivos. Es la dificultad para la organización de acciones complejas en dos o tres planos del espacio.
- Apraxia del vestir: Es la incapacidad de vestirse por sí mismo, debido a un trastorno del esquema corporal o de la planificación motora.

d) Agnosias

El reconocimiento de estímulos en sus diferentes variantes de percepción sensorial, es otra de las pérdidas características de la demencia Alzheimer. La limitación o imposibilidad para dar una interpretación de lo que se percibe, supone una gran dificultad en la vida del enfermo a la hora de comunicarse con el entorno (Fernández et al., 2012).

La incapacidad de integrar la información está relacionada a la falta de síntesis simultánea de la información. Los pacientes con demencia tipo Alzheimer presentan varios síntomas típicos de esas lesiones: agnosia espacial, que se refiere a la imposibilidad de la persona de orientarse en el espacio, evocar un trayecto o localizar lugares y la asomatognosia o agnosia corporal, que hace referencia a la alteración de la percepción de la imagen corporal (Pinto, Exeni y Peñaloza, 2007).

En función del tipo de déficit y de la modalidad sensorial o específica que esté afectada se clasifican diferentes tipos de agnosia (ver Figura 17).

Figura 17.

Clasificación de la Agnosia

Percepción-reconocimiento	Modalidad sensorial	Modalidades específicas
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aperceptiva ▪ Asociativa 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Visual ▪ Auditiva ▪ Táctil 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prosopagnosia (caras) ▪ Cromática (colores) ▪ Espacial (lugares) ▪ Alexia agnósica (letras, palabras, fases) ▪ Afasia óptica (objetos visualmente) ▪ Amusia (música) ▪ Sordera verbal (Lenguaje) ▪ Digital

Referencia. Fort (2007, p. 52).

e) Alteración en la orientación temporo-espacial

La orientación ha sido definida como la conciencia de uno mismo en relación a lo que le rodea, requiere una integración consistente y eficaz de la atención, percepción y memoria. Los déficits de orientación más comunes son el deterioro espacial y temporal, pues están entre los síntomas más frecuentes de los trastornos cerebrales, típicamente en los que implican afectación cortical difusa como es la demencia tipo Alzheimer (Yanguas et al. 2005).

La desorientación temporal suele ser un factor de deterioro precoz en personas dementes, más tarde se afecta también la orientación en espacio, llegando a la desorientación completa. Es un problema de conducta que puede afectar a la funcionalidad del enfermo y contribuir a la pérdida de autonomía del mismo, ya que al no reconocer el entorno, no poder distinguir situaciones de peligro u olvidar la ingesta de un medicamento, puede llevar al paciente a situaciones arriesgadas con las posibles consecuencias que eso conlleva (Fort, 2007).

Continuando con el autor (2007) refiere que en la orientación personal, el paciente debe tener conciencia real de quien es, cuántos años tiene, la fecha de nacimiento, el nombre de sus familiares más allegados, la dirección en la que vive y parte de su autobiografía. En las demencias en fases moderadas el paciente todavía mantiene la orientación personal, aunque no sepa los años que tiene. En fases más graves el paciente no se reconoce y aparece el proceso de despersonalización, tanto de él, como de la información de su entorno.

f) Alteración de la atención

Así como en el envejecimiento normal la atención se afecta, en las personas con Alzheimer es otro de los procesos cognitivos que se dañan precozmente, su alteración se conoce como *aproxexia*, se ve alterada la capacidad de discriminación de estímulos relevantes en cuanto a la atención selectiva y el proceso atencional decae más rápidamente en lo que a atención mantenida se refiere (Fernández et al., 2012).

De acuerdo con Damaso (2006), la atención al igual que la memoria no está considerada como una habilidad unitaria y se han establecido diferentes tipos o categorías de niveles atencionales:

- La atención dividida: Se refiere a la capacidad de atender o realizar dos o más tareas de forma simultánea.
- La atención mantenida: Es la actividad de mantenimiento de la actuación en una tarea durante un largo periodo de tiempo
- La atención selectiva: Implica el filtro de la información no relevante como es el ruido, para concentrarse en la relevante y de esta manera dirigir las acciones de forma correcta, la habilidad de rápido cambio atencional, se refiere a la capacidad de cambiar de forma alterna a dos o más fuentes de impulsos.

Continuando con el autor (2006) señala que con el envejecimiento se afectan algunos tipos de atención más que otros, esto se debe al resultado como proceso emergente de una red de conexiones corticales y subcorticales de predominio hemisférico derecho.

g) Alteración del cálculo

El cálculo, desde el punto de vista neuropsicológico es una función muy compleja, pues en una simple operación aritmética intervienen una gran cantidad de mecanismos neurocognitivos, de procesamiento verbal, gráfico de la información, percepción y reconocimiento. En la EA es otra de las funciones de deterioro precoz, inicialmente se afecta el cálculo mental y más tardíamente el escrito, la *discalculia* o *acalculia* en sus diferentes formas, son dominios cognitivos que expresan la evolución del daño cortical cerebral (Mangone et al., 2005).

En realidad, la discalculia se refiere más a la pérdida de la habilidad de calcular rara vez de forma total, suscitándose en personas normales; mientras que la acalculia se define como el trastorno adquirido de la habilidad de cálculo, secundario a una lesión cerebral. Se ha asociado tanto a alteraciones generales del SNC, como estructurales locales; de entre las primeras destacan las demencias, habiéndose llegado a sugerir que podría suponer un signo precoz de la EA (Bermejo y Castillo, 2006).

h) Alteración de la ejecución

Las funciones ejecutivas corresponden a los procesos cognitivos más avanzados, por tanto, más recientes en el desarrollo de nuestra especie; incluyen capacidades relacionadas con el autocontrol y la regulación de nuestro comportamiento, el juicio, la toma de decisiones, la planificación, iniciación y verificación de la conducta realizada, así como a la inhibición y el cierre a voluntad de la misma (Rey y Lleó, 2010).

Pueden aparecer déficits de estas funciones en estados muy iniciales o incluso prodrómicos de la enfermedad Alzheimer, al mostrar un déficit en tareas de funciones ejecutivas respecto a sujetos sanos, cuando las tareas requieren una manipulación simultánea de información precediendo al declive de otros procesos cognitivos, tales como el lenguaje o la atención (Fernández et al., 2012).

i) Alteración en pensamiento, juicio y abstracción

La capacidad para enfrentarse a diferentes situaciones aun siendo novedosas dando respuestas adecuadas a las mismas, en la persona demente las respuestas son poco sensatas o insensatas frente a situaciones no especialmente complejas, adopta comportamientos inapropiados para el lugar y momento en el que se encuentra; ello explica el rechazo que experimentan estos pacientes ante cualquier situación que les resulte novedosa, debido a su disminuida capacidad de adaptación y de aprendizaje frente a nuevas situaciones (Ramos et al., 2007).

La formación de conceptos y la abstracción también sufren con la edad, según Yanguas et al. (2005) las personas mayores tienden a pensar en términos más concretos que los jóvenes y disminuyen la flexibilidad mental necesaria para hacer nuevas abstracciones y formar nuevos lazos conceptuales, con un escalón de disminución después de los 70 años, que puede no ser apreciable hasta los 80 años. La inflexibilidad mental aparece con una dificultad para adaptarse a situaciones nuevas, resolver problemas, cambiar las instrucciones o la actividad mental.

Hasta aquí, puede decirse que el deterioro de las funciones cognitivas constituye el núcleo de los síntomas clínicos de las demencias. Sin embargo, existen otros síntomas que pueden afectar gravemente la calidad de vida de las personas enfermas y generarles numerosos problemas a ellas, a las personas responsables de sus cuidados y a sus familiares. Se trata de los síntomas psicológicos y conductuales.

3.2.2. Síntomas psicológicos y conductuales

La International Psychogeriatric Association (IPA) los define como la alteración de la percepción, del razonamiento, del estado de ánimo o del comportamiento que aparece a menudo en las personas con procesos demenciales. Constituyen un motivo fundamental de consulta durante el seguimiento de las personas con demencia, siendo obligado su detección, diagnóstico y correcto abordaje al ser considerados como generadores de malestar emocional, no solo para ellas, sino también para sus familias, además de constituir una de las principales causas de institucionalización precoz (Montón et al, 2011).

Los síntomas psicológicos y conductuales más frecuentes que pueden aparecer en las personas con enfermedad de Alzheimer son los siguientes:

a) Cambios de personalidad

Probablemente, se trate del síntoma más prevalente de las demencias apareciendo en el 95% de los casos. En su génesis interviene la dificultad que presenta el sujeto para adaptarse a situaciones de la vida diaria y las respuestas descoordinadas de éstos. Aparecen en estadios precoces, siendo a veces la primera señal de alarma de la enfermedad (Ramos et al., 2007).

Los cambios de personalidad más frecuentes en la EA son disforia, conductas motoras aberrantes, desinhibición, incremento de la rigidez personal, deterioro en el control emocional y pérdida de interés por los sentimientos de los demás. Solo algunos cambios de la personalidad se relacionan con la intensidad del deterioro cognitivo (Alberca y López-Pousa, 2011).

b) Psico-afectivos

En esta categoría se encuentra la depresión, en muchas personas de edad avanzada este trastorno se presenta con síntomas poco evidentes, son frecuentes las quejas diversas sobre dolores inespecíficos y mal localizados. Suele ocurrir que comience a pensar recurrentemente en la muerte y en los que ya no están. Muchas veces los pacientes tienen limitada su capacidad de lenguaje, por lo que no pueden expresar sus sentimientos de modo verbal, sino en otras conductas como una marcada irritabilidad incluso con agresividad (Bagnati et al., 2003).

Otro trastorno psico-afectivo es la ansiedad, presentada como el temor o sentimiento de pérdida de control excesivo o injustificado, expresado de forma verbal, gestual o motora. El intervalo de conductas ansiosas en pacientes con demencia es muy elevado y oscila entre el 0% y el 50% con una media de 32%. Los síntomas de ansiedad en la EA suelen estar asociados a depresión, trastornos de la conducta y a un mayor deterioro cognitivo, además de alucinaciones delirios y agresividad (Alberca y López-Pousa, 2011).

La apatía, se define como un estado en el que el paciente presenta pérdida de motivación, de interés por las actividades, la voluntad y la iniciativa, junto con una disminución de las respuestas afectivas frente a elementos positivos o negativos. Su prevalencia oscila entre el 36% y el 72%, aunque solo en un 13% de los casos se observa sin estar asociada a una depresión mayor o a un trastorno distímico (Rey y Lleó, 2010).

c) Psicóticos

A este grupo pertenecen las alucinaciones, definida como falsas percepciones o distorsionadas, ya sea de tipo visual, auditivo, olfatorio, gustativo, somático u otra experiencia sensorial insólita. Las alucinaciones principalmente visuales aparecen en un 25% o 30% de los casos y en semejanza a lo reportado, parecería no existir una correlación franca entre la aparición de alucinaciones y el nivel de deterioro cognitivo. Debe considerarse que la abrupta aparición de alucinaciones en la EA sugiere descartar un síndrome confusional agudo (Mangone et al., 2005).

Los delirios a diferencia de las alucinaciones, son trastornos del pensamiento en los que se expresa una realidad errónea o una idea imposible. Existe una pérdida del contacto con la realidad, lo cual, no se debe pretender convencer al individuo de su error ya que éste no lo percibe. En los estados de confusión mental el paciente pierde la lucidez, hay un gran defecto de la atención y la memoria que hacen que se desoriente con respecto al ambiente y la situación. Generalmente se le ve embotado, enlentecido y con somnolencia, en el delirio agudo se agregan ocurrencias absurdas y alucinaciones visuales, frente a las cuales suele reaccionar con miedo o con agresividad. En el paciente con demencia estos estados aparecen con facilidad, ante una discreta deshidratación, un estado infeccioso, una insuficiencia cardiaca o respiratoria, como un efecto colateral de muchos fármacos. Durante estos episodios se puede creer que el daño cerebral es muy severo, pero al tratar el factor desencadenante se vuelve al estado previo (Donoso, 2007).

Otro trastorno psicótico son las anomalías en el reconocimiento, consisten en identificaciones erróneas de personas u objetos. Se trata de actos de difícil definición ya que pueden quedar enmascarados por las agnosias así como por los delirios y alucinaciones. Aparecen en el 25% y 50% de los dementes en algún momento de su evolución, pueden darse múltiples variedades desde falso reconocimiento de familiares, fantasmas en el domicilio o relación con los espejos (Ramos et al., 2007).

d) Trastornos en el comportamiento

La agresividad y hostilidad, es la actividad conductual que produce mayores dificultades a los cuidadores y familiares. Los pacientes suelen sentirse amenazados, agredidos, forzados a hacer algo que estiman innecesario y se defienden ante ello, manifestándolo en forma de hostilidad, insultos y gritos; o bien física, contra el entorno o contra sí mismos. La agresión física suele verse en no menos del 20% de los casos, en tanto que la verbal es mucho más elevada. Las reacciones agresivas se han identificado con mayores atrofas de los lóbulos temporales (González, 2001).

La agitación es uno de los síntomas que causa más problemas en el entorno sea este la familia o un hogar geriátrico. La misma puede tomar muchas formas, pero se le entiende como un estado de aumento de la actividad motora, con un sentido definido o no. Este cuadro generalmente demanda acciones rápidas y a veces puede aparecer como respuesta a alguna provocación que el paciente pueda interpretar como tal o como respuesta a alguna frustración cuando se le contradice o cuando intenta realizar alguna tarea sin éxito (Bagnati et al., 2003).

El insomnio, es la pérdida del ciclo sueño-vigilia fisiológico. Olazarán, Agüera y Muñiz (2012) contribuyen a ello la citada desorientación nocturna así como la irritabilidad y agitación que les produce la noche, puede depender de múltiples causas; un estado de ansiedad, dolor, frío, la necesidad de orinar con frecuencia y las alteraciones del control biológico del ritmo sueño-vigilia por la enfermedad cerebral, esto se expresa como la tendencia a dormitar a ratos durante el día y a despertar con frecuencia durante la noche (Donoso, 2007).

Otra conducta es el vagabundeo, se denomina a la tendencia a deambular y sin rumbo que presentan los dementes, como si buscasen algo o a alguien, se exagera por las noches como consecuencia de la desorientación nocturna. Esto constituye una fuente de riesgos apreciable en forma de caídas y accidentes; así como un foco de estrés para los cuidadores y familiares. Aparece en torno al 60% de los dementes, no tienen un tratamiento específico, ahora bien, se debe evitar reprimir esta tendencia mediante sujeciones u otros artilugios, ya que aumentan el nivel de excitación y ansiedad. Por el contrario deben favorecerse mediante pistas para erráticos con medidas de seguridad en centros institucionales (Ramos et al., 2007).

Por otro lado, es habitual en la demencia que la actividad sexual disminuya o cese completamente, aunque unas personas pueden presentar fases de arrebatos. Lo más habitual son comportamientos exhibicionistas, conducta que puede resultar molesta y embarazosa para las personas cuidadoras o familiares (Montón et al., 2011).

En lo que respecta a los trastornos del apetito, en esta situación se pueden presentar como bulimia compulsiva, con un impulso elevado para la ingesta de todos o de algún tipo de alimento y a la anorexia extrema debido a la falta de impulso para la ingesta (Olazarán et al., 2012).

Una vez revisados los síntomas psicológicos-conductuales, se puede confirmar que se trata de uno de los síntomas peor soportados por el cuidador y la familia de la persona con EA, pues son vivenciados de una forma especialmente catastrófica, denigrante y humillante. Además de todos los síntomas y características descritas dentro del perfil neuropsicológico, hay que resaltar que debido a su deterioro progresivo, le siguen una serie de alteraciones funcionales, que generalmente se manifiestan en la última fase resultando con total dependencia, y como consecuencia una pérdida de autonomía.

3.2.3. Trastornos funcionales

Desde el momento del nacimiento se van desarrollando capacidades motrices y habilidades de manera progresiva; no obstante, en las personas con EA se presenta la pérdida de estas capacidades y habilidades también de forma progresiva conforme avanza la enfermedad. En tal sentido, comienzan por afectarse sucesivamente las actividades avanzadas de la vida diaria, posteriormente progresa afectando a las actividades instrumentales y por último afecta a las actividades básicas (ver Figura 18). El resultado final del proceso viene determinado por una pérdida de la autonomía personal con discapacidad en diferentes grados que le hacen depender de otras personas (Ramos et al., 2007).

Figura 18.

Alteraciones de las actividades de la vida diaria en la EA

Actividades avanzadas	Actividades instrumentales	Actividades básicas
<ul style="list-style-type: none"> • Actividad laboral • Manejo de dinero efectivo y manejo de las finanzas • Recreación: Viajes y grupos sociales • Compra de alimentos • Actividad científica o profesional 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidados en el hogar: preparación de alimentos, poner la mesa, aseo del hogar, mantenimiento y reparaciones en la casa, lavar la ropa. • Comunicación: uso del teléfono, leer y escribir • Transporte: Conducir el automóvil o abordar el autobús • Autocuidado: toma de medicamentos 	<ul style="list-style-type: none"> • Autocuidado: bañarse, alimentarse, vestirse, control de esfínteres, cuidado personal • Movilización • Comunicación: hablar y comprender

Referencia. Elaborado por el autor de tesis (2013; Adaptado de Slavchesky y Oyarzo, 2008).

Donoso (2007) refiere que tanto en el envejecimiento normal como en la EA, la marcha y el equilibrio se irán degradando, pues el deterioro de la marcha es progresivo y definitivo, se va perdiendo el equilibrio frente a un desplazamiento brusco o a un obstáculo inesperado, la marcha se hace a pasos más cortos con disminución de braceo, con incertidumbre y torpeza en los giros; viéndose agravado en la mayoría de las ocasiones por la presencia de diferentes enfermedades como los defectos de la visión y audición o las alteraciones reumatológicas o neurológicas que hacen aún más difíciles los desplazamientos.

Hasta aquí se ha descrito de manera general el conjunto de síntomas y signos que alteran el desempeño global de la persona con EA, sin embargo, al ser definida de carácter evolutivo y progresivo, es necesario contemplar las tres fases de desarrollo por las que pasa esta enfermedad.

3.3. Evolución de la enfermedad

Se inicia este apartado con diez signos de alarma que difunde la Asociación de Alzheimer Americana (AaZA) y que pueden poner en guardia al sugerir que una persona probablemente padece esta enfermedad de comienzo habitualmente insidioso (Martínez, 2009).

- Pérdida de memoria que afecta a la capacidad laboral
- Dificultad para llevar a cabo tareas familiares
- Problemas con el lenguaje
- Desorientación en tiempo y lugar
- Juicio pobre o disminuido
- Problemas con el pensamiento abstracto
- Cosas colocadas en lugares erróneos
- Cambios en el humor o en el comportamiento
- Cambios en la personalidad
- Pérdida de iniciativa

3.3.1. Etapa inicial/leve

En esta fase de la enfermedad, lo que caracteriza a los estadios iniciales de las demencias es la aparición de pequeños olvidos que influyen en la realización de actividades cotidianas, por ejemplo, al hacer las compras la persona olvida adquirir cosas necesarias, deja el monedero en casa, no recuerda la cantidad de dinero que tiene, no recuerda la línea que tiene que abordar o los horarios. La falla más evidente es la pérdida de memoria episódica reciente, también hay fallas de la atención-concentración, por mencionar en el manejo del hogar deja el gas abierto o el fuego encendido. Estas situaciones no suceden de manera esporádica, sino que pueden aparecer reiteradamente en su día a día (Nogales et al., 2003).

En lo que respecta a las alteraciones iniciales en el lenguaje, los primeros síntomas detectables suelen ser el empobrecimiento de la riqueza expresiva, y a veces, la disminución de la iniciativa del habla. La persona es consciente de sus dificultades lingüísticas y puede hablar de las sensaciones que experimenta, es frecuente escuchar expresiones del tipo *no sé qué me pasa, ya no es como antes*. En general la conversación y el lenguaje están relativamente preservados, aunque con ligeros déficits, la persona va encontrando problemas al nombrar objetos cotidianos, aunque no repercute en su independencia en las actividades básicas de la vida diaria ya que todavía sigue reconociendo los objetos y usándolos de manera adecuada (Murillo, s.f.).

Simultáneamente aparecen los típicos despistes, a veces no sabe ubicar donde se encuentran algunas cosas o incluso él mismo. La temprana desorientación temporal que en estos momentos se caracteriza por la confusión de un día de la semana con otro o el olvido del día exacto del mes, puede conllevar que por ejemplo, la persona no acuda a las citas médicas concertadas, se olvide de la celebración de cumpleaños o no asista a reuniones planeadas con amigos (García, 2005).

Con lo que respecta a su personalidad, está sujeto a bruscos cambios de humor cuando se percata de que ha perdido el control sobre los elementos que le rodean, suele presentar trastornos de ansiedad, depresión, hostilidad, lo que provoca la tendencia a aislarse en un entorno familiar que conoce bien, se desinteresa por las reuniones sociales y por frecuentar sitios y gente de confianza (Gay et al., 2010).

3.3.2. Etapa intermedia/moderada

En esta fase aparece la triada afasia, agnosia y apraxia. Si bien, los recuerdos de su pasado serán sorprendentemente claros y precisos, pero con manifestaciones de lagunas, tanto de su historia de vida como de las circunstancias del presente y del pasado. En muchas ocasiones, el enfermo no recuerda si ha comido o no, si se ha tomado la medicación o incluso si ha dado de comer o paseado a su mascota. Su estado de ánimo puede ser rápidamente variable, sus conductas empezarán a parecer extrañas, le será difícil estar en lugares donde haya mucha gente y poco a poco necesitará de más ayuda para realizar sus actividades básicas de la vida diaria como bañarse, vestirse y arreglarse (Feria, 2005).

La pérdida del lenguaje es espontáneo, no inicia ninguna conversación, al principio aún tiene respuestas correctas cuando se le pregunta, poco a poco va olvidando el léxico y después pierde la sintaxis, hay dificultad para encontrar palabras y nombres, cada vez se expresará más lento, más suave e irá perdiendo vocabulario, finalmente solo podrá pronunciar cinco o cuatro frases cortas, generalmente convencionales (Acarín, 2010).

En esta etapa surgen las reacciones agresivas desproporcionadas respecto al motivo que las ha desencadenado. Puede acusar a alguien de robarle si no encuentra su monedero, grita e incluso se vuelve agresivo si se le insiste para que se bañe. Cuanto más depende de otros más se irrita, su fatiga aumenta y no hace nada sin que se le estimule. Experimenta miedos injustificados; un ruido, una cortina que se mueve o una luz pueden desencadenarlos. Camina durante horas de un lado a otro, se levanta durante la noche y prepara su maleta para volver a casa (Gay et al., 2010).

Cabe decir que debido a la mayor desorientación espacial, la persona se puede perder en entornos más cercanos y conocidos como su propia colonia o casa; por tanto, se ven alteradas las actividades instrumentales de la vida diaria, como hacer la compra, llegar al centro de salud, el cuidado de otros, por ejemplo, llevar a sus nietos al colegio. Así mismo, la orientación temporal está totalmente afectada, de manera que funcionalmente puede repercutir en actividades básicas de la vida diaria, como puede ser el vestido o utilizar ropa no adecuada para la estación del año que corresponda.

Por otro lado, la aparición de las apraxias ideatoria e ideomotora le impide realizar una serie de movimientos coordinados, así como secuenciar una acción compleja. La apraxia más característica es la del vestido, por la cual comenzará teniendo problemas, ya sea para abotonar las prendas, abrocharse los zapatos, anudarse un pañuelo o una corbata y para colocar las prendas en el orden correcto. Durante la alimentación se observan problemas para utilizar cuchillo y tenedor. Otras actividades que se pueden ver afectadas inicialmente con la aparición de las apraxias y las agnosias son el cepillado de dientes, peinado, baño, es decir, no se lava todas las partes del cuerpo, no escoge los utensilios adecuados, no sabe regular el agua fría y caliente, o en el uso del retrete no lleva a cabo una adecuada limpieza o la realiza con objetos no apropiados como toallas (Fernández et al., 2012).

3.3.3. Etapa avanzada / severa

Esta etapa se constituye con alteración severa o global en todas las áreas. Su memoria es nula ya que se observa incapacidad de la persona para reconocer familiares allegados o amigos muy íntimos, muestra alteraciones agnósicas tanto para los objetos, lugares y elementos propios como para rostros. En cuanto al lenguaje es limitado, pierde el control de la voz, se vuelve poco comunicativo y utiliza solo frases cortas y balbuceos, se encuentra desorientado temporal, personal y espacialmente. Además puede presentar signos extrapiramidales, como hipertonia y mioclonía, tanto de miembros inferiores como de superiores (Hernández et al., 2006).

Siguiendo este curso, se evidencia una apraxia severa, llegando a un estado de inmovilidad más o menos intenso, en los últimos momentos de la enfermedad hay una dependencia absoluta para todas las actividades de la vida diaria como es la incontinencia completa y deglución ya que la persona apenas responde a los estímulos del entorno que le rodea. En esta fase comienzan a aparecer las complicaciones de la enfermedad, en este sentido las más frecuentes se deben a su inmovilidad, a los trastornos en la deglución, suelen presentar delirium, crisis comiciales, lesiones cutáneas desde inflamación en la piel a úlceras por presión, infecciones bucodentales, urinarias y sobre todo respiratorias, siendo éstas últimas la principal causa de muerte en las fases terminales de los pacientes con demencia (Ramos et al., 2007).

Al verse expuesto por toda la serie de signos y funciones alteradas, la pérdida es ya irreparable. El enfermo tiene que ser ayudado en todas sus actividades, es una etapa de mucha impotencia y dolor, el esfuerzo físico por parte del cuidador es extenuante, el deterioro del enfermo es completo, pues ya no deglute, está postrado o permanece en cama hasta que muere por algún otro padecimiento o complicación. Es la etapa de los sentimientos encontrados, por un lado el deseo consciente de la muerte y el sentimiento de culpa que esto implica; por otro lado, el cuidador o familiar siente frustración por hechos aún no consumados (Carvajal, 2013).

A continuación, se resume la evolución de la enfermedad según el área afectada y los síntomas que se manifiestan de acuerdo a las diferentes fases (ver Figura 19).

Figura 19.

Etapas evolutivas de la Enfermedad de Alzheimer

Áreas Duración	Fase 1 2-4 años	Fase 2 10 años	Fase 3 2 años
Memoria	Pequeños olvidos, confusión, dificultad para recordar cualquier tipo de información.	La pérdida de memoria es severa. Confusión de nombres, lugares y vivencias, hay dificultad para reconocer a sus amigos y familiares.	Dificultad para reconocer a cualquier miembro de la familia. Pérdida de todos los recuerdos.
Lenguaje	Problemas para encontrar la palabra adecuada, se dan frases cortas, mezcla ideas sin relación.	La comunicación se disminuye, habla menos, vocabulario pobre, no acaba las frases.	Balbucea, repite palabras sin sentido, no comprende lo que se le dice, hasta dejar de hablar por completo.
Pérdida de razonamiento	Todavía está bien, aún puede conducir, se viste y come bien.	Deja de preocuparse por su apariencia, pierde la capacidad para tomar una decisión correcta.	Pierde todo su razonamiento, no controla los esfínteres, no puede comer, ni bañarse solo.

Figura 19. (continuación)

Desorientación espacial	Puede perder o no recordar dónde coloca algunos objetos.	Hay una desorientación en lugares fuera de su hogar, en ocasiones se pierde hasta en su propia casa	Desconoce todo lo que le rodea, año, día, lugar. Pierde las capacidades motoras básicas como el caminar.
Cambios en la conducta y la personalidad	No son notorios	Tiene cambios exagerados de personalidad, se convierte en una persona desconfiada, dependiente o huraña.	Cambia totalmente su forma de ser, se vuelve totalmente dependiente.
Trastorno del sueño	Sufren de una ausencia de sueño profundo, se despierta muchas veces y tiene dificultades para volver a conciliar el sueño	No relaciona el dormir con la oscuridad, a menudo provoca que llegue a una total inversión del ciclo normal del sueño día-noche.	Algunas personas pasan la mayor parte del tiempo en un estado de somnolencia
Alucinaciones y delirios	No son notables	La persona experimenta falsas ilusiones y alucinaciones, tiene comportamientos angustiosos.	Se puede generar alucinaciones y delirios de ruina, culposidad personal o deterioro corporal.
Agresividad	Los cambios de carácter son frecuentes, se dan de repente y sin causa aparente. El enfermo se muestra agitado y agresivo.	Va a depender de los rasgos de la personalidad.	Disminución de la agresividad.
Trastornos del estado de ánimo	Tiene cambios bruscos de humor.	A menudo la persona podrá estar enojada, agresiva o violenta.	No se presenta.

