

**FACULTAD DE EDUCACIÓN Y TRABAJO
SOCIAL**

TRABAJO FIN DE GRADO

**A PESAR DEL PRONÓSTICO
DE OLVIDO: INTERVENCIÓN
DESDE EL TRABAJO SOCIAL**

Autor/a: Amor García Iciar

Tutor/a: M^a Teresa del Alamo Martín

Entrega: 25/07/2015

2011/2015

ÍNDICE GENERAL

1	INTRODUCCIÓN	6
1.1	OBJETIVOS	7
1.2	METODOLOGÍA	7
2	LA MEMORIA Y LA ENFERMEDAD DEL ALZHEIMER	9
3	REPERCUSIONES DE LA ENFERMEDAD: DIFICULTADES EN LA VIDA DIARIA PARA LA AUTONOMÍA (PACIENTE Y FAMILIARES)	14
4	CUIDADOR	16
4.1	RECURSOS DE LOS QUE DISPONEN LOS CUIDADORES	20
4.2	INTERVENCIÓN CON LOS CUIDADORES	22
4.3	EVALUACIÓN DE LOS CUIDADORES	23
5	RECURSOS PARA LOS ENFERMOS CON ALZHEIMER	25
5.1	RECURSOS SOCIALES:	25
5.2	RECURSOS SANITARIOS:	27
6	INTERVENCIÓN DEL TRABAJO SOCIAL EN PERSONAS CON EA	31
6.1	PRINCIPIOS E INTERVENCIONES DEL TRABAJADOR SOCIAL	32
6.2	FUNCIONES, TAREAS A DESARROLLAR Y COMPETENCIAS DEL TRABAJADOR SOCIAL	36
6.3	HERRAMIENTAS E INFORMACIÓN EMPLEADA POR EL TRABAJADOR SOCIAL EN LAS INTERVENCIONES	39
6.4	EVALUACIÓN Y GESTIÓN DEL CASO	40

ÍNDICE DE GRÁFICOS Y TABLAS

1	DEFINICIÓN OPERATIVA DEL CONCEPTO DE ALZHEIMER	10
2	PARTES DE LA MEMORIA	11
3	ESTADIOS DE LA ENFERMEDAD	13
4	ORIGEN Y PROCESO DE APARICIÓN DE LOS CUIDADORES	18
5	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS CUIDADORES	20
6	EJEMPLO DE INTERVENCIÓN CON CUIDADORES	23
7	DATOS A OBTENER EN UNA VALORACIÓN SOCIAL	35
8	TAREAS A DESARROLLAR POR EL TRABAJADOR SOCIAL	38
9	PAUTAS DE COMUNICACIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL	39
10	RELACIÓN ENTRE LOS ELEMENTOS DEL CASO	41
11	GESTIÓN DEL CASO	42
12	GESTIÓN SOCIAL DEL CASO	43
13	GESTIÓN SOCIAL DE LA SITUACIÓN	44
13	NIVELES ASISTENCIALES	44

RESUMEN

Las personas con EA (enfermedad de Alzheimer) suelen padecer diversos síntomas pero el más notable es la pérdida de memoria, llegando a perder de forma degenerativa todas las capacidades y “volviendo a nacer”. Para los familiares/cuidadores el afrontamiento es complicado, por ello debemos empoderar a las personas para otorgar herramientas y que puedan con sus propios recursos internos alcanzar determinados objetivos propuestos en el plan de intervención por parte del Trabajador Social. Además de esos recursos internos sabemos que existen diversos niveles asistenciales, como son la atención primaria, atención especializada y multicomponente que intervienen en el proceso con estos pacientes/cuidadores. La coordinación entre los niveles debe de ser ágil y otorgar una atención integral, además es necesario que al derivar de un nivel asistencial a otro se haga sin perder el proceso y que el usuario no quede desatendido en ningún momento.

ABSTRACT

Alzheimer concept requires a foundation of knowledge about the brain and memory, to know the areas that are affected by this disease. It is a degenerative disease that affects thousands of people in our country that requires an intervention and monitoring by various professional and one of the most important Social Worker. A part of the monitoring by the Social Worker, these people become dependent as their disease progresses according to the stage where they are, which is why we require a caregiver. Usually this is someone close to the family but can be an outsider. The caregiver also requires care and intervention by the Social Worker as it is a person who may suffer psychological and physical problems. This requires that when performing case management we look at the caregiver and the AD user to adjust both the new way of life that is going to happen.

The number of caregivers increased for various reasons and social, such as the introduction of women into the workforce, increased life expectancy and the slowdown in the birth rate changes, this made had an aging society, increasing people higher in Spain and increasing therefore dependent.

People with AS often suffer different symptoms but the most notable is the loss of memory, reaching left bedridden and unable to communicate. For family coping is complicated, so we must empower individuals to provide tools and they can with their own internal resources to achieve certain proposed in the plan of intervention by the Social Worker objectives. In addition to these internal resources we know that there are different levels of care, such as primary care, specialty care and multi involved in the process with these patients. The coordination between the levels must be agile and provide comprehensive care, it is also necessary that the result of a level of care to another is done without losing the process and that the user is not unattended at any time.

Other resources that we are state resources, such as the SAD, tele care, home help, mutual help groups etc.

At present there have been other computer techniques that may provide a delay progression of the disease but there is no cure, like drug and non-drug treatment, coupled with new technologies only delay the inevitable.

There are different types of social interventions, individual, group, social and community which can make the Social Worker covering various aspects with each around this disease, especially intervene with the patient, family / caregivers, and society which must sensitize.

1 Introducción

El progresivo aumento del envejecimiento en España, ha llevado al aumento de personas dependientes con grandes enfermedades una de ellas es el Alzheimer. Desde que Alois Alzheimer la descubrió, el aumento de casos ha ido creciendo. Aunque cada día se conoce más de esta enfermedad también es necesario saber qué se desconoce, la causa por la que surge y los tratamientos eficaces para la cura.

Esta enfermedad es degenerativa y poco se sabe de ella, pese a los intentos por retrasarla tanto de forma farmacológica como no farmacológica los resultados son similares ya que avanza arrasando con todo.

La temática del trabajo se ha escogido por motivos personales, ya que una persona cercana a mi familia padece dicha enfermedad, y quería conocer profesionalmente como debían actuar los Trabajadores Sociales ante personas que perdían la comunicación, y volvían a nacer. Actualmente la profesión está llegando a un punto de deshumanización y los profesionales con los que ha topado esta persona han sido muy burocráticos por ello quería conocer si se debía tener en cuenta a la persona y no solo a meros trámites y prestaciones sociales que en realidad no resuelven el problema y menos con los recortes por los que atraviesan los Servicios Sociales.

El Trabajador Social debe cuidar tanto del cuidador como del paciente, es vital que a lo largo de todo el proceso sea un acompañante, evaluador y planificador o coordinador del plan de intervención establecido.

Debido al pronóstico de esta enfermedad es necesario que para un futuro existan avances tanto sanitarios como sociales, ya que la sociedad debe sensibilizarse con un problema que crece y que es de todos, deben aparecer mayor número de asociaciones de recursos para respiro de los familiares /cuidadores, para poder otorgar una calidad de vida al paciente y que pueda llevar una vida respetable.

Este trabajo se centra en el rol del Trabajador Social dentro de toda la enfermedad, pero para poder hablar del rol es necesario que todos los profesionales sean conocedores de cada ápice de este trabajo para poder actuar de forma inclusiva e integrada, para poder empoderar y poder dar un resultado a esas demandas. El profesional debe saber que cada individuo es diferente y que los planes deben ser individualizados por eso debe existir menos burocratización y mayor participación activa porque como hemos visto a lo largo del trabajo, puedes comunicarte con el paciente aunque no se con lenguaje verbal pero sí con no verbal, observar el proceso y ante todo otorgar algo más que prestaciones económicas.

Esta enfermedad es un precio a pagar por nuestros avances sociales y tecnológicos, por el aumento de la esperanza de vida y hay que hacer que ese aumento de la esperanza de vida se haga en las mejores condiciones posibles y con buen estado de salud.

1.1 Objetivos

General:

- Identificar las estrategias de intervención empleadas por el Trabajador Social en pacientes con EA (enfermedad de Alzheimer).

Específicos:

- Caracterizar socio demográficamente a los cuidadores de personas con EA.
- Conocer los aspectos relevantes de la enfermedad.
- Recoger información sobre los recursos de los que disponen las personas con EA.
- Estimular a los profesionales bajo la lectura de este TFG de las necesidades de estos pacientes.
- Organizar documentación
- Identificar las necesidades de los cuidadores
- Clarificar los diversos niveles asistenciales en su participación dentro del proceso con el enfermo de Alzheimer.

1.2 Metodología

Para la realización de este trabajo en primer lugar se procedió a realizar búsquedas bibliográficas en diversas bases informáticas como son: www.dialnet.com; www.googleacadémico.com; www.google.com; y diversas páginas web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Para realizar las búsquedas se introdujeron palabras clave como: Alzheimer, memoria, Alois Alzheimer, memoria cerebral, estadios Alzheimer, Concepto Alzheimer, intervención en Alzheimer, Alzheimer y Trabajo Social, intervención social en EA (enfermedad de Alzheimer), nuevas tecnologías en EA, atención a personas con EA, intervención del Trabajador Social en personas con demencia, marco jurídico del EA, Trabajo Social y dependencia

Cada vez que se introducía en el sistema una palabra clave, el buscador devolvía alrededor de 40 documentos, todos ellos revisados., El filtrado se ha realizado uno a uno, tomando aquellos en los que se relacionaba la enfermedad del Alzheimer con el Trabajo Social. Acto seguido se procedió a realizar fichas de cada uno de las referencias seleccionadas haciendo un resumen del mismo. Posteriormente, se organizó la información por temáticas dando como resultado el trabajo. Las palabras clave empleadas en la búsqueda han sido Alzheimer, memoria, Alois Alzheimer, memoria cerebral, estadios Alzheimer, Concepto Alzheimer, intervención en Alzheimer, Alzheimer y Trabajo Social, intervención social en EA, nuevas tecnologías en EA, atención a personas con EA, intervención del Trabajador Social en personas con demencia, marco jurídico del EA, Trabajo Social y dependencia.

El trabajo consta de 5 capítulos, el primero trata sobre la memoria y la enfermedad de Alzheimer, dejando claros los diversos conceptos que se abarcarán a lo largo de todo el trabajo, para posteriormente con el capítulo 2 una vez tenemos clara la enfermedad, centrarnos en mayor medida en las repercusiones que la enfermedad de Alzheimer tiene sobre la vida de las personas que la sufren. Posteriormente el capítulo tres, trata sobre el cuidador, aquellos familiares o no familiares que se dedican al cuidado de los pacientes y que también son objeto de intervención. En cuarto lugar, hemos dejado el capítulo de los recursos, todos aquellos recursos tanto sociales como sanitarios etc. Con los que cuentan los usuarios. En último lugar, el capítulo de la intervención del Trabajador Social, en él aparecen todas las funciones, competencias, tareas, niveles asistenciales en los que participan, todos los profesionales para saber cuál debe ser nuestra interacción y profesionalidad en casos en los que tratemos con personas que padecen esta enfermedad.

2 La memoria y la enfermedad del Alzheimer

Desde el siglo XIX hasta nuestros días, existe una preocupación por comprender los procesos psicológicos complejos que operan en el aprendizaje y en la memoria. López (2001) hace una revisión de diferentes estudios que ponen de manifiesto la evolución del conocimiento de ambos, destacando algunas definiciones de memoria que se siguen utilizando en la actualidad. Así,

Alan Baddley (1992), define la memoria como *“ un sistema cerebral que proporciona almacenamiento temporal y manipulación de la información necesaria para tareas cognitivas complejas, como la comprensión del lenguaje, el aprendizaje, el razonamiento... ”*

Gathercole, Alloway, Willis y Adam (2006), consideran la memoria *“ un mecanismo de almacenamiento activo y en mecanismos especializados de almacenamiento provisional que sólo entran en juego cuando es preciso retener un tipo de información específica.”*

La memoria, por tanto es un proceso mediante el cual se almacena información para la realización de diversas tareas cognitivas y que cuando falla, nos encontramos con personas que tienen muchas dificultades para realizar muchas actividades de la vida diaria. Algunas de estas personas padecen la enfermedad descubierta por Alois Alzheimer. Este neurólogo y psiquiatra alemán descubrió, que por razones todavía no muy claras, las placas y los nódulos toman posesión de los tejidos sanos de un cerebro produciendo efectos devastadores en áreas asociadas a las funciones intelectuales.

“El Alzheimer es un desorden cerebral que gradualmente destruye la habilidad de razonar, recordar, imaginar y aprender. Esta enfermedad es diferente del olvido benigno que sucede normalmente cuando la persona envejece. Es una enfermedad degenerativa que progresa lentamente entre 3 y 18 años.” (Ferrerías, 2001, p.196-197). Este tipo de lesión cerebral orgánica aparece con frecuencia a partir de los 65 años y no debe considerarse como un deterioro intelectual (Fernández, 2009).

“La enfermedad de Alzheimer (EA) es una enfermedad grave que afecta a los pacientes, pero también repercute significativamente en su entorno social y familiar. En la actualidad, la causa más frecuente de demencia es esta enfermedad. El Alzheimer es una demencia degenerativa cerebral primaria. Es una enfermedad neurodegenerativa progresiva que se caracteriza por una serie de rasgos clínicos y patológicos con una variabilidad relativa. Esta definición lo que quiere decir es que el cerebro degenera de forma progresiva, que lo que le sucede al paciente (la clínica) es variable y que lo que se encuentra en el cerebro en la autopsia (la neuropatología), es en cierto modo, también variable.” (Casanova, 1999, p.7).

Según lo anteriormente descrito por (Casanova, 1999), procedimos a realizar una tabla explicativa del concepto anteriormente descrito.

