



TRABAJO FIN DE
GRADO EN TRABAJO SOCIAL

**“REVISIÓN DOCUMENTAL SOBRE LA ATENCIÓN A
PERSONAS CON ALZÉIMER Y EL PAPEL DEL TRABAJO
SOCIAL”**

Autora:

D^a. Cristina Francisco del Pozo

Tutor:

D. Alfonso Marquina Márquez

FACULTAD DE EDUCACION Y TRABAJO SOCIAL

UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

CURSO 2020 -20214

FECHA DE ENTREGA: 23 de JUNIO de 2021

INDICE

RESUMEN	4
1. INTRODUCCIÓN	5
1.1. Tema y objeto	5
1.2. Justificación del tema	5
2. OBJETIVOS	6
2.1. Objetivo general	6
2.2. Objetivos específicos	6
3. METODOLOGÍA	6
3.1. Diseño	6
3.2. Fuentes de información	7
3.3. Procedimiento	7
3.4. Análisis de estudios	7
4. RESULTADOS	8
4.1. Alzhéimer: concepto y magnitud	8
4.2. Factores influyentes en el alzhéimer	9
4.3. Tipos de alzhéimer y consecuencias	10
4.4. la protección jurídica de las personas con alzhéimer	10
4.5. Tipos de demencias relacionadas con el alzhéimer	11
4.6. fases o etapas del alzhéimer	12
4.7. causas del alzhéimer	13
4.8. Síntomas para detectar el alzhéimer	14
4.9. Diagnóstico y prevención del alzhéimer	16
4.10. Influencia e impacto de la enfermedad dentro del contexto familiar	17
4.11. Personas cuidadoras/ familiares de las personas con alzhéimer	19
4.12. Recursos psicosociales para atender a personas con alzhéimer	21
4.13. Intervención desde el Trabajo Social	24
4.14. El tratamiento de la enfermedad de alzhéimer	28
5. CONCLUSIONES	28
6. BIBLIOGRAFÍA	30

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Tipos de demencias relacionadas con el alzhéimer	12
Tabla 2. Los síntomas más comunes en cada fase de demencia	16

INDICE DE GRAFICOS

Gráfico 1. Magnitud del alzhéimer (2021-2050)	10
---	----

RESUMEN

En la actualidad, la sociedad donde vivimos se distingue por el alto nivel de vejez, que provoca diversos problemas de salud y graves enfermedades entre los ancianos, y que supone un aumento de personas que se encuentran en situación de dependencia.

Las enfermedades que más se pronuncian son las degenerativas, como el alzhéimer que altera a la capacidad cognitiva, es decir, a la memoria, manera de pensar, movimientos, problemas cardiovasculares y al deterioro de todo el organismo.

Estos enfermos abarcan edades entre 65 y 85 años, y a medida que avanza la enfermedad, ven como van perdiendo facultades y como estas aumentan, provocando dependencia entre sus cuidadores familiares.

Asimismo, es una enfermedad para la que aún no se encuentra cura, pero que va deteriorando la vida del enfermo, pero también de sus cuidadores, que a pesar de su dedicación y atención hacia el familiar ven como afecta en su propia vida, relaciones sociales, trabajo, salud, ocio y sentimientos.

Por lo tanto, en dicho trabajo se analizará el papel del trabajador social y su intervención de calidad con los enfermos de alzhéimer, la sobrecarga a la que se ven expuestos sus cuidadores y los recursos que pueden emplear para mejorar la situación tanto del enfermo como de sus cuidadores.

Palabras claves: Enfermedad degenerativa, alzhéimer, cuidador familiar, Trabajo social, intervención social.

Abstract

At present, the society where we live is distinguished by the high level of old age, which causes various health problems and serious diseases among the elderly, and that supposes an increase of people who are in a situation of dependence.

The diseases that are most pronounced are degenerative, such as Alzheimer's that alters cognitive ability, that is, memory, way of thinking, movements, cardiovascular problems and the deterioration of the whole organism.

These patients range in age from 65 to 85 years, and as progress the disease, they see how they are losing faculties and how these increase, causing dependence among their family caregivers.

It is also a disease for which no cure has yet been found, but which is deteriorating the life of the patient, but also of their caregivers, who despite of their dedication and attention to the family member see how it affects their own life, social relationships, work, health, leisure and feelings.

Therefore, in this work the role of the social worker and his quality intervention with Alzheimer's patients will be analyzed, the overload to which their caregivers are exposed and the resources they can use to improve the situation of both the patient and their caregivers.

Keywords: Degenerative disease, Alzheimer's, family caregiver, Social work, social intervention.

1. INTRODUCCION

1.1. Tema y objeto

En España ha habido un gran aumento del envejecimiento, lo que implica que también se haya visto aumentado el número de personas con dependencia que posean enfermedades como el alzhéimer. El nombre de esta enfermedad pertenece al apellido de su descubridor Alois Alzheimer, ya que desde que la descubrió han crecido el número de personas que padecen esta enfermedad. Además, se desconocen los aspectos importantes de esta enfermedad, como la causa por la que se da y los tratamientos que acaben con ella (García, 2015)

La definición de la enfermedad de alzhéimer (EA) según Lerín (2013) consiste en:

“una demencia asociada a múltiples marcadores neuropatológicos, pero los más importantes son los ovillos neurofibrilares y las placas amiloides. El diagnóstico definitivo se alcanza mediante la identificación post-mortem de estos dos hallazgos en el cerebro en alta densidad y distribución característica. En los primeros estadios se observan en el sistema límbico y posteriormente abarcan el neo córtex. La enfermedad se origina en el lóbulo temporal medial, que conlleva característicamente una alteración importante en la memoria declarativa (Olmedo & Mielgo, 2021, p. 5)”.

Mínguez Martín y Martín Díaz en el texto de Verónica Olmedo y Elisa Mielgo explican que el Alzhéimer es un tipo de demencia neurodegenerativa primaria que presenta lesiones dentro de la corteza cerebral y que, además, se relaciona con la edad. Es una demencia porque sufre un deterioro global en sus funciones intelectuales o mentales, es neurodegenerativa porque sus neuronas se ven degeneradas o deterioradas hasta que mueren, y es primaria porque no se conocen el origen de sus causas.

Los/as Trabajadores/as Sociales que se encargan de atender a los enfermos de alzhéimer son los Trabajadores Sociales Neurológicos, y son profesionales novedosos. Se encargan de llevar a cabo la intervención del paciente y de su familia y de tratar el impacto que supone la enfermedad para ellos (Olmedo & Mielgo, 2021).

Asimismo, en el plan de intervención social que estos llevan a cabo deben estar incluidos los deseos y necesidades que presenta el paciente, los daños o secuelas que ha supuesto o supondrá la enfermedad neurológica para el enfermo (Olmedo & Mielgo, 2021).

1.2. Justificación del tema

He elegido este tema para mi Trabajo de Fin de Grado, debido a que mi abuela paterna padece dicha enfermedad, y por eso, quería aprovechar esta oportunidad para recoger todos los datos necesarios que me ayuden a informarme sobre cómo poder ayudarle y sobre cómo actuar desde la perspectiva de los Trabajadores Sociales ante dicha situación.