Figura 19. (continuación)

Depresión	Se da una depresión, puede ser duradera. Se caracteriza por el retraimiento, la desesperación, llantos y la pérdida del interés por los placeres de la vida.	Puede experimentar depresión y tristeza. Podría hablar y pensar lentamente. La depresión puede quitarle interés hacia la comida y otras actividades.	No se presenta.
Apatía	Se da un auto abandono, dejan de encontrarse con sus amigos y familiares, y están emocionalmente pasivos, indiferentes.	Se caracteriza por la falta de iniciativa y la escasa repercusión emocional.	Son poco expresivos, suelen estar ajenos a lo que sucede alrededor e incluso ajeno a lo que sucede en su propio cuerpo.
Ansiedad	Se debe al no ser capaz de llevar a cabo tareas cotidianas. Se acompaña de tristeza y desesperanza debido a la inquietud que sufre por un futuro incierto.	Las crisis de ansiedad o pánico son más frecuentes.	Aparecen más por la tarde noche y acompañan a síntomas de psicosis, confusión, fobias diurnas o temores nocturnos.
Irritabilidad	Desencadenar situaciones de confrontación con la persona más allegada.	No son notorias	No son notorias
Trastorno de la conducta alimentaria	Mantiene la rutina alimentaria.	A menudo se olvidan si ya comieron o cómo usar los cubiertos.	La persona tendrá que ser alimentada.
Comportamiento sexual	No afecta las relaciones sexuales, pero la actitud de la persona puede alterarse.	La persona puede demandar sexo excesivamente o comportarse con su pareja de forma inadecuada.	Disminución de la demanda sexual.

Referencia. Ramírez y Amador (2009, p.p. 3-6).

Es conveniente precisar que no todos los problemas van a aparecer en el orden nombrado, ni todos ellos van a producirse en todos los casos. Fernández y otros (2012) refieren que hay personas que se encuentran ya en fases avanzadas y aún mantienen la capacidad para llevarse el alimento a la boca, y en cambio, otras cuyo deterioro cognitivo no es todavía tan severo no mantienen dicha capacidad y no colaboran en la realización de ninguna otra actividad de la vida diaria.

3.4. Evaluación y diagnóstico

El diagnóstico es fundamental para la identificación de identidades reversibles o tratables en el síndrome demencial. Desafortunadamente las demencias no son reversibles en todos los casos, pues en muchas ocasiones el paciente no recupera el nivel intelectual previo, sin embargo, no significa que la enfermedad no sea tratable y que no se pueda obtener una mejoría parcial o prevenir y detener la progresión secundaria del déficit cognitivo (Senties y Estañol, 2006).

Los investigadores y profesionales de la salud mental han dedicado mucha atención al desarrollo de pruebas cognitivo-conductuales para diagnosticar la EA en sus etapas iniciales, si los resultados indican que existe un deterioro cognitivo, se deberá ampliar con evaluaciones neuropsicológicas (Halgin y Whitbourne, 2009).

Rami et al. (2009) refieren que las pruebas cognitivas de cribado o diagnóstico no pueden sustituir a una exploración neuropsicológica para valorar a pacientes en un estadio concreto de enfermedad neurodegenerativa; es decir, no pueden utilizarse como único instrumento.

Pinto et al., (2007) indican que como ayudas cuantitativas en el examen clínico se aconseja la utilización de varias escalas evaluativas que permitan una valoración sistemática y rápida del deterioro intelectual de estos pacientes, pues además de conocer el diagnóstico, son herramientas para determinar el grado de evolución de la demencia y tanto el psiquiatra como el psicólogo recurren al uso de diversas escalas para la medición de la demencia tipo Alzheimer.

Enseguida se describirán algunas de las principales escalas evaluativas más usadas en la enfermedad de Alzheimer.

3.4.1. Mini-Mental State Examination (MMSE)

El MMSE es el instrumento clínico que se utiliza más comúnmente para diagnosticar la EA, fue desarrollado en 1975 por Folstein, Folstein y McHugh, como un método práctico que permite establecer el grado del estado cognoscitivo del paciente y así, poder detectar demencia o delirium. Las características esenciales que se evalúan son: orientación espacio-temporal, capacidad de atención, concentración y memoria, capacidad de abstracción (cálculo), capacidad de lenguaje y percepción viso-espacial, y capacidad para seguir instrucciones básicas. Consiste en una breve escala para la valoración de las funciones cognitivas, es una prueba de fácil manejo destinada para ser aplicada de forma individual, puede ser administrada por personal no especializado, con un tiempo necesario de examen, por lo general, no superior a 10 minutos, se debe aplicar en un lugar propicio, confortable y sobre todo libre de ruidos distractores así como de intrusiones. La puntuación máxima es de 30 puntos, puntuaciones inferiores a 24 puntos sugieren un deterioro cognitivo. Debe tenerse en cuenta que los resultados en éste como en cualquier otro test neuropsicológico, están influenciados por el nivel cultural de los pacientes. En los estudios referidos a las limitaciones del MMSE, los autores evaluaron su aplicación en gente que tenía dificultades de aprendizaje y encontró que era inapropiado para personas con niveles moderados o severos de minusvalía y en gente con nivel leve de minusvalía pero sin habilidad lecto-escritora (Burín, Drake y Harris, 2007).

3.4.2. The Confusion Assessment Method (CAM)

Inouye et al. (1990; citados en Salazar y Villar, 2007) diseñan este instrumento, que evalúa con especificidad la presencia de demencia y valora múltiples características del delirio, tales como el comienzo brusco, inatención, pensamiento desorganizado, nivel de conciencia alterado, desorientación, alteración de la memoria, alteración de la percepción, actividad psicomotora alterada y el ciclo sueño-vigilia. Se creó basándose en los criterios diagnósticos del DSM III-R e incluye: inicio agudo y curso fluctuante, inatención, pensamiento desorganizado y alteración del nivel de conciencia. Los cuatro ítems demostraron mayor habilidad para diferenciar delirio o confusión reversible de otros tipos de deterioro cognitivo.

Continuando con el autor (2007) refiere que los estudios de validación de la escala mostraron una sensibilidad de 94-100%; especificidad de 90-95% y falsos Positivos de 10% correlación significativa con el Mini Mental. Este test puede ser aplicado por médicos, profesionales de enfermería u otros profesionales sanitarios no especializados en neuropsicología, que sean previamente entrenados. Es un instrumento que identifica presencia o ausencia de delirio pero no mide magnitud o severidad del mismo, lo que lo hace poco útil para detectar mejoría o empeoramiento clínico por lo tanto es útil como diagnóstico pero no para seguimiento.

3.4.3. Short Portable Mental Questionnaire de Pfeiffer (SPMSQ)

Este instrumento fue diseñado por Pfeiffer en 1975, para detectar la presencia y el grado de deterioro cognitivo. Consta de 10 ítems sobre cuestiones muy generales y personales. Explora la memoria a corto y largo plazo, la orientación, la información sobre los hechos cotidianos y la capacidad de cálculo. Puede ser aplicado por personal sanitario no especializado en neuropsicología y no es necesario un entrenamiento especial previo. En la aplicación se le hacen al individuo las preguntas de la lista de la uno a la diez, y se registran todas las respuestas. Las respuestas para ser puntuadas como correctas, deben ser dadas por el sujeto sin ninguna referencia tal como un calendario, periódico, certificado de nacimiento u otra ayuda nemotécnica. Se registra cada ítem incorrecto con un punto; se permite un fallo de más si la persona no ha recibido educación primaria y uno de menos si tiene estudios superiores. Es decir, de 3 o más errores en el caso de personas que al menos sepan leer y escribir y de 4 o más para los que no. Con base en la estandarización original y dependiendo del número de errores, es posible clasificar al paciente como intacto o con deterioro intelectual leve, moderado o severo. La administración de la prueba dura no más de cinco minutos. Esta prueba alcanza una mayor fiabilidad y validez que el Mental State Questionnaire y está menos influenciado que otros test por el nivel educativo y la raza. Por ello el SPMSQ es considerado en la actualidad uno de los test de rastreo más adecuado para su aplicación en poblaciones generales. Aunque su principal problema es que no detecta cambios pequeños en la evolución (Lucas, 2003).

3.4.4. Escala de demencia de Blessed, Tomlinson y Roth

Es una guía de entrevista que sirve para determinar la capacidad de los mayores con demencia. Explora el comportamiento en la persona que ya se conoce que es demente; sirve para evaluar progresión o regresión del síndrome; se refiere a las actividades de la vida cotidiana, hábitos, cambios de personalidad, intereses y conducta. La escala consta de dos partes claramente diferenciadas. Por un lado, valora funciones cognitivas tales como orientación, atención y memoria, por otro lado, la escala de demencia evalúa las capacidades para desarrollar las actividades cotidianas y la sintomatología clínica de estos pacientes atendiendo a cambios en los hábitos, personalidad y conducta. La escala de demencia consta de 22 ítems divididos en tres apartados, el primer apartado, compuesto por 8 ítems, hace referencia a las actividades cotidianas, tales como realizar las tareas domésticas, manejo de pequeñas cantidades de dinero, orientación espacial; el segundo, compuesto por tres ítems, valora la capacidad para realizar los hábitos de comer, vestirse y control de esfínteres. El tercer y último, consta de 11 ítems, sobre aspectos de personalidad y conducta. Cada uno de los 22 ítems se puntúa según escala, considerando puntuaciones superiores a 4 puntos indicativas de deterioro mental (Aja y Villanueva, 1998).

3.4.5. Test de siete minutos de Solomon y Pendelberry

Este test fue diseñado por Solomon et al., en 1998, para ser aplicado en la evaluación de la demencia. Su principal aportación respecto a otras pruebas ya existentes es la agrupación en un solo instrumento de varias pruebas que habían mostrado un buen rendimiento diagnóstico en la demencia tipo Alzheimer y en su diferenciación de los defectos cognitivos del envejecimiento. Basados en las aportaciones más recientes de la neuropsicología cognitiva y la neurología conductual, seleccionaron las pruebas con dos criterios fundamentales, por un lado, debían explorar procesos cognitivos específicamente comprometidos en la EA y por otro lado, haber demostrado alta sensibilidad en la detección temprana de estos defectos. A estos dos requisitos de contenido se añadían otros de carácter técnico; las pruebas debían tener un tiempo de ejecución breve, un procedimiento de valoración objetivo y la posibilidad de ser aplicadas por personal no experto (Quijano et al., 2004).

Las pruebas que lo incluyen son:

- Test de orientación de Benton (orientación temporal).
- Recuerdo libre y facilitado (memoria episódica).
- Test del reloj (capacidad visuoespacial y visuoconstructiva).
- Fluidez categorial (memoria semántica y estrategia de recuperación de palabras).

Continuando con el autor, indica que con estas premisas metodológicas se diseñó y desarrolló una herramienta de evaluación neuropsicológica que ha sido muy bien acogida por su facilidad de aplicación, por su buen rendimiento diagnóstico y porque a diferencia de otras pruebas de diagnóstico, explora sistemáticamente numerosas funciones tales como orientación temporal, memoria inmediata y a largo plazo, denominación, organización visuoespacial, procesamiento y memoria semántica. Solo en condiciones óptimas se realiza en menos de 7 minutos, pero no rebasa el tiempo de las escalas cognitivas de diagnóstico y es una herramienta de evaluación que recoge datos específicos de varias áreas cognitivas, especialmente importantes en la EA y en otras demencias.

En definitiva, es fundamental el papel que tiene la valoración neuropsicológica, puesto que determina la diferenciación entre el envejecimiento normal y patológico, si bien, en las fases iniciales de la enfermedad es difícil detectarlo. Una vez confirmado el diagnóstico y su sintomatología, la EA por sus características propias y de progresivo deterioro va a generar paralelamente una dependencia del enfermo para cualquier actividad de la vida diaria ya sea básica o instrumental, por lo que esta dependencia hace que surja necesariamente la figura de un cuidador, de ahí que una de las funciones del psicólogo se va a centrar principalmente en el trabajo con el enfermo y su cuidador en lo que respecta a evaluación e intervención.

A continuación se exponen una serie de modelos de intervención, integrando las dimensiones psicológica y social que impactan a la persona afectada por EA y a su sistema familiar.

3.5. Intervención psicosocial

La intervención no farmacológica para tratar la enfermedad Alzheimer está basada en un enfoque psicosocial. Alberca y López-Pousa (2011) describen que este enfoque global toma en cuenta las capacidades cognitivas y funcionales de la persona, sin dejar de lado las emociones. De esta manera se favorece a una intervención multicomponente, que consiste en aplicar un conjunto de estrategias terapéuticas de diversos elementos, dirigidas a la persona con EA para rehabilitar y mejorar dominios como la cognición, la función, la conducta y el estado de ánimo.

Estas terapias actúan como complemento y refuerzo de la psicofarmacología, debido a que los fármacos van dirigidos a tratar solo una parte específica, y por sí solos no han sido un tratamiento eficaz. De acuerdo con la búsqueda informativa, las principales estrategias terapéuticas para tratar la EA pueden clasificarse de la siguiente manera.

3.5.1. Estimulación y activación cognitiva

a) Psicoestimulación cognitiva

Mediante técnicas terapéuticas, se pretende reforzar las capacidades mentales afectadas en la EA como son: la memoria, el lenguaje, la atención, la percepción, el cálculo y el razonamiento, y como consecuencia mantener las capacidades funcionales en la vida diaria como el manejo de finanzas, vestirse o asearse (Yanguas, 2005).

La intervención se realiza mediante sesiones terapéuticas en grupos reducidos y homogéneos de EA, teniendo en cuenta el nivel cognitivo y la edad, en la que se aplican diferentes técnicas como la orientación a la realidad, el entrenamiento de la memoria y la rehabilitación de funciones específicas, dirigidas a mantener las capacidades de los pacientes. Los objetivos que persigue la psicoestimulación cognitiva consisten en evitar la desconexión con el entorno y disminuir el estrés, reducir la frecuencia de los trastornos psicológicos y del comportamiento, dignificar mediante el refuerzo de la autoestima y de la propia identidad, potenciar las relaciones sociales, mejorar el estado y el sentimiento de salud (Losada, 2002).

b) Técnica de orientación a la realidad

La OR fue descrita por vez primera por Folsom (1966; citado en Yanguas et al., 2005) como una técnica para mejorar la calidad de vida de personas mayores en estados de confusión, alteraciones de orientación y de memoria. Entre sus objetivos está superar la confusión y la desorientación, evitar la desconexión de la persona con su entorno personal, familiar y social, mejorar la memoria de corto y largo plazo, incrementar la autonomía, y estimular los sistemas ejecutivos.

La técnica consiste en presentar y repetir información relacionada con la orientación temporal-espacial-personal. Esto proporciona a la persona una mayor comprensión de lo que le rodea y un aumento en la sensación de control y en la autoestima. Ha demostrado ser efectiva para la consecución de cambios en la cognición y en el comportamiento. Se pueden realizar en sesiones individuales o en un grupo pequeño varias veces por semana. Se considera apropiada para las fases leves y moderadas de la EA, debido a que en etapas avanzadas ha mostrado que aumenta la frustración de los pacientes (Alberca y López-Pousa, 2011).

c) Terapia de reminiscencia

Moreno (2009) define este proceso como la evocación de recuerdos, acontecimientos, hechos, vivencias, sucesos de la vida como un elemento de reflexión, de componente emocional y motivador. Unido a un trabajo cognitivo que se agrupa bajo elementos o materiales pasados, buscando una vinculación retrospectiva y temporal de contenidos vitales en el individuo.

Esta terapia se centra en estimular principalmente la memoria episódica o autobiográfica del paciente, también intervienen procesos como la atención focalizada, el lenguaje expresivo y comprensivo, la orientación, la memoria semántica y agnosias. Se utilizan recursos como fotografías, música, archivos grabados, artículos de periódico del pasado, objetos domésticos o conversaciones informales, con el objetivo de conservar la identidad del sujeto mediante la reactivación de su pasado personal. Esta técnica facilita las relaciones interpersonales y la comunicación de los pacientes, aumentando asimismo la sensación de bienestar y autoestima (Fernández et al., 2012).

d) Programas de computación interactivos

Cabe mencionar al programa Grador que ha sido desarrollado en España, este software es un sistema de rehabilitación y de evaluación. Consiste en la aplicación sistemática y reiterada de ejercicios y pruebas seleccionadas por el terapeuta según el nivel de dificultad necesario, dirigido a disminuir la deficiencia. Tiene la ventaja de efectuar simultáneamente una evaluación neuropsicológica, por lo que se puede conocer la progresión del paciente en el tiempo, emite refuerzos positivos y negativos según corresponda, tratando en todo momento de evitar que el paciente se sienta frustrado en sus respuestas y motivándolo a continuar con las pruebas, así como a mantener un nivel de atención suficiente (Franco, Bueno, Cid y Orihuela, 2001).

Por otro lado, el Instituto Catalán de Neurociencias Aplicadas (s.f.) han desarrollado un nuevo instrumento interactivo llamado Smartbrain, es un instrumento multimedia con un entorno dinámico que permite una gran flexibilidad a la hora de programar ejercicios de psicoestimulación. El programa consta de un total de 12,600 ejercicios distintos que parten de seis categorías cognitivas (atención, memoria, cálculo, orientación, lenguaje y gnosias) además cada actividad tiene 15 niveles de dificultad distintos, a prefijar por el terapeuta o que se modifican por el propio programa según la ejecución del paciente.

La misma institución refiere que la figura del terapeuta crea planes de trabajo y monitoriza la evolución de los pacientes, puede tener un grado variable de implicación en el proceso, puesto que el propio programa ya incluye un sistema inteligente de registro de resultados y modificación de los niveles de dificultad para cada usuario en función de su ejecución individual. Este instrumento permite analizar los resultados según la función cognitiva que se esté trabajando y el rendimiento grupal. El tiempo diario de administración puede limitarse, y para utilizar el programa, tan solo es necesaria una conexión a internet o bien la instalación de un CD en la computadora, siendo una forma cómoda de realizar una psicoestimulación desde el propio hogar del paciente, si este es el caso, se debe contar con la presencia de un tutor a partir de una breve familiarización con el instrumento.

3.5.2. Terapia conductual basada en la actividad

a) Terapia ocupacional (TO)

Esta disciplina se desarrolla entre la medicina, la fisioterapia y la psicología, enfocando los objetivos hacia la funcionalidad, desplegando todas las capacidades que todavía no se han perdido y dotando a la persona de otros tipos de herramientas para desarrollar las funciones diarias. El terapeuta ocupacional diseña actividades que impliquen el mantenimiento de la atención y el ejercicio físico. Es decir, las actividades irán dirigidas por un lado a mejorar los problemas del movimiento, y por el otro, a conseguir un gasto energético que provoque una disminución de la ansiedad (Redondo, 2005).

El terapeuta ocupacional debe conocer qué funciones neuropsicológicas se deterioran en la EA y que influyen en la autonomía de la persona en su competencia como ser y en sus roles sociales, valorará dichas funciones y las estimulará con el objetivo de prevenir y mejorar. Esta estimulación y tratamiento influye positivamente en las actividades de la vida diaria y en las relaciones sociales (Sarasa, 2008).

El objetivo es facilitar la máxima adaptación al ambiente y al contexto humano y físico para la vida diaria. Es una de las técnicas con mejor relación costo-beneficio, ofrece al paciente y a la familia técnicas de adaptación-compensación a través de la simplificación de tareas y la modificación del entorno según el grado de deterioro para abordar los déficits funcionales, además de intentar maximizar la funcionalidad del paciente, está el de minimizar el esfuerzo del cuidador en cada uno de los estadios de la enfermedad (Corregidor, Moralejo y Ávila, 2013).

b) Actividades de grupo

Estas juegan un papel significativo en la socialización y en la estimulación: juegos de mesa, manualidades, talleres de lectura o escritura, jardinería u horticultura. Primero se agrupa a los pacientes en función del grado de sus discapacidades cognitivas y funcionales, es recomendable que los ejercicios tengan una duración no mayor de los 45-60 minutos. Los grupos deben ser poco numerosos, en lo posible no más de seis integrantes y dirigidos por un terapeuta que controle las ejecuciones y guíe a los pacientes respetando su espontaneidad, debe estar dispuesto a repetir las consignas y a brindar todas las explicaciones que sean necesarias (Caetano y Pardo, 2009).

c) Terapias recreativas

Esta terapia también se encontró como intervención terapéutica interdisciplinaria, cuya finalidad consiste en tratar mediante dinámicas informales, activas y participativas; aspectos cognitivos, físicos y emocionales, al mismo tiempo que se trabajan los aspectos sociales o relacionales. Mediante actividades planificadas y organizadas, el paciente mantiene su nivel de socialización y disfruta de su tiempo libre en grupo, los juegos de tradición popular, la ludoterapia, la arteterapia y la jardinoterapia, son ejemplos de este tipo de intervención (Fernández et al., 2012).

3.5.3. Terapia de enfoque emocional

Este enfoque sostiene que las emociones mismas tienen un potencial adaptativo innato y si es activado puede ayudar a la persona a cambiar estados emocionales problemáticos o experiencias personales no deseadas. Esta idea de la emoción está basada en la creencia que ha obtenido amplio sostén empírico en la actualidad, de que la emoción en su esencia es un sistema innato y adaptativo que se ha desarrollado para ayudarnos a sobrevivir y vivir, la terapia de validación es un ejemplo de este enfoque (Pinto et al., 2007).

a) Terapia de validación

Es una forma de terapia para comunicarse con personas que padecen enfermedad de Alzheimer o demencia relacionada. En cuanto a su aplicación, debe centrarse en el individuo al que se va a validar, utilizar palabras objetivas agradables para crear confianza, parafrasear el discurso de la persona, mantener contacto visual cercano y genuino, utilizar un tono de voz claro, observar y comparar los movimientos y las emociones de la persona para crear confianza y establecer relaciones verbales y no verbales, utilizar música para desencadenar pensamientos y recuerdos del pasado (Feil, 2003).

Esta terapia consiste en mantener un clima emocional afirmativo para el paciente, dejando de lado prejuicios y expectativas, así como toda expresión emocional negativa o de confrontación. Admite el formato en grupos pequeños, se utiliza preferentemente en demencias de grado moderado (Caetano y Pardo, 2009).

3.5.4. Intervenciones sensoriales

a) Musicoterapia

Esta terapia trabaja en colaboración con el área de terapia ocupacional y fisioterapia. Según Mercadal y Martí (2008; citados en Fernández et al., 2012) con la musicoterapia se busca favorecer y mejorar las habilidades comunicativas, expresar emociones básicas y potenciar conductas sociales; tales como, sonrisas, contacto ocular o contacto físico. Así como de mejorar la autoestima y reducir trastornos conductuales-emocionales, siendo estos, la alteración del estado de ánimo, cambios de humor, irritabilidad, agitación psicomotora, agresividad, deambulación y la apatía. En la terapia también se trabajan a la vez procesos cognitivos, como atención focalizada, la memoria a largo plazo, lenguaje y orientación.

b) Terapia asistida con animales

Es una herramienta más de las que existen para mejorar la calidad de vida de las personas con EA y de quienes las cuidan, ayudando en la autonomía, autoconfianza y tranquilidad al cuidador. Es indispensable conocer lo diferente que es un procedimiento profesional y controlado, que tomar cualquier perro no entrenado, lo cual podría generar problemas innecesarios e inevitables que probablemente afecten la calidad de vida del enfermo y de su cuidador. La mascota debe reunir ciertas características para garantizar que no va a haber problemas de agresividad en ningún caso. Una vez seleccionados los perros adecuados se trasladan a un centro de entrenamiento para educarlos y entrenarlos durante unos meses y procurar recrear, en el centro, en el ámbito humano, o en el interior de las casas, las situaciones a las que luego se van a enfrentar en su vida de trabajo (Hydra, 2002).

c) Integración sensorial

Es una técnica desarrollada por terapeutas ocupacionales, originalmente en niños con problemas de aprendizaje, pero cuya base conceptual radica en brindar estimulación sensorial organizada para producir comportamientos adaptativos y cuyo uso se ha generalizado en otros grupos poblacionales con daño cerebral (Monsalve y Rozo, 2007).

Existe un tipo de estimulación multi-sensorial que actualmente ha despertado un notable interés. Se basa en aumentar la cantidad de estimulación sensorial, mediante lámparas de fibra óptica o de lava para proporcionar estimulación visual cambiante, aromas y música agradable, así como texturas agradables al tacto. Además este tipo de estimulación puede estar destinada tanto a provocar una activación en el paciente como a calmarlo (Alberca y López-Pousa, 2011).

Intervienen procesos cognitivos básicos como la atención, percepción y gnosias a través de la presentación de estímulos sensoriales básicos de fácil interpretación por la persona con demencia, tales como: olores, sabores, sonidos, estímulos táctiles. Esta metodología se utiliza de forma continua en las fases graves de la enfermedad con el objetivo de mantener el nivel de alerta del usuario y lograr lo máximo posible una conexión con su entorno (Fernández et al., 2012).

3.5.5. Terapias dirigidas a los cuidadores

a) Psicoterapia de apoyo

La psicoterapia es un tratamiento de ayuda psicológica para las situaciones de malestar, tanto psíquico como físico. Consiste en atención individual en sesiones de psicoterapia, dirigidas a prevenir las alteraciones psicológicas y las situaciones de estrés a través de cambios en el comportamiento y en las actitudes, con la finalidad de reducir o eliminar los síntomas que generan ansiedad a través de mecanismos reforzantes (Olazarán y Muñiz, 2009).

El objetivo básico del apoyo es que la persona retorne a un nivel de equilibrio emocional, así como ofrecer un soporte humano para que el cuidador pueda canalizar y expresar sus emociones, favorecer el proceso de aceptación de la enfermedad, tratar los conflictos y modificar las conductas desadaptativas, y prevenir las alteraciones psicológicas perjudiciales proponiendo respuestas alternativas y compatibles con el cuidado del enfermo (Grimaldo, s.f.).

b) Grupos de soporte y autoayuda

Son grupos homogéneos que reúnen a familiares de enfermos de Alzheimer para intercambiar experiencias y consejos sobre cómo afrontar la enfermedad. El objetivo es facilitar la reunión de personas que tienen el mismo problema, que necesitan la misma información y en el que puedan ayudarse mutuamente y sentirse comprendidos, transmitiéndose experiencias y consejos referentes al cuidado de un enfermo de Alzheimer en la familia (Ramos et al., 2007).

La función de los grupos de apoyo es proporcionar información respecto a la EA y los cuidados hacia el enfermo; regular las tareas de atención y cuidado, destacando la importancia de apoyarse en algún recurso externo; favorecer la relación afectiva con el enfermo, ayudando a elaborar la pérdida de sus capacidades y a estimular la recuperación de la propia vida, personal, laboral y relacional del cuidador (Alberca y López-Pousa, 2011).

c) Atención en el proceso de duelo

De acuerdo con Fernández y otros (2012), esta intervención se lleva a cabo tanto en la fase terminal como en el proceso de duelo, es realizada de forma conjunta por el trabajador social y el psicólogo, el objetivo conjunto que se persigue es apoyar y facilitar los trámites a la familia en esos momentos tan duros y difíciles para todos. Cuando se observa que el proceso de elaboración de duelo no está siendo adaptativo, se procede a la facilitación de descarga emocional, se puede llevar a cabo un taller de duelo dentro de los grupos de ayuda cuando la situación lo requiera, para poder trabajar el proceso de duelo y ayudarles a preparar las emociones que vivirán.

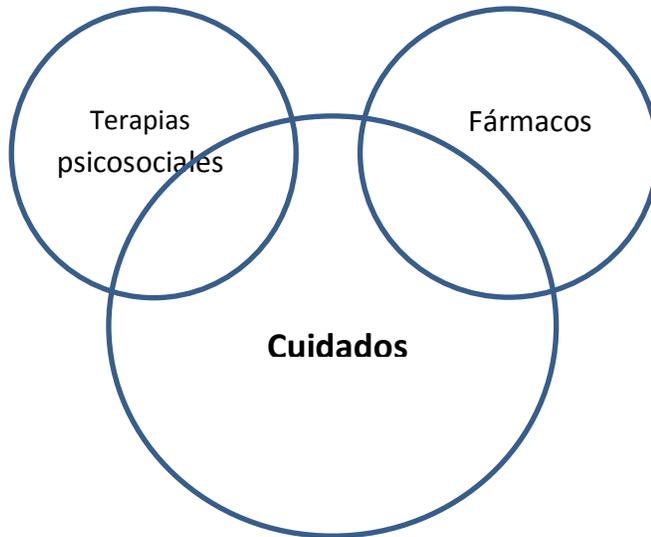
Para ello hay una serie de técnicas que pueden facilitar este proceso:

- Lenguaje evocador: Este tipo de lenguaje ayuda en cierto modo a aceptar la realidad. También puede ayudar hablar del familiar en pasado.
- Uso de símbolos: Pueden ser fotos del fallecido, grabaciones audiovisuales, ropa, objetos.