Enfermedad	Características clínicas	Neuropatología	Variabilidad
neurodegenerativa	Alteración cognitiva	Atrofia cerebral	Edad de inicio: prenil o senil
progresiva	Alteración funcional	Pérdida de neuronas	Evolución: rápida o lenta
		Placas seniles	Perfil neuropsicológico: varían las alteraciones de la memoria, el lenguaje...
		Óvulos neurofibrilares	Alteraciones psicológicas y del comportamiento: varían los síntomas como la ansiedad, depresión...
		Otras: angiopatía, degeneración granulovacuolar	Hallazgos neuropatológicos: en la autopsia

Definición operativa del concepto de Alzheimer (Casanova, 1999)

El cerebro de una persona con Alzheimer tiene las neuronas desordenadas a diferencia del resto de personas sin ninguna patología, es por esto que en un momento determinado dichas neuronas dejan de funcionar. *“Cuando dejan de trabajar las neuronas algo en el cerebro se muere, y los mecanismos de control cerebral: memoria, razonamiento y habilidad para cuidarse a sí mismo se desvanecen”* (Ferrerías, 2001).

Estas neuronas desordenadas se van acumulando en el córtex. Las partes más afectadas son las de la memoria y el aprendizaje, quedando otras completamente intactas en las primeras fases de la enfermedad.

Las personas con EA tienen afectadas todas las partes de la memoria, a medida que la enfermedad avanza estos efectos son más fuertes.

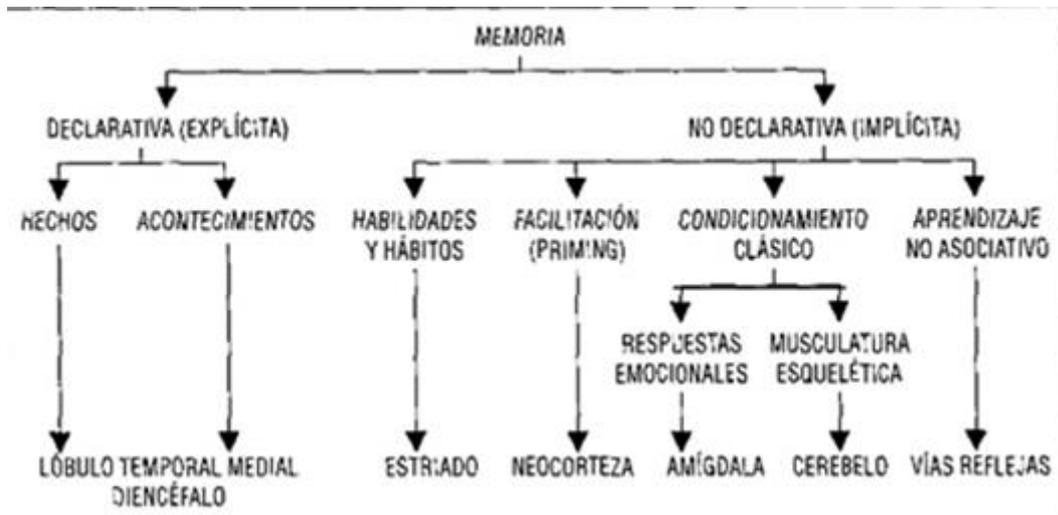
Para poder explicar las alteraciones que sufren los pacientes, es necesario saber discernir entre:

- Memoria explícita: son todos aquellos aprendizajes que se realizan de forma intencionada y consciente.
- Memoria implícita: recuperar la información de forma indirecta y no consciente a diferencia de la anterior.

Los enfermos de EA tienen afectadas todas las variedades de memoria citadas anteriormente en la parte más avanzada de la enfermedad. En especial la memoria

explícita en mayor medida. En los primeros estadios de la enfermedad la memoria implícita se ve conservada, esto sucede porque la memoria implícita depende de otras zonas cerebrales.

En conclusión se ven afectadas todas las partes de la memoria pero dependiendo del estadio en el que se encuentre el paciente se deterioran antes unas partes que otras. Conocer el patrón de deterioro nos ayuda a realizar una mejor intervención con el usuario.



Partes de la memoria, imagen tomada de (Ferrerias,2011,p.191)

Según Casanova (1999), los signos que nos ponen alerta para detectar que puede padecer la enfermedad de EA son los siguientes:

- Pérdidas de memoria que afectan a las capacidades en el trabajo: citas, nombres, números de teléfono...
- Dificultades para realizar tareas familiares: problemas para preparar la comida...
- Problemas de lenguaje: olvido, sustitución de palabras...
- Desorientación en el tiempo y el espacio: el paciente se olvida de la fecha, se pierde...
- Pobreza de juicio: el paciente se viste con ropa inapropiada, sigue conductas anómalas...
- Problemas de pensamiento abstracto: se olvida del significado del dinero, aparecen problemas de evaluación de semejanzas, de comprensión de refranes...
- Pérdida de cosas o ubicación en lugares incorrectos: el paciente pone la plancha en la nevera, el reloj en el azucarero...
- Cambios en el humor y la conducta: el estado de ánimo sufre cambios frecuentes e inesperados.
- Cambios en la personalidad: cambios recientes: suspicacia, temor...

- Pérdida de iniciativa: el paciente está muy pasivo y necesita estímulos constantes.

Para conocer los diversos estadios de la enfermedad se emplean herramientas como la CDR (clinicaldemential rating); esta herramienta consiste en entrevistas a pacientes y familiares recogiendo información sobre las áreas de: memoria, orientación, juicio y cuidado. La información recogida se proyecta en una escala de 0-3. De todo esto surgen tres estadios según afirma Ferreras (2001):

- Fase 1: (índice 0,5), en esta fase la alteración es leve o dudosa, y se manifiesta por quejas subjetivas de defectos de memoria (olvidos simples), o fallos en actividades sociales o laborales más difíciles.
- Fase 2: (índice 1), se caracteriza por la dificultad para hacer planes, producir juicios, o tomar decisiones de manera autónoma. Estas dificultades se manifiestan en la vida cotidiana y el trabajo mediante fallos que son objetivables (cálculo, viajes, finanzas...), también pueden observarse cambios en la personalidad, como escaso control de los impulsos y juicios, tozudez creciente y nerviosismo.
- Fase 3: (índice 3), el enfermo necesita asistencia para hacer las rutinas diarias, (comer, bañarse...). Otros casos pierden el interés por la higiene personal, la apariencia o son incapaces de inhibir sus tendencias sexuales en público. Pueden, incluso tener dificultad para reconocer a sus compañías más próximas.

En la última etapa los pacientes son postrados en cama, no reconocen a nadie de su alrededor ni las personas más cercanas e incluso son incapaces de reconocerse a sí mismos. Requieren todo tipo de ayuda (comer, higiene...). Su comunicación se reduce a chillidos y realizan algún movimiento sin ningún motivo aparente. *“El cerebro se olvida de cómo vivir.”*(Ferrán, 2001).

Según (Fundation B, 2013, p.45), resume las diversas capacidades que se tienen en cada etapa del Alzheimer en la siguiente tabla:

Estadios en el Alzheimer				
	Estadio 1 (vigilancia parcial)	Estadio 2 (vigilancia las 24h)	Estadio 3 (Ayuda las 24h)	Estadio 4 (dependencia total)
Memoria y concentración	Pequeños despistes y olvidos	Evidente deterioro de la memoria reciente y se empieza a afectar la lejana	Olvida los hechos recientes y lejanos	Olvido total
Capacidad de reconocer	No hay alteración	Dificultad para recordar palabras y nombres. Recuerda poco de lo que ha leído y de las personas nuevas	No reconoce a las personas ni a sus propios familiares	No reconoce a las personas ni a sus propios familiares
Orientación	Deficiente, puede perderse en la calle	Deficiente, incluso en su propia casa	Desorientación total	Desorientación total
Situación social	Cambios ligeros en la personalidad	Suelen pasarse horas detrás de sus cuidadores. Tristeza y frecuentes ideas delirantes	Horas inmóviles sin actividad o actitudes repetidas. Grita, llora o ríe sin motivo	Muchos de ellos acaban en estado vegetativo. Están en cama o en silla de ruedas, por ser imposible la deambulación
Comunicación	Apatía, aislamiento, cambios bruscos de humor	Lenguaje empobrecido, gestos limitados	No comprenden cuando le hablan y la incomunicación es total	Suelen permanecer en mutismo
Manifestaciones físicas	No hay cambios	No hay cambios	Incontinencia completa	Puede haber trastornos deglutorios. Rigideces y contracturas en flexión

Estadios de la enfermedad (Fundation B, 2013, p.45)

Uno de los aspectos más dolorosos de la enfermedad es que en los estadios intermedios, es la consciencia de lo que está ocurriendo en los pacientes y su visión del futuro que les espera. Este estadio debe ser vigilado con gran hincapié por parte de los profesionales para realizar una buena intervención y evitar problemas psicológicos en los usuarios y familiares.

Los datos estadísticos sobre rangos de edad y porcentaje de las personas que padecen esta enfermedad a nivel mundial:

- Entre los 65 y 74 años: 3% de la población se ve afectada.
- Entre 75 y 84 años: 19% de la población se ve afectada.
- + de 85 años: 47% de la población se ve afectada.

“A medida que la esperanza de vida aumenta, también aumentan las posibilidades de que las personas puedan sufrir esta enfermedad, sobre todo en países desarrollados. En el año 2050 podría alcanzar hasta el 15% de las personas a partir de 65 años. Aún no se conoce ningún tratamiento aunque ya hay sospechas de un posible tratamiento en el futuro. En la actualidad el tratamiento consiste en retardar los síntomas lo máximo posible. Existe una forma rara y agresiva de Alzheimer que puede atacar a personas entre los 40 y 50 años.” (Ferrerías, 2001, p. 197).

Al observar los aspectos estadísticos de la población afectada por esta enfermedad podemos determinar que las causas de su aparición según (Fernández, 2009, p.15)son aún desconocidas y no existe una explicación clara.

“La demencia tipo Alzheimer es una enfermedad degenerativa de la células cerebrales (las neuronas), de carácter progresivo y de origen todavía no conocido. Es una demencia primaria, o lo que es lo mismo, no puede ser considerada como efecto de cualquier otra enfermedad y/o traumatismo, es una demencia irreversible, esto es, que una vez iniciada sigue un proceso involutivo y no recuperable. En las personas que padecen esta enfermedad se observan diversas alteraciones neuropsicológicas que afectan a funciones cognitivas como memoria, el reconocimiento visual de objetos, la capacidad para realizar movimientos voluntarios y razonamiento lógico”.

A pesar de no tener claras las causas de su aparición sí podemos tener claros los factores de riesgo según (Fernández, 2009) , para prevenir e introducir el tratamiento de forma rápida y evitar su maduración rápida:

- Edad avanzada: La probabilidad es mayor a partir de los 65 años.
- Predisposición genética: el factor hereditario aumenta la probabilidad.
- Síndrome de down: cuando tienen mediana edad, presentan cambios en el tejido cerebral similares a la EA.
- Trauma craneal: las lesiones craneales no pasan inadvertidas a lo largo de los años. Sobre todo cuando el traumatismo ha sido severo.
- Niveles de educación y ocupación: las personas con bajo nivel educativo, presentan mayor riesgo. Debido a que las personas con formación mayor tienen más conexiones cerebrales.
- Género: las estadísticas mundiales manifiestan que las mujeres tienen una probabilidad más alta de padecer la enfermedad.

3 Repercusiones de la enfermedad: Dificultades en la vida diaria para la autonomía (paciente y familiares)

Las personas con esta enfermedad a medida que avanza van perdiendo autonomía y no son capaces de cuidar de sí mismos. Con frecuencia, no son capaces de reconocer los peligros ni conscientes de las limitaciones que tienen, esto puede provocar riesgos. Los riesgos los podemos dividir como hace Casanova (1999), en diversos ámbitos como son: el trabajo, manejo del dinero, conducción de vehículos y vida independiente). La familia debe estar pendiente de todos estos aspectos ya que pueden traer serios problemas al paciente pudiendo provocar accidentes. El manejo del dinero es una de las primeras capacidades que pierden las personas con EA ya que pierden con facilidad el dinero y no se dan cuenta de su manejo. En el caso de manejar vehículos se emplea una parte de la memoria basada en automatismos es decir, movimientos que han sido procesados por la memoria y se hacen sin darnos cuenta ni ser conscientes o pensar en qué tenemos que hacer. En esta parte de la memoria no tendríamos problemas en las primeras fases, pero sí en las siguientes y sobre todo en las normas de circulación, la orientación etc. Que requiere otro tipo de memoria que el paciente sí tendría

afectado, por lo que la familia debe estar muy pendiente de sus movimientos y evitar que provoque cualquier tipo de accidente.

En las primeras fases de la enfermedad el paciente podrá vivir solo, pero llegará un momento en el que en el resto de las fases se irá perdiendo esta capacidad y requerirá de soportes, control, ayuda etc. Por lo que habrá que plantearse un traslado a otro lugar o recibir ayuda a domicilio.

Uno de los primeros síntomas que aparecen es el olvido que a medida que avanza la enfermedad se van haciendo más intensos y repetidos hasta llegar a incapacitar al paciente para realizar una vida con normalidad y tener autonomía. Otros de los primeros síntomas que podemos ir viendo, suelen ser cambios en el carácter de la persona usuaria, variando su humor de forma inusual. Sus movimientos suelen volverse algo torpes a la vez que se ven aturcidas sus percepciones. Suelen venir todos estos efectos acompañados de pérdidas de objetos sin llegar a encontrarlos en muchas ocasiones, se descuidan en su higiene personal, no se visten adecuadamente incluso etc.

El EA afecta a la dimensión social, emocional y funcional. Por lo tanto la atención que reciba la persona con Alzheimer debe abarcar cada una de las dimensiones. Para obtener el fin último de todas nuestras intervenciones con estos pacientes que es aumentar su calidad de vida ya que el promedio de vida de una persona con Alzheimer es de 8 años, la causa de la muerte no suele ser por la enfermedad en sí, sino por otra enfermedad secundaria como por ejemplo, las infecciones de orina, neumonía...la enfermedad avanza más rápidamente cuanto más joven es el paciente en el momento de declararse la enfermedad. En las últimas fases de la enfermedad existe un fallo del organismo, el paciente está postrado en una cama, no se comunica, debe ser alimentado por sonda... La mayoría de las muertes están causadas por enfermedades secundarias como ya dije anteriormente como por ejemplo, la neumonía, infección de orina, cardiopatías etc.