Las personas más cercanas a mi abuela fuimos las primeras en detectar la enfermedad, ya que comenzamos a apreciar de manera progresiva y constante que algo raro pasaba, que mi abuela olvidaba muchas cosas y que, por lo tanto, había que buscar ayuda. La hicieron una serie de pruebas que determinaron que padecía alzhéimer, lo que supuso tanto para mi abuela como para sus familiares algo muy complicado de asumir y de saber abordar, que ha supuesto grandes cambios en su vida y en la nuestra.

Ante situaciones como estas es necesario que exista un Trabajador social, ya que según García (2015) el Trabajador Social debe cuidar al cuidador y paciente, por eso es necesario que durante el proceso acompañe, evalúe y planifique o coordine el plan de intervención.

En un futuro será preciso conseguir avances sanitarios y sociales relacionados con el alzhéimer, para que la sociedad sea consciente de que el problema crece y que nos implica a todos. Además, deberán existir más asociaciones de recursos de respiro de los familiares/ cuidadores, que garanticen una mejor calidad de vida al paciente y que sea respetable (García, 2015).

Es necesario que todos los profesionales conozcan el rol de los Trabajadores Sociales para que actúen de manera inclusiva e integrada, y hagan frente a las demandas de esas personas. Estos deben aceptar que cada persona es distinta, por eso los planes deben ser individualizados; tienen que contar con una menor burocratización y una mayor participación para comunicarse con el paciente, ya sea mediante lenguaje verbal o no verbal; presenciar el proceso y ofrecer prestaciones económicas (García, 2015).

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 (García, 2015, p. 6).

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general

- Realizar una exploración de la literatura sobre el alzhéimer y el papel del trabajo social en la intervención social de esta enfermedad en España

2.2. Objetivos específicos

- Identificar las cuestiones importantes del alzhéimer.
- Indagar acerca de los recursos que pueden adquirir los enfermos de alzhéimer.
- Conocer las necesidades que presentan los cuidadores de personas con alzhéimer.
- Conocer las funciones del trabajo social para intervenir en personas con alzhéimer

3. METODOLOGÍA

3.1. Diseño

El diseño de investigación de dicho Trabajo Fin de Grado corresponde a una revisión bibliográfica, que consiste en el análisis y exposición de todos los conceptos, definiciones, hipótesis, enfoques teóricos, investigaciones y antecedentes sobre el tema que será objeto de la investigación (Esquirol-Causa y Sánchez-Aldeguer, 2017).

La búsqueda de información sobre la atención a personas con alzhéimer y el papel del trabajo social, no ha sido especialmente fácil, porque a pesar de los diversos documentos que existen sobre el tema, ha resultado complicado encontrar la información relacionada con el papel del Trabajador Social, debido a las escasas investigaciones o estudios.

La metodología empleada ha sido la recopilación de información a partir de fuentes como informes, artículos, revistas, etc., de las que se han sacado los datos más destacables y de interés acerca del objeto de estudio de dicho trabajo. Asimismo, estas fuentes son secundarias, porque son estudios o investigaciones que han sido realizadas por otras personas previamente, pero con otro objetivo distinto a nuestro objeto de investigación.

El ámbito geográfico que abarca este trabajo es España, centrado en mujeres y hombres con alzhéimer, ya sea en edades tempranas como en edades avanzadas.

3.2. Fuentes de información

Para realizar la investigación sobre este tema, se ha llevado a cabo una identificación y revisión de la literatura científica, como:

- La búsqueda de recursos en portales online de organismos públicos nacionales, como la Fundación del Alzhéimer.
- La búsqueda de referencias bibliográficas en las principales bases de datos científicas como Dialnet, Scopus, CSIS y Web of Science.
- La búsqueda en revistas de Trabajo Social como Trabajo Social Hoy.

3.3. Procedimiento

En las bases de datos que he mencionado anteriormente, la forma de búsqueda para la consecución de los datos secundarios a la hora de llevar a cabo la realización de la revisión bibliográfica, ha sido en todo caso y de manera global, filtrando los términos “alzhéimer”, “alzhéimer y Trabajo Social”, “alzhéimer y otras demencias”, entre otros.

3.4. Análisis de los estudios

Tras realizar la revisión documental, para el análisis de dicho trabajo se ha organizado el material encontrado en tres ejes temáticos o categorías analíticas:

- En el primer eje temático, situamos a los textos relacionados con el alzhéimer y su magnitud, los factores influyentes, los tipos de demencias relacionadas, las fases o

etapas, las causas, los síntomas de detección, el diagnóstico y prevención, la influencia e impacto, los cuidadores y el tratamiento de la enfermedad.

- En el segundo eje temático, se sitúan los recursos psicosociales para atender a las personas con alzhéimer.
- En el tercer y último eje temático, se encuentra la intervención de los trabajadores sociales con los enfermos de alzhéimer.

4. RESULTADOS

4.1. Alzhéimer: concepto y magnitud

La palabra demencia proviene del latín “demens, dementatus”, cuyo significado es sin mente. La OMS define la demencia dentro de la Clasificación Internacional de las enfermedades – Décima Edición (CIE-10, 1992) como “un síndrome debido a una enfermedad del cerebro, generalmente de naturaleza crónica o progresiva, en la que hay déficits de múltiples funciones corticales superiores.... que repercuten en la actividad cotidiana del enfermo”.

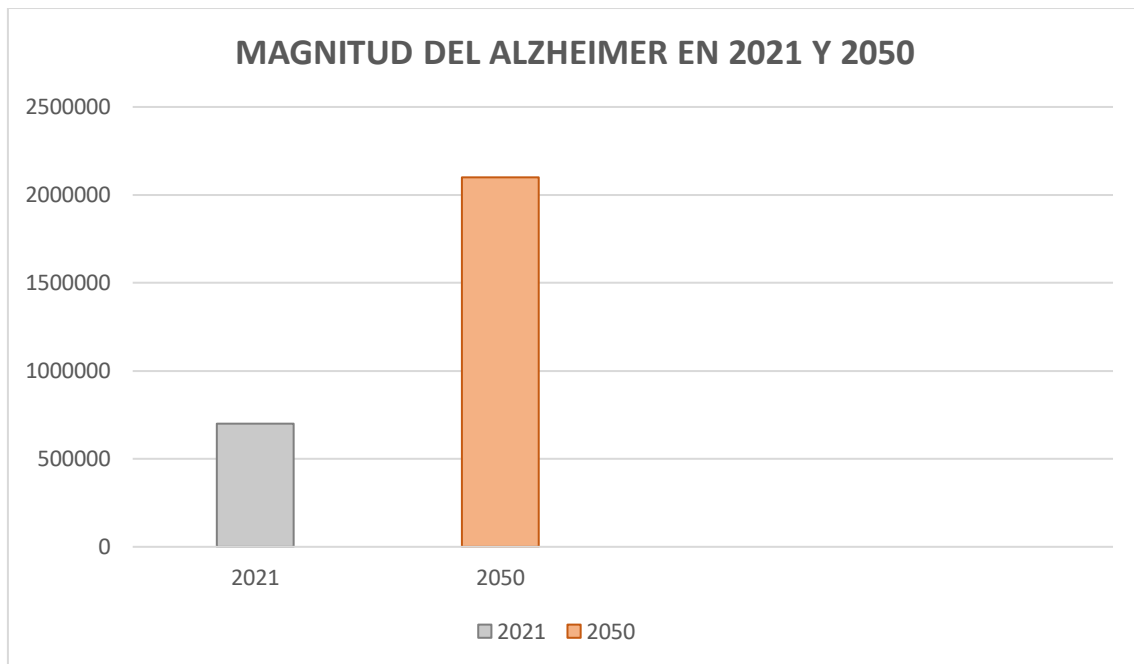
Esta enfermedad tiene su origen histórico en 1907 con Alois Alzheimer, porque comentó la situación de una mujer de 51 años que llevaba 4 años sufriendo un gran deterioro psíquico progresivo, debido a una enfermedad que recibió su nombre y con un diagnóstico final que cuenta con un examen anatomopatológico (Penzol, 2002, p. 59).