- **Escribir:** Disponer un sitio donde los familiares puedan expresar sus pensamientos y sentimientos por escrito, para ayudarles a que expongan cosas que en su momento no pudieron expresar.
- **Dibujar:** A través de esta técnica también se pueden expresar sentimientos y experiencias.
- **Rol playing:** Representar situaciones, es una forma de ayudar a las personas a desarrollar habilidades.
- **Un libro de recuerdos:** Es bueno disponer de uno, donde se narren historias vividas con el familiar y en el que se recojan fotografías de viajes, anécdotas, poesías o situaciones divertidas vividas en fiestas familiares.
- **Imaginación guiada:** Se trata de que la persona se siente, imagine a su ser querido y pueda hablar con él, es decir, hablar con la persona en lugar de hablar de la persona.

Estos modelos de intervención psicosociales empezaron a utilizarse a falta de tratamientos farmacológicos curativos en la EA, de ahí, que estas terapias están orientadas a obtener beneficios relevantes en la cognición, la conducta, la afectividad o el dominio físico-motor. La mayoría se centra en solo algunas funciones deterioradas; sin embargo, todas están dirigidas a mejorar la calidad de vida y el bienestar del paciente-cuidador. Cabe decir que la eficacia del tratamiento consiste en combinar todas las técnicas, las intervenciones multicomponentes (ver Figura 20) buscan sumar o potenciar los efectos destinados a mantener o rehabilitar funciones, reducir conductas o estados emocionales no deseados y potenciar conductas o estados afectivos saludables.

Figura 20.
Elementos necesarios para tratar la EA



Referencia. Muñiz y Olazarán (2009, p.3).

Por esta razón no se puede considerar que una terapia sea mejor que otra, ya que por sí sola no tiene el control de todas las dimensiones afectadas y necesita complementarse de las demás. En la actualidad la intervención multicomponente ha resultado ser el tratamiento más eficaz, puesto que ha conseguido retrasar la institucionalización mayor a un año, lo que representa un alto costo-beneficio. El estándar de validación para su efectividad deriva del conocimiento científico, pero también de la experiencia personal, por ello la aplicación de cualquier terapia psicosocial debe tener en cuenta las características de la persona afectada, así como del costo, por lo tanto, es primordial conocer los accesos a los servicios públicos para las personas en situación de dependencia, apoyándose con el área de trabajo social.

CAPÍTULO IV.

ASPECTOS SOCIALES DE LA ENFERMEDAD ALZHEIMER

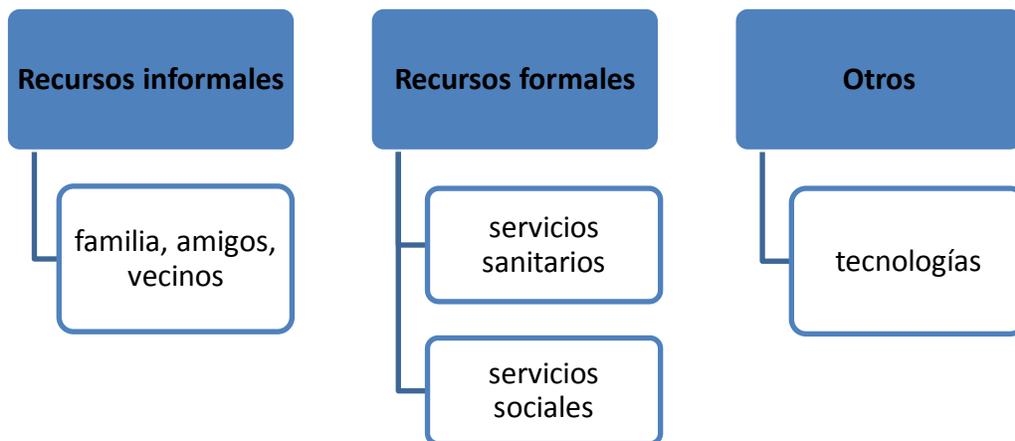
La EA representa en la actualidad un desafío no solo sanitario en cómo mejorar la atención de los pacientes, sino también en cómo la sociedad se hace cargo y ayuda a quien la padece. Esta enfermedad afecta a millones de personas en todo el mundo, los especialistas afirman que se ha convertido en la epidemia del siglo XXI, considerando el crecimiento acelerado de esta población, que además ataca a todos los grupos de la sociedad y no excluye clase, género, raza, ni lugar geográfico. En México, más de 350 mil personas están afectadas por Alzheimer y mueren por ella anualmente 2030 pacientes, se estima que uno de cada tres de nosotros enfrentará esta enfermedad como cuidador, según los datos proporcionados por el INNN (2014). La presencia de EA tiene fuertes implicaciones a nivel personal, familiar, social y económico, generalmente el costo social recae en la familia que se encarga sola de su enfermo y no lo abandona. La situación en México es que se ha dejado asumir a la familia y al enfermo en condiciones muy malas todo el peso de la carga que implica ser cuidador. La falta de redes de soporte social, las carencias afectivas, disfunción familiar, la proliferación de estilos de vida nocivos y entornos no saludables aunados a la pobreza y a la exclusión social, resultan en una mayor prevalencia a sobrellevar la enfermedad de una manera frustrante y aterradora. Sin embargo, una sociedad bien informada sobre la enfermedad y la existencia de los recursos asistenciales necesarios para su atención, puede aminorar en gran medida las consecuencias del costo psicosocial que supone y mejorar la calidad de vida tanto para ellos como para las personas que atienden, a pesar de que al día de hoy no existe un tratamiento que cure esta enfermedad. En este capítulo se analizará con detalle los recursos sanitarios, sociales, técnicos y jurídicos disponibles en México.

4.1. Recursos asistenciales para la familia

Los recursos son aquellos instrumentos que la persona con Alzheimer, el cuidador y en general la familia, utiliza para afrontar la situación y dar atención a las necesidades que acontecen. Se necesitan tanto de recursos y fuentes informales, como de formales para optimizar la atención en el cuidado, es preciso sumarle a los recursos personales y familiares, los recursos sociales y los recursos de atención profesional. Cada una de estas categorías cumplirá una función diferente y complementaria (Lerín, 2013).

A través del portal todo Alzheimer (2011) se reafirma que la asistencia a estos pacientes exige la participación de un amplio abanico de recursos humanos y materiales, sanitarios y sociales, para dar respuesta a las necesidades de estas personas. Sin embargo, esta atención no sólo debe ir dirigida al paciente, sino también a su entorno familiar y especialmente a su cuidador principal. Cabe decir que cualquiera de los recursos puede ser gestionado por la iniciativa pública o la privada, sin ánimo de lucro. A continuación se categorizan los tipos de recursos existentes (ver Figura 21).

Figura 21.
Red de recursos asistenciales



Referencia. Elaborado por el autor de tesis (2014).

4.1.1. Recursos sanitarios

Estos recursos son elementos que conforman un sistema de salud, que abarcan desde el contacto, la información, atención a los usuarios, personal, equipo y materiales que conllevan a una actividad sanitaria dirigida a un sector poblacional de la cual es responsable en el área de salud (Fernández et al., 2012).

a) Atención primaria

La OMS (2013) la ha definido como la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad. Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad.

Es un nivel básico e inicial de atención médica, un centro de salud que está integrado por un médico, enfermera y administrativos. En la EA en cuanto a la atención primaria, está la prevención y el control que supone la garantía de que siga no sólo el aumento de años de vida, sino años de buena salud, este enfoque comienza en la prevención, es decir, un diagnóstico precoz, tratamiento, rehabilitación y reinserción social. Lo trascendente en esta enfermedad es plantear los mecanismos de control con una visión integral global (Gómez, Morcelo y Pérez, s.f.).

b) Atención hospitalaria

El ingreso hospitalario para el diagnóstico de un proceso demencial, está indicado solo en casos especialmente agresivos, o si se requiere de ciertas técnicas como una biopsia cerebral o algún estudio neurológico. Con mayor frecuencia, los pacientes con demencia de causa ya conocida ingresan debido a la concurrencia de algún otro proceso mórbido ya sea una infección, fractura u otra situación emergente (Bermejo, 2004).

c) Instituciones de especialización e internamiento

Estas instituciones a diferencia de la hospitalización general, están destinadas a la atención integral y específica de personas que por la complejidad de sus síntomas neurológicos o conductuales, no pueden continuar en su medio habitual, familiar o institucional y requieren de un periodo de ingreso para ser atendidas en el ámbito de la psicogeriatría y neurogeriatría. Se han establecido unidades específicas de corta y larga estancia, las de corta estancia están dirigidas a personas que necesitan un ingreso temporal, bien sea para el trastorno de comportamiento, para una intervención o enfermedad del cuidador, por descanso familiar o para una recuperación funcional después de un proceso quirúrgico o traumatológico. Las de larga estancia son unidades dirigidas a la atención continuada de personas con demencia con diversos grados de complejidad clínica y que no pueden ser atendidas en su medio habitual (Alberca y López-Pousa, 2011).

4.1.2. Recursos sociales

Los recursos sociales en México dependen de las comunidades autónomas y de los ayuntamientos, esto hace que existan diferencias en los recursos disponibles según el lugar geográfico donde viva el paciente.

a) Asociaciones de familias de enfermos de Alzheimer

Son entidades creadas por grupos de familiares con el objetivo de promover iniciativas que de alguna manera permitan mejorar la calidad de vida de los pacientes, sensibilizando a la población en general y a las administraciones públicas para que destinen más recursos a las demencias y enfermedad de Alzheimer. Entre las actividades realizadas por las asociaciones se encuentran las de información y difusión, las de formación, y las de apoyo al enfermo y al cuidador. Dentro de los principales servicios están los referidos a la información y formación a cerca de la enfermedad, además de que muchas promueven talleres y centros para atender a las personas con demencia (Millán, 2011).

En el país se encuentra la Asociación Mexicana de Alzheimer y Enfermedades Similares (AMAES, 2013) que tiene como misión atender a las familias de los pacientes con demencia que buscan información acerca de lo que pueden hacer con su familiar afectado y las alternativas de atención que hay en la ciudad. Otro aspecto crucial para esta asociación es la difusión, sensibilización y educación de la población en general acerca de la enfermedad y sus requerimientos.

Los tipos de servicios que otorga esta asociación son los siguientes:

- Vía telefónica: Ofrece toda la información, orientación y material que sea útil para brindar una atención adecuada al paciente y al familiar.
- Cursos de capacitación: Una vez al año se dedica un curso de capacitación para todo el público, con la participación de diversos especialistas en EA y demencias similares. Así como la realización de talleres con diferentes temas que orientan al familiar y al cuidador en la atención al paciente y al cuidado de sí mismos.
- Difusión: Participan en cursos, conferencias, talleres, pláticas informativas en radio y TV ya sea a nivel institucional, gubernamental o particular.
- Grupos de apoyo: Participan en grupos que están en diferentes partes de la ciudad, inclinados por el valor terapéutico que tiene para los familiares al ofrecer información, la posibilidad de hablar y ser escuchado, la posibilidad de compartir experiencias y aprender de las de otros, ser acompañados y adquirir elementos que les ayuden a resolver o enfrentar situaciones difíciles.

b) Grupos de apoyo (GA)

Generalmente las instituciones de salud implementan actividades al paciente y su cuidador. Estos grupos son abiertos con el propósito de brindar apoyo y ofrecer información adecuada sobre la enfermedad, en la que colaboran profesionales de la salud y médicos especialistas encargados de impartir esta información, los tópicos son propuestos de acuerdo a la relevancia e interés, como: las causas, evolución del padecimiento, manejo farmacológico, tratamientos, rehabilitación, avances en investigación y estrategias de manejo en el hogar (Ramos et al., 2007).

El Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía organiza GA dirigidos a pacientes y familiares con el fin de ofrecer información clara y oportuna, además de reciente y actualizada, de uno de los padecimientos que se atienden con mayor frecuencia en dicho instituto como son las demencias. Actualmente el grupo tiene 12 sesiones informativas programadas una por mes y dos sesiones anuales, a la cual se invita un especialista de determinada área y se discute el tema entre los miembros y se resuelven dudas. Cada sesión dura alrededor de dos horas y asisten entre treinta y cuarenta personas por grupo.

Los GA del INNN además de tener una función educativa, están diseñados para ofrecer soporte y ayudar a los pacientes para entender la enfermedad y convivir generando en el paciente una actitud positiva para que asuma un papel más activo en el manejo de su enfermedad. Estos grupos son responsables de lograr una atmósfera cálida y de apoyo en varios aspectos con el fin de procurar una mejor calidad de vida para el paciente, así como la de sus familiares y cuidadores, debido a que presentan problemas y necesidades que son el producto de la situación de cuidado. Así como también para satisfacer las demandas de los cuidadores, ya que serán ellos quienes reporten los mayores beneficios.

c) Prestaciones y ayudas económicas

En el estado de México, corresponde a la secretaría de desarrollo social incorporar en el *programa de desarrollo social y combate a la pobreza*, programas y acciones de desarrollo social en beneficio de los adultos mayores de acuerdo con lo establecido en la ley del adulto mayor (Legistel, 2013). Cabe mencionar al programa del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM), es un servicio público que tiene como misión promover servicios tendientes a mejorar el desarrollo humano integral de las personas de 60 años de edad y más. Poniendo a su disposición diversas opciones de recreación y cultura, activación física y educación para la salud. Sin embargo, no cuenta con un apoyo especializado para adultos mayores con demencia. Dentro de los servicios que ofrece se encuentra la tarjeta INAPAM esto es un convenio con diferentes instituciones, empresas o negocios. Al tramitar la tarjeta el adulto mayor se beneficia con descuentos en alimentación, salud, vestido, hogar, transporte, recreación y cultura.

d) Atención domiciliaria

Este servicio es un conjunto de actuaciones que se realizan en el domicilio de la persona, con la finalidad de prestar apoyo personal, atención y ayuda a personas o familias en situación de falta de autonomía personal. Está formado por recursos independientes entre sí, aunque pueden ser prestados al mismo tiempo, en un mismo domicilio y a una misma familia, con la intención de dar cobertura a diferentes necesidades que plantea el mantenimiento en el domicilio. Este puede incluir atención directa a la persona con demencia (higiene, vestuario, alimentación), atención doméstica (ropa, alimentos, compras, limpieza) también se incluyen los servicios de lavandería, de comedor a domicilio y de podología (Alberca y López-Pousa, 2011).

La Fundación Plenitude AC. (2014) ofrece servicios de asistencia especializada en el hogar de la persona con EA, tiene por misión mejorar la calidad de vida del adulto mayor asegurando su bienestar. Sus servicios incluyen terapias ocupacionales con base en un plan de actividades, así como la asistencia en la vida cotidiana, que dicho plan se diseña de acuerdo al perfil del paciente.

Los servicios con los que cuenta son los siguientes:

- Asistencia en casa: Además de ser cuidadores, acompañan al adulto mayor en todas sus actividades diarias, apoyándolo de manera integral, por ejemplo, en la toma de medicamentos, terapias ocupacionales y físicas, curaciones, entre otros. Así mismo, ayudan a aliviar la sensación de soledad, lo cual es crucial para la salud mental.
- Gastronomía: Preparan comidas nutritivas y saludables que dan mayor fortaleza física y una adecuada hidratación, lo cual ayuda a la absorción de medicamentos.
- Higiene: Asisten en labores de aseo y cuidado personal, así como supervisión para evitar accidentes y prevenir infecciones.
- Tareas básicas: Ayudan en las tareas domésticas como cambio de sábanas, colecta de basura, lavado de loza, uso de lavadora, secadora y correspondencia.
- Encomienda y transporte: Pueden realizar encargos, recoger medicamentos, tintorería o compras y llevar al adulto mayor mediante transporte seguro a citas médicas, eventos, visitas a familiares y amigos.

- Hogar seguro: Acondicionan el hogar de acuerdo a las necesidades del paciente para que viva con mayor confort y seguridad y así prevenir caídas y accidentes.
- Paquetes: Crean planes de acuerdo a la necesidad del paciente y la familia.

Este tipo de servicios sociales proporcionan tanto al enfermo como a su cuidador y familia una opción de descanso, así como fomentar la calidad de vida; sin embargo por lo general, son servicios con un alto costo, que su contratación no solo va a depender de las necesidades del enfermo, lamentablemente también de la situación económica en la que se encuentre la familia. Con lo que sí se puede contar siempre es con la información oportuna y a tiempo, que como se describió, las asociaciones y los grupos de apoyo son entidades sin ánimo de lucro y están abiertas al público en general.

4.1.3. Recursos técnicos-tecnológicos

Estos recursos pretenden dar soporte a las familias y pacientes, Brunete (2012) refiere que se trata de que la tecnología haga más fácil tanto la vida del enfermo o discapacitado como la de los cuidadores. En la actualidad la persona que se encuentra afectada puede tener a su disposición todo tipo de elementos electrónicos y mecánicos para ayudarlo a realizar sus actividades cotidianas y a su vez minimizar la carga del cuidador.

a) Domótica asistencial

Es un conjunto de sistemas inteligentes que permiten la automatización y monitorización de dispositivos de control que van dirigidos a actividades de seguridad, instrucción y alarmas. Es posible que un paciente de Alzheimer sea monitorizado en sus rutinas diarias y se le proporcionen etiquetas de recordatorio de objetos dispensables. Además, se le puede mantener localizado y con una alarma para prevención de caídas. Estas ventajas se acompañan de la posibilidad de una tele asistencia médica o tele estimulación cognitiva, terapias necesarias para ralentizar el desarrollo de esta enfermedad y que se podrían realizar a distancia sin necesidad de que el enfermo se traslade (Sancho, s.f.).

b) Redes sociales

Son un fenómeno global y para las personas que están en casa se volvieron una herramienta muy útil para acompañar al que cuida un enfermo de Alzheimer, pues la mayoría de las familias que usan estas redes es para encontrar apoyo porque están agotados por el desgaste y el cansancio. Así, cuidadores a través de la computadora, usan las redes sociales y dejan de ser simples lectores para interactuar con los contenidos a través de blogs, foros, chats y obtienen información de grupos en Facebook, Twitter o Skype ya sea para atender al enfermo o para disminuir su estrés. Generalmente en estas páginas se encuentran datos sobre nuevas investigaciones, consejos y experiencias de otros cuidadores (Hernández, 2013).

En un encuentro temático sobre cuidadores de Alzheimer que organizó la fundación de Alzheimer España, Sánchez (2011) concluyó que las nuevas tecnologías, son una herramienta de ayuda mas no una solución, pues refiere que en ningún caso el contacto virtual sustituye al contacto real, sin embargo, reconoció algunos de sus beneficios:

- Proporciona a los cuidadores la posibilidad de expresarse, relacionarse con otros cuidadores, intercambiar informaciones, opiniones y vivencias en tiempo real.
- Utilizar las redes sociales para proporcionar una información y un servicio *personalizado* cuando los contenidos de una web clásica son estáticos y unidireccionales.
- Promocionar el uso de las redes sociales como un medio de comunicación que permite disminuir la soledad y el aislamiento del cuidador.

c) Programas de radio y Televisión

Estos programas también funcionan como medios de información y son de acceso fácil, es decir, están al alcance de la mayoría de las personas, aprovechando las nuevas tecnologías de la información acceder a ellos vía internet no es muy costoso y su transmisión es a nivel nacional e internacional.

Como ejemplo se puede mencionar a la radifusora española Andújar 92.9 que transmite el programa el café del Alzheimer todos los jueves de 19 a 20 horas vía internet. Es presentado por la asociación de familiares de personas con Alzheimer y otras demencias de Andújar A.F.A. (2013) es una asociación sin ánimo de lucro, laica y apolítica, cuyo principal objetivo es mejorar a través de información, la calidad de vida de las personas afectadas por el Alzheimer y otras demencias además de reivindicar ante las sociedad, la comunidad científica y los organismos públicos una mejor atención hacia quienes directa o indirectamente sufren las consecuencias de Alzheimer y las demencias.

Por otro lado, con motivo del año de investigación en Alzheimer y enfermedades neurodegenerativas, la FGCSIC (2011) y la Fundación Reina Sofía de España con el apoyo de la Federación Europea de Sociedades de Neurociencia (FENS) transmitieron como iniciativa el programa claves de Alzheimer de indagando Tv., el cuál actualmente puede verse vía internet. Este programa repasa las últimas líneas de investigación básica y clínica en torno a esta enfermedad en un formato accesible para el público general. El programa cuenta en su comité con expertos y científicos del campo de las neurociencias de todo el mundo con el fin de dar a conocer las líneas de investigación más innovadoras en Alzheimer. Esta iniciativa colabora acercando a la sociedad los avances en investigación básica y clínica, así como en el área socio-sanitaria a través de un programa monográfico dedicado a este padecimiento.

d) Ayudas técnicas

Son productos de apoyo como utensilios, dispositivos, aparatos o adaptaciones que se disponen para suplir movimientos o ayudar en las limitaciones funcionales de la persona con discapacidad. Existen diferentes ayudas técnicas con fines muy distintos, encontrándose entre ellas las destinadas a la movilidad, como los andadores; al entrenamiento cognitivo, como los programas smartbrain y Grador; a facilitar la comunicación, como los audífonos, o las dedicadas al apoyo en las actividades domésticas, como la tabla con rebordes para untar pan (Millán, 2011).

Guisa de Alba (2012) refiere que los cuidadores buscan productos que los ayuden a superar las dificultades funcionales del enfermo, algunos utensilios que pueden servir de implementos para el baño pueden ser: barandal cromado para baño, aumentos para wc., silla para ducha de altura ajustable, silla cómodo para ducha con ruedas o silla cómodo de altura ajustable.

Una de las empresas que se integra con la visión de ofrecer soluciones para el cuidado de la salud, brindando confort y seguridad en la comodidad del hogar del paciente ofreciendo alternativas que permitan la rehabilitación y mejora en la funcionalidad y autosuficiencia, es Health y Home (2014). Cuenta con una amplia gama de productos que van desde prendas para quemaduras, orinales, sillas para la ducha, regaderas de mano, hasta adecuaciones especiales en el domicilio como son: elevadores, plataformas y salvaescaleras. Estos productos pueden ser adquiridos por la compra o también, con el servicio de renta en artículos para la habitación como son camas, colchones antiescaras, barandales para camas, grúas para pacientes, o bien, artículos ortopédicos como equipos de movimientos pasivos y caminadores.

Hasta aquí puede decirse que tanto recursos sanitarios como sociales pueden requerir algún costo, lo indispensable es conocer desde que se diagnostica la enfermedad que servicios se adaptan a las necesidades de cada familia, para así optar por ellos y de esta manera apoyarse en las tareas diarias con el uso de estos soportes, minimizando de alguna manera el impacto que genera el desarrollo evolutivo de la enfermedad. En la fase final la mayoría desea cuidar a su familiar enfermo en el propio domicilio, a pesar del coste personal que supone esta decisión; sin embargo, Alberca y López-Pousa (2011) refieren que cuando presenta alteraciones difíciles de controlar terapéuticamente, debe optarse por la institucionalización.

4.2. Institucionalización

Pinto y otros (2007) refieren que llega el momento en que el cuidador debe recurrir a la institucionalización de su familiar enfermo. Este momento se determina no solo por la paciencia emocional del cuidador, sino también por sus facultades y vigor físico, y a su mismo estado de salud. Con frecuencia son criterios económicos los que llevan a la elección de una determinada estancia, pero también habría que tomar en cuenta el tipo de cuidados que se pueden obtener. En estos casos, se debe considerar cuidadosamente si la atención es especializada, así como la distancia, o si compensa ese tipo de atención con una mayor dificultad para las visitas y contacto más cotidiano con el familiar enfermo, lo cual también es con frecuencia motivo de sufrimiento para los familiares.

4.2.1. Estancias

Son centros generalmente terapéuticos que acogen en sus instalaciones a personas mayores con problemas de autonomía o trastornos conductuales y psicológicos. En ellos se cubren los cuidados básicos del paciente realizándose actividades de intervención física y cognitiva, con el objetivo de favorecer en la medida de lo posible su autonomía, su permanencia en el entorno y el apoyo a sus familiares (Millán, 2011).

a) Centros de estancia diurna

Estos centros también son conocidos como casas de día porque su horario aproximadamente abarca de 8:00 a las 16:00 horas. Son centros especializados en el cuidado y manejo de personas con Alzheimer u otras demencias, por lo que cuentan con un servicio integral para que se le brinde una mejor calidad de vida.

Alberca y López-Pousa (2011) consideran que constituyen un servicio de atención diurna, de carácter eminentemente terapéutico, en los que las técnicas de psicoestimulación cognitiva, motora y psicoafectiva son los objetivos de su trabajo. Contemplan a la vez el mantenimiento de las actividades de la vida diaria y la reeducación de habilidades, previa evaluación del estado cognitivo y del estilo de vida del paciente, esto con el fin de que permita establecer un programa diario de trabajo personalizado y su posterior evaluación.

Se visitaron centros de día en la ciudad de Toluca como las asociaciones civiles Ría Más y Capte Hogar, las asociaciones privadas Casa de Asistencia y Villas Casa Blanca y la Asociación de beneficencia privada IAP; en la ciudad de México la asociación privada Plenitude, la asociación civil AMAES, y la Fundación Alzheimer IAP; de las cuales se encontró que en común ofrecen los siguientes servicios:

- Vigilancia de la salud: Toma de signos vitales para tener un control de salud estricto.
- Supervisión por el médico geriatra: En enfermería, cuidadoras, alimentos y terapias.
- Reeducación de actividades básicas de la vida diaria.
- Aseo completo: Baño, vestido, colocar lentes, aparatos auditivos o placas dentales.
- Alimentos: Características físicas de los alimentos ya sean papillas o licuados.
- Talleres: Manualidades, taichí, recreativa como festivales, actividades físicas.
- Terapia de rehabilitación específica para diversas enfermedades.
- Otros: Peluquería, servicios religiosos y sala de televisión de paga.

b) Centros de estancia temporal

Cuentan con los mismos servicios que ofrecen las casas de día, pero en este caso solo se solicitan por día, semana o vacaciones. Es indispensable preguntar en las estancias para personas con demencia si cuentan con esta opción temporal.

c) Centros de estancia permanente

La estancia permanente es un alojamiento de 24 horas, ofrece todos los servicios mencionados en los centros de día, pero adicionalmente cuenta con el servicio de hospedaje, lavandería, tres comidas y dos colaciones, visita diarias y salidas a convivencias con su familia. En este rubro se encuentran las residencias gerontológicas con atención especializada a enfermos con demencia.

El tomar la decisión de institucionalización como última instancia, debe estar enfocado a la búsqueda de un retiro digno del ser querido, no por ello, se debe caer en la opción de abandono en un centro de asilo, en dónde los cuidados no van a estar orientados a las necesidades especiales que requieren estos pacientes, además de atender con su dignidad. Finalmente debe tomarse en cuenta que el abandono de una persona en situación de dependencia o maltrato en personas minusválidas es motivo de problema legal.

4.3. Aspectos jurídicos

El enfermo de Alzheimer sufre una pérdida progresiva de capacidad que puede llegar a plantear problemas de tipo legal, por tanto, es importante prever para poder protegerle adecuadamente cuando ya no pueda seguir ocupándose personalmente de sus asuntos; pues a medida que la enfermedad evoluciona, va perdiendo la capacidad para realizar determinadas actividades, así como la comprensión de los actos que realiza, sus repercusiones y la noción del valor del dinero. No obstante, desde el punto de vista legal, tiene capacidad plena. Esta situación puede suponer, para sí mismo y para los familiares, un problema grave (Aso, Martínez y Arregui, 2003).

4.3.1. Código civil del Estado de México

La ley reconoce dos posibilidades para ejercer nuestros derechos; la capacidad jurídica y la capacidad de ejercicio. En la legislación mexicana, toda persona tiene por el simple hecho de existir, capacidad jurídica; esto significa, que se está en posibilidad de recibir todos los beneficios y prerrogativas que la ley otorga incluso si es menor de edad o se padece alguna enfermedad que limite la toma de decisiones; el código Civil Federal establece que desde el momento en que el individuo es concebido se le considera nacido y está bajo la protección de las leyes de dicho código. Mientras que la capacidad de ejercicio, es la posibilidad de que el individuo decida por sí mismo sobre su persona y su patrimonio. Para obtener la capacidad de ejercicio, en el caso de nuestro país se necesita tener 18 años cumplidos (Guisa de Alba, 2012).