Se debe intentar que el paciente tenga las mejores condiciones otorgando una buena hidratación y alimentación, de esta forma le otorgaremos una mejor calidad de vida en el último apartado de su enfermedad.

La enfermedad por lo tanto, abarca a diversos ámbitos, según (Casanova, 1999):

- Alteraciones cognitivas: alteraciones de la memoria y de otras capacidades mentales.
- Alteraciones funcionales: alteraciones de las capacidades necesarias en la vida diaria, que representan una pérdida progresiva de independencia.
- Alteraciones psicológicas y de comportamiento: síntomas como ansiedad, depresión, alucinaciones, agresividad, vagabundeo...

4 Cuidador

El tratamiento no farmacológico consiste en fomentar diversas actividades que tienen que ver con aspectos como la orientación a la realidad, reminiscencia, ocupación, prevención y tratamiento de los trastornos psicológicos y del comportamiento... Lo que se pretende con cada una de estas actividades es lograr estimular a los pacientes para que el aprendizaje y la memoria no desaparezcan de forma tan rápida, mantener las capacidades mentales, favorecer la realización de las actividades de la vida diaria, ejercitar físicamente sus músculos para evitar durante un mayor periodo de tiempo el que queden postrados en una cama etc. El tratamiento farmacológico en muchas ocasiones está menospreciado ya que científicamente no está tan probado como el farmacológico pero ayuda a que las personas con EA retrasen en mayor medida los efectos que tiene esta enfermedad, tanto psicológicos, como físicos sobre ellos. Por esto (Casanova, 1999, p.94), diferencia una serie de actividades no farmacológicas que son las siguientes:

- ❖ Orientación a la realidad: es un método de tratar las alteraciones de la orientación y la memoria a través de la estimulación de los pacientes para que “reaprendan” datos sobre ellos mismos y su entorno. La información se presenta como un recuerdo no como una obligación de memorizar. Únicamente tiene interés en las fases más tempranas de la enfermedad y si el paciente está motivado.
- ❖ Reminiscencia: el recuerdo sistemático de memorias antiguas: recordar hechos personales en toda su amplitud, ruidos, olores, imágenes...constituye una forma de activar el pasado personal. El objetivo final es estimular la propia identidad y la autoestima de la persona.
- ❖ Estimulación y terapia cognitiva: tareas tendentes a activar y mantener las capacidades mentales. Incluye actividades de memoria, comunicación verbal, el reconocimiento...
- ❖ Adaptación cognitivo funcional del entorno y técnicas de comunicación: se centra en el ámbito externo y en las personas que se relacionan con el paciente. El medio que rodea al paciente se modifica y adapta a sus necesidades y capacidades. Se tratará de favorecer la realización de las actividades de la vida diaria mediante las ayudas técnicas o las adaptaciones necesarias y de establecer normas de seguridad.
- ❖ Actividades significativas (ocupacionales) y de la vida diaria: constituye un método de rehabilitación y readaptación. Se pretende rehabilitar a través del trabajo (terapia ocupacional), o de cualquier actividad que conduzca a un fin. En este ámbito se incluye la actividad física para tratar de evitar la disminución de la fuerza y de la masa muscular y, con ello, los fenómenos consecutivos a estos trastornos: dependencias y caídas.
- ❖ Prevención y tratamiento de los trastornos psicológicos y del comportamiento: para optimar el rendimiento cognitivo se han de diagnosticar y tratar las alteraciones de la percepción, el contenido del pensamiento, el humor o la

conducta que se presentan frecuentemente en personas con EA. Los trastornos psicológicos y del comportamiento constituyen una de las consecuencias más discapacitantes de las demencias y una de las mayores amenazas para la convivencia y estabilidad familiar.

Según (Casanova, 1999, P.85), los objetivos generales y específicos de los tratamientos no farmacológicos son:

Objetivos generales:

- Estimular/mantener las capacidades mentales.
- Evitar la desconexión del entorno y fortalecer las relaciones sociales.
- Dar seguridad e incrementar la autonomía personal del paciente.
- Estimular la propia identidad y autoestima: dignificar.
- Minimizar el estrés y evitar reacciones psicológicas anómalas.

Objetivos específicos:

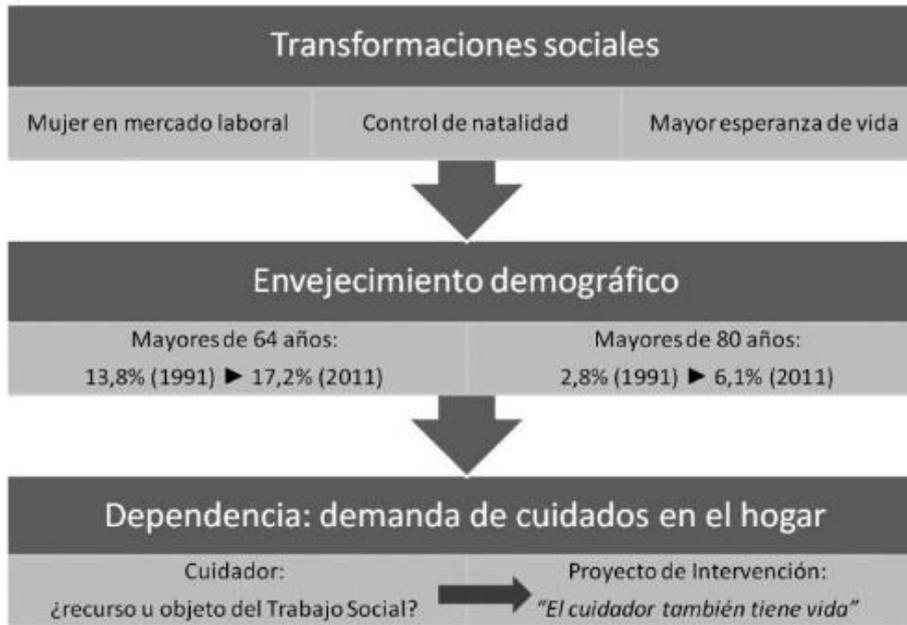
- Mejorar el rendimiento cognitivo.
- Mejorar el rendimiento funcional.
- Incrementar la autonomía personal en las actividades de la vida diaria.
- Mejorar el estado y sentimiento de salud.

Objetivo final:

Mejorar la calidad de vida del paciente y de los familiares cuidadores.

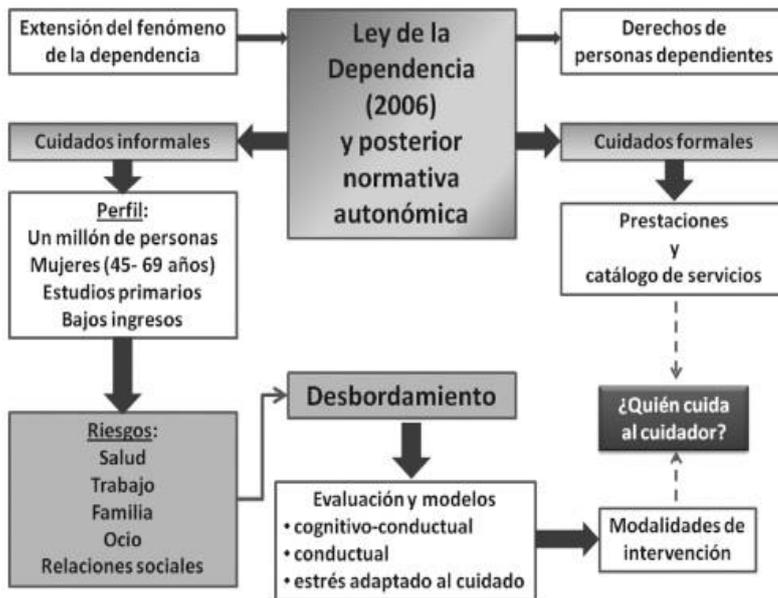
Las diferentes repercusiones de la enfermedad en los pacientes hace necesaria la ayuda de personas que cuiden a estos enfermos (cuidadores).

En los últimos años, las transformaciones sociales, como la introducción de la mujer al mercado laboral, el aumento de la esperanza de vida y el control de la natalidad y un mayor envejecimiento de la población, con un incremento de personas dependientes ,hace que aumente el envejecimiento y que el número de personas mayores haya crecido, por lo que es necesario que haya más personas que requieran de cuidados en el hogar.



Origen del cuidador Tomado de Fernández y Gutiérrez (2013, p.45)

En la imagen se puede apreciar el proceso que sufren los cuidadores desde su aparición los riesgos que el aumento de personas dependientes y por lo tanto de cuidadores ha ocasionado un desbordamiento tanto personal como social, debido a la aparición de la ley de dependencia, se incluyó a los cuidadores como parte que debía recibir una atención e intervención, a parte de una serie de servicios y prestaciones. Además como ya hemos mencionado un poco más abajo el perfil del cuidador influye mucho en esta carga que padecen y hay que tener en cuenta todos los cambios sociales ya que ellos son los que producen cambios a su vez en los Servicios Sociales, que deben estar en constante cambio con la sociedad que los rodea.



Proceso de la aparición de los cuidadores Tomada de Fernández y Gutiérrez (2013:46)

Debido a los aspectos anteriormente citados y bajo este contexto surge en el 2006 la Ley de Dependencia, esta ley fija los niveles de cobertura que deben otorgarse a las personas dependientes. Otorga derecho a las personas con alguna dependencia a recibir atención por parte del estado. Posteriormente esta ley ha sufrido modificaciones en el 2011, algunos de los aspectos que cambiaron fueron: reducción a tres de los grados de dependencia, reducción de un 15% en la prestación por cuidado familiar y cambios en la cotización de la seguridad social. También se ha incluido a personas con necesidades especiales en el denominado copago farmacéutico. Por otra parte se aprobó un nuevo baremo de valoración de la situación de dependencia. A todo esto mencionado anteriormente se le añaden todas las variaciones que ha realizado cada Comunidad Autónoma.

Según el (IMSERSO, 2005) Un cuidador informal es *“aquella persona que presta cuidados a otro familiar que necesita ayuda para llevar a cabo actividades de la vida cotidiana. En el caso de los cuidadores de personas mayores dependientes, responde a un perfil general de persona de aproximadamente 50 años, mujer en un 84% de los casos, casada y con estudios primarios”*.

Los cuidados a los pacientes siempre han sido llevados a cabo por los familiares y esto ha sido respaldado por las instituciones públicas. Según el Libro Blanco de la Dependencia (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2005), *nuestro país constituye un ejemplo del modelo de bienestar familista, “según el cual las políticas públicas dan por supuesto que las familias deben asumir la provisión de bienestar a sus miembros”*.

Según el (Ministerio de Sanidad, 2011) el cuidador es *“aquella persona que asiste o cuida a otra persona afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales.”*

Sin embargo, en la actualidad esto está cambiando, debido a la circunstancia socio-económica del país, la aparición de nuevos modelos familiares, descenso de la

natalidad... todo esto hace que cada vez existan más personas mayores con dependencia. Todo esto influye en los cuidadores, hace que el tipo de cuidador esté cambiando, haciéndose cargo en mayores ocasiones personas ajenas a la familia, o dejándolo en mano de otro tipo de instituciones. A su vez esto hace necesario que el estado proporcione formación a todas aquellas personas que se dedican a cuidar de otras con enfermedades.

Las características socio demográficas de los cuidadores tomada de la (Fundación Reina Sofía, 2012, p.86), nos expone la estructura y dinámica de la población específica de los cuidadores.

Tabla 8. Características sociodemográficas del cuidador principal (83).

Edad	>= 55 años	65%
	> 55 años	33%
Género	Mujer	67%
	Varón	33%
Parentesco	Cónyuge	47%
	Hijo/a	37%
	Otros familiares	16%
Convivencia con el enfermo	Sí	65%
	No	35%

Características socio demográficas de los cuidadores, imagen tomada de (Fundación Reina Sofía, 2012, p.86).

De esta manera podemos conocer de forma más precisa las características de la población que se dedica al cuidado de las personas con esta enfermedad y con las que el Trabajador Social va a intervenir. Podemos darnos cuenta de que la mayor parte de las personas que son cuidadoras son mayores o igual a 55 años, la mayor parte mujeres teniendo un parentesco de cónyuge, aunque también los hijos tienen un valor alto, y suelen tener convivencia con el enfermo.

4.1 Recursos de los que disponen los cuidadores

Según (IMSERSO, 2007), los recursos de los que disponen se dividen en dos grupos:

- Intervenciones empíricas validadas: esta intervención incluye otro tipo de intervenciones como la psicoeducativa, psicoterapéutica y multicomponente. Los dos primeros coinciden en que el profesional, entrenan a los cuidadores otorgándoles ciertas habilidades para poder trabajar con la persona que tiene EA. Tanto la psicoeducativa como la psicoterapéutica pueden ser o individuales o grupales. Los contenidos que contienen estas dos intervenciones son:

Reacciones emocionales del cuidador principal; Resolución de conflictos familiares; Habilidades personales relacionadas con el cuidado; Resolución de problemas asociados a situaciones de cuidado; Manejo de problemas de conducta del paciente; Información relacionada con los servicios y ayudas existentes, y por último, Coordinación del cuidado y estrategias de manejo de cuidado. Los programas multicomponente son aquellos en los que se combinan diferentes tipos de intervención o estrategias con bases conceptuales diferentes. El programa multicomponente más conocido es el realizado por Mittelman cols (1995; 2004). Los componentes de este programa son: Dos sesiones individuales con el cuidador; Cuatro sesiones de intervención familiar (sin la persona que recibe los cuidados presente); Grupo de apoyo o autoayuda Consejo personalizado. Lo bueno de este programa es que tiene muy en cuenta a la familia a lo largo de todo el proceso.