Con el paso de los años se descubrió que las lesiones anatomopatológicas de la Demencia de Alzhéimer y de la Demencia senil tenían características parecidas, por eso recibieron ambas el nombre de Demencia de Alzhéimer (Penzol, 2002, p. 59).

La Fundación Alzhéimer España (FAE) añade que el enfermo debido a la demencia ve perjudicada su memoria, entendimiento, juicio, habla, cálculo, pensamiento, orientación, etc. Todo esto no tiene por qué suceder a la vez, ya que afecta a diversas funciones y su deterioro es progresivo, donde la memoria suele ser la primera afectada. El propio enfermo o sus familiares son los primeros en percibir estos problemas relacionados con la memoria.

A pesar de que el alzhéimer durante años se ha considerado una enfermedad rara, en la actualidad en España existen alrededor de 700000 personas que la padecen, y cada año se diagnostican a mayores más de 100000 personas. Se cree que, en 2050, el número de enfermos se triplicará debido al envejecimiento de la población, siendo un reto importante para la sociedad durante el siglo XXI. La aparición del alzhéimer puede verse favorecida por la edad avanzada del paciente, la historia familiar de demencia en parientes de primer grado, el género femenino (en especial a partir de los 80 años) y sufrir un traumatismo con pérdida de conciencia superior a una hora (García y Criado, 2017, citado de Olmedo y Mielgo, 2021).

Gráfico 1. Magnitud del alzhéimer (2021 y 2050).



Elaboración propia a partir de Fortea (2020, citado en Pérez, 2021)

Asimismo, durante estos últimos años ha aumentado el número de casos de personas que padecen dicha enfermedad, ya que está relacionado con el incremento en la expectativa de vida y en el envejecimiento de la población. Fortea (2020, citado en Pérez, 2021)

4.2. Factores influyentes en el alzhéimer

La edad se considera que es el principal factor de riesgo a la hora de sufrir dicha enfermedad. Entonces, se ven afectados por esto, el 5 y 10% de los adultos con edades superiores a 65 años, un porcentaje que se duplica cada 5 años, hasta verse afectada el 50% de la población mayor de 85 años. De todas formas, la edad no es el único factor influyente, sino que también influyen otros factores como la hipertensión arterial, el hipercolesterolemia, la obesidad, el sedentarismo, el tabaquismo o la diabetes. Fortea (2020, citado en Pérez, 2021)

Además, hay muchos factores que se pueden modificar e incluso que ayudan a reducir el riesgo de padecer alzhéimer, como practicar ejercicio físico regularmente, no fumar, no abusar con el alcohol, controlar el peso corporal, seguir una dieta sana y mantener la presión arterial, el azúcar en sangre y el colesterol en niveles adecuados. Fortea (2020, citado en Pérez, 2021)

Sánchez et al., (2016) menciona la existencia de diversos factores que influyen en los enfermos de alzhéimer, como la edad avanzada, aunque puede darse en personas más jóvenes; el sexo, siendo las mujeres quienes más sufren esta enfermedad, ya que estadísticamente son más longevas que los hombres; la herencia familiar, porque el 40% de enfermos de Alzhéimer heredan la enfermedad de sus antecedentes familiares; el factor genético, por las mutaciones en el gen de la proteína que transporta colesterol y lo elimina; y los factores medioambientales, como el tabaquismo y las dietas ricas en grasas.

4.3. Tipos de alzhéimer

En función de la causa, podemos encontrarnos con dos tipos de alzhéimer: familiar o esporádico.

- El alzhéimer familiar: son casos raros, pero suceden. Ciertas mutaciones genéticas que existen en una familia o se heredan de generación en generación.
- El alzhéimer esporádico: no se conoce la causa de la enfermedad en la mayoría de enfermos de alzhéimer.

Asimismo, los tipos de alzhéimer según su edad de aparición:

- El alzhéimer de inicio precoz: sucede en las personas que tienen alzhéimer familiar, donde la enfermedad aparece antes de los 65 años, o antes de los 40, pero su evolución y sus síntomas son semejantes a los síntomas de las personas con alzhéimer esporádico.
- El alzhéimer de inicio tardío: sucede si la enfermedad es evidente a partir de los 65 años. Es la forma más común de la enfermedad, y aún no se saben sus causas.

4.4. La protección jurídica de las personas con alzhéimer

Castaño (2013) determina que los mecanismos de protección a los enfermos de alzhéimer son la incapacitación, de las que derivan la tutela y el internamiento con garantía porque necesitan a un juez. En la incapacitación, el tutor decide por la persona y gobierna los bienes, a la persona o a ambos. Además, el tutor debe decidir según haría la persona con su capacidad de decidir y de razonar.

Por lo tanto, el tutor debería ser una persona muy cercana al enfermo, conocedor de sus deseos y voluntades antes de que enfermase. Estas personas con alzhéimer pueden determinar una autotutela para su futuro, donde establecerá un orden de preferencia de sus posibles tutores. Asimismo, puede establecer un documento de voluntades públicas donde indique las pautas a seguir en caso de enfermar.

En caso de que esta persona estuviese sola o no existiese nadie que lo tutorizara, las fundaciones se encargarían de ello, como organismos jurídicos creados por las Comunidades Autónomas para que realicen esta función de protección.

Respecto al internamiento, el enfermo puede incorporarse voluntariamente en un centro residencial, decidiendo mientras tenga facultades suficientes o dejándolo por escrito en el documento de voluntades anticipadas. En caso de que no se den ninguna de estas posibilidades, el tutor o representante solicitará un permiso al juez para realizar el internamiento, como privación del derecho de libertad de la persona.

Si los familiares ingresan a la persona enferma en un centro residencial sin comentárselo a nadie, que ocurre en el la mayoría de los casos porque hay muchas personas no incapacitadas judicialmente. Por lo tanto, podría ser un internamiento involuntario porque la persona no realizó un documento de voluntades previas, entonces el juez no sabrá si era lo que el enfermo deseaba, y en caso de que no se le pregunte al juez, el enfermo podrá ser internado en un centro residencial sin ningún tipo de objeción.

De todas formas, el internamiento, aunque sea involuntario, es la solución más adecuada para la persona, porque si la familia le interna es debido a que no tiene tiempo o ganas de atenderle

o recursos y conocimientos suficientes para hacerlo en casa. Y con este motivo, la mejor solución para el enfermo es un centro residencial.