Mientras tanto, si una persona no puede gobernar por sí misma los actos públicos y privados de su vida, se dice que, es una persona incapacitada o está en estado de interdicción; en estos casos, es necesario poder establecer un mecanismo de protección que se consigue mediante el nombramiento de un tutor, pero previo a esto, es preciso que un juez reconozca que el enfermo ha perdido su capacidad. Los familiares pueden solicitar al juez la declaratoria de estado de interdicción o judicial de incapacidad, previa valoración médica y psicológica de la persona y dictamen de médicos especialistas, quienes determinaran si cuenta o no con la capacidad de ejercicio para gobernar por sí mismo los actos de su vida civil (García, 2005).

a) Declaración judicial de incapacidad

El código civil para el distrito federal en materia común y para toda la república en materia federal establece en el Artículo 450 fracción (II) tienen incapacidad natural y legal los mayores de edad disminuidos o perturbados en su inteligencia, aunque tengan intervalos lucidos; y aquellos que padezcan alguna afección originada por enfermedad o deficiencia persistente de carácter físico, psicológico o sensorial[...] siempre que debido a la limitación, o a la alteración en la inteligencia que esto les provoque no puedan gobernarse y obligarse por sí mismos, o manifestar su voluntad por algún medio.

Requisitos para poder solicitar la declaración judicial de incapacitación:

- Que padezca alguna enfermedad o deficiencia de tipo físico o psíquico.
- Que la enfermedad o deficiencia tenga un carácter persistente.
- Que la enfermedad o deficiencia impida a la persona gobernarse por sí misma.

De acuerdo con el código de procedimientos civiles del estado de México (2013), el procedimiento puede ser iniciado por un familiar directo, ya sea el cónyuge, descendientes o hermanos, con la intervención de un abogado y de un procurador, que pueden ser designados de oficio. Si no existen familiares directos que puedan solicitar la incapacitación o a los familiares no les interesa hacerlo, cualquier persona que conozca la situación del enfermo puede comunicarla al Ministerio público, que iniciará el proceso nombrando un abogado para defender los derechos del enfermo.

El procedimiento consta de las siguientes fases:

- **Demanda de incapacitación:** Es la solicitud que se presenta ante el juez civil, en la que se expone cuál es la situación de la persona y se reclama la declaración de incapacitación.
- **Contestación a la demanda:** La persona enferma, a través del abogado o del Ministerio público, responde a la petición de incapacitación.
- **Periodo de pruebas:** El enfermo es visitado por el médico forense y por el juez; además, el juez se entrevista con los parientes más próximos del enfermo.
- **Sentencia,** que a su vez puede acordar: Incapacitación total, incapacitación parcial o denegación de la incapacitación.

Una vez que se ha demostrado que el enfermo ha perdido su capacidad de Ejercicio y es declarada por el juez como persona incapacitada, se procede al nombramiento de un tutor y curador. El Artículo 4.241 del estado de México establece que ninguna tutela puede conferirse sin que previamente se declare el estado de incapacidad de la persona que va quedar sujeta a ella (Legistel, 2013).

b) La tutela y curatela

El código civil del estado de México (2013) constituye en su Artículo 4.229 y siguientes, que el objeto de la tutela es la guarda de la persona y de sus bienes, respecto a los que no están sujetos a la patria potestad, tienen incapacidad natural y legal o solamente la segunda, para ejercitar sus derechos y cumplir sus obligaciones por sí mismos. La tutela puede también tener por objeto la representación interina del incapaz en los casos especiales que señale la ley.

De las obligaciones del tutor, el artículo 4.294 de dicho código establece:

- Alimentar y educar, convenientemente y de acuerdo a los intereses y demás circunstancias del incapacitado con conocimiento del Juez.
- Destinar preferentemente los recursos del incapacitado a la atención médica o a su rehabilitación, debiendo informar al Juez cuando haya petición legítima sobre la evolución que presente.
- Administrar el patrimonio de los incapacitados. El pupilo será consultado para los actos importantes de la administración, cuando tenga discernimiento. La administración de los bienes que el pupilo ha adquirido con su trabajo le corresponde a él.
- Representar al incapacitado en juicio y fuera de él, en todos los actos civiles, excepto para contraer matrimonio, para reconocer hijos, para formular testamento y de otros estrictamente personales.
- Solicitar la autorización judicial para lo que legalmente no pueda hacer sin ella.

El nombramiento del curador para desempeñar la tutela, de acuerdo con el código civil del Estado de México en su Artículo 4.330 establece que todos los sujetos a tutela, tendrán además un curador, excepto en los casos en el que el tutor no administre bienes, y el artículo 4.293 establece que cuando el tutor tenga que administrar bienes no podrá entrar a la administración sin que antes se nombre curador, excepto en el caso de los expósitos o abandonados.

El Artículo 4.334 del estado de México establece que el curador está preciso a:

- Defender los derechos del incapacitado en juicio o fuera de él en el caso de que estén en oposición con los del tutor.
- Vigilar el desempeño del tutor y a poner en conocimiento del Juez todo aquello que considere que pueda ser perjudicial al incapacitado.
- Solicitar al Juez que haga el nombramiento del tutor, cuando éste faltare o abandonare la tutela.
- Cumplir las demás obligaciones que la ley le señale.

4.3.2. Código penal del Estado de México

Siendo el delito fruto de un acontecimiento humano y del que se derivan unos resultados de lesión, se puede establecer que la persona aquejada de un síndrome demencial, cualquiera que sea su tipo, puede situarse en los dos extremos del delito: En el activo, como autor o partícipe en el mismo, o en el pasivo, como víctima (Alberca y López-Pousa, 2011).

a) El sujeto activo del delito

El enfermo de demencia, representa una menor o ninguna responsabilidad por aparecer las denominadas circunstancias eximentes y atenuantes previstas en el artículo 16 fracción (II) de dicho código, respectivamente establecen: Es inimputable el sujeto activo cuando padezca trastorno mental transitorio producido en forma accidental o involuntaria. Se sustituye la pena por las llamadas medidas de seguridad, previstas en el artículo 22 apartado B y siguientes del mencionado código, que podrían ser privativas de libertad (ingreso en centro psiquiátrico o educativo adecuado) y no privativas (privación de permiso de conducir, licencia de armas, inhabilitación provisional) y su imposición será ordenada por el juez y tendrá una duración similar a la que hubiere tenido la pena que correspondía al delito cometido (Legistel, 2013).

Se entiende por medidas de seguridad, cuando un sujeto es declarado no imputable para un delito concreto por razón de enfermedad mental, es preciso que haya una serie de medidas que prevengan la comisión por su parte de nuevos hechos delictivos; este es el objetivo de las llamadas medidas de seguridad (Aso et al., 2003).

Por último conviene mencionar que considerando al demente como autor de un delito, indicar que, además de la pena del delito da lugar a la responsabilidad civil, de acuerdo al artículo 26 del actual código consistente en la reparación, restitución del daño o indemnización de los daños y perjuicios. En estos supuestos, el Código penal establece en su artículo 33 y siguientes que, además de responder con sus propios bienes los autores, aunque estén aquejados de un síndrome demencial y por tanto, tengan la consideración de dementes, enajenados o incapaces, también puede recaer esta responsabilidad sobre los tutores o guardadores legales o de hecho, si medió culpa o negligencia por su parte para no impedir que el demente cometiera el delito.

b) El sujeto pasivo, como víctima

Aquí se considera al afectado del síndrome demencial como la víctima. La demencia afecta, tal y como se ha descrito, a elementos esenciales del ser humano que le dotan de la autonomía inherente a su condición. Con una autonomía menoscabada, el demente es esencialmente vulnerable, y por tanto, la posibilidad de resultar víctima de un delito o una acción o perjudicial ha de juzgarse elevada (Aso et al., 2003).

Molloy y Cadwell (2011) refieren que posiblemente las personas que padecen Alzheimer son más vulnerables a los malos tratos que cualquier otro grupo social. Aproximadamente el 4% de las personas mayores son víctimas de maltrato por un miembro familiar, un amigo o por el cuidador, el riesgo para ellos aumenta si las relaciones familiares están deterioradas o si los cuidadores ingieren sustancias psicotrópicas o padecen problemas emocionales, aunque es posible que el maltrato no sea intencional.

En cuanto implica una mayor debilidad de la persona, el código penal establece más protección para estos, frente a los ataques delictivos y así, el artículo 238 fracción (VIII) establece que cuando las lesiones se infieran a los menores, incapaces o pupilos que se encuentren bajo la patria potestad, tutela o custodia del inculpado, se impondrá además de la pena correspondiente, la suspensión o privación de esos derechos (Legistel, 2013).

Algunas de las situaciones más comunes del maltrato son las siguientes:

- Maltrato Psicológico y Físico.
- Abandono.
- Denegación de recursos.
- Discriminación.
- Agresiones.
- Violencia familiar.
- Violencia sexual.

4.3.3. Otras leyes

a) Ley del adulto mayor

Esta Ley en el estado de México, establece un enfoque integral de la salud, donde se concibe a ésta como un estado de bienestar físico, psicológico y social, donde la carencia de satisfacción de una de estas variables influye sobre las otras. Todos los cambios que el adulto mayor sufre en su estructura molecular, se producen involuntariamente, de manera que dichos cambios deben ser asumidos como parte de sus vidas y debemos considerarlos en los diferentes planes, programas y estrategias de las instancias de salud estatales y municipales. La iniciativa establece derechos substanciales en materia de salud, como son, la posibilidad de acceder a los servicios de atención que brindan las instituciones públicas, la obtención gratuita de medicamentos cuando aquellos carezcan de recursos para adquirirlos, contar con una cartilla médica y de auto-cuidado para el control de su salud; recibir información geriátrica y gerontológica gratuita; así como capacitación para preservar su salud y atender enfermedades crónicas y degenerativas (Legistel, 2013).

El Artículo 2 fracción (III) entiende por Asistencia Social: Al conjunto de acciones tendientes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impidan al individuo su desarrollo integral, así como la protección física, mental y social de personas en estado de necesidad, desprotección o desventaja física y mental, hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva.

El artículo 5 fracción (X) constituye que el adulto mayor tiene derecho a decidir, cuando tenga capacidad, sobre la tutela de su persona y bienes, para el caso de pérdida de capacidad de autogobierno; fracción (XII) Ser sujetos de programas de asistencia social en caso de desempleo, discapacidad y pérdida de sus medios de subsistencia; Fracción (XXI) acceder a servicios médicos integrales y a paquetes de prevención de salud, así como a recibir en los términos que corresponda, medicamentos, prótesis, tratamientos y rehabilitación necesarios para mantener su salud.

El Artículo 9 de las instancias responsables, corresponde a la secretaría de salud fracción (VI) implementar una cartilla médica para adultos mayores, que permita llevar un control del estado de su salud, tanto en instituciones públicas como privadas; fracción (IX) implementar mecanismos de coordinación interinstitucional para proporcionar medicamentos, previo estudio socioeconómico para su distribución, sin costo alguno; fracción (X) fomentar la capacitación en materia de primeros auxilios, terapias de rehabilitación, técnicas de alimentación y tratamiento de adultos mayores, para aquellas personas que tengan a éstos a su cuidado; fracción (XIV) verificar que las casas hogar, albergues, casas de día y centro de atención integral para adultos mayores, cumplan con la normatividad de la materia; fracción (XV) promover programas de detección oportuna y tratamiento temprano de enfermedades entre los adultos mayores, así como de atención y asistencia a quienes sufren de discapacidades funcionales.

El Artículo 10. Corresponde al Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia, fracción (III) proporcionar defensa jurídica gratuita a los adultos mayores, poniendo especial cuidado en la protección de su patrimonio personal y familiar; fracción (IX) denunciar ante las autoridades competentes, cuando sea procedente, cualquier caso de maltrato, lesiones, abuso físico o psíquico, sexual, abandono, descuido o negligencia, explotación y en general cualquier acto que perjudique a los adultos mayores; fracción (XIV) coadyuvar con la Procuraduría General de Justicia del Estado, en la atención y protección jurídica de los adultos mayores víctimas de cualquier delito.

El Artículo 19. Corresponde a la Procuraduría General de Justicia del Estado, fracción (II) brindar a las víctimas que sean adultos mayores la información integral sobre las instituciones públicas y privadas encargadas de su atención; el Artículo 19 Bis. Corresponde al Instituto Mexiquense de Cultura Física y Deporte en el ámbito de sus atribuciones, fracción (I) instituir programas de educación física para los adultos mayores, a efecto de constituir y fomentar en ellos, el hábito del ejercicio o cultura deportiva en beneficio de su salud física y psicológica; fracción (VI) promover el acceso gratuito de los adultos mayores o en su caso con descuentos especiales a centros de entrenamiento y acondicionamiento físico, así como instalaciones deportivas.

El Artículo 30. La familia deberá cumplir su función social, por tanto, de manera activa, constante y permanente deberá hacerse cargo de cada uno de los adultos mayores que formen parte de ella, debiendo velar por el respeto a su dignidad y de sus derechos fundamentales. Fracción (III) procurar que permanezcan en el hogar del que forman parte y que sólo por decisión personal, enfermedad, causas de fuerza mayor o por determinación de autoridad competente, sean ingresados en alguna institución de asistencia pública o privada, dedicada al cuidado y atención de adultos mayores; fracción (VIII) promover el acceso de los adultos mayores a los programas y mecanismos de asistencia social que se instituyan en su beneficio, cuando carezcan de los medios necesarios para su atención.

La persona diagnosticada con demencia está integrada a una red de relaciones, pues su intervención parte de un enfoque que integra diferentes disciplinas y desde esta óptica el trabajo social es imprescindible; participando desde el principio del proceso en la búsqueda de recursos existentes, colaborando en el tratamiento integral para que el entorno de la persona tenga su equilibrio y reajuste, acompañando a la familia como responsable del cuidado de la persona en la búsqueda de soluciones frente a las necesidades presentes. Siendo el cuidador y la familia quienes tendrán la responsabilidad de encontrar y hacer uso de los servicios y recursos existentes en su población. De ahí partimos a conocer la figura del cuidador y la familia de una persona con EA.

CAPÍTULO V.

EL CUIDADOR Y LA FAMILIA DE UN ENFERMO DE ALZHEIMER

Como se ha venido mencionado, cada vez es mayor la prevalencia de las demencias ocasionando un impacto social profundo, que sin duda afecta gravemente la calidad de vida de los pacientes y de sus familiares, pues lamentablemente es un miembro de la familia quien asume toda la carga del cuidado de la persona enferma y que lo hace acreedor a una pérdida en su salud física y psíquica, por lo tanto, a sufrir cambios esenciales en su vida, esta respuesta del cuidador va a repercutir en el entorno familiar y a medida que avanza la enfermedad quien termina llevando todo el peso es la familia. Se ha dedicado este capítulo al papel del cuidador y a la familia, pues su implicación en el proceso de la enfermedad de Alzheimer es imprescindible; se revisará el papel del cuidador, así como la dinámica familiar y las implicaciones que conlleva.

5.1. El cuidador

El cuidador de una persona dependiente, es aquella que por diferentes motivos dedica gran parte de su tiempo y esfuerzo, permitiendo que la otra persona pueda desenvolverse en su vida diaria ayudándola a adaptarse a limitaciones que su discapacidad funcional le impone. En la familia por lo general hay un cuidador principal quien asume la mayor parte del cuidado de estas personas sin haber llegado a ello por un acuerdo explícito entre los miembros de la familia (Román et al., 2007).

Es preciso identificar dentro del contexto quien es el cuidador principal de la familia, que generalmente tiene un vínculo afectivo de parentesco con el enfermo, reside en la misma vivienda y suele dar toda la atención que el enfermo necesita, ya que sobre él va a recaer todo el peso que soporta esta situación. Esta persona será la portavoz familiar, la administradora de los cuidados y la facilitadora de la información sobre la evolución de la enfermedad (Alberca y López-Pousa, 2011).

5.1.1. El cuidador principal

Se denomina cuidador principal a “aquella persona, familiar o no, en la que recae más directamente la labor de cuidar: asiste al enfermo en las actividades de la vida diaria, realiza las tareas instrumentales del hogar, le administra los tratamientos, le apoya en el mantenimiento de su autonomía, se comunica con él, le da afecto y soporte emocional, planifica la vida cotidiana y está en mayor contacto con los profesionales sanitarios” (Espinás, García de Blas, Garrido y Tapias, 2002, p. 90).

En definitiva, el cuidador principal es la persona que asume la responsabilidad total en la atención y el apoyo diario a un enfermo con Alzheimer, pues constituye un proceso dinámico que va a requerir un incremento de atenciones y tareas por varios motivos, como la larga duración de la enfermedad, la pérdida progresiva de capacidad física y cognitiva por parte de su paciente y su creciente dependencia con el entorno familiar (Ramírez y Amador, 2009).

5.1.2. Perfil del cuidador

De acuerdo con Fort (2007) el perfil del cuidador principal en la actualidad, es una mujer de 50 a 60 años, en su mayoría hija o hija política del enfermo, con un nivel de instrucción bajo que se dedica exclusivamente a las labores domésticas y que lleva cuidando al paciente un promedio de 4 a 8 años. En los casos en el que el cuidador es el cónyuge la media de edad del mismo, ronda los 75 años.

5.1.3. El cuidador Profesional

Generalmente son mujeres con distinto grado de preparación técnica, pero más importante que la preparación técnica es la actitud frente al paciente, que sienta cariño por él, sin sobreprotegerlo, que lo estimule sin agobiarlo. La mayoría de las cuidadoras profesionales tienen vocación de servicio, sienten compasión o cariño por sus pacientes y hacen lo posible por ayudarles (Donoso, 2007).

5.1.4. Fases de adaptación a la situación de cuidado

De acuerdo con Fernández y otros (2012) tras el diagnóstico de la enfermedad y como respuesta adaptativa, la familia y el cuidador pasan por una serie de fases:

- Fase 1. Negación o falta de conciencia del problema: A partir de conocer el diagnóstico de la enfermedad es frecuente que se utilice la negación como un medio para controlar miedos y ansiedades. Es común que la persona se niega a aceptar las evidencias de que su familiar padece una enfermedad que le lleva a necesitar ayuda de otras personas para mantener su adaptación al medio, o evita hablar del deterioro o incapacidad del familiar.
- Fase 2. Búsqueda de información y surgimiento de sentimientos difíciles: En esta fase los cuidadores comienzan a buscar información para aprender lo más posible sobre el trastorno y sobre sus causas. En este momento son frecuentes los sentimientos de malestar por la injusticia que supone el que les haya tocado a ellos vivir esa situación. El enfado y la ira son respuestas humanas normales en situaciones de pérdida de control de la propia vida y sus circunstancias.
- Fase 3. Reorganización: Conforme pasa el tiempo los sentimientos de ira y enfado pueden continuar, sin embargo, se va ganando control, contando ya con la información y recursos externos de ayuda, con la voluntad de la familia para compartir la responsabilidad y con una idea más precisa de los problemas a los que hay que enfrentarse.
- Fase 4. Resolución: En este estadio los cuidadores son más capaces de manejar con éxito las demandas de la situación, siendo más diestros en la expresión de sus emociones, especialmente la tristeza y la pena.

Estas fases pueden no darse en su totalidad, no seguir el orden anterior y mezclarse a lo largo de la evolución de la enfermedad. La aceptación de la situación generará cambios adaptativos tanto en el cuidador principal como en el entorno familiar. La no aceptación o comprensión de la naturaleza de la enfermedad generará ansiedad, frustración y desequilibrio familiar que dará lugar al síndrome del cuidador (Espinás et al., 2002).

5.1.5. El síndrome del cuidador quemado

Es muy frecuente que el cuidador primario quede aislado en sus labores de atención al enfermo, visto de afuera el trabajo del cuidador puede parecer fácil, sin embargo, la persona con EA al presentar múltiples trastornos conductuales va a requerir que el cuidador permanezca a su lado, esto significa que al cuidador debe dejar de lado actividades sociales, recreativas y de desarrollo personal, provocándole el síndrome de sobrecarga (Donoso, 2007).

Ramírez y Amador (2009) definen este síndrome como “(...) el deterioro o agotamiento producido por la demanda excesiva de recursos físicos y emocionales que lleva consigo la realización de una determinada actividad como lo es, el cuidado del paciente con Enfermedad Alzheimer” (p. 85).

Se ha considerado que los trastornos de conducta del paciente destacando entre ellos los síntomas psiquiátricos, el deterioro de las actividades de la vida diaria o la excesiva actividad nocturna, son los responsables en buena medida de la sobrecarga del cuidador y de una parte importante de la sobrecarga familiar, muy por encima del deterioro funcional o del propio deterioro cognitivo (Alberca y López-Pousa, 2011).

De acuerdo con Bermejo (2004) los cambios más frecuentes que se producen debido al síndrome del cuidador son los siguientes:

- Cambios en el trabajo y en la situación económica: Mayor absentismo laboral, bajo rendimiento, cansancio y aumento de la siniestralidad.
- Disminución de tiempo al ocio, a la familia, a los amigos y a sí mismo.
- Cambios en la salud: Cansancio, trastornos del sueño.
- Cambios en el estado de ánimo: Culpabilidad, preocupación, tristeza, ansiedad, depresión, irritación e impotencia.

Por todo ello, es importante que los familiares y amigos del cuidador principal estén atentos a una serie de síntomas y signos (ver Figura 22) que pueden ser indicios de la presencia del trastorno.

Figura 22.

Síntomas presentes en el síndrome del cuidador

	Síntomas
Agotamiento emocional	Disminución o pérdida de tiempo libre. Soledad Aislamiento Abandono de familiares y amistades Pérdida de interés Insatisfacción Tristeza
Agotamiento psicológico	Depresión Trastornos del sueño Ansiedad Estrés Baja autoestima Recelo Irritabilidad Sentimiento aplanado Preocupación por el futuro Culpabilidad
Agotamiento Físico	Cansancio Cefaleas Dolores articulares y musculares Dislocaciones Contracturas No dormir las horas recomendadas Trastornos gastrointestinales Síntomas que habitualmente no tienen causa orgánica
Cambios de comportamiento	Cambio de actitud hacia el enfermo Cambio de actitud en relación con otros cuidadores Rechazo a iniciar los cuidados Rigidez de conducta Pérdida de apetito Pérdida del deseo sexual
Agotamiento de recursos económicos	Compra de medicamentos Remodelaciones de la casa Cambios de comidas en las dietas

Referencia. Ramírez y Amador (2009, p. 87).

Cuidar de un paciente con EA es un trabajo de 24 horas, ya que requiere de supervisión diurna y nocturna, además de atender las otras tareas del hogar. La mayoría de los cuidadores familiares tratan de hacerlo todo, de ahí que el 66% de ellos sufran de enfermedades físicas o mentales. Muchas veces sienten que no están estresados y que sólo cumplen con su deber. Sin embargo, es necesario cambiar la forma en que se está viviendo y reconocer la responsabilidad primordial que se tiene consigo mismo, si la persona no se cuida, no puede cuidar a otras (Acosta et al., 2011).

5.2. La familia

En México es muy común que el enfermo con demencia viva en el seno de su familia, la cual debe procurar satisfacer sus necesidades de la vida diaria, atendiéndolo con afecto y respeto; sin embargo, esta labor se torna muy demandante y compleja. Cuidar en casa a un enfermo con demencia llega a ser un fuerte motivo de desintegración familiar, debido a los cambios estructurales que deben realizarse dentro de la dinámica de la familia, como compartir habitaciones, perder privacidad, alejarse de los amigos, de los compromisos sociales, de las diversiones, ausencias laborales, falta de atención a los hijos o a la pareja (Carvajal, 2013).

Para los familiares el hecho de vivir la enfermedad junto con el paciente es una experiencia atemorizante, porque les representa consecuencias graves para la familia en general y para el cuidador en lo particular. Este temor real, justificado y humano, se siente ante el conocimiento de que la enfermedad tendrá un avance gradual y deteriorante, ante las consecuencias imprevistas de la misma y ante la total dependencia del paciente (Feria, 2005).

5.2.1. Impacto en la dinámica familiar

Cuando un miembro de la familia es diagnosticado con enfermedad de Alzheimer, lleva a un cúmulo de emociones entre sus miembros, el miedo, la tristeza, la impotencia, la ira y la confusión quedan de manifiesto en su atmósfera. Si bien, la conducta problemática y la sintomatología del enfermo de Alzheimer, va a provocar en la unidad familiar y en el cuidador una modificación de roles y funciones en la dinámica cotidiana, resultando que sus vidas cambien drásticamente (Moreno, 2008).

Los roles, las responsabilidades y las expectativas en el seno familiar cambian en el momento en que una persona se enferma. Las responsabilidades son las tareas que cada persona asume en el seno familiar. Por rol se entiende, el lugar de una persona en su familia. Las tareas que realiza la persona simbolizan su rol. Aprender nuevas responsabilidades como llevar las cuentas, o lavar la ropa, puede ser difícil cuando también se está enfrentando a muchas necesidades, las del enfermo, las de la familia y las propias; sin embargo, a menudo los cambios de rol suelen ser más difíciles de aceptar y de ajustarse a ellos (Mace y Rabins, 2010).

Generalmente, el conflicto familiar sucede motivado por los desacuerdos en la distribución de responsabilidades, en los recursos económicos existentes para llevar a cabo la atención necesaria, la falta de tiempo y la necesidad de realizar sus ocupaciones de cada uno de los integrantes. De este modo, el conflicto surge entre la satisfacción de las necesidades del enfermo y la de los familiares, así como el descuido del plano social y la necesidad de actividad laboral en cada uno de sus miembros (Guisset, 2011).

5.2.2. Afrontamiento familiar

Es fundamental el apoyo social, la información y el asesoramiento profesional, como factor relevante en el desarrollo de un conocimiento de adquisición de habilidades y estrategias, de planificación, de diálogo común y la implicación en redes externas de apoyo y participación familiar (Moreno, 2008).

La familia del paciente puede ayudar al cuidador primario contando con la información necesaria sobre la enfermedad, buscando recursos externos de ayuda y compartiendo las tareas y responsabilidades del cuidado y con una idea más precisa de los problemas a los que hay que enfrentarse; brindando a la persona cuidadora, las herramientas necesarias para enfrentar adecuadamente la situación de atención. Crear un horario de relevo del cuidador y de cada uno de los miembros de la familia, para así, facilitar los cuidados y generar un sentimiento progresivo de control y la aceptación de los cambios de la vida de su paciente. Planificar desde el primer momento, el futuro de su familiar enfermo y el de la propia familia, pues si bien existe un cuidador principal, no debería permitirse la sobrecarga de este (Ramírez y Amador, 2009).

Las familias que llegan a entender la enfermedad pueden sobrellevarla bien, preservar la dignidad de la persona y minimizar el sufrimiento. El dolor es inevitable. En ocasiones lo mejor que se puede hacer es aceptar ese dolor y ayudar a quien lo padece. Los cuidadores deben aprender a desarrollar un plan asistencial y a prestar la asistencia. Uno de los mayores problemas que afrontan, tanto quienes padecen la enfermedad como sus cuidadores, es decidir cómo deben empezar a prestarles los cuidados, puesto que la enfermedad al principio puede parecer abrumadora (Molloy y Caldwell, 2011).

Carvajal (2013) refiere que al no existir una manera eficaz de evitar el proceso evolutivo de la enfermedad, se deben controlar los efectos que la enfermedad ocasiona a los familiares con las siguientes acciones:

- Documentarse lo más posible a cerca de la enfermedad que su familiar padece.
- Simplificar el estilo de vida, es decir reorganizar sus actividades.
- Planear el día, establecer relaciones con otras personas para obtener apoyo y permitir que familiares, amigos o grupos de apoyo los ayuden.
- Tomar las cosas con calma al enfrentar la situación.
- Conservar el sentido del humor.
- Recordar que el comportamiento y las emociones de la familia son malinterpretados por el paciente a consecuencia de la enfermedad.
- Tener a su disposición grupos de apoyo y ayuda espiritual.
- Tener en cuenta que siempre deben ofrecer al enfermo su ayuda y apoyo, de la mejor manera posible.

Una adecuada planificación de tareas y la coordinación de todos los miembros de la familia y la ayuda externa, son de vital valor para aliviar la carga del cuidador, y proporcionar de este modo una mayor atención al enfermo (Guisset, 2011).

Ahora se conoce sobre la pieza fundamental que implica el sistema familiar en el proceso de Alzheimer, pues es quien se enfrenta a una nueva responsabilidad que incluye cambios drásticos, convirtiéndola en la otra víctima de la enfermedad; entonces no se habla solo del paciente como objeto de atención, también se suma la necesidad de atención al cuidador. La manera de poder ayudar a ambas partes, es a través de la información y formación, no solo a lo que respecta lo administrativo sino también en los diferentes pasos y fase por los que atraviesa dicha enfermedad, de esta manera, se ayudan a sí mismos para saber cómo deberán sobre llevar la situación y ofrecer mejor calidad de vida a su ser querido. Sin olvidar que es un trabajo complejo que requiere organización y la participación de todo el sistema familiar, lo cual ayudará a prevenir la aparición del temible síndrome de agotamiento.