- Otras intervenciones: existen otro tipo de intervenciones como:
 - Intervenciones de respiro: las intervenciones de respiro son varias como: ayuda a domicilio, centros de día, residencias nocturnas, estancias temporales etc. Son una intervención indirecta sobre los cuidadores, ya que no se interviene directamente sobre ellos sino sobre el paciente pero otorga un tiempo de descanso para el cuidador.
 - Intervenciones basadas en las nuevas tecnologías: se emplean las tecnologías para educar y otorgar información, los tres elementos tecnológicos más empleados son los siguientes: teléfono, ordenador y videocámara. Permiten que la persona no tenga que dejar a la persona con EA y pueda recibir la información necesaria para su intervención.
 - Programas de autoayuda: Es el servicio más común que se ofrece a los cuidadores, consiste en el intercambio de información, sin una estructuración previa, entre cuidadores que están pasando por una situación similar. En estos grupos se comparten situaciones, sentimientos, miedos, experiencias... La reciprocidad es uno de los pilares más importantes.
 - Intervenciones no farmacológicas para la reducción de comportamientos problemáticos del familiar: se interviene de forma indirecta al igual que ocurría con las intervenciones de respiro, ya que se pretenden reducir la frecuencia o intensidad de los comportamientos del paciente para que se reduzca el nivel de malestar del cuidador.
 - Otras: ayudas económicas para el cuidador (permiten contratar otros servicios que puedan ayudar, como por ejemplo, la ayuda a domicilio privada etc.), programas de formación y actualización de profesionales (para una mejora en la intervención con los usuarios) etc.

4.2 Intervención con los cuidadores

Los riesgos de los cuidadores son, el aislamiento (ya que dedican gran parte de su tiempo al cuidado de la persona dependiente, dejando de lado su tiempo de ocio o la dedicación a su familia y salud), por esto pueden llegar a padecer estrés crónico, depresión etc. Además hay que tener en cuenta si tienen vinculación familiar porque esto suele producir mayores problemas. Losada et al. (2008) añaden posteriormente otras consecuencias negativas del cuidado, como los problemas personales en la relaciones de pareja o de amistad. Argumentan que los cuidadores tienen menos comportamientos relacionados con la salud, menores sentimientos de auto eficacia, peor estado de salud, mayores niveles de las hormonas relacionadas con el estrés y mayor riesgo de sufrir infecciones, a la vez que manifiestan más irritabilidad y mayor sintomatología depresiva. El cuidador puede optar por conductas poco saludables como no descansar lo necesario o rechazar actividades de ocio.

La escala más utilizada para medir la sobrecarga del cuidador es la de Zarit, según afirma (Ministerio de Sanidad, 2011), esta escala contiene 22 ítems que se agrupan en los factores, carga social, estrés, sentimientos de culpabilidad, presión emocional y relación de dependencia.

Debido a todos estos riesgos es necesario que los cuidadores reciban una intervención especializada para prevenir e intervenir de diversas formas.

Los cuidadores que tienen una mejor información padecen menos problemas tanto psicológicos como físicos por lo que es necesario a la hora de intervenir otorgar toda la información a cerca de la enfermedad para evitar problemas futuros. Se debe establecer evaluaciones a lo largo de todo el proceso que incluyan apoyo telefónico, acceso a intervenciones grupales etc. En todo momento la intervención debe prevenir problemas que puedan surgir a lo largo de la enfermedad o tratar y evaluar aquellos que hayan podido surgir.

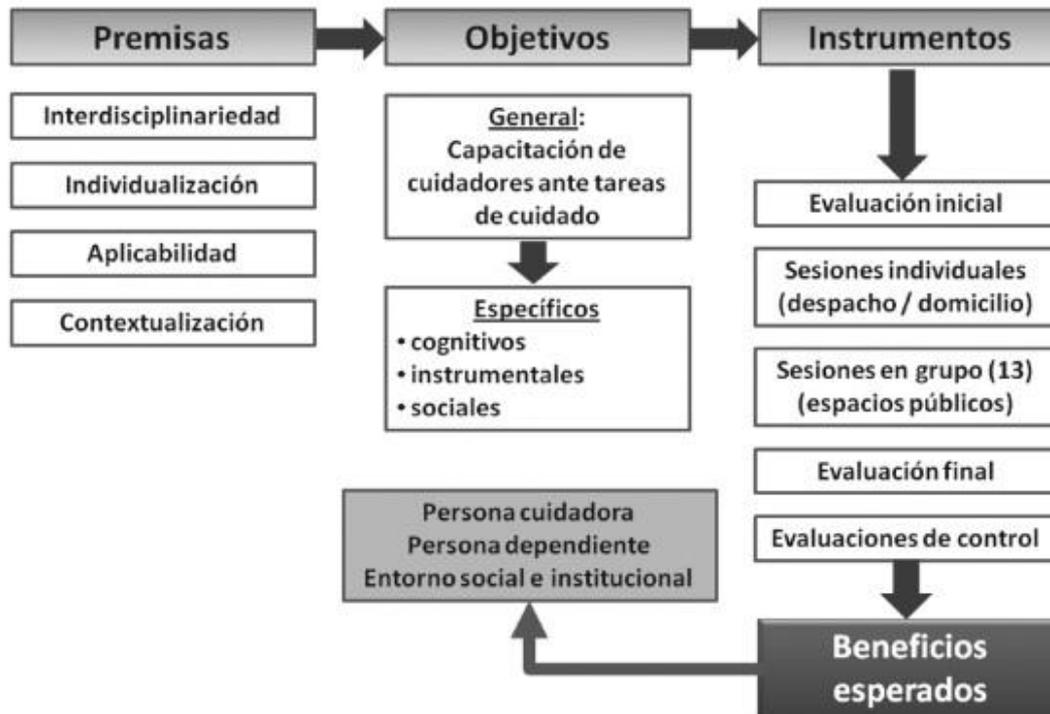
Las intervenciones según el (Ministerio de Sanidad, 2011) deben contener una serie de aspectos que son los siguientes:

- Establecer un programa de acogida a la persona con demencia y a su cuidador, por parte de los profesionales del equipo de atención primaria (EAP), con la colaboración de las AFA y de la atención especializada en demencia (AED). Estos contactos permitirán acercar los recursos comunitarios a las familias.
- Sesiones informativas personalizadas a cada núcleo familiar. sobre el tratamiento, el pronóstico y los recursos
- Formación teórica y práctica dirigida a los cuidadores para solventar todo tipo de problemas que puedan ir surgiendo a lo largo de la enfermedad.
- Asesoramiento: económico, legal, de recursos sanitarios y sociales.
- Soporte emocional al cuidador y a la familia, individual o grupal; en este tipo de soporte podemos encontrar grupos de ayuda terapéutica (GAT) y grupos de ayuda mutua (GAM).
- Adecuación de recursos: detección de necesidades, favorecer la tramitación, aclarar los circuitos, valorar el cumplimiento de las necesidades y expectativas.

Identificar el recurso más apropiado: trabajadores sociales, hospitales de día, centros de día, centros de atención nocturna, ingresos de respiro, atención de las crisis.

- Tratamiento farmacológico del cuidador, si fuese necesario para resolver problemas como la ansiedad, la depresión etc.
- Acompañamiento en la fase final de la vida.

Un ejemplo de intervención con cuidadores obtenido del artículo de (Fernández y Gutiérrez, 2013, p. 52):



En esta imagen se puede apreciar que los instrumentos que empleamos a la hora de intervenir son tanto la evaluación que como ya hemos mencionado se realiza a lo largo de toda la intervención, sesiones individuales y sesiones en grupo siempre y cuando el cuidador esté dispuesto a asistir para obtener una serie de beneficios y hacer que se cumplan sus derecho, ya que el cuidador es una persona autónoma y debe estar en sintonía con la situación que tiene.

4.3 Evaluación de los cuidadores

Las áreas más importantes que se deben evaluar de los cuidadores según (IMSERSO, 2007) son las siguientes:

- Contexto de cuidado: valores culturales, creencias, relaciones previas...
- conocimiento sobre la enfermedad y su proceso: requerimiento de información sobre la enfermedad...
- Capacidad funcional del paciente: capacidad del cuidador para ayudar en las AVD, frecuencia con la que ayuda, impacto en el cuidador...

- Tareas del cuidado y estrategias para el cuidado: cantidad de cuidado que proporciona el cuidador (h/semana), tareas relacionadas con el cuidado que realiza el cuidador (supervisión, búsqueda de información...)...
- Salud: salud física y psicológica del cuidador...
- Apoyo social: recepción de ayuda formal (servicios socio sanitarios) e informal (amigos, familia...), satisfacción con el apoyo y servicio...
- Información económica, legal y laboral: gastos relacionados con el cuidado, problemas económicos o laborales...
- Perfil psicológico del cuidador: habilidades sociales, autoestima...
- Estrategias de afrontamiento: realización de ejercicio físico, creencias, hobbies...
- Competencia en el cuidado: percepción de competencia y auto eficacia en la provisión de cuidado...
- Aspectos positivos del cuidado: Aspectos positivos del proceso de cuidado en la vida del cuidador...
- Fortalezas: posibles fortalezas del cuidador, recursos y capacidad con la que cuentan...
- Aspectos relacionados con la intervención: evaluación del proceso de intervención, efectos de la intervención...

Existen distintos modelos teóricos según (Fernández y Gutiérrez, 2013,p.49-51) basándose en otros autores en su artículo:

- Modelo cognitivo-conductual (Losada, Knight, y Márquez, 2003). Pretende identificar pensamientos y creencias disfuncionales que obstaculizan la adaptación a la situación de cuidado e influyen negativamente en la forma de afrontar las emociones.
- Modelo conductual o modelo ABC (Teri et al., 1998). Propone evaluar variables relativas a la frecuencia e intensidad de los comportamientos problemáticos asociados a la demencia y a la reacción de estrés del cuidador vinculada a estos comportamientos. Modificando las condiciones antecedentes, disminuirá la probabilidad de aparición de estos comportamientos problemáticos y mejorará el clima de cuidado. Se ha observado una forma de interactuar del cuidador con la persona dependiente en la que es frecuente que las conductas independientes sean ignoradas y los comportamientos problemáticos reforzados.
- Modelo de estrés adaptado al cuidado. Losada et al.(2008), basándose en las aportaciones de William Haley, Leonard Pearlin y Bob Knight, proponen un modelo multidimensional según el cual para comprender el malestar psicológico y físico del cuidador hay que considerar el estrés como un proceso donde influyen diversos factores:

- Contextuales: variables socio demográficas, personales (parentesco con la persona cuidada y relación que mantenía con ella antes del cuidado) y culturales (valores predominantes de una sociedad).
- Estresores primarios: situaciones asociadas al cuidado que demandan una respuesta por parte del cuidador y que han surgido como consecuencia de la situación del cuidado.
- Estresores secundarios: los cambios producidos en la vida de los cuidadores como consecuencia de la situación de cuidado.
- Recursos del cuidador: variables que median en la relación entre los estresores y los resultados del proceso (valoración del estrés, grado en que la persona cuidadora interpreta el cuidado como estresante, estrategias de afrontamiento y habilidades que tiene para el cuidado).
- Consecuencias: efectos que tiene el proceso de estrés en el funcionamiento psicosocial y físico en relación con el cuidado.

5 Recursos para los enfermos con Alzheimer

Según el (IMSERSO, 2007) existen los siguientes recursos para personas con Alzheimer:

5.1 Recursos sociales:

- SAD: Programa individualizado de carácter preventivo y rehabilitador, en el que se articulan un conjunto de servicios y técnicas de intervención profesionales consistentes en atención profesional y personal, doméstica, de apoyo psicosocial y familiar y relaciones con el entorno, prestados en el domicilio de una persona mayor dependiente en algún grado. Los objetivos según el libro blanco de atención a la dependencia, son los siguientes:
 - Incrementar la autonomía de la persona atendida y la de su familia, para que aquélla pueda permanecer viviendo en su casa el mayor tiempo posible manteniendo control sobre su propia vida.
 - Conseguir cambios conductuales en la persona tendentes a mejorar su calidad de vida.
 - Facilitarle la realización de tareas y actividades que no puede realizar por sí sola, sin interferir en su capacidad de decisión.
 - Fomentar el desarrollo de hábitos saludables (alimentación, higiene, ejercicio físico...).
 - Adecuar la vivienda a las necesidades de la persona atendida, mediante reparaciones, adaptaciones y/o instalación de ayudas técnicas.
 - Potenciar el desarrollo de actividades en la propia casa y en el entorno comunitario, dentro de las posibilidades reales de la persona.
 - Aumentar la seguridad y la autoestima personal.
 - Potenciar las relaciones sociales, estimulando la comunicación con el exterior, y paliar así posibles problemas de aislamiento y soledad.