En ocasiones, los centros residenciales no tienen plazas suficientes, provocando que la familia tenga que atender a la persona en su casa, por falta de recursos o por el caro coste que suponen los servicios privados.

La Ley 39/2006 de 14 de diciembre impuso un sistema de protección exclusivo para la dependencia. Previamente, lo llevaba la seguridad social y la asistencia social, pero no de forma tan específica como recoge la Ley. Cada sistema de protección cubre a personas con distintas características y requisitos. Los servicios sociales proporcionan protección a las personas con Alzheimer, gestionando los recursos que aparecen en la Ley de dependencia. Además, en los servicios sociales básicos se aporta información y orientación al enfermo y a sus familias, y en los servicios sociales específicos se ofertan centros de día, residencias, etc.

4.5. Tipos de demencias relacionadas con el alzhéimer

Rodríguez (2015) en su artículo sobre “Demencia asociada a enfermedad de alzhéimer y otras demencias: evidencias diagnósticas”, expone la variedad de demencias que se relacionan con el alzhéimer.

Tabla 1: Tipos de demencias relacionadas con el alzhéimer

ENFERMEDAD / TRASTORNO	DEFINICION
DEMENCIA VASCULAR (DV)	<p>Es la segunda causa de demencia que sufren las personas mayores, y presenta condiciones de compromiso cognitivo que están relacionados con factores de riesgo vascular como HTA, diabetes, dislipidemia, sobrepeso y tabaquismo, que pueden provocar en la mayoría de personas infartos cerebrales (80%) o hemorragia cerebral (20%). Puede perjudicar a grandes arterias o producir enfermedad isquémica de pequeño vaso.</p> <p>Existe una diferencia entre demencia vascular y demencia por EA, porque su aproximación clínica no sirve para su clasificación y ambas demencias pueden conformar una demencia mixta.</p>
DEMENCIA POR CUERPOS DE LEWY (DL)	<p>Es la tercera causa de demencia más frecuente. Se produce un deterioro cognitivo cambiante, con alucinaciones visuales y síntomas de parkinsonismo. Su alteración cuenta con componentes corticales y subcorticales que presentan los pacientes con compromiso en la atención, funciones visoespaciales y disfunción ejecutiva, en la valoración neuropsicológica.</p> <p>El déficit de procesamiento visual provoca malas percepciones sobre esta demencia, además de varios signos de disfunción autonómica, el trastorno del sueño REM, hipersomnia, caídas e hipersensibilidad a los neurolépticos.</p>
DEMENCIA FRONTOTEMPORAL (DFT)	<p>Es un proceso neurodegenerativo focal que provoca atrofia selectiva de los lóbulos temporales y frontales. Es menos frecuente que el resto de demencias, pero es la segunda</p>

	<p>demenia neurodegenerativa en pacientes con edades inferiores a 65 años.</p> <p>Existen varios tipos, como la variante comportamental (DFTvc) y las variantes que perjudican el lenguaje, es decir, afasia primaria progresiva (APP).</p> <p>En definitiva, los enfermos sufren cambios en su comportamiento y conducta, ven alterado su pensamiento o lenguaje.</p>
DEMENCIA ASOCIADA A LA ENFERMEDAD DE PARKINSON (EP)	<p>Es una demencia cercana a la demencia por CL, que aparece más tarde, más o menos un año después de que aparezcan los síntomas motores, y perjudica a la atención, a la función ejecutiva y a la habilidad viso-espacial.</p>

Fuente: Elaboración propia a partir de Rodríguez (2015).

4.6. Fases o etapas del alzhéimer

La Fundación Alzheimer España en su página web, considera que esta enfermedad se organiza en tres fases o etapas, y a su vez en estas fases o etapas se pueden dar una serie de síntomas distintos que cambian según el momento en que se encuentre la enfermedad.

- **La fase ligera.** Para empezar, en esta fase la memoria del enfermo comienza a fallar, olvida sus citas, las llamadas telefónicas, el nombre de las personas y los objetos familiares. También tiene problemas a la hora de seguir una conversación, se equivoca en sus cuentas o no paga las facturas.

En su comportamiento se pueden apreciar cambios de humor, además, se enfada cuando no es capaz de controlar los elementos de su alrededor, se aísla con sus familiares más próximos, apenas sale y no quiere ver a sus amigos.

El enfermo se comunica y razona bien, sin embargo, a veces le cuesta encontrar las palabras adecuadas, emplea frases más cortas y une ideas sin ningún tipo de relación. Respecto a los gestos espontáneos y los movimientos corporales, no sufre ningún tipo de problema, ya que aún no se pierde y sabe conducir, se viste solo y come bien. Y las actividades diarias o profesionales las realiza sin apenas problemas.

- **La fase moderada.** En esta segunda fase, la memoria del enfermo comienza a alterarse de forma progresiva y olvida los hechos que han ocurrido más recientemente, como lo que acaba de comer. De todas formas, lo más lejano sigue en su memoria, aunque lo sitúe mal en el tiempo.

El enfermo comienza a reaccionar de manera agresiva, y cuanto más depende de otros más se irrita. Su fatiga aumenta y realiza las cosas solo si recibe estimulación. Sufre miedos sin ningún tipo de justificación y camina durante horas de un lado a otro.

Además, la comunicación con el resto de personas se dificulta, comienza a hablar menos, tiene un vocabulario inferior, repite las mismas palabras o frases durante horas. Contesta a las preguntas de manera lenta, buscando palabras y no termina las oraciones.

Sus gestos son poco precisos y puede perder el equilibrio, se suele golpear y caer fácilmente, porque sus movimientos son lentos y requiere de ayuda externa para ir a su habitación o baño. Algunos movimientos que tiene son anormales, como temblores, contracturas musculares o convulsiones.

Le resulta complicado llevar a cabo las actividades de su vida diaria y enfrentarse a su día a día. Además, debido a su confusión no es capaz, por ejemplo, de elegir adecuadamente la ropa que usar, le da igual la estación del año y los convencionalismos sociales.

Deja de ser autónomo, porque no es capaz de conducir, ni viajar en metro o autobús sin un acompañante. No se orienta ni en un trayecto común.

Además, puede ponerse en peligro o al resto, por llevar a cabo actividades peligrosas. Necesita ser vigilado todo el día y recibir atención constante de su familia.

- **La fase severa.** El enfermo olvida lo reciente y lo pasado. No es capaz de reconocer a su pareja e hijos, pero sigue teniendo memoria emocional. Es consciente de quién le cuida, ayuda y quiere, y está presente siempre en su mente.

Su comportamiento es cambiante, ya que depende de su humor: grita, llora, se agita; es impredecible. No responde de acorde a una situación, ni entiende cualquier tipo de explicación.

El enfermo balbucea, repite palabras sin sentido alguno y emplea algunas palabras de forma adecuada. No entiende lo que la gente le dice.

No es capaz de controlar sus gestos, ni puede levantarse, sentarse o andar. Le cuesta tragar, no controla los esfínteres y aparece incontinencia.