CAPÍTULO VI. RESULTADOS

6.1. Propuesta de manual de apoyo para el cuidador y la familia de un enfermo de Alzheimer

No todas las personas que llegan al envejecimiento son autónomas e independientes, puesto que hay un gran sector de esta población que necesita los cuidados de alguien más. Algunas personas por la pérdida de sus capacidades físicas y cognitivas, tienen necesidad de asistencia o requieren ayudas sustanciales para llevar a cabo las actividades básicas de la vida diaria, tales como alimentarse, bañarse, vestirse, ir al baño, asearse, caminar o actividades instrumentales que les impiden realizar tareas domésticas como preparar la comida, administrar el dinero, salir a hacer compras o utilizar el transporte. Estas restricciones ocurren en personas que padecen de Alzheimer, enfermedad que produce dependencia y una situación de dependencia implica a dos personas; quien padece la enfermedad y quien la cuida, pues el cuidador dedica gran parte de su tiempo y esfuerzo a permitir que la persona pueda desenvolverse en su vida diaria ayudándole a adaptarse a sus limitaciones. Cuidar a una persona que se encuentra limitada física, psíquica y socialmente, puede ser una experiencia agobiante. La tarea no es fácil, la familia se enfrenta a una nueva realidad, desconocida y atemorizante, cada día conlleva a nuevos desafíos, pues se deben enfrentar cambios; en los niveles de capacidad y en los nuevos patrones de conducta de la persona con Alzheimer, en los roles familiares, en su economía y en la sociedad. Las personas que cargan con esta responsabilidad no tienen ningún tipo de capacitación previa, a lo largo del camino se ven expuestos a un buen número de emociones y sentimientos, como la sensación de impotencia, sentimientos de culpa, de soledad, de preocupación o de tristeza y no siempre están preparados para responder a las tareas, tensiones y esfuerzos que supone el cuidado. Sin embargo, ser cuidador también puede ser gratificante, cuidar significa el descubrimiento de aptitudes y habilidades, además de la satisfacción por contribuir al bienestar de un ser querido. Habría que decir, que la experiencia de cada cuidador es única, cada caso es diferente, va a depender del individuo y de su contexto.

Algo imprescindible es que el cuidador disponga de una adecuada información y tenga suficientes conocimientos que le ayuden a prepararse en esta labor, así como un soporte profesional y humano. Se debe tener en cuenta que los cuidados no implican solo asistencialidad, sino también mantener, preservar y fomentar la funcionalidad de la persona con EA.

Es por todo ello que se elaboró un manual práctico que pretende dar pautas que puedan facilitar la función del cuidador, y a contribuir a solucionar las dificultades más frecuentes frente a los cuidados que requiere la persona dependiente. Además de hacerle pensar al cuidador en sí mismo con mayor claridad. La consulta de este manual en ningún caso sustituye el consejo de los profesionales médicos, de enfermería, psicólogos o trabajadores sociales, pero sirve como un material de consulta que puede orientar y aconsejar frente a las distintas situaciones que le toque vivir en el día a día. La realización de este manual se basó en los temas referentes al producto de la investigación biopsicosocial de la enfermedad Alzheimer, dándole una visión práctica en la que se integran los distintos aspectos que se producen en la atención a estos pacientes. Se consultó información de las fundaciones de Alzheimer, centros de día y grupos de apoyo. El contenido se agrupa en cuatro unidades: la primera comprende las acciones que deben tomar en conjunto el enfermo de Alzheimer y su cuidador, pues en la primera etapa la persona con EA todavía puede tomar decisiones y hacer valer sus voluntades en etapas futuras, así como la oportunidad de prepararse ambas partes en cómo puede afrontar el diagnóstico. La segunda, se centra en los cuidados del enfermo, contiene indicaciones claras y precisas que contribuyen a solucionar dificultades concretas frente a los cuidados básicos. La tercera se compone de la atención al cuidador, quien será la persona más importante, debido a que su bienestar va a influir a que la otra persona tenga los cuidados más óptimos; finalmente la cuarta unidad integra un directorio de instituciones y otros recursos en internet que pueden ser de gran interés y de orientación para el cuidador. El principal propósito de consultar este manual, está encaminado a adquirir los conocimientos básicos para ir direccionándolo hacía los retos que puedan ir surgiendo en el proceso de la enfermedad.

OBJETIVOS DEL MANUAL

General

Proporcionar acciones prácticas enfocadas al manejo de la enfermedad, permitiendo al cuidador desarrollar habilidades y aptitudes para cuidarse y cuidar de manera óptima a la persona incapaz de realizar por sí misma las actividades de la vida diaria que debido a una enfermedad se encuentra limitada física, intelectual y socialmente.

Específicos

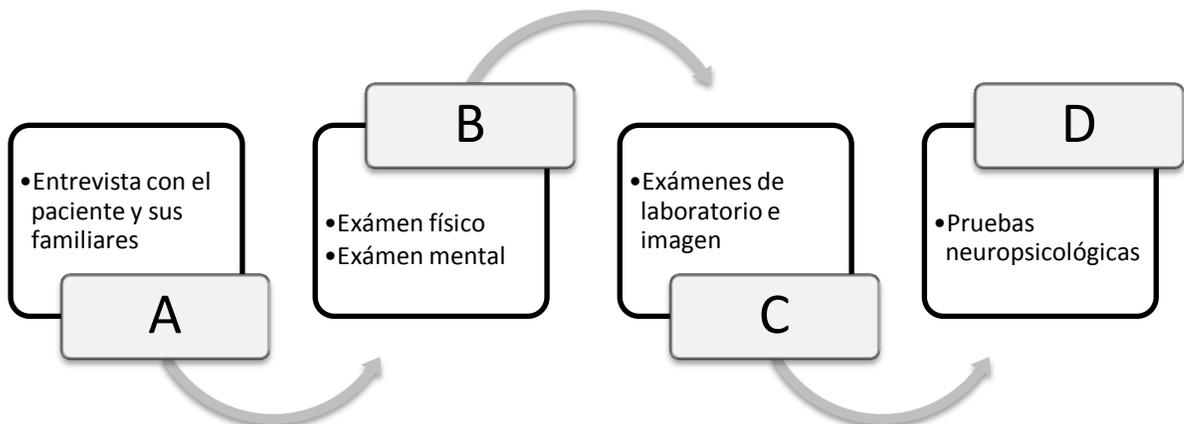
- Crear una buena relación entre el enfermo y la familia.
- Promover calidad de vida y estilos de vida saludable basados en la nutrición y en el ejercicio.
- Mantener el máximo nivel funcional y de autonomía posible en cuanto a actividades de la vida diaria.
- Retardar el avance de la enfermedad, estimulando sus capacidades que aún estén conservadas.
- Manejar conductas difíciles y situaciones estresantes.
- Fomentar actividades sociales y de ocio.
- Mejorar el estado anímico.

1. EL ENFERMO DE ALZHEIMER Y SU CUIDADOR

1.1. Diagnóstico

Un diagnóstico temprano en la enfermedad de Alzheimer ayuda no solamente a identificar el padecimiento, también permite que la persona afectada y su familia pueda organizarse para tomar decisiones a futuro, así como a disponer cuanto antes de los tratamientos existentes para retardar el avance de la enfermedad. Se recomienda que se efectúe una vez que la persona comienza a manifestar comportamientos extraños como olvidos recurrentes, cambios en el estado de ánimo o indicios que hagan sospechar que la persona ya no es la misma que era antes. Es preciso que el diagnóstico lo realice un médico especialista ya sea geriatra, neurólogo, psiquiatra o médico internista, el primer paso es acudir a una evaluación médica.

Proceso en la evaluación médica



Referencia. Elaborado por el autor de tesis (2014).

Generalmente el diagnóstico se hace por exclusión, es decir, para descartar otras enfermedades que puedan presentar los mismos síntomas. El hecho de presentar pérdida de memoria no es exclusivo de la EA, es necesario asegurarse que esas fallas no se deban a otras condiciones o enfermedades como infecciones, traumatismos craneales o deficiencia vitamínica.

De acuerdo con el esquema de evaluación médica este es el seguimiento:

- A.** Deberá ser en compañía de un familiar que describa y conozca los cambios del paciente, informando detalladamente al médico los primeros signos anormales que se detectaron, su evolución, la problemática actual, enfermedades previas, así como, la medicación utilizada con anterioridad o en el presente.
- B.** Se hará una exploración de la memoria, el comportamiento, la comunicación, la autonomía, la orientación en el tiempo y en el espacio, y los hábitos.
- C.** Algunas de las pruebas que se realizan son: biometría hemática, química sanguínea, vitaminas, hormonas tiroideas, examen general de orina, electrocardiograma y electroencefalograma. Estos exámenes sirven para la exclusión de problemas tratables y reversibles. En una segunda fase pueden ser complementados con tomografía computarizada de cráneo, evaluación psiquiátrica, resonancia magnética nuclear y tomografía por emisión de positrones.
- D.** Es necesario un estudio integral que evalúe: lenguaje, condición motora, condiciones perceptivas sensoriales, capacidad de abstracción, raciocinio, cálculo y memoria. Tomando en cuenta los factores que puedan interferir en la evaluación, como sordera, ceguera, limitación motora y diferencias culturales.

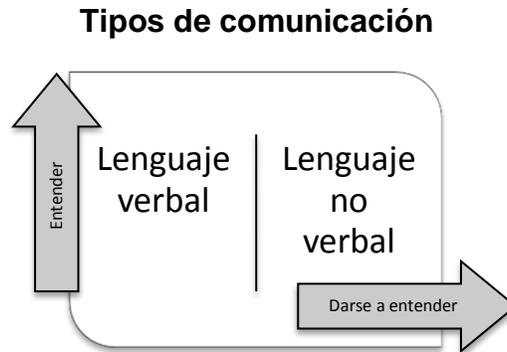
Cuando el diagnóstico profesional médico ha sido confirmado se sugiere:

- Hacer al médico todas las preguntas que pueda tener sobre la EA.
- Averiguar sobre los tratamientos que puedan ser más efectivos para aliviar los síntomas y manejar los problemas de conducta.
- Comunicar el diagnóstico al afectado, así facilita su participación en las decisiones asistenciales que se presentarán a largo plazo.

Organizaciones tales como, instituciones hospitalarias, centros educativos, asociaciones de lucha contra el Alzheimer recomiendan que las personas con Alzheimer tienen el derecho a conocer su diagnóstico para reforzar su confianza, aun cuándo resulte doloroso.

1.2. Comunicación con el enfermo de Alzheimer

Esta enfermedad degenerativa avanza progresivamente deteriorando la capacidad de usar y comprender el lenguaje, esta pérdida constante de vocabulario, impide comunicarse adecuadamente, causando frustración tanto para el enfermo como para su cuidador.



Referencia. Elaborado por el autor de tesis (2014).

En algún momento de la enfermedad la persona no podrá comprender lo que se le está diciendo verbalmente, por lo tanto será necesario recurrir a la comunicación no verbal, es decir mediante indicios, gestos, señales, lenguaje corporal o por el contacto visual. Las siguientes indicaciones le pueden ayudar a acercarse con la persona afectada y mejorar su comunicación.

Indicaciones:

a) Comunicación no verbal

- La mirada y la expresión facial no deben mostrar preocupación, ya que puede causar tensión y angustia.
- Transmita a la persona enferma una sensación de seguridad, tocarla con cariño o acariciarla, es una buena manera de hacerlo.
- Acompañe sus conversaciones con gestos sencillos. El lenguaje corporal ayudará a mejorar la comprensión.

b) Comunicación verbal

- Siempre que se acerque hágalo de frente, con calma, sonriente y diciendo quien es, esto le dará la oportunidad de verlo y reconocerlo, si se aproxima a él de otro modo puede sentirse amenazado o asustado e incluso reaccionar de forma agresiva.
- Llame a la persona por su nombre, escúchelo y hable con él en una atmósfera de simpatía y comprensión que genere relajación y confianza.
- Hablar en forma suave y pausada transmite seguridad.
- Incluya al enfermo en conversaciones en las que pueda participar en alguna medida, incorpórelo a la plática con preguntas sencillas o predecibles, así se sentirá aún parte del círculo familiar.
- Evite discutir sobre la realidad o ante preguntas o explicaciones sin sentido, la persona puede confundirse y no ser capaz de separar el pasado del presente, puede ser molesto pero no insista con su versión de realidad, pues solo conseguirá causar más tensión y confusión.
- Utilice la distracción cambiando de tema y no enfatice en lo negativo, el objetivo es estimular la comunicación y ayudarlo a sentirse involucrado.

c) Entender al enfermo

- Preste atención al tono emocional con que le habla el enfermo.
- Concéntrese en una palabra o frase y repítala para que aclare lo que no se entiende.
- Mantenga la calma y sea paciente.

d) Darse a entender

- Cuando hable con él sitúese a la misma altura, siempre de frente, de forma que pueda verlo a los ojos.
- Utilizar el lenguaje de expresión facial le proporcionará seguridad y afecto.
- Háblele en sitios donde no haya demasiadas distracciones ni ruido de fondo.
- Utilice frases concretas y cortas, usando un vocabulario sencillo.
- No lo apresure, dele tiempo para pensar.
- Intente enseñarle visualmente lo que se le quiere decir.

La enfermedad de Alzheimer hace que la persona tenga dificultad en entender y darse a entender actuando de una forma que a usted le moleste o le frustre. Tenga en cuenta que esto se debe a la enfermedad, que no lo hace a propósito. Aprender a manejar estas situaciones evitará a que empeoren.

1.3. Asesoría legal y trámites administrativos

La fase inicial es el momento ideal para llevar a cabo cualquier diligencia de tipo legal; es necesario hacer estos trámites cuando la persona con EA todavía pueda tomar sus propias decisiones como firmar documentos para trámites administrativos, además ayudará a la economía familiar a medida que la enfermedad va avanzando, de no hacerlo, será necesario llevar un juicio de interdicción, procedimiento que se torna largo, desgastante y costoso. Los trámites legales relacionados con la EA son varios y deben ser considerados con cuidado.

Algunos de los trámites pueden ser:

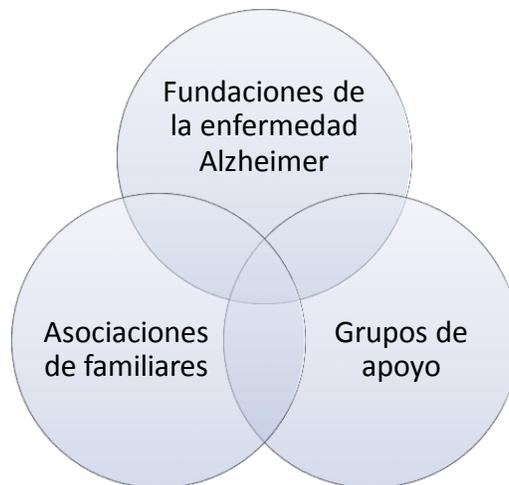
- Procedimiento de incapacitación; permite a la familia velar por los intereses del enfermo mediante su representación legal y la prohibición de realizar determinados actos.
- Pensión de invalidez, si no ha llegado a la jubilación.
- Declaración de voluntad para la asistencia sanitaria futura; consiste en proporcionarle asesoría legal para la preservación de sus derechos, bienes y de ser posible conocer y respetar las voluntades anticipadas que la persona establezca.
- Protección frente a los malos tratos, tomando en cuenta que estos pueden desencadenarse como respuesta del estrés al que se ve sometido el cuidador.
- Protección patrimonial de la persona en situación de discapacidad.
- Poderes notariales, para dejar un testamento.
- Definir beneficiarios de bienes inmuebles o llevar a cabo separación de bienes en caso de estar casados en sociedad conyugal.

Esta serie de trámites van encaminados a la protección de la persona afectada por la enfermedad y a su vez para la familia. Realizar estos trámites mientras el afectado todavía está relativamente bien puede ser doloroso y debe hacerse con la mayor delicadeza posible.

1.4. Integración a organizaciones de apoyo

Aunque los familiares y amigos pueden proporcionar al cuidador principal una ayuda fundamental y muy valiosa, en ocasiones esto no es suficiente y resulta necesario otro tipo de soluciones, en concreto, recurrir a, instituciones, asociaciones o centros de atención para el cuidado de las personas en situación de dependencia. Las asociaciones para familiares y los grupos de apoyo pueden ser de gran ayuda para el cuidador y recíprocamente para la persona con enfermedad de Alzheimer.

Organizaciones de ayuda para el enfermo y su cuidador



Referencia. Elaborado por el autor de tesis (2014).

En estas organizaciones se puede solicitar información sobre los servicios y programas para las personas con EA, elegir el más idóneo va a depender de la economía familiar, el lugar de residencia y de determinada necesidad que tenga la persona dependiente o su cuidador.

Indicaciones generales:

- Reúna información de las instituciones de apoyo en atención a enfermedades demenciales y Alzheimer, puede ser a través de folletos en hospitales y centros médicos, en instituciones educativas, internet o en los programas de gobierno.
- Entre en contacto comenzando a realizar llamadas o visite el lugar para pedir informes acerca de los servicios que ofrecen y los costos.
- Inscríbase a la organización que mejor se adapte a sus necesidades, tomando en cuenta los aspectos geográficos, económicos y familiares.
- Disponga del espacio para asistir de forma constante y puntual a su institución de apoyo.

a) Beneficios de asociarse a una fundación de la enfermedad Alzheimer

- Educa y prepara a la sociedad sobre esta terrible enfermedad y sus efectos en la familia, difundiendo información a través de convenios con instituciones educativas, de salud pública, seminarios y congresos.
- Orienta de forma gratuita en un espacio de dialogo para comprender las diferentes necesidades de cada familia y obtener recomendaciones generales sobre el plan de cuidados.
- Promueve la difusión y concientización.
- Consigue el apoyo en donativos, especie y/o voluntariados.
- Grupos de prevención.
- Ofrece programas de actividad, ocupación, sentido y participación social.

b) Beneficios de las asociaciones de familiares de enfermos de Alzheimer

- Identifican las vías de acceso y las gestiones necesarias para solicitar ayudas, prestaciones y servicios.
- Reúnen información por parte de los profesionales sanitarios a través del desarrollo de programas que van dirigidos a fomentar la autonomía de la persona y la calidad de vida.
- Favorecen las vías de participación y cooperación social, promoviendo la asignación de voluntarios que puedan ayudar a los cuidadores.

- Las campañas de difusión y de concientización sobre la problemática, promueven el respeto y la colaboración ciudadana empleando estrategias de participación para la sensibilización, el cambio de actitudes y la implicación de la comunidad.

c) Beneficios de los grupos de apoyo

- Apoyo emocional: Podrá relacionarse con otras familias y cuidadores que comparten la misma experiencia, es un medio para conseguir estrategias de apoyo y acompañamiento, además de desahogarse emocionalmente el intercambiar sentimientos va a proporcionarle comprensión y amor, así como reforzar su sentimiento de pertenencia y autoestima.
- Apoyo informativo: Comprende estrategias de actuación frente a problemas similares a los suyos ocasionados en su quehacer diario. Pueden surgir sugerencias prácticas sobre los problemas que plantea el cuidado, así como consejos para que los demás cuidadores puedan ayudarse a sí mismos ante situaciones de crisis o problemáticas.
- Apoyo instrumental: Se ofrece ayuda física como prestación de servicios o material con la finalidad apoyar a la persona que no tiene la posibilidad de adquirirlas.
- Actividades recreativas: Minimizan el nivel de estrés y ansiedad del cuidador.
- Rompe con el aislamiento: Con el simple hecho de salir de casa y ponerse en contacto con otras personas fomenta el proceso de socialización.

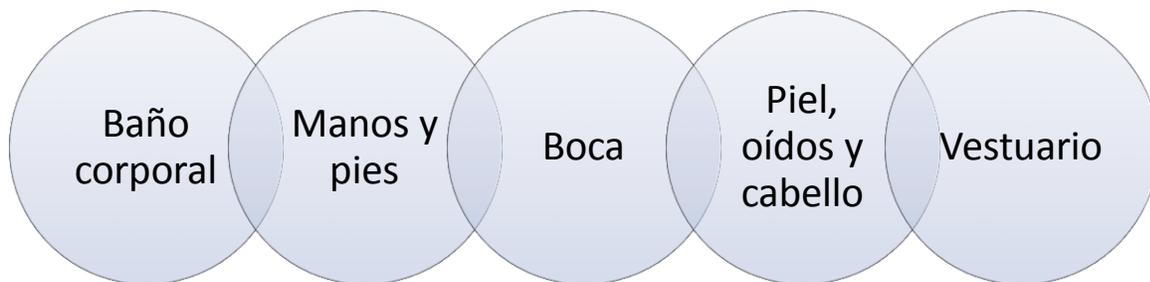
Cuando los miembros de la familia y los cuidadores son instruidos acerca de la enfermedad y dotados de estrategias útiles para la actuación en su papel de cuidador, éstos participarán en el cuidado del enfermo de un modo más eficiente y favorable, repercutiendo positivamente en la calidad de vida del afectado y de sí mismo.

2. CUIDADOS A LA PERSONA CON ALZHEIMER

2.1. Higiene personal

Una higiene adecuada es muy necesaria para prevenir complicaciones físicas como irritaciones e infecciones, además de hacer que se sienta bien consigo misma. Se debe procurar que la persona con demencia mantenga la higiene no perdiendo el hábito diario, para las últimas fases de la enfermedad es necesario supervisar o ayudar en lo que necesiten, mantener las capacidades que poseen les ayuda a sentirse autónomos y seguros.

Áreas de cuidado personal



Referencia. Elaborado por el autor de tesis (2014).

a) Baño corporal

- Planee el baño para la hora del día en que la persona está más tranquila y afable. Sea consistente y trate de desarrollar una rutina.
- Procure que el baño sea una actividad placentera y relajante.
- Prepare con anticipación todo lo necesario en el baño: toalla, jabón, shampoo, esponja.
- Verifique que no haya corrientes de aire y que la temperatura del cuarto y del agua sean las adecuadas.
- Evite las prisas cuando le ayude a desvestirse. Si la persona se siente incómoda puede ser útil no descubrirla totalmente y hacerlo por partes.
- Permita que la persona se maneje sola el mayor tiempo posible.

- Explíqueme los pasos a seguir guiándolo con ligera ayuda.
- Enjabonar el cuerpo completo. Ponga en su mano una barrita de jabón, esto lo estimulará a cooperar con su higiene, ayúdele en aquellas partes a las que no tenga acceso, se realizará siempre de arriba hacia abajo; inicie por la cara, cuello y brazos, deje para el final glúteos y genitales.
- Realice el lavado del cabello al último para evitar agitación.
- Al terminar de enjuagarlo, cúbralo inmediatamente con una toalla para evitar enfriamientos. Con otra toalla más pequeña comience con el secado de piernas y cabeza, después seque concienzudamente los pliegues especialmente pies y manos.
- Tenga en mente la seguridad, reduzca los riesgos utilizando una ducha de mano, un asiento para la ducha, barras para agarrarse y alfombras antideslizantes para la bañera. La salida del baño es el momento en donde más accidentes ocurren por lo tanto hay que extremar precauciones, mantener el piso seco y colocarle una sandalias secas o pantuflas.
- No debe haber timbres, lámparas o aparatos eléctricos cerca del baño para evitar electrocutarse.
- Si el baño es motivo de conflicto puede asearlo de pie con toallas húmedas. Lo ideal es todo los días o como mínimo cada 3-4 días.
- Recuerde que siempre que la situación lo permita, solo supervise el baño, es decir, evite ayudar al enfermo de Alzheimer en todo aquello que pueda realizar por sí mismo, tomando en cuenta que nunca debe quedar solo durante el baño.

b) Manos y pies

- Después de haber lavado y secado los pies proceda al corte de uñas; vaya haciendo pequeños cortes a lo largo de la uña, empiece por una esquina y siga cortando en línea recta. No debe cortar las uñas a los lados, podría luego crecerle la uña en forma de garfio e incrustarse en el dedo.
- Los cortaúñas o alicatas son más fáciles de usar que las tijeras.

- Pase una lima por las uñas para dejarlas lisas e impedir que una punta lesione el dedo de al lado.
- Si tienen problemas para cortar las uñas porque fueran excesivamente duras, límelas todos los días después de lavarse los pies.

c) Boca

- Se requiere el cepillado de los dientes y de la lengua con un cepillo suave después de cada comida y antes de ir a dormir.
- Lave sus manos y reúna lo necesario como vaso, pasta y cepillo dental.
- Cuide que esté en una posición cómoda, ya sea en el baño o en el lugar dónde se llevará a cabo la limpieza.
- Indique a la persona de forma lenta y clara que se cepille los dientes, si es necesario acompañe la petición con lenguaje corporal que refuerce el mensaje. Pídale que se cepille la lengua y finalice con un cepillado de atrás hacia adelante y enjuague la boca.
- Cuando sea usted quien esté aplicando el cepillado realice movimientos suaves y seguros, y no olvide ayudarlo solo cuando sea necesario, con gentileza y tomando en cuenta que la higiene bucal es un acto íntimo. Recuerde que es contraproducente apresurar al enfermo, sino desea asearse la boca en ese momento, inténtelo unos minutos después.
- En caso de dentadura postiza, debe limpiarse como mínimo una vez al día, con un cepillo de fibras duras.
- Pídale a su familiar que se quite la prótesis y la coloque en un vaso para cepillarla. Para este procedimiento no utilice pasta dental.
- Revise que la prótesis no tenga rasgaduras, fisuras o puntos ásperos. Ayuda a evitar molestias y problemas de salud provocados por una prótesis en mal estado.
- Antes de colocarse la dentadura postiza hay que enjuagar bien la boca porque se adhiere mejor a las encías húmedas.

- Si usa adhesivo para la prótesis, aplíquelo y pídale al paciente que la coloque nuevamente en su boca. Si no puede ponérsela, apóyelo primero colocando la prótesis de arriba y luego la de abajo.
- La dentadura debe ponérsela todas las mañanas y mantenerla a lo largo de la jornada para evitar la inflamación de las encías u otros cambios anatómicos.

d) Piel, oídos y cabello

- Los pliegues corporales acumulan sudor, lo que favorece al crecimiento bacteriano y la maceración de la piel, por lo que pueden aparecer grietas y escoceduras. Revise todos los pliegues del cuerpo: cuello, axilas, ingles, espacios entre los dedos, región auricular, mamaria, abdominal y glúteo.
- Realice un lavado frecuente en dichas zonas usando jabón neutro y seque minuciosamente para evitar el riesgo de colonización por hongos.
- Para mantener buena higiene, lave los oídos a diario para evitar acumulación de cerumen. Si se forman tapones de cerumen, acudir al médico.
- El conducto auditivo externo se lava con agua templada y jabón, proceda con el secado, sobretodo en pliegues.
- No introduzca en los oídos objetos punzantes o hisopos.
- Mantener la higiene del cabello evita la aparición de parásitos, además de proporcionar comodidad a la persona. Procure un lavado periódico o al menos una vez por semana. Cepille a diario y péinelo para evitar que se formen marañas o nudos.
- En el caso masculino es necesario afeitar y arreglar el bigote, patillas y barba con regularidad. Apoye a la persona en el rasurado en un lugar luminoso, tenga cuidado con las arrugas y pliegues, proceda a aclarar con agua y secar la zona rasurada, termine con una loción para evitar irritaciones.

e) Vestuario

- Trate que la persona se vista a la misma hora todos los días, para que eso se convierta en parte de la rutina diaria.
- La ropa debe permitir libertad y amplitud de movimiento. Escoja ropa que sea cómoda, fácil de ponerse y quitarse, y fácil de mantener limpia y en buen estado.
- Anímela a que se vista sola hasta el grado que sea posible. Facilite proporcionándole el material: velcro en lugar de cierres y botones, y haciendo que la ropa se cierre por delante, prescinda de prendas ajustadas, cuellos y puños estrechos y cerrados.
- Permítale escoger de una selección limitada de prendas para reducir el número de opciones. Si la persona tiene un conjunto de prendas favorito, considere comprarle varios juegos idénticos.
- Organice la ropa en el orden en que se la debe poner para ayudarle a la persona a seguir los pasos del proceso.
- Los zapatos deben ser cómodos y con suela antideslizante. Los calzadores, peines y cepillos deberán tener mangos largos.
- El vestido de la parte superior se puede realizar tanto en posición de sentado como de pie y las prendas correspondientes a la parte inferior, se realiza con mayor comodidad en la cama, evitando la necesidad de mantener en equilibrio en la posición de pie o la potencia necesaria para elevar la cadera en la posición de sentado.