- Mejorar el equilibrio personal del individuo, de su familia y de su entorno mediante el reforzamiento de los vínculos familiares, vecinales y de amistad.
- Favorecer la prevalencia de sentimientos positivos ante la vida, desterrando actitudes nihilistas y autocompasivas.
- Teleasistencia: Es un servicio complementario al anteriormente citado, en ocasiones no aparecen dadas las dos a la vez pero es muy común que se den juntas. Cada vez se perfecciona más debido a que las tecnologías avanzan. Las personas que reciben la prestación llevan un colgante que al pulsarlo inmediatamente se activa la alarma y llama telefónicamente y a través de altavoz a los servicios de urgencia que determinarán si la emergencia precisa de un envío de los servicios sanitarios al domicilio o poder solucionar el problema vía telefónica.
- Servicio técnico: La tecnología avanza y sobre todo en tres ámbitos que son los que a nosotros nos interesan: Tecnología del mercado general con diseño para todos: Esto supone que los productos se realizan para todos en general, de forma que se tienen en cuenta tanto las potencialidades como las limitaciones de cada persona. Entornos adaptables Poder adaptar el entorno a las personas con dificultades produciendo así un mejor producto debido a las nuevas tecnologías y una mejor resolución a su vida diaria. Tecnología específica de apoyo (tecnología de la rehabilitación) Dentro del mercado y gracias a la tecnología existen diversidad de productos específicos para personas con dificultades motoras, cognitivas o de orientación. A estos productos se les denominan ayudas técnicas.
- Servicios intermedios y de respiro familiar (estancias temporales y centros de día): Se denominan intermedios porque se sitúan, dentro de la cadena asistencial, entre el domicilio y la residencia o alojamientos para estancias prolongadas. Intervienen sobre todo para evitar el estrés de la persona cuidador/a del EA. Pero esto no quita que el fin sea la persona con Alzheimer. Existen muchos tipos de estos servicios, a continuación solo mencionaré algunos: Estancias de día en centros gerontológico, estancias temporales en residencias u otros alojamientos y los centros de día para personas dependientes.
- Sistemas alternativos de alojamiento: La residencia es el recurso que más predomina pero no hay que olvidar otros muchos recursos que existen como alternativas de alojamiento algunos ejemplos son: servicios de acogimiento familiar, viviendas tuteladas, apartamentos o viviendas unifamiliares con servicios, unidades de convivencia y residencias.
- Grupos de ayuda mutua: según el (Ministerio de Sanidad,2011) existen diferentes tipos de grupos que son:
 - Tipo I: grupos de auto cuidado centrados en enfermedades

- Tipo II: grupos centrados en estilos de vida positivos
- Tipo III: grupos de ayuda mutua centrados en afrontar el estrés
- Tipo IV: grupos de presión, centrados en la acción social

5.2 Recursos sanitarios:

La atención sanitaria a las personas dependientes es un factor clave por los siguientes motivos:

- ✚ Las enfermedades son, con gran diferencia, la causa principal de la dependencia
 - ✚ En muchas ocasiones esas enfermedades se han podido prevenir (Medicina preventiva).
 - ✚ La mayoría de las enfermedades que ya están causando dependencia requieren controles y tratamientos para evitar, entre otras cosas, que la dependencia progrese (Medicina asistencial).
 - ✚ Son muy frecuentes las descompensaciones de las patologías crónicas, al igual que las patologías múltiples, con su polifarmacia añadida, etc., lo que conlleva a una especial dificultad en el manejo asistencial (domicilio, residencia, hospital) y clínico (diferentes especialidades) de estos pacientes.
 - ✚ Con frecuencia son los problemas sanitarios de las personas mayores dependientes los que desbordan las situaciones de asistencia. Si bien es necesario reforzar los dispositivos asistenciales para las personas gravemente dependientes, no se deben dejar en segundo plano los esfuerzos para evitar la dependencia o para la recuperación cuando la discapacidad es reversible, por lo que las intervenciones que tengan como objetivo la actuación preventiva, precoz y rehabilitadora deben tener un lugar preferente.
- Atención primaria
- PAPPS (Programa de actividades de prevención y promoción de la salud): El PAPPS, creado en 1988 por la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC), se ha caracterizado por la generación de recomendaciones de prevención y promoción de la salud en un marco de priorización con unas bases sólidas de evidencia científica. Estas recomendaciones se han acompañado cada dos años de una evaluación. En el caso de las demencias en particular, los programas de prevención no las incluyen (excepto escasas excepciones). Las razones son variadas, aunque resumiendo inevitablemente de forma excesiva, la falta de evidencia empírica contrastada sobre las posibilidades de prevención y la “lejanía” de los profesionales de atención primaria a este tipo de enfermedades, ha hecho que las mismas queden fuera de estos programas, al menos de momento.

- Programa del anciano: El objetivo general del programa es el de fomentar la autonomía física, psíquica y social de las personas mayores de 65 años. Y los objetivos específicos son los de promover la salud de las personas mayores de 65 años y prevenir los riesgos relacionados con su edad y el de garantizar la continuidad de los cuidados que las personas mayores de 65 años deben recibir acordes a su nivel de salud (sano, enfermo) y con el nivel de riesgo al que esté expuesto.
- Programas de atención domiciliaria: Contiene dos programas en su interior: Atención domiciliaria a pacientes inmovilizados y atención a terminales y ESAD Y PADE (Equipos de soporte de atención domiciliaria y unidades de cuidados paliativos).
- Hospitales generales de agudos: el 32% de los hospitales de España tienen cobertura especializada geriátrica. Y un 10% por una cobertura que podríamos considerar más completa.
- Hospitales y unidades de media estancia y convalecencia: Estas unidades hospitalarias tienen como objetivo prioritario la recuperación funcional de los pacientes, generalmente ancianos con incapacidad o deterioro inicialmente reversible; pero también administran cuidados dirigidos a la adaptación de los pacientes a la incapacidad, la implicación y aprendizaje de familiares en el cuidado de ancianos incapacitados, el cuidado y cicatrización de úlceras y heridas, la planificación de la ubicación definitiva al alta hospitalaria, la evaluación de los síndromes geriátricos e incluso la estabilización clínica de enfermedades en fase subaguda.
- Hospitales y unidades de larga estancia: Lo principal del desarrollo de las unidades de larga estancia en España es su heterogeneidad. No existe consenso suficiente sobre su necesidad y las características que deben reunir estas unidades. De hecho se han desarrollado más en unas Comunidades que en otras. Además, los centros reciben diversas denominaciones, llamándose centros socio sanitarios, especialmente en Cataluña, u hospitales de larga estancia (o de media y larga estancia) en otras Comunidades. El sistema de acceso es variable y la financiación también, así como el modelo de contratación por parte de la Administración. Mientras que en algunas Comunidades sí está diferenciado el contrato de las unidades de larga estancia, en otras Comunidades los servicios de larga estancia son contratados sin diferenciarlos de las unidades de agudos. Sin embargo, una serie de parámetros, como las características de los pacientes, el diagnóstico principal, el nivel funcional, la estancia media o la mortalidad, dan idea de la tipología de pacientes atendidos.

- Hospitalización domiciliaria: Los dispositivos de Atención Primaria, antes mencionados que son el principal recurso para la atención a los pacientes en el domicilio son resumidamente: ESAD y PADES y Equipos de asistencia geriátrica domiciliaria.
- Hospital de día: El Hospital de Día Geriátrico (HDG) es un centro diurno interdisciplinario, integrado en un hospital, donde acude el anciano frágil o el paciente geriátrico, habitualmente con incapacidad física, para recibir tratamiento integral y/o valoración geriátrica y regresa posteriormente a su domicilio. Por tanto los HDG actúan de puente entre el hospital y la Comunidad. Puede estar dentro o fuera del hospital, lo más recomendable es que esté dentro del hospital, porque de esta manera se refuerzan los aspectos del control clínico y valoración. El HDG puede ser un lugar adecuado para el control de tratamientos complejos, realización de técnicas, curas de úlceras complicadas, etc. Todo ello con los medios adecuados y sin que el paciente tenga que ingresar.
- Centros de día: Se distinguen del Hospital de Día (que tiene un componente de valoración más exhaustiva, de recuperación funcional y de control clínico médico y de enfermería) porque el Centro de Día tiene como función principal el mantenimiento de la situación funcional y de una cierta descarga de los cuidadores y, por tanto, es un recurso dependiente más de servicios sociales que de los sanitarios.
- Atención especializada y residencias asistidas: Las residencias, al estar adscritas a bienestar social, dependen para la atención sanitaria inicial de atención primaria, siendo éstos los responsables de su farmacia, así como en muchos casos de la atención directa de los usuarios (especialmente en situaciones de urgencias en residencias sin cobertura médica las 24 horas).

Recursos específicos para personas con demencia y sus familias:

Los componentes del sistema que deben intervenir en el proceso de atención a las demencias son los siguientes:

- Atención primaria
- Consulta de neurología
- Centro de salud mental
- Consulta monográfica de neurología cognitiva y conductual
- Atención especializada (unidad de demencias multidisciplinar)
- Hospitales de día y centros de día terapéuticos
- Atención domiciliaria
- Institucionalización:
 - Residencias asistidas especializadas en pacientes con demencia

- Internamiento. Unidades de psicogeriatría o de tratamiento de los trastornos de conducta
- Unidades de respiro
- Asociaciones de familiares

Asociaciones para familiares de personas afectadas

En los últimos 20 años han aumentado la cantidad de asociaciones que se dedican a los familiares de personas con EA o cualquier otro tipo de demencia en todo el territorio español, según el (Ministerio de Sanidad, 2011), se ha creado una Confederación Española de Asociaciones de Familiares con Alzheimer (CEAFA). Los objetivos de esta Confederación son los siguientes:

- La promoción de la necesidad de un diagnóstico correcto.
- Orientar hacia la atención integral del enfermo.
- Ayudar a las familias a soportar el impacto psicológico que supone la enfermedad.
- Asesorar e informar en cuestiones sanitarias, psicológicas, legales, económicas o de asistencia social relacionadas con la demencia.
- Ayudar en la potenciación de la investigación científica.
- Informar y sensibilizar a la sociedad.
- Representar frente a la Administración y otras instituciones los intereses de los pacientes y de sus familias.

Tipos de protección legal para personas con EA

Según el (Ministerio de Sanidad, 2011), existen dos tipos de protección legal para personas con EA que son:

- Autotutela: regulada en el artículo 223 del Código Civil, permite que cualquier persona, con capacidad de obrar suficiente, en previsión de ser declarada incapaz, designe quién desea que sea su tutor, así como adoptar cualquier disposición referida a su atención personal o a la administración de sus bienes, y también, la identificación de aquella persona que en ningún caso debería ser nombrada. La “autotutela” debe formalizarse en escritura otorgada ante notario, el cual remitirá una copia de la misma al Registro Civil donde conste inscrita la persona.
- Poder especial o poder preventivo: la actual redacción del artículo 1732 del Código Civil prevé la posibilidad de conferir facultades a favor de una tercera persona, mediante el otorgamiento de un poder, estableciéndose que el mismo pueda seguir utilizándose en el momento en que, en el poderdante, concurriera incapacidad sobrevenida. Este tipo de poder se denomina poder especial o poder preventivo.

6 Intervención del Trabajo Social en personas con EA

Cuando se diagnostica la enfermedad, los familiares tienen distintas formas de afrontarla porque cada persona tiene una relación diferente con el enfermo. Es muy importante que tanto el cuidador como el enfermo sean cuidados. Los familiares de personas que ingresan en un centro parten de una situación por norma general bastante compleja, ya que han sido cuidadores de su familiar durante un período de su vida que para ellos ha podido acarrear síntomas de ansiedad y depresión. Entre los factores que pueden empeorar esta situación del cuidador, podemos mencionar, el aislamiento debido al poco tiempo libre del que han podido disfrutar, la existencia de problemas familiares previos que no hacen más que empeorar el afrontamiento de la enfermedad y el escaso conocimiento que se tiene de la enfermedad y sus consecuencias entre otras. Por todo ello, es necesario que el cuidador, sea aconsejado, informado y ayudado. El plantearse la institucionalización, los familiares experimentan una importante carga de culpabilidad, ya que su percepción está distorsionada y lo asumen como un “abandono”, esta es una de las principales tareas que los Trabajadores Sociales deben abordar desde un primer momento.

Una vez se ha diagnosticado la enfermedad, todos los que rodean al paciente tienen distintas formas de afrontar la situación, debido a que cada una de ellas tiene una relación con éste. Es necesario que tanto la persona que va a cuidar del enfermo como el propio enfermo reciban atención constante. Cuando el enfermo es internado en un centro, partimos de que anteriormente los familiares se han hecho cargo de la persona siendo cuidadores, esto probablemente haya tenido consecuencias en su estabilidad emocional, provocando ansiedad, estrés... Uno de los factores con el que nos podemos encontrar que padece el cuidador es el aislamiento, ya que dedican gran parte de su tiempo y atención a la persona con EA, dejándoles poco tiempo para su propio disfrute del ocio y tiempo libre. Todo esto además suele ir acompañado al desconocimiento de la enfermedad, problemas anteriores familiares que impiden una relación entre los diversos apoyos de la red familiar etc. Es decir, el cuidador se enfrenta a una serie de circunstancias que acaban minando su personalidad y su estado físico y psicológico por lo que no solo hay que realizar una intervención basada en el propio paciente sino también en la persona que más tiempo invierte en su cuidado.

Al introducir como decíamos al principio al propio usuario en un centro, los familiares sienten una gran culpabilidad y no es una situación fácil de tomar. Asumen este aspecto como un “abandono”, esta es una de las tareas principales que debe abordar el Trabajador Social desde el primer momento.

El Trabajador Social debe identificar todas las necesidades y demandas que los familiares realicen para otorgar una buena respuesta a todo lo que les inquiete y necesiten.

De acuerdo con (Guzmán, 2005), *“al igual que cualquier estrategia de intervención, el trabajador social debe de estar preparado desde el punto de vista teórico, perspectivo y emocional.”*

Completar el diagnóstico de una persona desde un abordaje social aparte de ser imprescindible es preventivo. Por eso el Trabajo Social en personas con EA es fundamental. El modelo más seguido por estos profesionales a la hora de intervenir

con personas que padecen dicha enfermedad y con sus familiares es el modelo psicosocial, este tipo de modelo tiene en cuenta dos tipos de aspectos: el aspecto psicológico y social y el diagnóstico y evaluación. Este modelo nos permite por lo tanto, conocer la situación tanto del paciente como del familiar- cuidador y poder saber cuáles son los puntos fuertes y débiles.

Los familiares se centran sobre todo en cubrir sus necesidades mediante la petición de recursos económicos, pero este no suele ser el principal problema, existen otro tipo de problemas que pueden ser demandas que no llegan a ser formuladas por el usuario como tal pero de las que hay que estar muy pendiente como profesional, algunas de estas demandas pueden ser falta de apoyo hacia el cuidador, desorganización familiar etc. Que hace que los usuarios pidan ayuda a las instituciones para cubrir esas bajas de forma económica, sin llegar a resolver el verdadero problema.