Lo realiza actividades diarias, ya que permanece prácticamente todo el tiempo en la cama, e implica la aparición de llagas en los puntos de presión e infecciones respiratorias.

La muerte del enfermo suele darse debido a una enfermedad relacionada, como cáncer, accidente cardíaco o vascular cerebral, o también debido a estar en la cama, como infecciones de las llagas, infecciones respiratorias y/o urinarias, etc.

4.7. Causas del alzhéimer

Actualmente, no se sabe exactamente como se genera la enfermedad en el organismo, a pesar de todas las investigaciones realizadas no se encuentra el motivo por el que se desarrolla mal la proteína amiloide, la productora de los nudos y las placas que provocan el Alzheimer, pero existen varios supuestos o hipótesis que lo explican.

Para empezar, **la hipótesis amiloide**, se produce cuando la placa senil se crea con la proteína precursora de amiloide, y su depósito anormal afecta a las neuronas y puede provocar su muerte. En cambio, otros autores consideran que la anomalía se produce con **la hipótesis de la proteína Tau**, que se trata de una sustancia que origina el esqueleto de la célula, y si se altera, degenerará las neuronas a través de los ovillos o nudos neurofibrilares.

La hipótesis de la acetilcolina, se produce cuando disminuye la acetilcolina del hipocampo, pero que podría abarcar todo el cerebro.

Asimismo, **la hipótesis de la “cascada de amiloide”**, altera los genes productores de la proteína precursora de amiloide, la proteína Tau, la synucleína y la presenilina 1 y 2, que actúan sobre la proteína beta amiloide. De tal forma, esto agruparía a las enfermedades neurodegenerativas en el grupo afectado por la proteína synucleína y en el grupo de la Tau.

La hipótesis del calcio, debido a los desequilibrios que presentan los enfermos que padecen, alzhéimer ya que su exceso destruye las células nerviosas. Y **la hipótesis vírica**, tiene lugar debido a un agente patógeno externo que produce cambios en el tejido cerebral, aunque aún no existen datos que lo demuestren.

Igualmente, el alzhéimer se aprecia en los cambios neuropatológicos que se producen en el tejido cerebral, en la proteína amiloide que origina los ovillos o nudos neurofibrilares y placas seniles o neuríticas, en zonas del cerebro como la corteza o hipocampo.

Estos nudos y placas perjudican las zonas cerebrales encargadas de la memoria, aprendizaje y razonamiento. Varias técnicas de imagen indican los cambios cerebrales y concluyen el diagnóstico realizado con el historial médico y síntomas del enfermo.

Algunas de las pruebas utilizadas para identificar los cambios del cerebro son la resonancia magnética (RM), la tomografía por emisión de positrones (PET), y su combinación. La RM observa la forma y estructura del cerebro, mide el volumen cerebral y del hipocampo, donde pueden aparecer los nudos de alzhéimer. Y la PET, encuentra los primeros cambios del tejido cerebral antes de que aparezcan los síntomas visibles, y observa la manera que tienen de responder las diversas áreas del cerebro al leer, escribir, hablar o escuchar.

4.8. Síntomas para detectar el alzhéimer

Según Fernández (2009), los primeros síntomas que detectan el enfermo y/o su familia son la aparición de trastornos o rarezas que provocan la mayor parte de veces las primeras consultas médicas. Algunas de las rarezas o trastornos pueden ser cambios en el carácter y humor sin ningún tipo de motivo, la escasez de precisión a la hora de llevar a cabo las actividades diarias, el aturdimiento y alta de nitidez en sus percepciones, errores de repetición, sentimientos de pérdidas y el intento de disimularlas, el poco cuidado personal y una baja autoestima y tristeza.

Las personas que padecen alzhéimer presentan una serie de síntomas psicológicos y conductuales, que son “síntomas de alteración de la percepción, del contenido del pensamiento, el estado de ánimo o la conducta, que a menudo se presentan en pacientes con demencia” (Olazarán, et. Al, 2012, citado de Muñoz, 2017).

Según la CIE-10 en la demencia aparecen diversos síntomas como la existencia de problemas a la hora de registrar, reunir y recuperar nueva información; la pérdida de memoria o de lo relativo a ella, relacionada con la familia o su pasado. La demencia es más profunda y anómala, que una dismnesia o alteración patológica de la memoria.

Además, disminuyen el número de ideas, y existe un deterioro en el registro de información, problemas para atender varios estímulos a la vez e inconvenientes para restablecer el objeto de

atención (deterioro en la memoria, pensamiento y razonamiento; intromisión en la vida diaria; y posible cambio en la conciencia inicial debido al delirio o demencia).

Según la Fundación Alzheimer España, en cada fase de demencia pueden darse distintos síntomas.

Tabla 2. Los síntomas más comunes en cada fase de demencia.

FASES	SINTOMAS
FASE LIGERA	<ul style="list-style-type: none"> • El paciente empieza a olvidar hechos recientes, tiene problemas para comunicarse o puede desorientarse en lugares conocidos. • Se desorienta en el tiempo, con problemas para decidir o llevar las finanzas personales y dificultad para llevar a cabo las tareas del hogar complejas. • Su comportamiento cambia, volviéndose menos activo y motivado, y con menos interés por sus hobbies y actividades. • Tiene cambios de humor, incluso depresión o ansiedad, y puede responder agresivamente.
FASE MODERADA	<ul style="list-style-type: none"> • El enfermo olvida lo más reciente y los nombres de las personas. • Tiene dificultades para orientarse en el tiempo, fecha, lugar donde está y hechos pasados, y para comunicarse. • Requiere de ayuda para su cuidado personal (para ir al baño, asearse o vestirse) y no es capaz de realizar actividades por sí mismo (hacer la comida, cocinar, limpiar o hacer recados). • No puede vivir solo sin que exista un apoyo. • Existen cambios en su comportamiento como vagabundeo, repetir preguntas, varias llamadas, aferrarse al cuidador, trastornos del sueño o alucinaciones. • Puede percibirse un comportamiento desapropiado en su casa o en el vecindario, como la desinhibición o agresividad.
FASE GRAVE	<ul style="list-style-type: none"> • El enfermo se desorienta en el tiempo y espacio, tiene problemas para reconocer lo que ocurre a su alrededor, y no es capaz de reconocer a su familia, amigos u objetos familiares. • Necesita comer con ayuda y presenta dificultades para tragar bien. También necesita ayuda para su cuidado personal, como ir al baño o asearse. • Puede tener incontinencia urinaria o fecal. Con problemas para moverse, incluso puede perder la capacidad de andar y quedarse en una silla de ruedas o en la cama. • En su comportamiento se pueden dar cambios, que se agravan con una agresión al cuidador y una agitación no verbal (patalear, golpear, gemir o gritar). Y no es capaz de orientarse en su domicilio o residencia.