Generalmente, se piensa que es más fácil y rápido hacerle las cosas a la persona enferma, como modo de protección, pero es más efectivo que usted mismo se ayude, estimulando la autonomía del enfermo en cuanto a sus capacidades y habilidades lo permitan. De esta manera estará apoyándolo a recuperar la confianza en sí mismo.

2.2. Nutrición

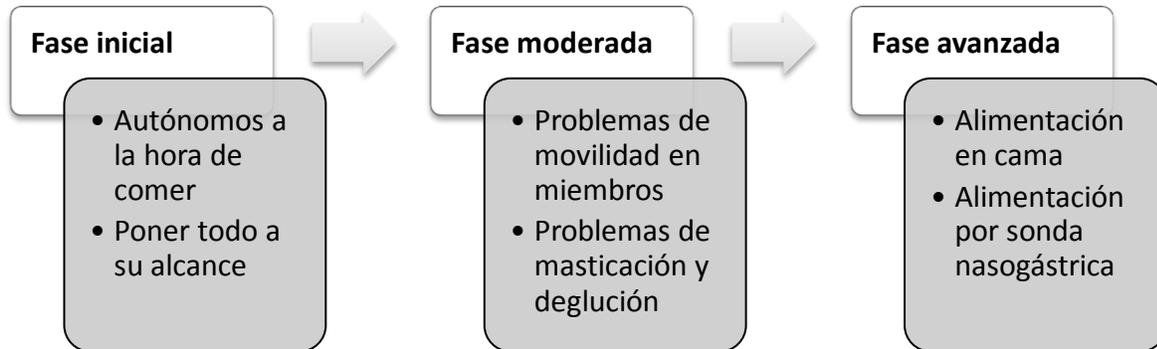
En los adultos mayores la nutrición es fundamental para la salud física y emocional. Por ello, la dieta que llevan tiene que ser equilibrada y variada. La comida debe ser fácil de preparar, estimulante del apetito y bien presentada, apetecible y además de fácil trituración y digestión. A continuación se describe una serie de reglas y consejos que el centro psicológico de neuro-estimulación sugiere para una correcta alimentación de los pacientes con Alzheimer.

Necesidades alimenticias en los enfermos de Alzheimer
La alimentación alta en proteína fortalece el tejido muscular y la piel. Se encuentra en las carnes rojas, el pescado azul, huevos, leche y verduras frescas. Las proteínas deben constituir no menos del 25% del total de la alimentación diaria.
Los carbohidratos aportan sensación de saciedad por lo que no es aconsejable abusar de los mismos. Se encuentran en las patatas, legumbres y pastas. Una dieta equilibrada no debe llevar más del 20% del total en forma de hidratos de carbono.
Las grasas siempre son necesarias, sin abusar de ellas y siempre son más aconsejables las de origen vegetal como el aceite de oliva o de girasol.
En gran parte estos enfermos presenten un déficit de vitaminas, sobre todo de vitamina C, por eso es aconsejable darles más frutas y verduras frescas; con este buen hábito también puede evitarse la aparición de estreñimiento.
Las personas mayores suelen tener disminuida la sensación de sed. A los enfermos de Alzheimer es preciso darles líquidos con frecuencia.

Referencia. Elaborado por Miranda (2014), adaptado de Ortiz (2002).

La preparación y presentación del alimento va a depender de la fase evolutiva y la discapacidad, debido al avance progresivo de la enfermedad la persona irá necesitando ayuda a la hora de comer, ya que pueden presentarse las siguientes situaciones.

Situaciones dependientes a las fases evolutivas



Referencia. Elaborado por el autor de tesis (2014).

Como se ha venido indicando es importante mantener un grado suficiente de autonomía en la persona con EA, permitiéndole que pueda seguir siendo independiente hasta el final por grande que sea su incapacidad, siempre y cuando se le facilite la presentación y preparación de los alimentos.

a) Fase inicial

- Personalice el régimen dietético, tomando en cuenta los gustos y las situaciones individuales, trate de ofrecerle comidas apetitosas que tienen sabores conocidos, texturas variadas y colores diferentes.
- Cuide el entorno, mesa limpia, amplia y a la altura adecuada, asiento correcto.
- Use utensilios que promuevan la independencia; plato hondo, cubiertos con mango grande o extendido, vaso o taza con tapa para que pueda beber fácilmente.
- Evite servir salsas, condimentos, picantes y temperaturas extremas de los alimentos, puesto que puede dificultar la digestión.

- Sirva varias comidas en pequeñas porciones, procure distribuir equilibradamente el número y ritmo de las comidas a intervalos regulares de 4-5 tomas al día.
- Trate que la hora de la comida siga siendo un momento de relación, de charla, de estar con más gente. Esto estimulará a la persona a no saltarse ninguna comida y ayudará a seguir una dieta adecuada y a la vez fortalecer el entorno social de la persona.

b) Fase moderada

- Tenga en mente que el riesgo de que la persona se atragante, aumenta debido a dificultades al masticar y tragar. Puede ser necesario preparar los platos de manera especial, con otro tipo de consistencia; con texturas suaves y sin mezclar sabores ni aromas.
- Para evitar que tenga problemas al masticar y pasar los alimentos. Excluya espinas, huesecillos o la presencia de grumos, use alimentos molidos o córtelos en pequeños pedacitos. Alimentos como el puré de papa.
- Enseñe a la persona como debe de comer, demostrando un buen comportamiento para comer o alimentándolo con la mano. Recuerde que puede llevarle una hora o más para alimentarlo, trate de tener paciencia y evite las prisas.
- Al alimentarlo, dele la comida lentamente con la cuchara o el tenedor, procure no llenar la cuchara más de la mitad, deje un tiempo entre cada cucharada para no atosigarle.
- Anime a la persona a que tome abundantes líquidos a lo largo del día para evitar deshidratación. Para prevenir que se derramen use popotes que puedan doblarse y si existe dificultad para deglutir líquidos utilice espesantes.

c) Fase avanzada

- Cuando un paciente permanece postrado, con mayor razón se debe aportar una dieta alta en proteína para evitar la aparición de yagas.
- Lleve la charola hasta la habitación, ponga a la persona en posición sentada y sujete la espalda con almohadas, coloque una servilleta debajo de la barbilla, ayúdele a lavarse las manos acercando una palangana con agua templada, jabón y toalla.
- Administre el alimento y al finalizar revise que quede limpia la sábana de migajas u otros objetos que se hayan podido caer.
- Deje en posición de sentado a la persona durante una hora para la facilitación de digestión.
- Si la persona que está en cama vomita, póngala en posición decúbito lateral para evitar que realice una aspiración.
- En algunos casos es necesario la alimentación por sonda nasogástrica, en estos casos es preciso acercarse a una enfermera y pedir asesoría para el uso correcto de este instrumento.
- Coloque a la persona en posición sentada, y póngale una toalla debajo de la barbilla, limpie la boca con frecuencia, al igual que las fosas nasales.
- Primero ponga agua en la jeringa de alimentación y oprima el embolo para asegurarse que la sonda esté
- Prosiga llenando la jeringa del alimento triturado o la papilla, una vez administrado todo el alimento se pasa otra inyección de agua en la jeringa para impedir que la sonda se obstruya.
- Cierre el extremo de la sonda con una pinza o con un tapón para evitar la regurgitación del alimento.

Es indispensable pedir al médico especialista una dieta adecuada a las condiciones de salud y necesidades individuales de la persona con EA. De este modo se favorecerá el equilibrio nutricional evitando descompensaciones en el organismo que desemboquen en complicaciones innecesarias, empeorando la situación de la persona.

2.3. Activación física, cognitiva y actividad recreativa-funcional

Incorporar el ejercicio dentro de la rutina diaria proporciona beneficios tanto a la persona que tiene Alzheimer como a quien la atiende. No solamente puede mejorar la salud, sino que también puede convertirse en una actividad constructiva que pueden compartir. El ejercicio ayuda a mantener la capacidad física y la funcionalidad de la persona mayor; debido a que oxigena a todas las células, incluyendo las del cerebro. Si a esto se suma que también mejora la actitud y capacidad de socialización, sus beneficios se extienden a la salud mental.

Sistema de actividades



Referencia. Elaborado por Miranda (2014).

Un bienestar completo implica un equilibrio biopsicosocial, participar de forma práctica y estructurada integrando actividades físicas, cognitivas y sociales-recreativas, estimula dominios como la cognición, la conducta y la autonomía, reduciendo la carga del cuidador, además de mantener a la persona ocupada, favorecerá al control de su comportamiento, dotándolo de un sentimiento de bienestar al sentirse productivo y parte de su entorno. Una buena estimulación puede evitar o posponer el ingreso en residencias para adultos mayores y así reducir el costo de los cuidados. Estimule estas áreas con los ejercicios siguientes.

a) Activación física

- Antes de iniciar un programa de activación física se debe valorar el estado físico de la persona y si existen problemas médicos que puedan dificultar la actividad.
- Piense en la clase de actividad física que ustedes disfrutan y pueden compartir como caminar, nadar, jugar tenis o bailar. Determine la hora y el lugar donde ese tipo de actividad funcionaría mejor.
- Comience despacio, tome un paseo corto alrededor del patio antes de dar una vuelta alrededor de la cuadra.
- La persona mayor debe realizar dentro de lo posible, flexiones y extensiones de las extremidades y del tronco, para así evitar la tendencia a encorvarse. Deberá levantarse a diario; sino es capaz de caminar debe levantarse a una silla y sólo en última instancia permanecer en cama día y noche.
- Para mover los brazos con amplitud puede tomar un bastón o palo de escoba con las manos y moverlo con los brazos extendidos hacia arriba y abajo, de derecha a izquierda; también podría jugar a recibir y arroja una pelota.
- Para las piernas, además de caminar es útil realizar flexiones si está de pie, apoyándose en un mueble firme; si está sentado, extenderlas, levantarlas y llevarlas de derecha a izquierda, tal vez con un peso en el pie.
- Identifique los tipos de programas de ejercicio disponibles en su comunidad. Es posible que los centros para personas mayores tengan programas para aquellos que les gusta hacer ejercicio con otras personas.
- Cuando la persona mayor permanece en cama debe realizar ejercicios activos, imitación de caminata o trote, extender o doblar el tronco, levantar la cabeza o apoyarla con fuerza en la almohada para elevar el tronco, mover los brazos con o sin un peso. También puede hacer ejercicios isométricos como apretar y soltar los músculos de las extremidades y el tronco sin moverlos.
- las actividades sencillas a menudo son las mejores, sobre todo cuando se usan las habilidades que la persona todavía posee.
- Esté pendiente de cualquier molestia o señales de esfuerzo excesivo y hable con el médico si esto sucede.

b) Activación cognitiva

- Realicen pasatiempos que estimulen la atención y concentración como crucigramas, sopa de letras, las ocho diferencias, rompecabezas o sudokus.
- Pueden ser útiles para la atención, la memoria y el ánimo algunos juegos como el dominó, las cartas, los memoramas y juego de palabras como trabalenguas. Cada vez más habrá que simplificar la actividad. Si la persona se muestra cansada deje el juego para otra ocasión.
- Para estimular la memoria, es útil que repase los sucesos de su vida tal vez con ayuda de videos o fotos; exhiba fotos grandes, claras y con los nombres de familiares para que la persona los reconozca.
- Pregúntele lo sucedido del día anterior o pídale información sobre sus familiares, acontecimientos importantes de su vida pasada, puede hacer un diario de vida en el que escriba su nombre, fecha y lugar de nacimiento, miembros de su familia.
- La imaginación se puede ejercitar si le pregunta qué espera del día actual, cuál es su opinión sobre cierto tema, cómo cree que podría solucionar algún problema, o pídale que le relate una historia después de leer o ver noticias en la tv.
- Para conservar el lenguaje pídale que le diga los meses, las estaciones del año o los días de la semana, que cuente del 10 al 0 y viceversa. Juego de palabras incompletas, pueden hacer categorías de palabras; peces, aves, flores, frutas o animales. Asociación de palabras; calcetín-pie, flores-primavera, manzana-fruta.
- En fases más avanzadas se puede estimular a través de la repetición, puede repasar una lista de palabras, repetir frases, sílabas, letras y números.
- La escritura se puede ejercitar con un dictado, pídale que copie frases o palabras, que escriba su nombre, apellidos y firma.
- Se puede estimular el movimiento organizado pidiéndole que copie dibujos o figuras, más adelante que termine una figura incompleta, realice dibujos o formas sencillas como cuadros, círculos, un árbol o un reloj.

- Para favorecer su orientación señale con carteles las diferentes estancias de la casa. Coloque etiquetas en las puertas de las habitaciones y en los cajones con palabras o dibujos, así le será más fácil identificarlos. Por las noches deje encendida la luz del baño para que pueda acceder de manera autónoma.
- También puede hacer con frecuencia referencia a las fechas y circunstancias presentes. Disponga de un calendario en el que se indique el día de la semana, número, mes y año. Así como la estación del año en el que se encuentra. Decore el entorno según la estación del año y asóciela; en verano lluvia, en otoño se caen las hojas, en invierno abrigos, en primavera flores. De manera que la persona pueda verlo sin tener que preguntarlo.
- En la fase avanzada se propone hacer una estimulación a través de los sentidos, buscando un despertar sensorial en la persona.
- Para la vista, puede presentarle objetos, imágenes o luces de colores vivos y llamativos, si es con movimiento pueden seguirlos con la mirada.
- Ponga a escucharlo sonidos básicos como campanas, tambores o animales, también con diferentes y más complejos, como puede ser la música y melodías.
- Pase objetos por diferentes partes del cuerpo de la persona, con diversas texturas; ásperas, suaves, rugosas, lisas, líquidas, con diferente temperatura, objetos grandes o pequeños para un tacto grueso y fino.
- Dele a probar diferentes comidas, de sabores: amargo, dulce, ácido y salado. Inicie con los sabores suaves y luego con los más fuertes. Dar agua entre cada presentación para no mezclar sabores.
- Presente diferentes olores en cada fosa nasal, puede utilizar comidas, lociones, flores, también olores relacionados con su pasado, como la loción que utilizaba, o alguno relacionado con su trabajo; madera, pintura, libros.

c) Actividades recreativas y funcionales

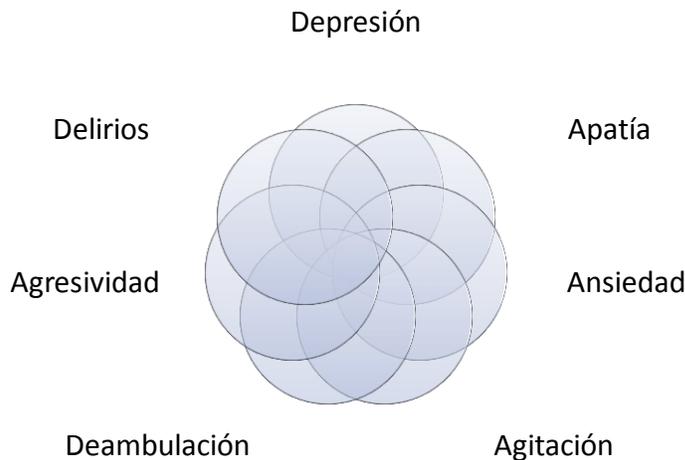
- Fomente sus aficiones habituales ya sea clases de yoga, excursiones, viajes, baile, labores, jardinería o costura. Intente hacer las actividades a una hora similar cada día.
- Fomente la lectura de acuerdo con sus capacidades y preferencias pueden ser, revistas, periódicos o alguna novela literaria.
- La música puede ayudar a estimular o relajar a la persona y reforzar el estado anímico. Adáptese al gusto de la persona y utilice canciones que sean de su agrado o de su época, puede hacer una lista de sus canciones favoritas, esto le ayudara a recordar fiestas populares.
- Trate de incluir a la persona en toda actividad; a la hora de la comida invítela a ayudar en la preparación, a poner la mesa, las sillas o guardar los platos. Esto puede ayudar a mantener las habilidades funcionales, realzar el sentido de control personal y aprovechar eficazmente el tiempo disponible.
- Pídale que realice toda una secuencia de movimientos; que se lave la cara, abra el grifo, se moje las manos, tome el jabón y lo pase por la cara, se enjuague las manos y cara, cierre el grifo y se seque con una toalla. En la fase intermedia los movimientos deberán ser simples como lavarse los dientes, peinarse, abrocharse la ropa o doblar su ropa.
- A cada uno de los visitantes puede pedirseles que colaboren en alguna actividad. Muchas veces los familiares o amigos se sienten estimulados a volver si sienten que pueden ayudar a la persona enferma, por eso es importante pedir su colaboración.

Aprovechar que la persona con EA aún sea partícipe y que por él mismo haga todas esas prácticas, le dará una ocupación y un sentido a la actividad, lo cual hará que la persona esté más motivada y animada. En un principio las actividades deberán ser sencillas donde no se requiera un excesivo esfuerzo, las tareas más complejas pueden dividirse en partes para ir haciéndolas gradualmente.

2.4. Cambios de comportamiento

La persona con EA manifiesta cambios que pueden resultar más extraños que los síntomas cognitivos, los trastornos de conducta pueden llegar a ser los peor soportados para el cuidador y la familia. Si estas conductas no son bien sobrellevadas pueden desencadenar conflictos dentro del sistema familiar, aumentando la sobrecarga del cuidador. La fase en la que aparecen más frecuentemente es en la fase moderada, algunos pueden surgir ya en la fase inicial; aunque existe mucha variación en cuanto a su presentación y la recurrencia y recuperación de su desarrollo.

Cambios emocionales y conductuales en la persona con EA



Referencia. Elaborado por el autor de tesis (2014).

Estos componentes del comportamiento problemático en las personas con EA pueden ser muy molestos, tanto para el paciente como para la familia o su cuidador y pueden motivar a la familia a tomar decisiones extremas con respecto al cuidado especializado, ya sea en casa o en alguna institución.

a) Depresión

- Evite los ruidos fuertes y la sobre estimulación.
- Manténgalo ocupado y que se sienta productivo. Permita que la persona ayude en las tareas simples y placenteras, como preparar comidas, hacer tareas de jardinería, manualidades o clasificar fotografías.
- Sea positivo, los elogios frecuentes ayudaran a la persona a sentirse mejor y también a usted.
- Hable con su médico, puede sugerirle medicamentos antidepresivos que ayuden a la persona a sentirse mejor, a mejorar los síntomas de tristeza, apatía, también los problemas de apetito y de sueño.

b) Apatía

- Proponga a la persona actividades que le resultaban interesantes y agradables en el pasado, incluyendo hobbies o actividades favoritas, si se le dificulta llevar a cabo la tarea, entonces busque la manera de simplificar esas actividades para que pueda seguir las realizando utilizando los recursos con los que aún dispone.

c) Ansiedad

- Un entorno agradable con caras y objetos conocidos ayudará a aliviar el miedo y la ansiedad.
- Sea permisivo para dejarlo expresar esa angustia interior a través de actividades compartidas, escúchelo y compéndalo.

d) Insomnio

- Si la persona puede movilizarse, intente durante el día que tenga varias actividades, como un paseo en la tarde o antes de anocheecer.
- No deje que mantenga siestas prolongadas durante el día y despiértelo relativamente temprano en las mañanas.

- Anime a la persona a hacer ejercicios durante el día, pero asegúrese de que esté descansando adecuadamente en el transcurso, ya que la fatiga puede aumentar la probabilidad de la inquietud al atardecer.
- Trate de programar a horas tempranas del día las actividades que requieren esfuerzo físico. Por ejemplo, el baño puede ser realizado en la mañana, o la comida en familia puede ser servida pasado del mediodía.
- Limite el consumo de bebidas con cafeína.
- Establezca un tono de voz tranquilo en la noche para alentar el sueño. Mantenga las luces bajas, elimine los ruidos fuertes, e incluso ponga música relajante si parece que la persona la disfruta.
- Trate de establecer que la hora de acostarse sea más o menos al mismo tiempo todas las noches. Desarrollar una rutina a la hora de acostarse puede ayudar a lograr eso.
- Llevarlo al baño antes de acostarlo para evitar que se despierte a media noche, es recomendable mantener una luz tenue por si se levanta y evitar tropezos.

e) Agitación psicomotriz

- Intente dar un sentido de utilidad a los movimientos repetitivos de la persona; si hace como si se estuviese peinándose, dele un cepillo para que lo haga de verdad, o si mueve las manos como si estuviera tejiendo, dele una costura. Esto puede ayudar a no ver tan extraña esa conducta.
- Suprima toda bebida estimulante; café, té, refresco de cola, chocolate o alcohol.

f) Deambulación errática

- Asegúrese que la persona lleve consigo algún tipo de identificación o que use una pulsera médica. Si la persona se pierde y no es capaz de comunicarse adecuadamente, la identificación servirá para alertar a la gente sobre la condición médica de la persona.

- Notifique con anticipación a los vecinos y a las autoridades locales que la persona tiene la tendencia de deambular.
- Tenga una fotografía reciente o un video de la persona con Alzheimer para ayudar a la policía en caso de que la persona se pierda.
- Mantenga las puertas cerradas con llave. Considere la opción de colocar una cerradura que se cierra con llave por dentro o una cerradura adicional colocada en una parte más alta o más baja de la puerta. Si la persona puede abrir la cerradura porque le es familiar, un nuevo picaporte o cerradura puede ayudar.
- Instale un sistema de anuncio que suene cuando la puerta se abra.

g) Agresividad

- Evite medicarlo como primera medida, ya que el consumo de medicamentos puede tener como consecuencia efectos no deseados.
- Fomente la independencia, una de las posibles causas de los comportamientos agresivos es el sentimiento de frustración que se genera ante el hecho de tener que aceptar que ya no se es tan independiente como antes. Al fomentar la independencia, se aumenta la seguridad y confianza de la persona en sí misma.
- Mantenga las rutinas en la vida diaria. En muchas ocasiones las reacciones agresivas son debidas a que se han producido cambios en las rutinas diarias; comida u hora de acostarse. Si se hacen cambios deben ser de forma paulatina.
- Plantee actividades o tareas al alcance de las habilidades y capacidades de la persona, no busque razonar o argumentar, evite entrar en conversaciones que puedan resultarle difícil a la persona.
- El ejercicio permite que la persona libere tensión y se distraiga, sobre todo si es fuera de casa.
- Evite levantar la voz, si actúa así puede contribuir a aumentar el enfado.
- No inicie movimientos bruscos para tocar a la persona, si se acerca a ella rápidamente o por detrás, estas acciones pueden ser mal interpretadas.

- Evada responder al comportamiento agresivo con amenazas, bromas o jalones de cabello. Tampoco sujete a la persona o cualquier restricción física que haga que sienta imposibilidad de escapar.

h) Delirios

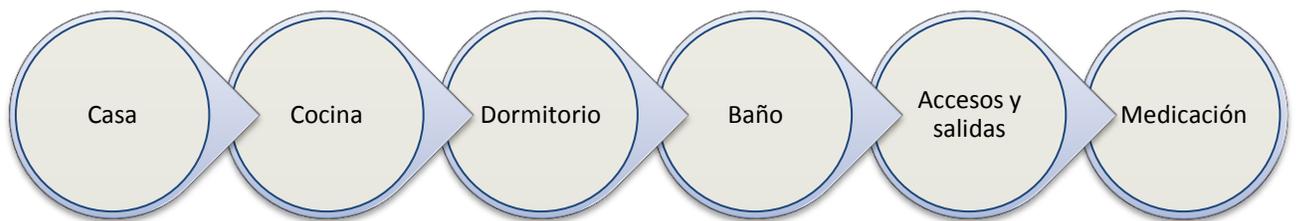
- Las alucinaciones y los delirios pueden ser señales de una enfermedad física. Tome nota de lo que la persona está experimentando y discuta el problema con el médico.
- Evite discutir con la persona sobre lo que ve u oye, trate de responder a los sentimientos que le está manifestando. Confórtela si la persona tiene miedo.
- Trate de distraer a la persona con otro tema o actividad, a veces llevarla a otro cuarto o salir a caminar puede ayudar.
- Apague la televisión cuando estén presentando programas violentos o perturbadores, puede ser que la persona no sea capaz de distinguir entre un programa de la televisión y la realidad.
- Cerciórese que la persona esté segura y fuera de peligro y que no tiene acceso a ningún objeto que podría usar para hacerle daño a alguien o así misma.
- Hable con el médico sobre cualquier enfermedad que la persona haya tenido o sobre los medicamentos que está tomando. A veces una enfermedad o medicamento puede causar alucinaciones o delirios.

Se debe tomar en cuenta que no todos y cada uno de los trastornos se va a dar en cada paciente de la misma forma, algunos de ellos pueden predominar siendo frecuentes. Es aconsejable tener una serie de actitudes positivas frente a la persona. Los problemas de conducta de la persona se deben a la enfermedad que padece, haciéndolas vivir en un mundo paralelo al nuestro, en el que ciertos hechos son interpretados de manera distinta, no es que la persona se comporte deliberadamente mal, se comporta como la enfermedad lo conduce. En muchas ocasiones comprender la enfermedad y al paciente constituye el primer paso para mejorar la convivencia y reducir los problemas de conducta diarios, en lugar de utilizar la medicación como primera medida.

2.5. Entorno y medidas de seguridad

Desde la fase inicial el entorno de la persona con Alzheimer va a requerir algunas modificaciones, pero sin cambios drásticos que puedan confundirle hasta el punto de que el medio deje de resultarle familiar. Crear un ambiente seguro puede prevenir muchas situaciones peligrosas y estresantes. Hay que evaluar la casa para identificar y corregir los riesgos de seguridad.

Adecuación de estancias en el hogar



Referencia. Elaborado por el autor de tesis (2014).

Prestar atención al entorno es fundamental para que la persona tenga un correcto funcionamiento y desenvolvimiento. Además de las adaptaciones en el hogar, referentes a cualquier tipo de modificación en el entorno de la persona afectada que le permita hacer sus quehaceres diarios de una manera más sencilla, segura e independiente; existen también las ayudas técnicas, instrumentos que se utilizan de manera facilitadora del movimiento o en compensación cuando es indispensable para realizar la actividad, en este caso sin la incorporación de la ayuda técnica la acción sería imposible. Probablemente se tenga que recurrir a algunas adaptaciones o utensilios que impliquen un costo, sin embargo, se debe valorar el beneficio que pueden aportar a la persona y la calidad de vida que podrá dar a la familia y cuidadores si se permite que la persona sea más independiente.

a) Casa

- Una organización adecuada de la casa o habitación, puede facilitar que la persona se desenvuelva con libertad. El entorno debe ser sencillo y seguro.
- Las adaptaciones deben hacerse de forma gradual y acorde a las necesidades de la persona, en función de su capacidad física y cognitiva que pueda facilitar la autonomía.
- El espacio donde vive la persona debe estar libre de muebles, objetos y adornos que puedan provocar caídas.
- En la fase inicial puede conservar los objetos y utensilios de uso cotidiano siempre en el mismo sitio, para evitar la confusión del enfermo. Sitúelos en un lugar accesible y evite el uso de taburetes o escaleras.
- Señalice con etiquetas mediante dibujos o palabras escritas el contenido de los armarios.
- En la fase moderada guarde en un lugar seguro o bajo llave los productos de limpieza, sustancias químicas, objetos punzocortantes o armas de fuego. Puede usar picaportes con seguro en los gabinetes de la cocina y en cualquier parte donde se guarden productos que puedan causar un peligro a la persona.
- Asegure que la iluminación sea buena, tanto dentro como fuera de la casa.
- Instale pasamanos o rejillas en las escaleras.
- El suelo debe estar siempre limpio y seco para evitar resbalones.
- Deseche las alfombras o procure que no estén dobladas o se muevan fácilmente.
- Los cables no deben estar en lugares de paso. Asegure los enchufes, coloque los interruptores en lugares estratégicos; cerca de la cabecera, al principio y al final de la escalera o de un pasillo.
- Trate que los bordes o esquinas de los muebles estén redondeados.
- Considere la instalación de interruptores automáticos, para prevenir quemaduras, incendios o fugas.
- Cierre aquellas estancias o habitaciones que puedan resultar peligrosas.

b) Cocina

- La cocina puede tratarse de uno de los lugares más peligrosos de la casa.
- Puede sustituir su cocina de gas por una eléctrica o de vitrocerámica. Ponga el seguro en las llaves de la estufa.
- Utilice manteles antideslizantes, vajillas y vasos irrompibles, pueden ser de plástico y de colores para visualizarlos mejor, sillas o bancas fijas para evitar caídas.
- Guarde en algún lugar seguro o bajo llave los utensilios punzocortantes o peligrosos; cuchillos, fósforos o tóxicos.

d) Dormitorio

- Fije la lámpara de buró de manera que al encenderla y apagarla no pueda moverla y tirarla, o deje una luz tenue cerca de la cama de la persona y que permanezca encendida para evitar caídas si se despierta durante la noche.
- Retire objetos que puedan obstaculizar el paso; cables, alfombras, ropa.
- Cubra o quite los espejos cuando la persona se sienta confusa o asustada, pues la persona puede asustarse al ver su imagen y no reconocerse.
- Coloque la cama de tal manera que la persona pueda subir y bajar sin molestias por ambos lados.
- Puede usar un colchón de aire, similar a una colchoneta para facilitar el alivio de la espalda o puede usar una cama articulada, para evitar la inmovilidad absoluta.

e) Baño

- En la bañera sustituya la regadera por una bandeja de ducha, coloque un asiento y tapetes antideslizantes para evitar resbalones y caídas.
- Instale barras tanto en la ducha como en el WC. Así le facilitará a la persona la tarea de sentarse y levantarse.
- No cierre con botón la puerta del baño, evite que la cerradura quede por dentro o quítela para impedir que la persona se encierre accidentalmente.
- Procure que la temperatura del baño sea agradable.

f) Accesos y salidas

- Coloque cerraduras de protección en las ventanas y puertas exteriores. Para evitar que la persona con tendencia a deambular escape.
- Asegúrese de que la puerta de salida siempre esté bien cerrada.
- Esté alerta a las señales que indican que manejar un vehículo de manera segura ya no es posible para la persona, señales como; perderse en lugares conocidos, manejar demasiado rápido o demasiado despacio, ignorar las señales de tráfico, enfadarse o confundirse.
- Si es necesario, tenga usted las llaves del automóvil. Si el simple hecho de tener llaves es importante para la persona, sustitúyalas por un juego de llaves diferente.
- Si todas las medidas fallan, desactive el automóvil o estacionelo en un lugar donde la persona no pueda verlo u obtener acceso a éste.