Los Trabajadores Sociales cada vez en mayor medida estamos entrando en una burocratización llegando a que la población piense que los problemas psicosociales deben ser tratados por psicólogos y que el Trabajador Social meramente debe otorgar recursos económicos. Pero nada más lejos de la realidad.

Según la (Fundación Reina Sofía, 2012, p.73) podemos definir la intervención como “el conjunto de estrategias planificadas para operar cambios en la realidad social de una comunidad, cuyo desarrollo requiere la participación activa de la misma.”

Es por esto que existen diversos principios redactados por (IMSERSO,2007), para basándonos en ellos, poder pasar a intervenir de una forma correcta, estos principios irán dados de la mano del Trabajador Social a la hora de realizar las diversas intervenciones que veremos más adelante.

6.1 Principios e intervenciones del Trabajador Social

Los principios sustentadores de la intervención según el (IMSERSO, 2007) son los siguientes:

- Principio de autonomía y elección: Las personas con EA tienen derecho a mantener el mayor control posible sobre su propia vida. Es decir, a través de este enunciado se reconoce capacidad de autogobierno de las personas con demencia (limitada pero no nula), capacidad de elección (cierta) entre diferentes opciones Necesidades diversas, respuesta diversa. Ante situaciones de dependencia en general y en particular en la EA, donde existe un amplio abanico de situaciones que comprometen múltiples áreas y necesidades y que van cambiando en el tiempo, es necesario una respuesta diversa y personalizada (al menos lo más posible).
- Principio de participación: Las personas con demencia tienen derecho a participar en diversos ámbitos de la vida cotidiana; así como a disfrutar de interacciones sociales suficientes y al pleno desarrollo de una vida personal elegida (sexualidad, vivienda, pareja...). Aquellos que necesitan cuidados de larga duración así como sus cuidadores, tienen derecho a estar presentes y participar en las decisiones que afecten a su vida, así como en las elaboraciones de los pertinentes planes de atención. El derecho a participar de los diversos

ámbitos de la vida (vivir con una enfermedad) significa el desarrollo en los diversos contextos de elementos facilitadores que mejoren su funcionamiento y reduzcan su discapacidad (incluye uso y desarrollo de tecnologías), así como promover actitudes proactivas e integradoras en la población.

- Principio de interdisciplinariedad: Las demencias afectan a diversas áreas de un individuo, que corresponden a diversas miradas disciplinarias. Como nos recordaba el famoso neurocientífico Jean Piaget: “nada nos compele a dividir lo real en compartimentos estancos, o en pisos simplemente superpuestos que corresponden a las fronteras aparentes de nuestras disciplinas científicas, y, por el contrario, todo nos obliga a comprometernos en la búsqueda de instancias y mecanismos comunes. La interdisciplinariedad deja de ser un lujo o un producto ocasional para convertirse en la condición misma del progreso”.
- Principio de integralidad: La persona es un ser multidimensional en el que interactúan aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Así las intervenciones que se planifiquen han de satisfacer las necesidades básicas, emocionales y sociales de la persona. Dicho de otra manera, la demencia no es solo cognición y conducta, muchas más áreas son afectadas y a ellas hay que dar respuesta. Esta globalidad ha de considerarse en todos los pasos de un modelo de atención (programas, planificación, intervención) desde una dimensión sistémica en la que interactúen los diversos agentes del proceso: persona afectada, familia, profesionales, ambiente físico y psicológico y contexto comunitario.
- Principio de individualidad: Todas las personas son iguales en cuanto al ejercicio de sus derechos, pero cada una de ellas es única y diferente del resto. Así, los programas y servicios que se planifiquen deben diseñarse de manera que tengan capacidad de adaptación a las necesidades específicas de las personas y no al revés. Para ello se deben ofrecer planes funcionales adaptables, programas diversos e intervenciones personalizadas que tengan en cuenta los cambios, tanto los que se producen a lo largo del transcurso de la enfermedad, como la particular expresión de la demencia en un determinado individuo. La intervención y/o los planes personalizados de cuidados han de tener siempre en cuenta el estilo de vida de la persona, respetando sus preferencias tanto personales como socio-culturales, así como sus valores.
- Principio de integración social: Las personas mayores, con o sin demencia, son miembros activos de la comunidad y ciudadanos/as con derechos. Por ello, en una situación de dependencia deben tener posibilidad de permanecer en su entorno y tener acceso y posibilidad de disfrutar de cuantos bienes sociales y culturales existan, en igualdad con el resto de la población. Asimismo, tienen derecho a tener espacios de participación social

- Principio de independencia: Todas las personas han de tener acceso a programas informativo-formativos dirigidos a la prevención de la dependencia y la promoción de la autonomía
- Principio de continuidad de cuidados: Las personas que se encuentran en situación de fragilidad o dependencia tienen derecho a recibir los cuidados que precisan de manera continuada y adaptada a las circunstancias cambiantes de su proceso.
- Principio de dignidad: Las personas con demencia tienen derecho al respeto de la diferencia y al de su propia dignidad, cualquiera que sea el estado en que se encuentren con respecto a su capacidad tanto cognitiva como funcional, etc. La ética como disciplina aplicada ha de estar siempre presente en todo el proceso de intervención

Al observar los principios como describíamos en párrafos anteriores podemos comenzar a determinar el tipo de intervención que se va a escoger para poder ayudar tanto a familiares como a los pacientes. Los diversos tipos de intervención que detalla (Fernández, 2009), son los siguientes:

- Intervención individual y familiar: En un primer momento se debe dar información y otorgar apoyo a la familia y el usuario. Cuando la enfermedad está en un estado avanzado la información debe ser para otorgar información sobre el ingreso en un centro. Las entrevistas que se vayan realizando a lo largo de la intervención van a ser un seguimiento y evaluación constante del usuario y su situación, a la vez que se controlará al cuidador y familiares cercanos.
 - La demanda: la demanda surge del cuidador normalmente, la intervención individual suele ir dirigida al paciente aunque en ocasiones la comunicación sea complicada. Debemos emplear la escucha activa para poder reconocer la verdadera demanda, en ocasiones ésta no viene planteada como tal y hay que saber entreverla, se debe captar la demanda expresada, además de la demanda implícita y explícita. Posteriormente se decide el tipo de intervención, puesto que el enfermo no puede expresar sus necesidades en un primer momento, deberemos fiarnos de lo que el cuidador expresa a cerca de sus necesidades y comportamientos. Las entrevistas con los enfermos no nos podrán otorgar grandes informaciones pero sí podremos visualizar la fase en la que se encuentra el paciente.
 - La valoración social: la valoración social nos ayuda basándonos en la observación y la obtención de datos a poder realizar una especie de estructura sobre los diversos ámbitos del usuario. A continuación (Fernández, 2009), con esta imagen trata de hacer que se visualicen los datos que se obtienen con la valoración social:



GRÁFICO 3.
DATOS A OBTENER EN UNA VALORACIÓN SOCIAL

Datos a obtener en una valoración social, imagen tomada de (Fernández, 2009).

Los datos que aparecen en esta imagen no se conocen en una primera entrevista, requiere de varias entrevistas, visitas domiciliarias etc.

- **Intervención social:** La intervención social se realiza con el fin de lograr mejorar las condiciones de vida tanto del usuario como del cuidador. Las primeras intervenciones irán destinadas a mejorar la situación del enfermo. Las intervenciones de los trabajadores sociales en los Centros de Salud de Atención Primaria tendrían que ir orientadas a apoyar, informar, atender y asesorar a los cuidadores y sus familias.
 - Informar al cuidador y otros familiares sobre la enfermedad: se debe conceder información sobre la enfermedad para evitar que la familia no sepa como reaccionar ante el paciente en ciertas ocasiones y sea conocedora de las fases de las que consta, además de los efectos que va a tener en el paciente.
 - Asesorar al cuidador y otros familiares sobre otras cuestiones planteadas: deben conocer las habilidades requeridas para cuidar del paciente y deben recibir aprendizaje sobre la forma de mantener y saber llevar las conductas que puedan surgir en el paciente.
 - Atender las demandas realizadas por el cuidador y otros familiares: es necesario que el Trabajador Social también atienda la demanda de recursos económicos.
 - Apoyar las labores de los cuidadores para favorecer un buen trato al enfermo: El cuidador debe recibir apoyo ya que debido a la dedicación al enfermo suelen surgir otro tipo de problemas emocionales que deben tenerse en cuenta por los profesionales tanto del Trabajo Social como otro tipo de profesionales que entren en el proceso. Los Trabajadores Sociales deben tener en cuenta los aspectos psicosociales pese a como

menciono a lo largo del trabajo se está burocratizando y en ocasiones los propios usuarios no nos ven responsables de este tipo de trabajo, asociado al psicólogo.

- Intervención grupal: En el grupo se puede prestar una mayor atención a los enfermos y familiares y se posibilita el seguimiento de los casos, al mismo tiempo que se pueden cambiar algunas situaciones y problemas de convivencia en la familia. Los grupos pueden hacer que las personas conozcan a otras en su misma situación de forma que esto lleve a que no se sientan solas en la situación que están padeciendo y sientan apoyo en una red con similares problemas.
- Intervención comunitaria: hace que ciertas asociaciones, centros etc. Lleven a cabo intervención basada en orientar, otorgar información y sobre todo sensibilizar a la población sobre esta enfermedad.

6.2 Funciones, tareas a desarrollar y competencias del Trabajador social

Una vez que sabemos los tipos de intervención y los principios que la sustentan podemos obtener las diversas funciones que complementan al profesional, según (La Fundación Reina Sofía, 2012), (Carranza, 2011) y (Garcés, 2010), son:

- Función preventiva: tratando de facilitar la integración de los residentes y previniendo los posibles conflictos que pudieran surgir en los diversos ámbitos de actuación.
- Función socioeducativa: planificando y ejecutando actividades que favorezcan las relaciones sociales tanto de los residentes del centro como de sus familiares.
- Función asistencial: partiendo de las necesidades que vayan surgiendo, debemos informar acerca de los diversos recursos e ir desarrollando proyectos que favorezcan y mejoren las dinámicas internas.
- Función planificadora: facilitando en todo momento la organización interna del Centro y asumiendo el desarrollo de proyectos, adecuando los tiempos y objetivos para que sean realistas y aceptables en todo momento. Tratando de favorecer la eficiencia de los mismos.
- Función organizadora y coordinadora: formando parte del equipo multidisciplinar, debemos favorecer las actuaciones desde las diversas áreas de trabajo, siempre tratando de favorecer una visión global e integrada que permita abordar las cuestiones desde diversos puntos de vista.

Otras de las funciones del Trabajador Social según (Carranza, 2011) son:

- Da apoyo emocional; poniendo énfasis a los problemas psicosociales y necesidades emocionales que los familiares de los pacientes puedan tener.
- Es un defensor de los Derechos de los usuarios por lo que hará todo lo posible para su cumplimiento.

- Un agente que conoce los recursos relevantes y que puede unir al paciente y a sus familiares con los más apropiados.
- Un consejero que cumple en personalizar interacciones interpersonales, entendiendo los sentimientos, actitudes y conductas de los pacientes y familiares.
- Un mediador entre el usuario y las instituciones.

Según (Garcés, 2010), las funciones del Trabajador Social son:

- El trabajador social debe tener un compromiso social con la familia y pacientes.
- El trabajador social debe tener habilidades de comunicación.
- Debe ser experto en dirigir reuniones con familias, entender el proceso de trabajo de grupo, tener preparación en dinámica familiar y tener habilidad en enfocar las preguntas y respuestas emocionales dentro de actividades importantes.
- Necesita tener destrezas personales y profesionales que le permitan relacionarse con personas en condiciones especiales, diferentes de aquellas que comúnmente se encuentran en otros campos profesionales.
- El tiempo de duración de la reunión con los familiares varía debido al número de los miembros presentes, la complejidad de la situación, el tiempo necesario para expresar emociones, necesidad para reunir información adicional de parte de los médicos, y la habilidad de alcanzar un acuerdo entre los familiares y el personal médico.
- El trabajador social puede identificar conflictos dentro de los familiares que puedan ser utilizados contra una decisión acordada. Manteniendo el enfoque en lo que sería lo mejor para el paciente puede ayudar a superar los problemas, diferencias, y conflictos entre los familiares.
- El trabajador social reconoce y respeta la dignidad de las personas. Trabaja con múltiples sistemas y está atento a las diferencias individuales resolviendo conflictos que son consistentes con los valores, principios de ética y normas de la profesión de trabajo social.

Por lo tanto, el Trabajador Social es un agente imprescindible en todo el proceso, dentro de sus intervenciones realiza una serie de tareas para llevar a cabo una atención integrada y específica a cada individuo, según la (Fundación Reina Sofía, 2012,p.79), podemos observar en la imagen tomada a continuación que las tareas que desarrolla el Trabajador Social transcurren desde el preingreso, ingreso y postingreso. En un primer momento es necesario analizar toda la situación del paciente, tanto sus propias necesidades como la de las personas que le rodean. Es necesario que conozcan también en este primer momento todo el proceso de ingreso y el estado en el que va a estar la persona en el centro. En la segunda etapa que es el ingreso, se formalizan los contratos, se hace un informe social, un PIA y todos los informes que requiera el Trabajador Social para poder tener información suficiente sobre su usuario.

En la última etapa el postingreso, es necesario el asesoramiento familiar, evaluaciones de la estancia en el centro del paciente, planificación de ayudas a los familiares etc.... es decir, podríamos hablar de un seguimiento del proceso.