Fuente: Elaboración propia a partir de Fundación Alzheimer España (2022)

Según Picardo et. Al (2021), para poder explicar dichas fases, es necesario contar con dos tipos de test:

- **La Escala de GDS**, determina el grado de demencia y ayuda a realizar el seguimiento del paciente. Se basa en describir en siete fases, desde GDS1 (donde no existe un deterioro cognitivo) hasta GDS7 (donde el alzhéimer empieza a formar parte de una fase grave, el enfermo a penas habla y su deterioro cognitivo es muy grave). Además, hace especial hincapié en los aspectos cognitivos.
- **La Escala FAST**, también determina el grado de demencia y realiza un seguimiento al paciente. Trata de describir la enfermedad en 7 fases, es decir, en la fase 1 no existe deterioro cognitivo y en la fase 7 existe una demencia grave. Además, en la fase 6 se subdivide en 5 partes y en la fase 7, se subdivide en 6 partes. En esta escala son fundamentales los aspectos funcionales.

Además, el hospital Mayo Clinic proporciona unas indicaciones, acerca de la evaluación sobre los problemas de memoria y síntomas que debe realizar el médico. Para ello, es necesario analizar el estado mental que evalúe el grado de deterioro cognitivo, realizar pruebas neuropsicológicas que evalúen las habilidades de memoria y razonamiento, y realizar entrevistas a amigos y familiares sobre el cambio de comportamiento del paciente, sus habilidades cognitivas y sus capacidades funcionales.

4.9. Diagnóstico y prevención del alzhéimer

Según la CIE-10 o la DSM-IV, es fundamental contar para el diagnóstico de demencia con la presencia de varios síntomas y su avance en seis meses, además de valorar que estén perjudicadas varias funciones cognoscitivas y que exista una causa de demencia.

La Fundación Alzheimer España nos proporciona una serie de datos que son necesarios para detectar o diagnosticar a una persona que padece alzhéimer:

Hay que contar con la historia clínica y la evaluación neuropsicológica, así pues, se deben de realizar todos los exámenes neurológicos y las pruebas de laboratorio que expongan todas las causas de demencia.

La historia clínica recoge información sobre la vida sanitaria, social y cultural del paciente, sus antecedentes familiares para informar sobre la existencia de enfermedades que se relacionen con la demencia, las funciones cognoscitivas afectadas, los trastornos en la conducta, los cambios en la personalidad, la capacidad del individuo para realizar sus tareas diarias y para conservar sus círculos sociales y laborales, confirmar al informador sobre los problemas que tiene el paciente y que este valore su enfermedad y repercusión en su vida diaria.

La entrevista diagnóstica cuenta con un examen neurológico y neuropsicológico, que ayude a detectar las alteraciones focales (tumores, hematomas, etc) o los signos de afectación bilateral (atrofias, etc) que indiquen la existencia de una segunda causa de demencia o el principal motivo de aparición del deterioro en el cerebro (degeneración).

A mayores se realizarán diversos análisis rutinarios como hemograma, bioquímica sérica, análisis de orina, hormonas tiroideas T3 y T4, vitaminas B12 y ácido fólico, serología luética, radiografía de tórax, electrocardiograma, electroencefalograma y la tomografía axial computerizada cerebral, proteinograma, análisis del líquido cefalorraquídeo, VIH, electromiografía, arteriografía, resonancia magnética, cardiografía-electroencefalograma, potenciales evocados, tomografía por emisión de fotón único, etc.

Se realiza un estudio cualitativo y funcional sobre el deterioro intelectual del paciente para poder llevar a cabo una evaluación neuropsicológica. De manera que, el paciente se ve expuesto a realizar unas pruebas que adquieran las respuestas a pruebas específicas (estandarizadas y adaptadas a nuestro idioma y entorno sociocultural y al nivel cultural del paciente) y se realiza una entrevista psiquiátrica estructurada.

Por último, el deterioro cognoscitivo y el grado de evolución del trastorno podemos apreciarlo a través de un examen cognoscitivo del paciente, del registro de las manifestaciones del sujeto en las entrevistas, de la exploración neurológica, de los datos de los fármacos que toma el paciente, de las pruebas complementarias y de la entrevista psiquiátrica estructurada a un familiar o cuidador.

Según Picardo (2021), la prevención del alzhéimer en la actualidad, abarca varios aspectos muy diversos dentro de la prevención primaria, secundaria o terciaria.

- **La prevención primaria.** El alzhéimer cuenta con ayuda para que se retrase su aparición, pero no para que desaparezca. Esta ayuda se basa en controlar factores de riesgo, modificar hábitos dietéticos, fomentar la dieta mediterránea, el ácido fólico, los suplementos de vitaminas y minerales, realizar ejercicio físico y cognitivo, no fumar, evitar rutinas sedentarias, el equilibrio emocional y la socialización.
- **La prevención secundaria.** En la actualidad, existen marcadores biológicos y pruebas de neuroimagen estructural y funcional que ayudan a realizar el diagnóstico del Alzheimer. También existen test que ayudan a ello, como el test de la Escala de Minimental (MMSE), que determina si existen o no de demencia senil y la Escala GDS, la Escala FAST y la Escala Breve de Puntuación Cognitiva (BCRS), que determinan el grado de demencia y realizan un seguimiento al paciente.
- **La prevención terciaria.** Existen medidas que disminuyen el impacto en la calidad de vida de las necesidades de los enfermos y de sus cuidadores, incluso ayudan a bajar los costes sociales y sanitarios.

4.10. Influencia e impacto de la enfermedad dentro del contexto familiar

Según Moreno (2008), el alzhéimer dentro del contexto familiar supone que tanto el paciente como sus cuidadores, tengan que adaptarse a nuevos hábitos, rutinas, roles y funciones. Además, el cuidador se ve expuesto a una alta sobrecarga por culpa del estrés, agotamiento y depresión, que supone la conducta disfuncional del enfermo, de los cuidados rutinarios y de las gestiones médicas, financieras y jurídicas.

Asimismo, para que las consecuencias de esta enfermedad apenas afecten al núcleo familiar, habrá que organizar las tareas del hogar entre los familiares del enfermo y pedir ayuda exterior para evitar la sobrecarga del cuidador, pero asegurando en todo momento que el enfermo esté bien atendido.

Se producen conflictos entre los familiares debido a los desacuerdos en la distribución de responsabilidades, a los recursos encargados de la atención, a la falta de tiempo y a las ocupaciones de los familiares. Igualmente, el conflicto trata de satisfacer las necesidades del enfermo y de los familiares, la poca atención social y el trabajo de cada familiar.

Es necesario nombrar un cuidador principal, funcional, constante y desamparado al enfermo, que trate de responder a los cuidados del enfermo. Por lo tanto, el cuidador se enfrenta a esta situación y se hace cargo del rol familiar que siempre ha tenido dentro del núcleo familiar. Los niños no son capaces de comprender la enfermedad del alzhéimer, debido a su vulnerabilidad y frustración, por eso hay que explicarles de forma sencilla y honesta la situación en la que se encuentra el enfermo para que no se preocupen ni se culpen a sí mismos de su sufrimiento.

El cuidador podría disminuir su estrés si contase con asesoramiento, información, y ayuda externa y cooperativa.

Los familiares y el cuidador sufren una sobrecarga que provoca problemas dentro del núcleo familiar, por eso habría que informarlos acerca de la enfermedad y de las estrategias de intervención. Estos tratarán de cuidar del enfermo sin que se vea afectada su calidad de vida.