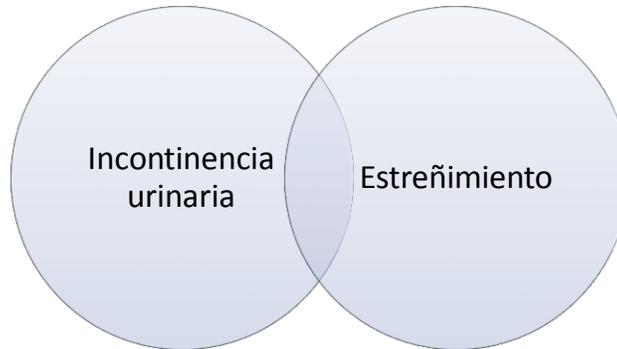
g) Medicación

- Coloque una hoja con los horarios de la toma de medicamento, mantenga una lista o calendario donde se puede marcar cada dosis conforme se la toma.
- Administre los medicamentos en horario, dosis y tiempo Use una caja de pastillas para organizar todo el medicamento y colocar a cada frasco o caja una etiqueta con su nombre y de ser posible su función.
- Si la persona afectada aún puede apoyar a ingerir su propio medicamento, es indispensable supervisarla, antes de tomarlo para evitar un accidente.

2.6. Problemas de eliminación

Con el envejecimiento se puede afectar la capacidad del control voluntario de la orina, pero no debe considerarse como algo normal, se trata de un problema que puede llevar a la persona al aislamiento por los sentimientos de vergüenza que le provoca. Puede darse por infección vaginal, estados de confusión aguda, por la toma de fármacos o por trastornos de movilidad. Mientras que el estreñimiento no es una enfermedad, es un trastorno digestivo a causa de una dieta inadecuada, la falta de ejercicio o por efectos adversos de algún medicamento.

Problemas en la micción y deposición



Referencia. Elaborado por el autor de tesis (2014).

La atención a estas dificultades se ha convertido en una de las tareas de mayor grado en los cuidados generales de la persona afectada, sea por la carga de trabajo que conllevan como por las implicaciones psicológicas, debido a que el acceso de algo tan íntimo provoque una relación afectiva negativa tanto para el paciente como para la familia. Se debe intentar que la persona sea lo más autónoma posible, prestando especial importancia a la higiene y comodidad. Para el manejo de estas situaciones se han separado la incontinencia, de los problemas fecales. Ponga en práctica las siguientes indicaciones.

a) Incontinencia urinaria

- Hábitúelo a orinar al levantarse, antes de cada comida, antes de ir a dormir y a intervalos regulares durante el resto del día; cada 3-4 horas. El tiempo se irá acortando a medida que sufra mayor incontinencia, así se podrá atrasar el mayor tiempo posible el uso de dispositivos.
- Controle la ingesta de líquidos antes de acostar a la persona.
- Asegure un fácil acceso al baño, eliminando obstáculos que dificulten su desplazamiento, o tenga cerca de la cama de la persona un cómodo u orinal.
- Utilice ropa que sea fácil de quitarse y poner.

- Mantenga a la persona siempre seca y limpia, pueden utilizarse dispositivos como pañales y colectores.
- Si usa estos dispositivos, revise con frecuencia el pañal y cámbielo cuando sea necesario, mantenga la piel seca e hidratada para evitar así la aparición de úlceras o rozaduras.
- Compruebe diariamente que no haya enrojecimiento o irritación cutánea en alguna parte de la piel.
- Esté alerta si la persona manifiesta espasmos o dolor en forma de cólico en el vientre, si hay presencia de sangre en la orina, si es espesa, turbia o mal oliente, ya que pudiese tener infección. En ese caso, informe a su médico.

b) Estreñimiento

- Prepare alimentos ricos en fibras, vegetales, frutas, legumbres, frutos secos y cereales.
- Comprométase a darle de beber bastantes líquidos.
- Aumente y programe una actividad física.
- En casos necesarios poner enemas con regularidad o utilizar fármacos que ablanden las heces.
- Cambie frecuentemente el pañal, limpie muy bien y seque la zona anal.
- Puede colocar ropa protectora en el colchón; hule, salvacamas o suapeles.
- Consulte a su médico

2.7. Movilización y traslado

Este proceso puede llegar a ser complicado, la persona con EA tempranamente comenzará a adoptar posturas incorrectas. Es preciso que los familiares, su entorno o profesionales, se encarguen de que su posición sea la adecuada, mediante la ayuda de cojines o toallas, colocándoselas para mantener así una postura correcta.

a) Mover a la persona estando en cama

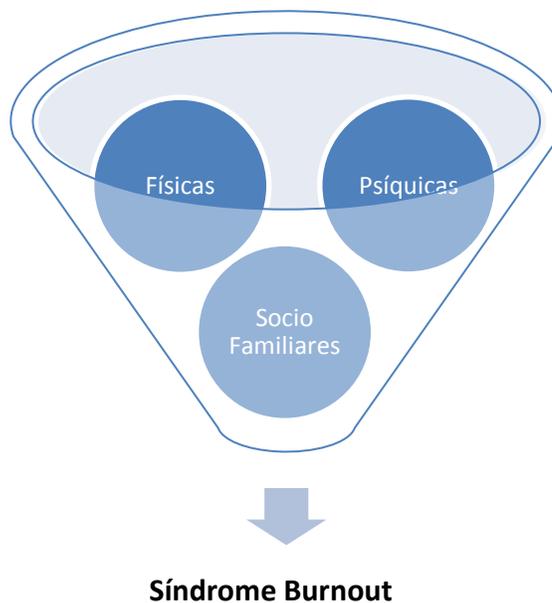
- Empleo de barandales: Amarre en forma segura el barandal o la silla en la cama, la persona debe estar acostada de espaldas con las rodillas flexionadas, así puede agarrarse con su brazo derecho del barandal o del respaldo de la silla, o si se va a voltear a la izquierda para poder darse la vuelta.
- Compruebe que la cama tenga la altura adecuada; si está muy alta, la persona tiene que caer sobre sus pies al bajarse; si está muy baja, tiene que hacer un esfuerzo por levantarse.
- Hay que levantar a la persona enferma para que se siente varias veces al día y pueda comer, leer o ver la televisión con comodidad. Compruebe siempre que la persona esté cómoda con almohadas y el respaldo una vez que haya terminado de moverla.
- Para sentarla, pase una mano por debajo de los hombros de la persona incapacitada y con la otra mano agarre un lado de la cama, para levantarla jale con su mano y desplace su peso hacia el pie más cerca de la cama mientras la persona enferma, levanta la cabeza hacia enfrente y empuja con sus manos a lo largo de los muslos.

3. ATENCIÓN AL CUIDADOR

3.1. Consecuencias de ser cuidador

Debido a que su vida gira en torno a satisfacer las necesidades de la persona con EA, es muy probable que deje de manera inconsciente su propia vida en un segundo plano. Las múltiples y variadas responsabilidades a las que se enfrenta, dificultan a que pueda disponer del tiempo y fuerzas necesarias para cuidarse a sí mismo. El hecho de vivir en una situación de estrés continuo, realizando tareas monótonas y repetitivas a diario con sensación de falta de control, puede agotar sus reservas psicofísicas dando origen a una serie de alteraciones que desembocan en el síndrome *Burnout*.

Alteraciones en el cuidador



Referencia. Elaborado por el autor de tesis (2014).

3.2. El síndrome burn out - cuidador quemado

Cuidar a un enfermo de Alzheimer supone un trabajo tanto físico como emocional que en la mayoría de las ocasiones produce un agotamiento severo, llamado Burnout. Su cuerpo le hará saber cuándo está trabajando demasiado o bajo mucho estrés y podrá enviarle alguna de estas señales:

SEÑALES DE ALERTA	
Alteraciones	Síntomas
Físicas	Malestar general Alteraciones del sueño-problemas para dormir Cefaleas Dolores osteomusculares Alteraciones del sistema inmunológico
Psicológicas	Tristeza Irritabilidad Ansiedad Depresión Dependencia-aumento del consumo de alcohol y sedantes Sentimientos de culpa Pensamientos erróneos
Socio-familiares	Aislamiento Sentimientos de soledad Abandono de aficiones Absentismo laboral Dificultades económicas

Referencia. Elaborado por el autor de tesis (2014).

Si usted manifiesta estos síntomas se encuentra al límite de sus posibilidades, es preciso que pida ayuda, ya sea profesional, familiar o con amigos. Debe tomar consciencia de esta necesidad, sea realista sobre la enfermedad, antes que nada debe admitir que la persona con EA no va a mejorar, sino que gradualmente irá empeorando, una vez que acepte esto sabrá que esperar de él. El primer paso en el proceso de aprender a cuidarse a sí mismo es pensar hasta qué punto puede ser necesario cuidarse más y mejor.

3.3. Acciones de autocuidado

Poner en acción actividades dirigidas a mantener y mejorar la salud como hacer ejercicio de forma regular, alimentarse adecuadamente, evitar el consumo de sustancias nocivas y atender a las necesidades físicas, además de checarese la presión arterial, la temperatura o ir a un chequeo médico, son parte del autocuidado, sin embargo, también deben incluirse los aspectos emocionales, de ahí la importancia de prestar atención a lo que uno siente.

a) Autocuidado físico

- Intente mantener rutinas que incluyan hábitos saludables como, alimentarse bien y a sus horas con una dieta equilibrada.
- Haga ejercicio con regularidad. Es una forma saludable de eliminar las tensiones que se van acumulando a lo largo del día. Además de ser una forma útil para combatir la depresión y la tensión emocional. Puede salir a caminar, nadar, bailar, andar en bicicleta, diariamente si es posible.
- Alterne los momentos de actividad con el descanso.
- Establezca tareas prioritarias, diferenciando lo urgente de lo importante.
- Delegue tareas del cuidado del enfermo a otros familiares o cuidadores.
- Utilice los recursos disponibles para el cuidado de la persona.

b) Autocuidado psicológico

- Es importante que reconozca sus sentimientos y pueda descargarlos, puede solicitar y buscar profesionales que le escuchen, que le ayuden a aclarar sus dudas y les enseñen técnicas de respiración y relajación.
- Intégrese a un grupo de autoayuda en el que pueda compartir sus experiencias con personas en la misma situación. El grupo de autoayuda da la oportunidad a los cuidadores de encontrarse, compartir sus problemas, soluciones y apoyarse los unos a los otros.
- La psicoterapia individual o grupal, puede ayudarle a comprender mejor como se siente para así afrontar las nuevas situaciones del cuidado.
- Hablar con otros cuidadores o amigos de sus emociones y sentimientos tales como: culpa, pena, enojo, vergüenza, soledad, impotencia y desesperanza. puede ser útil; si ve que lo que usted está experimentando es una respuesta natural a su situación, le será más fácil el manejo.
- Asesórese sobre el rol cambiante y las modificaciones que ocurren en la persona con EA, le ayudará a tener una mejor comprensión de su comportamiento. También ayuda dar explicaciones sobre la enfermedad a los amigos y vecinos para que puedan comprender mejor la situación de la persona.
- Establezca límites en su quehacer diario, no se imponga más actividades de las que realmente puede hacer. Piense cuánto más puede aguantar antes que sea demasiado, antes de llegar al punto en el que el cuidado lo abrume. Si su situación es insoportable pida ayuda para evitar una crisis.
- Busque el lado positivo, si la persona ya no puede hacer toda la actividad como cocinar pídale que le ayude a pelar o lavar la verdura, si ya no puede lavar su ropa pídale que le apoye tendiéndola o doblándola, no espere que lo haga perfecto, el hecho de mantenerla ocupada es ganancia.
- Aprenda a ver a la persona tal cual es, y no insista en que sea como era en el pasado. No piense en las capacidades o habilidades que ha perdido, concéntrese en las que aún posee.

c) Relaciones socio-familiares

- La soledad dificulta el sobre llevar sus problemas, es indispensable mantener sus amistades y contactos sociales.
- Las redes sociales pueden ser muy útiles, tener una adecuada red social, ayuda a prevenir el estrés en el cuidador y la sobrecarga.
- Intente mantener siempre buena las relaciones personales con el entorno, familiares, amigos o vecinos.
- Es esencial que tenga tiempo para usted, esto le permitirá compartir con otras personas, disfrutar de sus pasatiempos favoritos y lo más importante divertirse o distraerse.
- Si necesita de más tiempo como todo un fin de semana busque a una persona que se haga cargo del cuidado del enfermo, para que usted pueda descansar.
- Sino puede pasar un día o un fin de semana fuera, pero si puede hablar por teléfono a sus amistades, no renuncie a ese apoyo.
- No se culpe a usted mismo ni a la persona enferma por los problemas que atraviesa. Si cree que la relación con amigos o familiares se está desvaneciendo, trate de buscar las causas de la ruptura y discútala con ellos. Recuerde que las relaciones con otro son una fuente de apoyo para usted.
- Compartan en familia recuerdos del pasado de esa persona, al igual que risas tanto como sea posible.
- Si tiene la posibilidad de ausentarse por una hora diaria, sería bueno aprovechar ese momento para inscribirse a una clase de manualidades o artes que puedan mantenerla distraída y también le transmita un sentido de ocupación a su persona.
- Evitar las conversaciones negativas y derrotistas, potenciar en cambio las conversaciones constructivas y que nos puedan aportar algo positivo.

d) Planificación del tiempo

- Es fundamental que realice actividades agradables en las que no esté necesariamente con el enfermo, necesita un tiempo de respiro. Para ello tiene que planificar quien puede atender a la persona durante ese tiempo; algún familiar o una casa de día.
- Posteriormente plantee lo que quiere hacer y cómo llevarlo a cabo. Es posible que al principio no pueda disfrutar de las actividades como antes, pero no se preocupe poco a poco podrá disfrutar del tiempo libre o de ocio, todo requiere de paciencia y aprendizaje.
- Durante el tiempo que esté con su familiar realice actividades que puedan compartir y le haga a ambos la vida más agradable. Pueden escuchar música juntos, leer un libro en voz alta, ver fotos o películas antiguas o quedar con familiares comunes que aún reconozca.
- Pida ayuda con su propia familia, es importante no llevar la carga solo. Divídanse las actividades o practique los relevos, puede poner un miembro a cargo en determinada tarea. Por muy mínima que sea esta le ayudará.

Si está dispuesto a brindar los mejores cuidados a la persona con Alzheimer recuerde que su salud es de vital importancia. Para prevenir el síndrome del cuidador el primer paso es tener una adecuada información sobre la enfermedad, el siguiente, compartir los cuidados organizándose entre los distintos miembros de la familia que puedan y estén en disposición de hacerlo, buscar ayuda es imprescindible, ya sea dentro de su entorno familiar o de profesionales que ya tienen la experiencia en el cuidado de estos pacientes. Acercarse a una organización o centro especializado en esta enfermedad permitirá conocer los servicios que puedan facilitar su tarea como cuidador. Mantenga contacto con otras personas, si ingresa a un grupo de apoyo además de tener la oportunidad de informarse y formarse como cuidador también podrá conocer gente nueva con situaciones en común, esto le ayudará a sentirse emocionalmente comprendido y motivado a seguir en su labor como cuidador.

DIRECTORIO DE INSTITUCIONES Y RECURSOS EN MEDIOS ELECTRÓNICOS

Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Dr. Manuel Velasco (INNN)

Insurgentes Sur 3877. Col. La Fama, Del. Tlalpan. México, D.F.

Tel. 0155 56063822 ext. 2016.

Asociación Mexicana de Enfermedad de Alzheimer y Enfermedades Similares (AMAES)

Av. Insurgentes Sur N° 594 Depto. 402 Col. Del Valle. México, D.F.

Tel. 0155 55231526

Fundación Alzheimer IAP

División del Norte N° 44 Esq. San Borja, Col. Narvarte. México, D.F.

Tel. 0155 55758320 y 55758323

Impulsora Geriatrica S.C.

Av. Campestre del Lago, Cuautitlán Izcalli, Edo., de Méx.

Tel. 0155 58778002

Ría más (Alzheimer) A.C.

E. Carniado, 512 C. Morelos. Toluca, Edo., de Méx.

Tel. 2 367380 y 2 139893

Villas casa blanca A.P.

M. Doblado, 64 C. Pílares. Toluca, Edo., de Méx.

Tel. 2 169682

Casa de asitencia A.P.

Priv. A. Albarrán, 107, C. Lázaro Cárdenas. Toluca, Edo., de Méx.

Tel. 2 806343

CAPTE Hogar A.C.

Carmen Serdán, 209, Col. Ciprés. Toluca, Edo., de Méx.

Teléfono: 2 70 24 22

ASOCIACIÓN DE BENEFICIENCIA PRIVADA IAP

J. Carranza, 248, Col. Universidad. Toluca, Edo., de Méx.

Tel. 2 17 86 85

PLENITUDE A.P.

Manuelito, 10 Int. 409, Col. Olivar de los Padres, Del. Álvaro Obregón, México, DF.

Tel. (55) 4604-2714 y (55) 6284-5412

CONCLUSIONES

La enfermedad de Alzheimer es la demencia senil más común, siendo cada vez más frecuente en la actualidad en una población desarrollada que aumenta su esperanza de vida. Se trata de un trastorno irreversible y progresivo, ocasionado por la pérdida gradual de neuronas sin causa del todo conocida y que afecta a las regiones cerebrales que controlan la memoria, el lenguaje y diversas funciones para el buen desenvolvimiento en la vida cotidiana de la persona.

El deterioro progresivo de las regiones cerebrales está relacionado con la aparición de los síntomas que incluyen un déficit cognitivo, tales como: fallas en la memoria a corto plazo, problemas con la atención y la orientación espacial, complicaciones para pensar, recordar o razonar y dificultad para expresarse y darse a entender, a tal grado que va distorsionando las actividades diarias de la persona.

Como consecuencia de estos síntomas iniciales, le siguen los psico-conductuales, que en su mayoría son los peor soportados, tales como: cambios de personalidad y cambios de humor inexplicables, manías, delirios, en algunos casos alucinaciones, inquietud, agitación, agresividad, insomnio y hostilidad.

Finalmente surge una pérdida de control sobre las funciones corporales y con el tiempo de llevar a cabo las tareas más simples, como ubicarse en tiempo y espacio, asearse o alimentarse, viéndose afectadas por completo las actividades avanzadas, instrumentales y básicas de la vida diaria, llegando a la total dependencia.

La ciencia aún no sabe con exactitud que causa esta enfermedad, pero tiene claro que se desarrolla debido a una compleja serie de sucesos que ocurren en el cerebro a través de un largo periodo de tiempo. El principal factor de riesgo es la edad, siendo que la mayoría de los casos de EA son de aparición tardía, es decir, después de los 65 años.

Otra posible causa incluye los factores genéticos, los científicos han encontrado tres mutaciones genéticas en los cromosomas 1, 14 y 21, ligados a desarrollar la EA generalmente de inicio temprano; antes de los 65 años, siendo así que todos los descendientes de una misma generación tengan en un 50% la probabilidad de padecer la enfermedad si alguno de sus padres la tiene.

Es posible que el estilo de vida también afecte, de acuerdo con los estudios que los investigadores han realizado sugieren que el consumo de ciertos alimentos y sustancias, así como la actividad o inactividad física, pueden aumentar o disminuir el riesgo de desarrollar la EA. El grado de estos factores para prevenir o retrasar esta enfermedad va a variar de una persona a otra, debido a que cada persona tiene su propio estilo de vida, lo indispensable es implementar un estilo de vida saludable.

El curso de la EA varía de una persona a otra, su proceso es lento y progresivo y evoluciona en etapas caracterizadas por un continuo empeoramiento en la sintomatología. En la primera etapa los síntomas son leves y a veces es difícil de identificar el momento exacto en que se inicia el trastorno. La persona afectada con EA aún puede valerse para las actividades básicas aunque necesite cierta supervisión.

En la etapa moderada la persona empieza a ser más dependiente y los síntomas cognitivos y conductuales se agravan, no puede estar solo y necesita ayuda para la higiene tanto personal como para el hogar, aparecen dificultades crecientes para expresarse, puede perderse por la calle o en su propia casa y mostrar alteraciones de comportamiento, agresividad, manía e incluso alucinaciones.

En la etapa avanzada, la dependencia e inactividad es completa, las alteraciones de la memoria son muy graves y el deterioro físico se hace más evidente, tiene dificultades al comer, imposibilidad para caminar, no reconoce a sus familiares y presenta incontinencia, finalmente queda confinado a una silla de ruedas o a la cama y la persona es dependiente para todo.

Cada persona con EA terminará necesitando un cuidador continuamente dedicado a su vigilancia, por lo tanto, repercute muy severamente en el entorno familiar, ocasionando un impacto físico, psicológico y social. Los pacientes y sus familias necesitan no solo el cuidado de médicos y de la farmacología, sino también ayuda en el domicilio, asesoría jurídica e información a los cuidadores, es vital una información y formación adecuada a todo el personal involucrado.

Las asociaciones de familiares de enfermos de Alzheimer y los grupos de autoayuda desempeñan un rol esencial, saber que no se está solo, es uno de los factores primordiales y que ayudan de sobremanera a enfrentar este padecimiento, evitando así la aparición del síndrome burnout. Se debe estar consciente que la ayuda familiar manifestada en la solidez y la unión puede ayudar a sobrellevar de gran manera la enfermedad.

Actualmente no existe un tratamiento para curar la enfermedad, sin embargo se dispone de medicamentos especialmente indicados en las primeras fases de la enfermedad que mejoran los síntomas o retardan el empeoramiento durante un tiempo limitado, son fármacos que ayudan a enlentecer la progresión de la enfermedad y a controlar algunos síntomas pero no pueden revertir el daño cerebral que ya se ha producido. Han demostrado ser eficaces en el tratamiento de los síntomas cognitivos y conductuales y a mejorar las actividades de la vida diaria, además existen otros tratamientos antidepresivos y antipsicóticos que contribuyen a controlar los síntomas psicológicos y conductuales mejorando la calidad de vida de los pacientes y de sus cuidadores. Los últimos avances en farmacología están permitiendo utilizar nuevas estrategias, como vacunas y desarrollar nuevos medicamentos que actúen directamente sobre los factores responsables de la demencia.

Hasta ahora el tratamiento más eficaz para tratar la EA consiste en una intervención complementaria, mientras los fármacos actúan frente a los síntomas psicológicos y conductuales consiguiendo retrasar el desarrollo de la enfermedad; el tratamiento psicosocial, va a mejorar dominios como la cognición, la conducta o el estado de ánimo y además de retrasar la institucionalización ayuda a reducir la carga del cuidador.

En este se incluye la rehabilitación y estimulación de funciones cognitivas, es decir, mantener el cerebro ocupado para evitar el deterioro mental asociado a la EA, tales como: gimnasia cerebral, lectura, hacer ejercicios en donde la mente se ponga a prueba, crucigramas, sudokus o juegos de ingenio que estimulen el pensamiento, entrenamiento de las actividades de la vida diaria y ejercicios de rehabilitación física, el objetivo es preservar las capacidades del paciente y mantener su independencia el mayor tiempo posible.

GLOSARIO

Acetilcolina: Es un neurotransmisor que en la enfermedad de Alzheimer disminuye notablemente.

Agnosia: Es la pérdida de la capacidad para identificar los objetos que se utilizan de forma cotidiana y para recordar sus usos.

Anamnesis: Conjunto de datos que se recogen en la historia clínica de un paciente con un objetivo diagnóstico.

Anomia: Incapacidad para encontrar la palabra correcta o para denominar por su nombre a los objetos cotidianos.

Anticuerpos: Proteína que reconoce en el organismo una sustancia extraña y que permite su eliminación.

Apolipoproteína: Sustancias químicas cerebrales responsables de transportar las grasas y de curar la inflamación en el interior del cerebro; son importantes en el mecanismo de los daños que se producen en la enfermedad de Alzheimer.

Apraxia: Incapacidad para efectuar movimientos y acciones intencionados, a pesar de que los sistemas motor y sensorial permanecen intactos; incapacidad para utilizar adecuadamente los objetos cotidianos, aunque la persona pueda reconocerlos.

Atrofia: Desgaste de los tejidos.

Autoinmune: Reacción debida a la autoinmunidad, la cual es responsable de cierto número de enfermedades humanas que como la esclerosis en placas, afectan al sistema nervioso.

Autoinmunidad: Producción de anticuerpos contra los propios constitutivos de un organismo.

Axón: Es una proyección de la neurona, cuya función es transmitir información a otras neuronas.

Beta amiloide: Proteína anormal que se acumula en el cerebro de los enfermos de Alzheimer.

Citosqueleto: Conjunto de estructuras que constituyen el esqueleto de las células. Los microtúbulos son constitutivos del citoesqueleto.

Colinérgico: Relativo a la acetilcolina. Las neuronas colinérgicas se destruyen prematuramente en la enfermedad de Alzheimer.

Córtex: La capa externa del cerebro humano; contiene los cuerpos celulares de las neuronas.

Cribado: Consiste en determinar la presunta existencia de una enfermedad o defecto no diagnosticado por medio de pruebas, exploración física u otros procedimientos que pueden aplicarse con rapidez.

Degeneración neurofibrilar: Lesión intracelular que forma fibrillas insolubles constituida por pares de filamentos helicoidales, cuyo principal componente es la proteína Tau.

Demencia: es una pérdida de funciones mentales como la memoria, la comprensión, el juicio. La capacidad de razonar; fallan las funciones cerebrales superiores.

Dendrita: una de las muchas proyecciones en forma de dedo que parten de la neurona y cuya función es recibir información de otras neuronas.

Disforia: Emoción desagradable o molesta.

Ecolalia: Es la repetición involuntaria de una palabra o frase.

Epidemiología: Parte de la medicina que estudia el desarrollo epidémico y la incidencia de las enfermedades infecciosas en la población.

Fagocitosis: Proceso por el cual ciertas células y organismos unicelulares capturan y dirigen partículas nocivas o alimento.

Hiperfosforilación: aumento anormal del grado de fosforilación de una proteína.

Hipertonía: Tensión muscular extrema.

Hipocampo: Área próxima al lóbulo temporal del cerebro, responsable de la memoria a corto plazo que queda dañada en una fase inicial de la enfermedad de Alzheimer.

Hipoperfusión: disminución del metabolismo en una región del cerebro, la cual es testimonio de un disfuncionamiento neuronal.

Histopatología: Es la rama de la patología que trata el diagnóstico de las enfermedades a través del estudio de los tejidos.

Incidencia: Número de nuevos casos de una enfermedad.

Inoculación: Introducción de una sustancia en un organismo.

Lóbulo temporal: La parte del córtex cerebral localizada en un lado del cerebro, responsable del área y de la memoria.

Lóbulo frontal: La parte frontal del córtex del cerebro humano, responsable de la planificación, la comprensión y la personalidad.