Tabla 4: Tareas a desarrollar por el trabajador social

Preingreso	Ingreso	Postingreso
Análisis de la situación familiar. Estructura familiar. Problemática. Dinámica durante la entrevista de ingreso.	Programa de acogida y apoyo. Formalización de contratos. Historia social. Revisión de enseres.	Implicación familiar en los programas y proyectos desarrollados por el Centro. Supervisión del proceso de adaptación.
Primer contacto con el Centro: - Visita del Centro. - Información general: horarios, programas, personal, requisitos, normas.	Programa de información con familiares: - Ubicación física en el Centro. - Presentación del personal. - Canales de información familia-Centro. - Funcionamiento básico.	Asesoramiento familiar: - Formación/Información. - Desculpabilización. - Disminuir el miedo. - Coordinación familia-Centro.
Fijación de la fecha de ingreso: - Concertar día y hora. - Petición de informes clínicos. - Lista de enseres necesarios.	Plan Atención Individual: - Resultados de su evolución. - Cómo ha llegado al Centro. - Intervenciones que se desarrollarán.	Evaluaciones periódicas y actualizaciones de la intervención con familias.
Asesoramiento familiar: - Pautas a seguir durante el periodo de adaptación. - Desculpabilización. - Favorecer expectativas realistas. - Coordinación entre Centro-familia. - Implicación por parte de la familia. - Transmitir nuestra profesionalidad: necesidad de seguridad.	Informar al Juzgado: - Internamiento involuntario. - Dar de alta en el sistema informático del organismo competente. - Dar de alta en el programa informático del Centro.	Planificación y puesta en marcha de los grupos de ayuda mutua.

Tareas a desarrollar por el Trabajador Social, imagen tomada de (IMSERSO, 2007)

Para llevar a cabo las tareas que se desarrollan en todas las intervenciones, es necesario ser capaz de poder realizar según qué tareas, para ello necesitamos que los profesionales estén dotados de competencias que les permitan realizar sus tareas de forma profesional. Según el (IMSERSO, 2007), las competencias que deben tener este tipo de profesionales son:

- Conocimientos genéricos de la etiología, la sintomatología, la evolución, complicaciones y tratamiento farmacológico de los síndromes demenciales.
- Evaluación de familias y de su entorno social (naturaleza del sistema y ajuste social).
- Valoración de problemática socio-familiar existente
- Conocimiento de los recursos, de sus características y de su forma de acceso de forma actualizada.
- Información, orientación y asesoramiento sobre recurso y/o prestación óptima a aplicar y los trámites necesarios para ello.
- Detección precoz de problemas y claudicación familiar.
- Seguimiento y Valoración de la idoneidad del recurso social aplicado.
- Apoyo psicológico a la familia.

- Responsabilidad y supervisión genérica junto con enfermería del cumplimiento del plan de cuidados.
- Responsable del área de programas de intervención social.
- Evaluación de la competencia del cuidador/familiar.
- Conocimientos básicos de la problemática legal en la enfermedad.
- Trabajar en coordinación con asociaciones de familiares y con redes de voluntariado.

6.3 Herramientas e información empleada por el Trabajador Social en las intervenciones

En toda intervención es necesario que el Trabajador Social se comunique de forma precisa y deje claro tanto las tareas como el proceso que van a llevar a cabo usuario y profesional, por este motivo como podemos observar en la imagen extraída de la (Fundación Reina Sofía, 2012, p.81), se requieren de unas pautas de comunicación que llevarán al establecimiento de la relación profesional.

Tabla 5: Pautas de comunicación con enfermos de alzheimer para profesionales

Fase leve	Fase moderada	Fase severa
<p>Se enfrenta a problemas de memoria y leve deterioro del lenguaje. Le cuesta encontrar la palabra adecuada.</p> <p>Dificultad del enfermo en cuanto a la comunicación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le cuesta encontrar la palabra adecuada. - No toma la iniciativa para hablar. - Mayor lentitud en las respuestas. - Mantener el hilo de una conversación. - Lenguaje menos preciso. - Empobrecimiento de la riqueza expresiva. <p>Técnicas para facilitar la comunicación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hacerle participe de la conversación. - Tratar de que no se sienta desplazado. - Intentarle hablar lo más pausado posible y vocalizando. - Dirigirle a él de forma directa y concisa, evitando dar rodeos. - Mirarle fijamente a los ojos cuando le hablemos. 	<p>Más empobrecimiento del lenguaje y del vocabulario. Dificultades para encontrar palabras de uso muy corriente.</p> <p>Dificultad del enfermo en cuanto a la comunicación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perseverancia en el lenguaje. - Se percibe más el empobrecimiento expresivo. - Dificultad de denominación de cosas u objetos de uso cotidiano. - Producción lingüística en general más deteriorada. - Repetición de palabras para describir algo sencillo. - Se produce cierta incoherencia del contenido del lenguaje. - Modificación del uso de las palabras; usan una misma palabra para diversos contextos. <p>Técnicas para facilitar la comunicación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mantener la paciencia y ser comprensivos. - Tener paciencia cuando habla y darle tiempo para expresarse. - Hacer uso de la imaginación para poder entender lo que quiere decir. - Utilizar un tono de voz bajo. - Tratar de utilizar frases muy sencillas y cortas. - El lenguaje no verbal es sumamente importante: acariciarle, sonreírle... - Mirarle a los ojos con una sonrisa o muestra de afecto. - Utilizar preguntas cerradas o sencillas, si es capaz de responder sí o no. 	<p>El deterioro cognitivo es severo y la comunicación se reduce a la expresión corporal y a los gestos.</p> <p>Dificultad del enfermo en cuanto a la comunicación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ha perdido la capacidad de hablar; su comunicación se reduce fundamentalmente a sonidos. - El lenguaje no prevalece, mutismo, tiene cierta separación con el entorno. <p>Técnicas para facilitar la comunicación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - No nos puede hablar, pero si siente; su comunicación se establece fundamentalmente a través de miradas y contacto físico. - A través del comportamiento podemos observar que le pasa algo, por ello debemos prestar mucha atención a sus gestos. - Debemos estimularle para que se comunique de otras manera, tocando los objetos de los que hablamos o señalándole esos objetos. - Referirse a él por su nombre, intentado orientarlo y atraer su atención. - Los objetos personales y las fotografías, pueden evocarles emociones y sentimientos del pasado. - Utilizar las terapias táctil o el contacto físico para que perciba afecto, seguridad, confianza, compañía, ternura, amabilidad. - Utilizando la música pueden relajarse y es posible crear una conexión a nivel emocional.

Pautas de comunicación del Trabajador Social, imagen tomada de (Fundación Reina Sofía, 2012, p.81)

El Trabajador Social debe contar con una serie de pautas de comunicación para poder saber cómo llevar las entrevistas y llegar a obtener una buena relación entre usuarios y profesional. Es por esto que la comunicación debe variar dependiendo de la fase en la

que se encuentre el usuario. En la primera fase, al paciente no le cuesta mantener una conversación aunque sí que es necesario hacerle partícipe de ella y evitar que pierda el hilo. En la segunda fase, el paciente tiene serias dificultades para comunicarse por lo tanto, el profesional debe adaptarse a la situación y evitar que el usuario se sienta mal por lo que le ocurre, en esta fase es necesario tener muy en cuenta el lenguaje no verbal. En la última fase, el usuario no puede hablar y apenas movilizarse pero sí tiene sentimientos por lo que el contacto físico será esencial en esta parte del deterioro. Se deben emplear todo tipo de técnicas en esta fase para poder recibir tras estimulación algún tipo de respuesta aunque mantener una conversación con el usuario sea inviable.

La información que se debe otorgar a la familia y al paciente según el (Ministerio de Sanidad, 2011) en toda comunicación existente entre el profesional y usuario /familiares de un paciente con EA son:

- Diagnóstico de la enfermedad
- Tipo de demencia
- Fase evolutiva de la demencia en que se halla el paciente
- Pronóstico probable
- Tratamiento para seguir
 - Fármacos: beneficios y efectos adversos
 - Intervenciones no farmacológicas
 - Pautas y recomendaciones

Toda esta información debe permitir tanto al paciente como a su familia, planificar su vida para un futuro teniendo en cuenta la información recibida, tener en cuenta temas económicos y legales que tengan que llevar a cabo, aceptar o no la intervención propuesta etc.

6.4 Evaluación y gestión del caso

Para iniciar a gestionar el caso y la intervención en un primer momento necesitamos realizar una evaluación socio familiar, es decir, una evaluación tanto de lo que rodea al paciente como del propio paciente para empezar a planear el tipo de intervención que vamos a llevar a cabo, las tareas para lograr los objetivos propuestos y por último tener en cuenta a lo largo de todo el proceso las pautas anteriormente descritas, funciones a cumplir etc. Según (Cañabate, 2004,p.2), en la imagen podemos observar que para realizar una verdadera intervención integral es necesario poner atención sobre todos los aspectos que rodean al usuario. La dependencia, el estado cognitivo y la conducta, son indicadores que nos ayudan a saber lo que la persona necesita y como debemos intervenir. Esto junto a la evaluación social del entorno del usuario permite poder observar las demandas y privaciones que pueden aparecer en la persona con EA.

La intervención de un Trabajador Social en la evaluación de una persona con EA, tiene como objetivo introducir la demencia en un contexto determinado. Además como profesionales podemos medir de forma cualitativa el impacto que tiene la enfermedad en la sociedad.

Relaciones entre los elementos



Relación entre los elementos del caso, imagen ha sido tomada de (Cañabate, 2004, p.2).

El Trabajador Social conocedor de todo el proceso de la enfermedad desde sus inicios y que es partícipe de la evaluación que hemos mencionado anteriormente, colabora para que todo su entorno se ajuste a la situación y puedan modificar aquellos aspectos que no cuadraban y podían producir problemas futuros. El Trabajador Social es un acompañante de la familia/cuidador para lograr dar solución a todas aquellas demandas que puedan ir surgiendo a lo largo de toda la intervención.

Según (Cañabate, 2004), *El conocimiento del trabajo social no es un “conocimiento intelectual” sobre un objeto externo, a la manera de la ciencia formal, sino un “conocimiento para la acción”, para el cambio, para la praxis.*

Se debe tener en cuenta que cada individuo es único e irrepetible es por esto, que debemos tener en cuenta a cada persona e interpretar su propia visión de la realidad.

“El trabajador/a social observa a un individuo en función de sus sistemas significativos de pertenencia, siempre en un rol que supone una “relación con”. El trabajador/a social realiza una evaluación social y familiar de la persona con demencia para diseñar el plan de intervención” (Cerulla,Rojo, Aguilar, 2003).

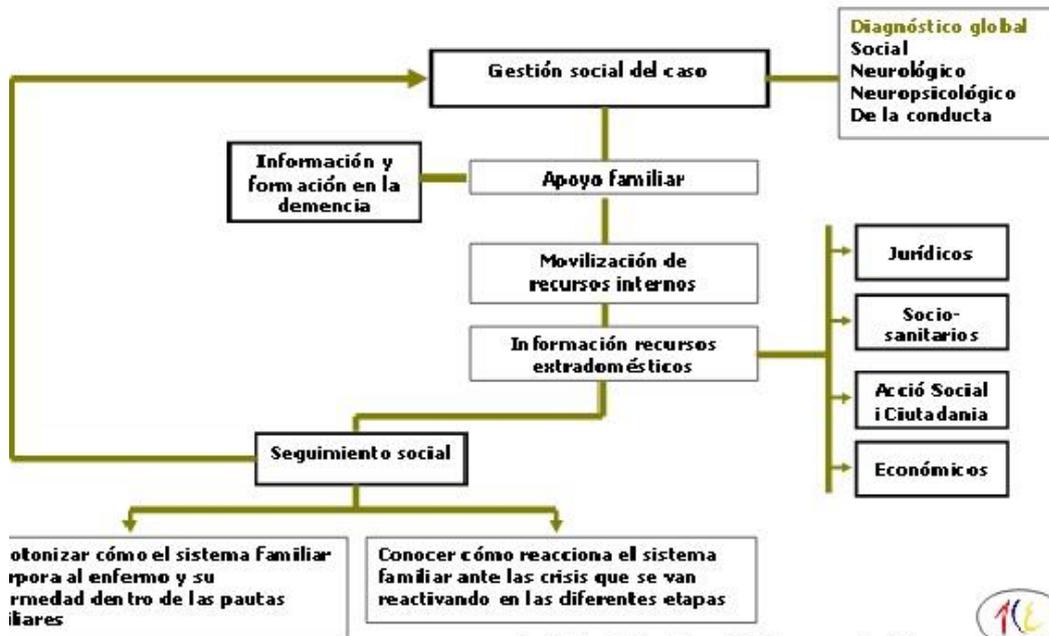


Gestión del caso, imagen tomada de (Cañabate, 2004, p.4).

En la evaluación se contempla todos los aspectos que aparecen en la imagen de (Cañabate, 2004, p.4), para que junto al diagnóstico clínico y la evaluación socio-familiar se lleve a cabo la gestión del caso.

Según (Cañabate, 2004), La finalidad del trabajo social es facilitar el crecimiento y el cambio adaptativo ante las nuevas situaciones que desestabilizan y repercuten negativamente en el sistema familiar; pero también va encaminado a la “prevención” del desequilibrio y desajuste familiar, en cuestiones de orientación y decisión que reclaman un asesoramiento técnico. Se trata, en definitiva, de ayudar a los sujetos y familias aun mayor grado de desarrollo en su autonomía, mermada ya sea por condicionamientos externos o internos, ya por el interjuego de ambos. El plan de intervención debe ser individual para cada persona, el objetivo de la evaluación social inicial es recopilar información para realizar un plan de acción y de atención a la persona usuaria. Las evaluaciones y los seguimientos que se realizan a lo largo de todo el proceso nos sirven para ver si el plan cumple con los objetivos propuestos, si hay que realizar cambios o modificaciones etc. El Trabajador Social lo que pretende a lo largo de toda su intervención es empoderar a los usuarios, ofrecerles mecanismos para afrontar la realidad a la que se enfrentan y poder resolver toda la situación por ellos mismos. Por último, la intervención va a intentar reforzar los recursos propios de la familia (no hablamos de económicos), sino de aquellas cualidades que tiene la familia que pueden servir de ayuda como recurso para obtener beneficios en todo el proceso. Además también es importante promover que el cuidador también necesita de cuidados para poder superar la situación y seguir adelante sin tener problemas físicos y psicológicos que ya hemos mencionado a lo largo de todo el trabajo.