Es fundamental que exista una red de apoyo informal, para que el cuidador consiga apoyo emocional, garantice ayuda de manera desinteresada y tramite los cuidados de la persona. Algunas soluciones para acabar con el aislamiento y estrés en el cuidador y enfermo son las visitas, amigos, conocidos, profesionales...

Cada vez existen más personas con alzhéimer, provocando grandes repercusiones sociales, sanitarias y económicas. Se producen grandes gastos en los tratamientos clínicos y farmacológicos; y los enfermos requieren de largos cuidados, provocando repercusiones laborales, educativas, familiares y sociales (Aguilar y Olmedo, 2022)

Olmedo y Mielgo (2021) tratan el impacto de la enfermedad tanto en la persona como dentro de su familia. Por eso, para poder realizar una adecuada intervención social con las personas que sufren alzhéimer y con sus familiares, es necesario llegar a entender la patología para poder guiar la actuación profesional. Es importante realizar un buen diagnóstico de las necesidades y un pronóstico con perspectivas de futuro, comprendiendo las secuelas que supone cada fase y ofreciendo un conocimiento claro y menos técnico a la familia acerca de la enfermedad. El trabajador social ayuda al enfermo y a su familia, a través de un acompañamiento social para realizar un cambio en la persona.

En un principio, el impacto que supone la enfermedad en el paciente, se basa en que este niega la existencia de un problema e incluso, puede que no sea consciente de que exista tal problema. Asimismo, los familiares pueden considerar que los síntomas forman parte de la edad y por eso, suelen pedir opinión a otros médicos o pueden dejar que pase el tiempo sin hacer nada ya que no saben lo que implica sufrir esta enfermedad.

También el enfermo siente rabia porque es consciente de sus problemas de memoria y de desorientación en ciertos momentos. Para evitar que su entorno se dé cuenta, se suelen aislar y sienten ira ya que el Alzheimer no tiene cura, y la mínima solución que encuentran para ello son los medicamentos farmacológicos o no farmacológicos.

A medida que avanza el tiempo, el paciente desconoce cada vez más su situación y apenas reconoce a sus familiares, pero para ello requiere de ayuda para llevar a cabo sus actividades diarias, además confunde ciertas situaciones y no es plenamente consciente de lo que ocurre en su entorno.

Bermejo García (2015) en el texto de Olmedo y Mielgo, nos relaciona que el objetivo de la intervención se basa en conseguir una adecuada calidad de vida al paciente, teniendo en cuenta que influyen diversos factores como el estado de la salud, los recursos materiales, las relaciones,

el estado de ánimo, etc, o los factores que influyen para que el sujeto mantenga una vivencia positiva, sea valorado, considerado y querido o cuente con las oportunidades necesarias para retomar su vida anterior. Es necesario llevar a cabo un abordaje personalizado e integral.

El alzhéimer del paciente también tiene impacto en la familia. No obstante, para poder informar a un familiar sobre el diagnóstico de alzhéimer que sufre un familiar, es necesario que exista una comunicación entre los familiares para que se encarguen de organizar los cuidados del enfermo, de fijar los turnos de ayuda a su cuidador principal, de tomar las decisiones médicas...

Con el paso del tiempo, la familia acaba asumiendo la situación, pero se encuentran presentes unos sentimientos de tristeza, debido al deterioro que sufre su familiar y a todos los cuidados con los que cuenta. Pese a que los cuidadores desbordados e irritables, buscan un cambio de vida que les obliga a abandonar su vida social, estos acaban dejando de lado su salud física y pasan demasiado tiempo con el enfermo.

No obstante, no todas las familias con algún familiar que padece Alzheimer pasan por esto, incluso muchas no llegan a aceptar la situación. Los familiares del paciente actúan como cuidadores quemados porque sienten impotencia, frustración y cansancio, y porque aparecen sentimientos depresivos, irritabilidad o problemas somáticos.

Según La Fundación Pasqual Maragall (2022), realizar las actividades diarias tiene un gran impacto en los enfermos de alzhéimer y en sus cuidadores. Se trata de impulsar la autonomía del enfermo, de mejorar su autoestima y de disminuir la sobrecarga del cuidador. Las alteraciones cognitivas que surgen de la afectación cerebral que padece el enfermo de alzhéimer, provocan que al principio de la enfermedad no es preciso realizar las actividades, pero que posiblemente en un futuro se podrán realizar.

Es necesario mejorar las actividades para que el enfermo de alzhéimer las pueda realizar. De la misma manera, las tareas complejas se llevarán a cabo mediante pasos sencillos y asequibles, y contarán con indicaciones que mejoren su autoestima y mantengan su autonomía a través de la estimulación. Además, se contará con una buena iluminación o se realizarán reformas dentro del domicilio que mejoren la seguridad y la realización de determinadas tareas.

4.11. Personas cuidadoras/ familiares de las personas con alzhéimer

El cuidador pertenece a un contexto y realidad familiar, social, económica e individual, donde su personalidad y habilidad influyen en la calidad del cuidado. Evalúa su situación y presenta expectativas en las circunstancias, teniendo en cuenta los factores que proporcionan ayuda (Moreno, 2008).

Por lo general, las mujeres son las cuidadoras que sostienen la sobrecarga física y emocional sin recibir a penas ayuda de los sistemas sociales y sanitarios. Trabajan muchas horas en servicios de ayuda a domicilio, en centros de día, en estancias temporales o en residencias. Es fundamental tener en cuenta la provincia donde vive la persona y los recursos a los que puede acceder. Muchas veces el/la cuidador/a se ocupa del enfermo en su casa, provocando una situación familiar inestable y dejando de lado su propia vida (TodoTrabajoSocial, 2016).

A medida que avanza la enfermedad, los pacientes necesitan más asistencia que suelen brindársela sus familiares en la mayoría de ocasiones. Estos cuidados los afronta una persona, provocando cambios en la estructura y roles familiares, que afectan a su estabilidad (Bielsa, 2013)

Según Moreno (2008), los síntomas más comunes de los cuidadores son baja autoestima, depresión, ansiedad, culpa, fatiga, falta de sueño, problemas orgánicos, irritabilidad, desesperación y falta de estabilidad emocional y física, y afectan a los niveles de afectación físico, psicológico, conductual y social.

Otros síntomas son las alucinaciones, agresividad, delirios, deambulación, labilidad emocional, depresión, reacciones catastróficas, enfado y ansiedad, insultos y quejas, agitación, indiferencia, actos repetitivos, problemas en los hábitos alimenticios y de vestuario, mala comunicación, problemas de sueño, intranquilidad y nerviosismo, desasosiego, quejas de dolor, caídas y heridas, deshidratación, diarrea o estreñimiento, incontinencia, dificultades por el inmovilismo y úlceras por presión (Moreno, 2008).

Las soluciones para acabar con la sobrecarga de los cuidadores y mejorar su estabilidad emocional y calidad de vida, son los grupos de apoyo, asociaciones, programas de educación, apoyo profesional, internet, línea telefónica de atención al cuidador, encuentros presenciales y talleres, y dotar a los miembros de habilidades suficientes para hacer frente a los problemas. El asesoramiento familiar mejora la salud mental de los cuidadores, ya que proporciona nuevas técnicas, estrategias y recursos sociales, además de hacer frente a sus dudas (Moreno, 2008).