Lóbulo occipital: La parte del córtex cerebral, en la parte posterior del cerebro, responsable de la visión.

Lóbulo parietal: La parte del córtex cerebral, en la parte superior y posterior del cerebro, encargada de la integración de los sentidos y de la capacidad para calcular.

Marañas neurofibrilares: Grupos de fibras en forma de filamentos que se encuentran en las células cerebrales dañadas por la enfermedad de Alzheimer.

Microglia: Células inmunes que se encuentran en el cerebro y la medula espinal, constituyen la estructura de soporte del SNC. La función básica de estas células es defender y reparar el cerebro de las lesiones causadas por los microorganismos invasores, restos celulares, y la enfermedad.

Microtúbulo: Constitutivo del esqueleto celular que permite el transporte de las vesículas al interior de la célula.

Neuroglia: Tejido cerebral que soporta y nutre a las neuronas.

Neurotransmisores: Sustancias químicas cerebrales que se encuentran entre las neuronas, que sirven para transmitir la información de una célula cerebral a otra.

Péptido: Proteína de tamaño pequeño. En la enfermedad de Alzheimer, el péptido que se acumula en las placas seniles proviene de la división laminar de una proteína APP

Placa neurítica: Acumulación característica de amiloides y detritus cerebrales entre las células cerebrales en la enfermedad de Alzheimer.

Placa senil: Lesión presentada en el tejido cerebral y cuyo constitutivo cerebral es el péptido AB agregado en fibrillas.

Polimorfismo genético: Existencia de distintos alelos de un mismo gen, lo que implica cambios en la secuencia genética entre integrantes de una cierta población.

Prodrómico: Manifestaciones clínicas, generalmente inespecíficas, que sobresalen del estado habitual del paciente y que proceden a la instauración de los síntomas psicóticos.

Profiláctico: Sirve para preservar o proteger de una enfermedad.

Trepanación: Perforación de un hueso, especialmente del cráneo. La trepanación se practica con fines curativos o diagnósticos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acarín, N. (2010). *Alzheimer: Manual de instrucciones*. Barcelona, España: RBA.
- Acosta, D., Brusco, L. I., Fuentes, P., Guerra, M., Mena, R., Nitrini, R... y Ventura, R. (2011). *La enfermedad de Alzheimer, diagnóstico y tratamiento: Una perspectiva latinoamericana*. México: Panamericana.
- Agüera, L., Martín, M. y Durante, P. (2002). *Enfermedad de Alzheimer: 100 preguntas más frecuentes*. Madrid, España: Editores Médicos.
- Aja, M. y Villanueva, B. (1998). El impacto de la enfermedad de Alzheimer en la familia. 3er curso de Psicoterapeutas. Escuela Vasca de terapia familiar.
- Alberca, R. y López-Pousa, S. (2011). *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias* (4ª ed.). Madrid, España: Panamericana.
- Alonso, J. R. (2010). *Metales y Alzheimer* [Imagen]. Recuperado de <http://jralonso.es/2010/09/16/metales-y-alzheimer/>
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales DSM-IV TR*. Barcelona: Masson.
- Amigo, I., Fernández, C. y Pérez, M. (2009). *Manual de psicología de la salud* (3ª ed.). Madrid, España: Pirámide.
- Andreu, J. (1998). *Las técnicas de Análisis de Contenido: Una revisión actualizada*. España: Universidad de Granada.
- Aragao, W. (2012). *Salutogénesis y antroposofía. Síntesis y traducción de un fragmento del capítulo 3 del libro Medicina antroposófica: Un paradigma para el siglo XXI*. Recuperado de http://www.salutogenesis.com.ar/salutogenesis_antroposofia.html
- Aso, J., Martínez, J. y Arregui, R. (2003). *Aspectos médicos legales de las demencias*. Barcelona, España: Masson.
- Bagnati, P., Allegri, R., Kremer, J. y Taragano, F. (2003). *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias*. Buenos Aires, Argentina: Polemos.
- Bardin, L. (1996). *Análisis de contenido*. Madrid, España: Akal.
- Bermejo, F. (2004). *Aspectos familiares y sociales del paciente con demencia*. Madrid, España: Diaz de Santos.

- Bermejo, P. B. y Castillo, L. (agosto, 2006). Acalculia clasificación, etiología y tratamiento clínico. *Revista de Neurología*, 43(4). Recuperado de <http://www.revneurologia.com/sec/ind.php?i=eyVol=43yNum=04>
- Beteta, E. (junio, 2004). Neuropatología de las demencias. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 67(1-2). Recuperado de http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/neuro_psiquiatria/v67_n1-2/contenido.htm
- Boada, M. y Tárraga, L. (2002). *Alzheimer: La memoria está en los besos*. Barcelona, España: Mayo.
- Brunete, A. (2012). *Entrevista al Pr. Alberto Brunete, Ingeniero de telecomunicación, dentro de IX encuentro FAE* [Archivo de video]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=FW5oiAoAdmY>
- Burín, D., Drake, M. y Harris, P. (2007). *Evaluación neuropsicológica en adultos*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Cacabelos, R. (2001a). Enfermedad de Alzheimer: Presente terapéutico y retos futuros, primera parte. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 30(3), 215-238.
- Cacabelos, R. (2001b). Enfermedad de Alzheimer: Presente terapéutico y retos futuros, segunda parte. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 30(4), 323-350.
- Caetano, C. y Pardo, V. (diciembre, 2009). Intervenciones psicosociales y de soporte básico en la demencia en la enfermedad de Alzheimer. *Revista psiquiatría Uruguay*, 73(2). Recuperado de http://spu.org.uy/sitio/?page_id=332
- Calleja, S. y Hernández, C. (agosto, 2008). Enfermedad de Alzheimer y patología cerebrovascular. *Alzheimer realidades e investigación en demencia*, 39. Recuperado de <http://www.revistaalzheimer.com/index.php?idRevista=24>
- Cantú, R. y López, G. (2009). *Psicología de la salud: Antecedentes, aplicaciones y propuestas*. Monterrey, México: UANL.
- Carvajal, R. (2013). *El paciente con demencia: Cuidados generales cuando se deteriora gravemente la memoria*. México: Trillas.
- Castanedo, C., García, M., Noriega, M. J. y Quintanilla, M. (2011). Consideraciones sobre el envejecimiento. *Envejecimiento* (pp. 2-15). Recuperado de <http://es.scribd.com/doc/157532892/Castanedo-Envejecimiento-Libro>

- Corregidor, A. I., Moralejo, C. y Ávila, M. R. (2013). Terapia ocupacional en psicogeriatría. *Revista TOG Galicia*. Recuperado de <http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Psicogeriatría.shtml>
- Cowley, G. (marzo, 2000). Alzheimer: Develando el misterio. *Revista Newsweek en español*, 5(10), 45-46.
- Damaso, S. (2006). *Biogerontología*. España: Universidad de Cantabria.
- Didier, J. (2009). *Viaje extraordinario al centro del cerebro*. Barcelona, España: Anagrama.
- Dickson, D. y Weller, R. O. (2012). *Neurodegeneración* (2ª ed.). España: Panamericana.
- Donoso, A. (2007). *La enfermedad de Alzheimer y otras demencias*. Santiago de Chile: Universitaria.
- Espinás, J., García de Blas, F., Garrido, A. y Tapias, E. (2002). *Diagnóstico y tratamiento de las demencias en atención primaria*. Barcelona, España: Masson.
- Feil, N. (2003). Validación: Un método para ayudar a las personas mayores desorientadas. España: Herder.
- Feria, M. (2005). *Alzheimer: Una experiencia humana*. México: Pax.
- Fernández, L., Carretero, V. I., Mendoza, C., Pérez, C., Pérez, A., Rodríguez, I... y Martínez, P. (2012). *Guía práctica para profesionales que trabajan con enfermos de Alzheimer*. Recuperado de [http://kc3.pwc.es/local/es/kc3/publicaciones.nsf/V1/29628B1ABA0EED62C1257ACA005288E8/\\$FILE/Guia%20profesionales Alzheimer final.pdf](http://kc3.pwc.es/local/es/kc3/publicaciones.nsf/V1/29628B1ABA0EED62C1257ACA005288E8/$FILE/Guia%20profesionales%20Alzheimer%20final.pdf)
- Fernández, M. y Castro, J. (enero, 2008). Marcadores genéticos en la enfermedad de Alzheimer: Genes patógenos y de susceptibilidad. *Alzheimer realidades e investigación en demencia*, 38. Recuperado de <http://www.revistaalzheimer.com/index.php?idRevista=23>
- Flórez, L. (2007). *Psicología social de la salud: Promoción y prevención*. Colombia: Manual Moderno.
- Fort, I., Duaso, E., Reig, L. y Robles, M. J. (Eds.). (2007). *Atención a la demencia: Visión integradora de la geriatría*. Barcelona: Nexus Médica.

- Franco, M. A., Bueno, Y., Cid, T. y Orihuela, T. (2001). *Programa Grador: Rehabilitación cognitiva por ordenador*. Recuperado de <http://www.psicologia-online.com/ciopa2001/actividades/09/>
- Fundación Alzheimer España. (2012). *Clasificación de demencias*. Recuperado de <http://www.alzfae.org/index.php/enfermedad/punto-clave/32-clasificaci%C3%B3n-de-demencias>
- Fundación Centro Investigación Enfermedades Neurológicas. (28 mayo, 2013). *Terapias no farmacológicas para la enfermedad de Alzheimer*. Recuperado de <http://fundacioncien.es/blog/index.php/2013/05/terapias-no-farmacologicas-para-la-enfermedad-de-alzheimer/>
- Fundación General del Consejo Superior de Investigaciones Científicas. (2011). *Claves de Alzheimer* [Archivo de video]. Recuperado de http://www.fgcsic.es/sala-de-prensa/canal_fgcsic/programa-claves-del-alzheimer-emision-8-de-abril-de-2011
- Galarza, K. (21, febrero 2014). *La obesidad aumenta el riesgo de padecer Alzheimer*. Recuperado de <http://www.saludymedicinas.com.mx/centros-de-salud/obesidad/articulos/la-obesidad-aumenta-el-riesgo-de-padecer-alzheimer.html>
- García, J. (2005). *La bioética ante la enfermedad de Alzheimer*. España: Desclée De Brouwer.
- García, R. (septiembre, 2010). Nutrición y enfermedad de Alzheimer. *Alzheimer realidades e investigación en demencia*, 46. Recuperado de www.revistaalzheimer.com/index.php?idRevista=31
- Gauthier, S., Scheltens, P. y Cummings, J. (2006). *Enfermedad de Alzheimer y trastornos relacionados*. Barcelona, España: Ars Médica.
- Gay, F. J., González, V. M., Pablos, C., Vicente, P., Cabrero, E. M., Cáceres, R... y Llorente, M. (2010). *Guía de orientación en la práctica profesional de la valoración reglamentaria de la situación de dependencia en personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias*. Recuperado de http://www.cgtrabajosocial.es/app/webroot/files/consejo/files/gv_alzheimerod.pdf
- Gimenez, M., Tordera, M. y Beltrán, L. (2006). *Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente*. España: Altamar.

- Gómez, C. J., Morcelo, C. y Pérez, M. (s.f.). *Enfermedad de Alzheimer y su enfoque en atención primaria*. Recuperado de <http://www.bubok.es/libros/221524/Enfermedad-de-Alzheimer-y-su-enfoque-en-Atencion-Primaria>
- González, R. (2001). *Enfermedad de Alzheimer: Clínica, tratamiento y rehabilitación*. Barcelona, España: Masson.
- Gottau, G. (2008). *Un nuevo componente de la naturaleza podría colaborar con el Alzheimer* [Imagen]. Recuperado de <http://www.vitonica.com/enfermedades/un-nuevo-componente-de-la-naturaleza-podria-colaborar-con-el-alzheimer>
- Grignon, L. (2005). *Antropología Neurofilosófica: Un estudio radical de la conducta Humana*. Barcelona, España: Reverté.
- Grimaldo, J. (s.f.). La psicoterapia de apoyo: Conceptualización, técnicas y aplicaciones. *Liberabit Revista de Psicología*, 2. Recuperado de <http://revistaliberabit.com/es/?p=310>
- Guisa de Alba, G. M. (noviembre, 2012). Guía de implementos para el baño. *Ser Mayor: Guía para el cuidador de adultos en plenitud*, 1(9), 14.
- Guisa de Alba, G. M. (septiembre, 2012). Alternativas jurídicas para el cuidador. *Ser Mayor: Guía para el cuidador de adultos en plenitud*, 1(7), 4-6.
- Guisset, M. (2011). *La identidad reencontrada: Vínculos y solidaridades en la enfermedad de Alzheimer*. Barcelona, España: Icaria.
- Halgin, R. y Whitbourne, S. (2009). *Psicología de la Anormalidad: Perspectivas clínicas en los trastornos psicológicos* (5ª ed.). México: McGraw Hill.
- Health y Home. (2014). *Productos para vivir mejor*. Recuperado de <http://www.healthhome.com.mx/quienes-somos.php>
- Hernández, P. (6 de mayo, 2013). *Las redes sociales, nueva ayuda para el Parkinson y el Alzheimer*. Recuperado de http://www.clarin.com/sociedad/salud/redes-sociales-nueva-Parkinson-Alzheimer_0_914308779.html
- Hernández, J., Malagón, C. y Rodríguez, J. (2006). *Demencia tipo Alzheimer y lenguaje*. Bogotá, Colombia: Universidad del Rosario.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación* (5ª ed.). México: McGraw-Hill.

- Hydra. Sociedad para la Asistencia y Terapia con Animales. (marzo, 2002). Apoyo al enfermo de Alzheimer con perros adiestrados II. *Revista Alzheimer*, 25(3). Recuperado de <http://www.afalcontigo.es/es/revista>
- Instituto Catalán de Neurociencias aplicadas (s.f.). Programa interactivo y multimedia de estimulación cognitiva. Recuperado de http://www.smartbrain.net/smartbrain/ecognitiva_fundacion.jsp
- Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. (2013). Enfermedad de Alzheimer. Recuperado de <http://www.innn.salud.gob.mx/interior/atencionapacientes/padecimientos/alzheimer.html>
- Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos y Accidentes Cerebrovasculares. (noviembre, 2006). *Pruebas y procedimientos de diagnóstico neurológico*. Recuperado de http://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/diagnostico_neurologico.htm
- Janeway, Ch. A., Travers, P., Walport, M. y Shlomchik, M. (2003). *Inmunobiología: El sistema inmunitario en condiciones de salud y enfermedad* (2ª ed.). España: Elsevier.
- Krassoievitch, M. (1988). *Demencia Presenil y Senil*. México: Salvat.
- Krippendorff, K. (1990). *Metodología de análisis de contenido: Teoría y Práctica*. Barcelona: Paidós.
- Legistel. (2013). Código Civil del Estado de México. Recuperado de <http://www.edomex.gob.mx/legistelfon/doc/pdf/cod/vig/codvig001.pdf>
- Legistel. (2013). Código de Procedimientos Civiles del Estado de México. Recuperado de <http://www.edomex.gob.mx/legistelfon/doc/pdf/cod/vig/codvig003.pdf>
- Legistel. (2013). Código Penal del Estado de México. Recuperado de <http://www.edomex.gob.mx/legistelfon/doc/pdf/cod/vig/codvig006.pdf>
- Legistel. (2013). Ley del adulto mayor. Recuperado de <http://www.edomex.gob.mx/legistelfon/doc/pdf/ley/vig/leyvig138.pdf>
- Leitore, A. (17 de Noviembre de 2012). *Que es el Alzheimer*. [Archivo de video]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=3iGVZDTRIYw>

- León, J., Medina, S., Barriga, S., Ballesteros, A. y Herrera, I. M. (2004). *Psicología de la salud y de la calidad de vida*. Barcelona, España: UOC.
- León, O. G. y Portell, M. (2003). Reseña de 678 monjas y un científico de David Snowdon. *Psicothema*, 15(3). Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72715326>
- Lerín, M.J. (2013). *Día a día con la enfermedad de Alzheimer*. México:Alfaomega.
- Lillo, C. M. (2002). *Antropología de los cuidados en el anciano: Evolución de los valores sociales sobre la vejez a través de la historia*. Recuperado de http://www.naya.org.ar/congreso2002/ponencias/manuel_lillo_crespo2.htm
- Loizaga, C., Martín, M., Moreno, P. y Vázquez, S. (2004). *La enfermedad de Alzheimer: Un trastorno neuropsiquiátrico*. Barcelona, España: Ars Médica.
- Losada, D. (marzo, 2002). Tratar y Estimular a un enfermo de Alzheimer. *Revista Alzheimer*, 25(3). Recuperado de <http://www.afalcontigo.es/es/revista>
- Lucas, M. V. (2003). Compilación de técnicas para una evaluación multidimensional en vejez: Un ejemplo de protocolo de evaluación. Recuperado de https://cv2.sim.ucm.es/moodle/file.php/22186/Tema_5_Evaluaci_n_integral_de_p_ersonas_mayores/Compilaci_n_test_mayores.pdf
- Mace, N. L. y Rabins, P. V. (2010). *El día de 36 horas* (3ª ed.). España: Paidós.
- Mangone, C., Allegri, R., Arizaga, R. y Ollari, J. (2005). *Demencia: Enfoque multidisciplinario*. Buenos Aires, Argentina: Polemos.
- Manrique, S. P. (1999). *Consideraciones sobre la vejez desde la prehistoria hasta la peste negra*. Madrid, España: Gerokotomos.
- Marks, D. F., Murray, M., Evans, B., Willing, C., Woodal, C. y Sykes, C. (2008). *Psicología de la salud: Teoría, investigación y práctica*. México: Manual Moderno.
- Martínez, A. (2009). *El Alzheimer*. Madrid, España: Catarata.
- Martínez, J. M. y Moya, M. (2001). *Factores de riesgo de enfermedad de Alzheimer: Teoría y práctica*. Madrid, España: Aula médica.
- Martorell, M. A., Paz, C. L., Montes, M. J., Jiménez, M. F. y Burjalés, M. D. (septiembre, 2010). Alzheimer: Sentidos, significados y cuidados desde una perspectiva transcultural. *Index de enfermería*, 19(2-3). doi:10.4321/S1132-12962010000200007

- Mata, M., García, E. y Herrera, E. (marzo, 2007). Determinación del genotipo de la apolipoproteína e (APOE) en población mexicana para su aplicación en Alzheimer tardío. *Bioquímica*, 32(SuA). Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=57609813>
- Maurer, K. y Maurer, U. (2006). *Alzheimer: La vida de un médico y la historia de una enfermedad*. España: Díaz de Santos.
- Mederos, A. y Puente, A. (1996). La Vejez. *Enciclopedia Microsoft Encarta 99*. Editorial Acento.
- Millán, J. (2011). *Cuidar y acompañar: Demencia*. España: Panamericana.
- Mohamad, H., Villasmil, S. A. y Espinoza, J.J. (2011). *La enfermedad de Alzheimer*. México: Trillas.
- Molloy, W. y Caldwell, P. (2011). *La enfermedad de Alzheimer: Una guía práctica para cuidadores y familiares*. Barcelona, España: Paidós.
- Monsalve, A. M. y Rozo C. M. (2007). Aproximación conceptual al uso de la integración sensorial en personas con demencia tipo Alzheimer. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36(2). Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80636211>
- Montón, F., Rodríguez, N., Ruiz, N., Rojo, J. A., Bueno, J., Pérez, D... y Gómez, M. (2011). *Manual de actuación en la enfermedad de Alzheimer y otras demencias*. Recuperado de <http://www.isfie.org/documentos/mafe.pdf>
- Morales, I., Farías, G. y Maccioni, R. (marzo, 2010). La neuroinflamación como factor detonante del desarrollo de la enfermedad de Alzheimer. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 48(1). Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=331527719007>
- Moreno, A. (agosto, 2008). Repercusión de la enfermedad de Alzheimer en el núcleo familiar. *Revista Psicología científica.com*, 10(26). Recuperado de <http://www.psicologiacientifica.com/alzheimer-repercusion-familiar>
- Moreno, A. (febrero, 2009). Reminiscencia e historia de vida: La atmósfera personal del anciano. *Revista psicologiacientifica.com*, 11(3). Recuperado de <http://www.psicologiacientifica.com/reminiscencia-historia-de-vida-anciano>
- Morrison, J. (2008). *DSM IV Guía para el diagnóstico clínico*. México: Manual Moderno.

- Morrison, V. y Bennett, P. (2008). *Psicología de la salud*. España: Prentice Hall.
- Murillo, B. (s.f.). *Estudio de la evolución del lenguaje en la demencia tipo Alzheimer*. Barcelona, España: ISEP.
- Murphy, K., Travers, P. y Walport, M. (2009). *Inmunobiología de Janeway (7ª ed.)*. España: McGrawHill.
- Nieuwenhuys, R., Voogd, J. y Van Huijzen, Ch. (2009). *El sistema nervioso central humano (4ª ed.)*. Madrid, España: Panamericana.
- Nitrini, R. y Dozzi, S. M. (abril, 2012). Demencia: Definición y clasificación. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 12(1). Recuperado de <http://www.asoclatneuropsicologia.com/volumen-12--no.-1.html>
- Nogales, J., Godoy, J. y Fuentes, P. (Eds). (noviembre, 2003). Enfermedad de Alzheimer. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría.*, 57 (41). Recuperado de <http://es.scribd.com/doc/214119812/Alzheimer-revista-chilena-neuropsiquiatría>
- Oblitas, L. A. (2006). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: Thomson.
- Olazarán, J. y Muñiz, R. (2009). Mapa de terapias no farmacológicas para demencias tipo Alzheimer. Recuperado de <http://www.crealzheimer.es/InterPresent2/groups/imsero/documents/binario/mapayguainiciacintnfalzhpapar.pdf>
- Olazarán, J., Agüera L. F. y Muñiz, R. (noviembre, 2012). Síntomas psicológicos y conductuales de la demencia: Prevención, diagnóstico y tratamiento. *Revista de Neurología*, 55(10). Recuperado de <http://www.revneurolog.com/sec/deAutor.php?auof=2725yi=e>
- Organización Mundial de la Salud. (2012). *Demencia*. Centro de Prensa [nota descriptiva N° 362]. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Gobernanza: Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Recuperado de <http://www.who.int/governance/eb/constitution/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Factores de riesgo*. Recuperado de http://www.who.int/topics/risk_factors/es/

- Orgogozo, J. M. (2002). Consumo de alcohol y enfermedad de Alzheimer. *Medwave* 2(5). doi: 10.5867/medwave.2002.05.3612
- Parham, P. (2011). *El sistema inmune* (3ª ed.). España: Manual Moderno.
- Pérez, A. (enero, 2014). *Qué puede hacer la alimentación por la enfermedad de Alzheimer*. Recuperado de <http://elpiscolabis.com/2014/01/17/que-podemos-hacer-desde-la-alimentacion-por-la-enfermedad-de-alzheimer/>
- Pinto, B., Exeni, S. y Peñaloza, K. (agosto, 2007). Factores biopsicosociales en la demencia Alzheimer. *Revista AJAYU: Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología*, 5(2). Recuperado de <http://www.ucb.edu.bo/publicaciones/ajayu/v5n2/v5n2.html>
- Quijano, T., Sánchez, F., García de Yébenes, M. J., Otero, A., Zunzunegui, M. V. y Muñoz, D. G. (2004). Versión española del Test de los 7 minutos: Datos normativos de una muestra poblacional de ancianos de más de 70 años. *Neurología: Publicación oficial de la sociedad española de Neurología*, 19(7). Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/revista?codigo=2928>
- Rami, L., Bosch, B., Valls-Pedret, C., Caprile, C., Sánchez-Valle, R. y Molinuevo, J. L. (agosto, 2009). Validez discriminativa y asociación del test minimental (MMSE) y del test de alteración de memoria (T@M) con una batería neuropsicológica en pacientes con deterioro cognitivo leve amnésico y enfermedad de Alzheimer. *Revista de Neurología*, 49(4). Recuperado de <http://www.revneurolog.com/sec/ind.php?Vol=49yNum=04yi=e>
- Ramírez, H. A. y Amador, M. (2009). *Los cuidados de pacientes con Alzheimer*. Costa Rica: UCR.
- Ramos, P., Serrano, P., Ribera, J. M., Bermejo, F., Vega, S., Gil, P... y Pinto, J. A. (2007). *La enfermedad de Alzheimer y otras demencias: Detección y cuidados en las personas mayores*. Madrid, España: Salud Madrid.
- Redondo, A. (2005). *Terapia ocupacional en Alzheimer y otras demencias: Nuevos puntos de vista para un cuidador*. España, Madrid: AFAL.
- Reinberg, S. (2010). *Un estudio relaciona el tabaquismo empedernido con el Alzheimer*. Recuperado de <http://consumer.healthday.com/senior-citizen-information->

31/misc-aging-news-10/un-estudio-relaciona-el-tabaquismo-empedernido-con-el-alzh-eacute-imer-644923.html

- Rey, A. y LLeó, A. (2010). *Enfermedad de Alzheimer: Neurología caso a caso*. Madrid, España: Panamericana.
- Roales, J. G. (2004). *Psicología de la salud: Aproximación histórica, conceptual y aplicaciones*. Madrid, España: Pirámide.
- Román, M. M., Alcántara, V., Morientes, M. T. y Lorza, N. (2007). *Manual del cuidador de Alzheimer: Área psicosocial*. Sevilla, España: MAD.
- Salazar, C. y Villar, S. (2007). *Evaluación neuropsicológica e intervención en demencias: La enfermedad de Alzheimer*. España: C.A.A.P.
- Sancho, J. (s.f.). *La domótica. Una ayuda al servicio de familiares y enfermos de Alzheimer*. Recuperado de <http://www.domotica-y-motorizacion.com/inicio/dom%C3%B3tica-aplicada-ayuda-al-alzheimer/>
- Sarasa, E. (2008). *Terapia ocupacional y enfermedad de Alzheimer: Guía práctica para la estimulación global en los servicios sociales*. España: Mira.
- Sentíes, H. y Estañol, B. (julio, 2006). Demencias reversibles y demencias tratables. *Revista de Neurología*, 43(2). Recuperado de <http://www.revneurolog.com/sec/ind.php?Vol=43yNum=02yi=e#>
- Silveira, S. (agosto, 2006). Enfoque neuropsicológico y psicopatológico de la depresión y la demencia vascular. *Revista Itinerario*, 3(6). Recuperado de <http://www.itinerario.psico.edu.uy/revista%20anterior/revista.htm>
- Simón, M. A. (1999). *Manual de psicología de la salud: Fundamentos, metodología y aplicaciones*. Madrid, España: Biblioteca nueva.
- Slachevsky, A. y Oyarzo, F. (2008). *Las demencias: Historia, concepto, clasificación y aproximación clínica*. Buenos Aires, Argentina: Akadia.
- Sociedad Española de Neurología. (2013). *Criterios NINCDS-ADRDA para el diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer*. Neurología de la conducta y demencias. Recuperado de <http://demencias.sen.es/articulos/criterios-para-el-diagnostico-de-la-enfermedad-de-alzheimer-u-otras-demencias/criterios-nincds-adrda-para-el-diagnostico-de-la-enfermedad-de-alzheimer/>

- Taylor, S. E. (2007). *Psicología de la Salud*. Madrid, España: McGraw Hill Interamericana.
- Tena, S. A. y Rivas T. R. (2007). *Manual de Investigación Documental*. México: Plaza y Valdes.
- Thomas, P., Pesce, A. y Cassuto, J. (1990). *ABC de Enfermedad de Alzheimer*. Barcelona, España: Masson.
- Tirapu, J. (2010). *Para qué sirve el cerebro: Manual para principiantes (2ª ed.)*. Sevilla, España: Desclée De Brouwer.
- Todo Alzheimer. (2011). *Guía práctica para cuidadores: Recursos sociosanitarios*. Recuperado de <http://www.todoalzheimer.com/grt-talz/TODOalzheimer.com/33600001.jsp>
- Trejo, C. (s.f.). *El viejo en la historia*. Recuperado de <http://www.gerontologia.uchile.cl/docs/viejo.htm#anc1>
- Von-Bernhardi, R. (abril, 2005). Mecanismos neurobiológicos de la enfermedad de Alzheimer. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 43(2). Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=331527696005>
- Walsh, D. y Kingsley, J. (2007). *Manual de entrenamiento en el cuidado de personas con demencia para profesionales de recursos sanitarios y residenciales*. España: Erein.
- Yanguas, J. J., Buiza, C., Etxeberria, I., Galdona, N., González, M. F., Arriola... y Urdaneta, E. (2005). *Estudio longitudinal Donostia de enfermedad de Alzheimer*. Madrid, España: Témpora.