Gestión social del caso



M^a del Pilar Cañabate. Recopilación en www.tundaeo.es

Gestión social del caso, imagen tomada de (Cañabate, 2004, p.6)

Los contactos de seguimiento del trabajador social con el núcleo cuidador tendrán la función de monitorizar cómo el sistema familiar va incorporando al enfermo y a su enfermedad dentro de sus pautas de funcionamiento familiares, alentando la reorganización cuando convenga. Esta supervisión tiene, también, el objeto de conocer cómo reacciona el sistema ante las crisis que se van reactivando en las diferentes etapas que atraviesa una persona durante un proceso de demencia y ayudar, si es preciso, a aliviar el impacto de estas crisis para poder retornar a la situación de equilibrio (Boada y Cañabate, 2004).

El Trabajador Social en primer lugar, actúa sobre los factores sociales del enfermo, posteriormente potencia los recursos de los que disponen los familiares y las personas de su entorno más cercano. En ocasiones si la situación lo requiere y es necesario el profesional puede recurrir a recursos externos a los familiares.

Gestión social de la situación



Gestión social de la situación, imagen tomada de (Cañabate, 2004, p.7).

En último lugar, podemos ver de forma más específica todo el proceso que hemos mencionado anteriormente que debería seguir el Trabajador Social.

El Trabajador Social normalmente no trabaja de forma independiente sino que pertenece a un nivel asistencial dentro del sistema, por ello es necesario explicar como interviene cada nivel asistencial con el paciente para poder entender cual sería nuestra posición dependiendo en el que se encuentre el profesional.

La red socio-sanitaria.



Niveles asistenciales, imagen tomada de (Fernández, 2009, p. 36).

Esta imagen revela algunos de los niveles asistenciales con los que cuenta el enfermo de EA, además de los apoyos sociales que tiene a su alrededor. La imagen ha sido extraída del documento de (Fernández, 2009, p. 36).

Según el (Ministerio de Sanidad, 2011), los niveles asistenciales son *“Diferentes modalidades de atención sanitaria que se ofrece a la población asegurando una óptima atención de manera individualizada, garantizando una atención multidisciplinar e integral. La coordinación entre los diferentes niveles hace que la atención sea de mayor calidad.”*

Existen diversos niveles definidos por el mismo autor:

- Atención primaria: Es el primer nivel al que accede el ciudadano, por formar parte de la comunidad, es la asistencia esencial. Es una asistencia que debe garantizar un seguimiento a lo largo de toda la vida del ciudadano. Debe actuar como gestor, coordinador y regulador. Ha de ser capaz de resolver los problemas que presenta el individuo dentro de la comunidad tanto a cerca de diagnóstico, tratamiento y gestión de recursos. Su función es la de poder detectar de forma precoz la enfermedad o realizar un acompañamiento a lo largo de todo el proceso de ésta. El diagnosticar de forma precoz la enfermedad reduce problemas como el estrés que produciría en fases posteriores.
- Atención especializada: es el segundo nivel al que accede el ciudadano, atiende aquellos casos de los que no puede hacerse caso la AP de forma más especializada. Una vez resuelvan el problema desde este tipo de atención pasará a formar parte de la AP y tener un seguimiento.
- Atención Socio sanitaria: La ASS está dirigida fundamentalmente a las personas dependientes, no autosuficientes que requieren ayuda, vigilancia o cuidados especiales, como es el caso de la demencia. Existen diversos tipos como son:
 - Equipos especializados de valoración integral para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes con trastornos cognitivos y demencia, pacientes frágiles y geriátricos .
 - Equipos de cuidados paliativos domiciliarios (CP).
 - Hospitales de día (HD). En régimen de internamiento.
 - Unidades de larga estancia que ofrecen atención médica y cuidados de enfermería, para aquellas personas que no pueden recibir el tratamiento en el domicilio.
 - Unidades de media estancia con objetivo fundamentalmente rehabilitador y unidades de CP

Entre los diversos niveles debe existir una coordinación para que la comunicación sea ágil y efectiva. Se deben evitar entrevistas repetitivas o solicitud de información ya obtenida en otro de los niveles ya que esto entorpecería la intervención. Debe existir coordinación en la utilización de recursos. La continuidad de atención debe ser longitudinal y transversal, asegurando que en todo el proceso el paciente no pierde recursos ni atención, ya que esto supondría un parón en la intervención con el usuario. Todas estas medidas deben ser más fuertes a medida que la enfermedad entra en fases avanzadas.

Entre los diversos niveles no sólo existe coordinación sino que en muchas ocasiones es necesario realizar derivaciones, en este caso, según el (Ministerio de Sanidad, 2011), los criterios que se emplean en la derivación de la atención primaria a la atención especializada son los siguientes:

- Personas con demencia de inicio precoz, familiar o genética.
- Dudas en el diagnóstico de deterioro cognitivo.
- Demencia secundaria potencialmente grave.
- Sospecha de enfermedad neurodegenerativa.
- Complicaciones no previsibles o de difícil manejo en el curso de una demencia ya diagnosticada

Los equipos de atención especializada tienen diversos profesionales entre ellos: un médico, psicólogo, un enfermero, un Trabajador social y equipo administrativo (equipo multidisciplinar).

Estos equipos realizan una intervención especializada a aquellos usuarios que no puede atender la AP (atención primaria), una vez son recuperados volverían bajo seguimiento al primer nivel de atención.

En el caso de la atención primaria el seguimiento de los pacientes con Alzheimer no solo debe realizar el seguimiento de estos pacientes la AP sino que también debe diagnosticar y gestionar recursos. El paciente necesita que exista una coordinación entre los diversos niveles asistenciales para mejorar la intervención. El seguimiento no solo debe ir dirigido al usuario que sufre la enfermedad sino también a su familia/cuidador, otorgándoles la información que necesiten, y previniendo cualquier riesgo que pueda surgir a partir de la enfermedad. Es necesario tener muy en cuenta el proceso que está teniendo el paciente con respecto a su enfermedad y poder localizar cualquier síntoma de maltrato. Se debe realizar una atención integral teniendo en cuenta siempre los derechos del usuario.

En todo esto debemos hablar de que los Servicios Sociales abarcan ambos niveles asistenciales y que son para toda la población es por ello que según el (Ministerio de Sanidad, 2011), los Servicios Sociales un *“conjunto de recursos, prestaciones, actividades, programas, materiales y equipamientos que están destinados a la atención social de la población. Su finalidad es dar respuesta a las necesidades sociales de las familias, complementar las prestaciones económicas y a la vez procurar una mejora de las condiciones de vida de los beneficiarios, reduciendo, en lo posible, las limitaciones personales motivadas por razones de edad o minusvalía.”*

Los Servicios Sociales pueden ser públicos o privados, se rigen por una serie de principios y todos los ciudadanos de una comunidad que tengan demencia pueden acceder a la red pública de Servicios Sociales. La cartera de servicios es diferente dependiendo de la Comunidad Autónoma en la que esté empadronado el paciente.

A la hora de intervenir en personas con Alzheimer debido a la escasez de tratamientos que realmente den una solución al problema, hay que estar pendiente de las nuevas tecnologías que aporten formas de intervenir que retrasen en este caso los aspectos degenerativos de la enfermedad, según (Gómez y Brucet, 2008) existen distintas tecnologías que han aparecido en los últimos años y que ayudan a la rehabilitación de pacientes con EA, las nuevas tecnologías son las siguientes:

- REHACOM: es un software diseñado en Alemania y preparado para la rehabilitación cognitiva de personas con EA u otro tipo de daños cerebrales. Este software tiene 16 ejercicios con distintas dificultades a los que deberán ir enfrentándose los paciente. Trabaja sobre todo la memoria y la atención.
- VIENNA TEST SYSTEM: este programa contiene una serie de pruebas y ejercicios que deberán realizarse a través de una serie de mandos. Se centra en rehabilitar la atención, memoria, tiempos de reacción...
- THINKABLE/DOS: este programa en especial rehabilita la memoria, este programa se diferencia de los anteriores en que puedes manipular los niveles de dificultad, es decir, hacerlo más individualizado al paciente.
- PSS COGREHAB: fue diseñado en EEUU, también contiene ejercicios para la rehabilitación de todo lo anteriormente citado, pero este programa consta de 74 ejercicios.
- GRADIOR: es un programa para el ordenador que tiene dos partes: por un lado el gestor clínico y por otro la sesión. En el gestor clínico el terapeuta fija las características de la intervención y en la sesión, es la intervención en sí. Las actividades que se van realizando hacen que se emitan refuerzos positivos o negativos según corresponda.
- SMARTBRAIN: es un sistema interactivo y multimedia que tiene diversas actividades pero que específicamente se puede individualizar en mayor medida que el THINKABLE/DOS,

CONCLUSIONES

Las personas con Alzheimer requieren intervención como cualquier persona con otro tipo de demencia o problemas, los Servicios Sociales están para atender a la población. Es por este motivo que la intervención que se debería dar a una persona con Alzheimer debería ser individualizada e integral, favoreciendo la intervención grupal con los familiares para que conozcan otros casos de personas con problemas similares y provocar así un estado de semi descongestión que les provocará respiro. Bien es sabido que con una enfermedad hay varios afectados no solamente el centro de la intervención sino que en su alrededor dicha enfermedad también repercute es por esto que me he dado cuenta con este trabajo que no solo se interviene con el paciente sino con todo su entorno e incluso con la comunidad que juega un papel muy importante. La comunidad puede hacer que se encuentren a enfermos perdidos por desorientación, ayudar a las personas con gestos, caricias, interviniendo en proyectos de sensibilización, realizando actividades...

Los recursos con los que cuentan son escasos ya que muchos de ellos no compaginan verdaderamente sus necesidades, pero sí dan respiro a los cuidadores. El problema surge cuando deben ser internados por falta de cuidadores o recursos económicos para ello, en muchas ocasiones los centros no cumplen con los objetivos propuestos y solo se dedican a “quitar el estorbo de en medio” por eso deberían existir muchos más apoyos para los cuidadores para que al fin y al cabo las personas no acaben con malas condiciones de vida. Toda la población debería acudir de primera instancia a la atención primaria en ella te otorgarán información, realizarán un seguimiento etc. Es necesario que haya un compromiso por parte de los profesionales que allí trabajan para evitar que la persona usuaria se sienta desprotegida y no tenga un rumbo a seguir ya que todo esto puede provocar graves repercusiones en la persona. Lo que he tratado de encontrar con este trabajo es un ápice de luz en el camino, el saber que pueden existir profesionales que intervengan como lo he reflejado en este trabajo, tratando de comunicar, porque puesto que conocen la enfermedad (los riesgos, las limitaciones, zonas afectadas etc.) deberían saber que no es fácil y que *a pesar del pronóstico de olvido ellos han querido seguir luchando por vivir.*

BIBLIOGRAFÍA

Cañabate, M. (2011) d. *La demencia y el Trabajo Social en el ámbito sanitario*. Barcelona: Fundació ACE. InstitutCatalà de NeurociènciesAplicades.

Carranza, C. M. (2011). Intervención del Trabajador Social con los familiares de pacientes con demencia en la unidad de cuidados intensivos.*portularia* , 111-117.

Casanova, J. (1999). Enfermedad de Alzheimer. *Del diagnóstico a la terapia: concepto y hechos*. Barcelona: Fundación La caixa.

Fernando Cuetos, J. R. (2003). Alteraciones de memoria en los inicios de la enfermedad de Alzheimer. *Revista Española de Neuropsicología*, 15-31.

Fernández, E. F. (2009). El Trabajo Social Sanitario con las familias de los enfermos de Alzheimer. *Documentos de Trabajo Social* , 13-39.

Fernández, M. C., & Gutiérrez, L. M. (2013). Trabajo Social y cuidadores informales: análisis de la situación actual y propuesta de intervención. *Trabajo Social Hoy*, 43-62.

Ferreras, A. P. (2001). Evolución de las alteraciones de memoria en las personas mayores y los enfermos tipo Alzheimer. *Cuadernos de Trabajo Social*, 185-220.

Foundation, B. (22 de Agosto de 2013). *Enfermedad del Alzheimer síntomas y etapas*. Recuperado el 27 de Mayo de 2015, de <http://www.brightfocus.org/espanol/alzheimer-sintomas.html>

Garcés, C. M. (09 de 12 de 2010). *La función del Trabajador Social con los familiares de pacientes con Alzheimer*. Recuperado el 27 de 06 de 2015, de <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/meri/md-00015.pdf>

Ministerio de sanidad, p. e. (2011). *Guía de práctica clínica sobre la atención integral a las personas con EA y otras demencias*. Cataluña: Ministerio de Ciencia e Innovación.

Gómez, N. C., & Brucet, J. M. (2008). Aplicación de las nuevas tecnologías en los programas de intervención cognitiva para personas con deterioro. *Alzheimer*, 14-20.

Lidia Figuera, B. M.-C. (2005). Deterioro cognitivo anterior a la enfermedad de Alzheimer. *Psicothema*, 250-256.

López, M. (2011). Memoria de trabajo y aprendizaje. *Cuadernos de neuropsicología*, 25-47.

otros, J. J. (2007). *Modelo de atención a las personas con enfermedad de Alzheimer*. Madrid: IMSERSO.

Puente, D. (14 de Octubre de 2011). *Psiquiatría integral*. Recuperado el 4 de Julio de 2015, de <http://psiquiatriaintegral.com.mx/principal/?p=451>

Redefinición de planeta de 2006. (2010, 6) de enero. *Wikipedia, La enciclopedia libre*. Fecha de consulta: Mayo 27, 2015 from http://es.wikipedia.org/wiki/Alois_Alzheimer

Salud, S. N. (2012). *Intervenciones psicosociales en el trastorno mental grave*. Recuperado el 6 de Julio de 2015, de http://www.guiasalud.es/egpc/tmg/pacientes/04_marco_legal.html

Sofía, C. A. (2012). *Guía práctica para profesionales que trabajan con enfermos de Alzheimer*. Madrid.