El acceso a internet facilita el contacto con expertos, textos, bibliografía, páginas web de asociaciones, portales monográficos o foros de discusión; y favorece el acceso a programas de educación, cursos, talleres, e instrucción del cuidador sobre el Alzheimer. La vivienda y sus recursos se deben adaptar a las nuevas necesidades del enfermo mediante ayudas técnicas y equipamiento (Moreno, 2008).

En conclusión, la familia cuida al enfermo planteando unos objetivos que provocan conflictos familiares, estrés, desmotivación, responsabilidad y preocupación en el cuidador (Moreno, 2008).

Asimismo, el cuidador se niega a aceptar ayuda lo que provoca una situación de soledad y frustración, que empeora según avanza el alzhéimer. La ayuda externa afronta la sobrecarga, y las nuevas técnicas y el asesoramiento acerca del alzhéimer y de cómo hacer frente al estrés, proporcionan un acercamiento de los familiares a la enfermedad (Moreno, 2008).

La ayuda dentro de la familia disminuye la sobrecarga del cuidador y necesita recursos para hacer frente a los cuidados (Moreno, 2008).

Según la Fundación Alzheimer España, en cada fase de demencia el cuidador se percata de diferentes cambios en el enfermo y tratará de ofrecer su ayuda de diversas formas.

- En **la fase ligera**, los familiares aprecian los primeros cambios e intentan animar al familiar para que busque asesoramiento (en la fase de pre-diagnóstico). Sus familiares son conscientes de que deben adquirir una nueva función como cuidadores (suele ser como resultado del diagnóstico).

El rol de los cuidadores consistirá en ofrecer apoyo emocional en el diagnóstico y si el enfermo está deprimido o ansioso. Además, deberán recordar y preguntar al enfermo sobre el pasado, tareas u otras cosas que mantengan su independencia y participación; y ofrecer ayudas para las actividades instrumentales (manejo de las cuentas personales, ir a la compra, etc).

- En **la fase moderada**, los cuidadores comenzarán a ser supervisores de su familiar enfermo. Utilizan estrategias de comunicación para comprenderles, ofrecen ayuda en su cuidado personal, proporcionan ayuda en sus actividades diarias (preparar la comida o vestirse adecuadamente) y responder y manejar bien los cambios en la conducta y comportamiento.
- En **la fase grave**, existen demandas de atención en el cuidador, porque el enfermo es totalmente dependiente y no es capaz de transmitir sus deseos y necesidades.

Por lo tanto, los cuidadores proporcionan cuidados, apoyo y supervisión, además de asistencia total para comer e ingerir líquidos, y cuidado físico completo. Se encarga de tratar los problemas de comportamiento.

4.12. Recursos psicosociales para atender a personas con alzhéimer

Aguís et al. (2017) informan sobre la existencia de diversos recursos sociales, desconocidos por la población y a los que acceden familias y cuidadores principales de personas con alzhéimer, para mejorar la calidad de vida de la familia.

Muchos recursos aparecen recogidos en el Decreto 149/2013, de 5 de septiembre, donde la cartera de servicios sociales se encarga de la promoción de la autonomía personal y de la atención a personas en situación de dependencia, pero también incluye el sistema de participación de los usuarios para financiar su coste.

Asimismo, la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, organiza las condiciones básicas para asegurar la igualdad en el ejercicio del derecho subjetivo de la ciudadanía a la promoción de la autonomía personal y atención a personas en situación de dependencia, a través de lo recogido en las leyes y lo establecido en un Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, junto a las administraciones públicas y la Administración General del Estado donde se recoge un conjunto de derechos a toda la población que viva en España.

Por lo tanto, la cartera de servicios sociales coordina las modalidades y prestaciones que componen los servicios del catálogo. Existen diversas categorías:

1. **La cartera de servicios comunes**, se orienta a aquellas personas que presentan un diagnóstico con servicios de la misma naturaleza, pero que no aparecen recogidos en las carteras específicas.

Estos servicios son los servicios de prevención de las situaciones de dependencia y promoción de la autonomía personal; el servicio de ayuda en el hogar, para la atención a personas dependientes, que incluye una especialidad en el servicio dirigido a personas con discapacidad auditiva; el servicio de teleasistencia y geolocalización; los servicios de atención diurna, con modalidad básica y terapéutica; los servicios de atención residencial, con modalidad básica y terapéutica y los servicios de atención nocturna.

Estos servicios se facilitan a personas dependientes con edad igual o superior a 16 años, sin contar con los servicios de prevención de las situaciones de dependencia y promoción de la autonomía personal.

2. **La cartera de servicios específicos**, se dirige a personas dependientes, con una edad igual o superior a 16 años, que presentan alzhéimer, discapacidad física, parálisis cerebral, daño cerebral, discapacidad intelectual, trastorno del espectro autista o enfermedad mental.

Estos servicios son el servicio de prevención de las situaciones de dependencia y promoción de la autonomía personal; el servicio de ayuda en el hogar; el servicio de atención diurna, con modalidad básica y terapéutica; el servicio de atención nocturna y el servicio de atención residencial, con modalidad básica y terapéutica.

3. **La cartera de servicio de asistente personal**, proporciona apoyo personal, inclusión social y/o educativa. También promueve y pretende que participen personas con edad igual o superior a 16 años, con una gran dependencia o dependencia severa, para que desarrolle las actividades diarias, laborales y educativas, y donde pueda participar el enfermo en su vida social y económica.

Estos recursos sociales que transmiten información de forma sencilla, se organizan en tres apartados: servicios, programas y prestaciones.

Para empezar, es fundamental destacar que existen diversos servicios:

1. **Los servicios de prevención de la dependencia y promoción de la autonomía personal**, son los servicios de prevención de las situaciones de dependencia y los servicios de promoción de la autonomía personal (el servicio de habilitación y terapia ocupacional; el servicio de estimulación cognitiva; el servicio de promoción, mantenimiento y recuperación de la autonomía funcional; el servicio de habilitación psicosocial para personas con enfermedad mental o discapacidad intelectual y el servicio de apoyos personales y cuidados en equipamientos especiales).
2. **El servicio de ayuda en el hogar.**
3. **El servicio de atención residencial para personas en situación de dependencia.**
4. **El servicio de atención diurna y de atención de noche para personas en situación de dependencia**, como el servicio de atención diurna para personas mayores y el servicio de atención de noche.

5. **El servicio gallego de apoyo a la movilidad personal para personas con discapacidad y/o dependencia.**
6. **La incapacitación judicial.**
7. **El servicio de teleasistencia de la comunidad autónoma de Galicia para personas en situación de dependencia.**
8. **El telegerontología.**
9. **Yo te cuido.** El sistema de atención al mayor a través de la TV (SAM-TM).
10. **La APP de dependencia del IMSERSO.** El servicio de geolocalización para personas en situación de dependencia.
11. **Las soluciones tecnológicas a las personas con necesidades especiales: VIVELIBRE y SAFETYGPS.**
12. **La WEB "Ser cuidador".**
13. **Cre Alzhéimer.**

Existen diversos programas que nos podemos encontrar, como estadias temporales en servicio residencial o de supervisión y apoyo puntual, el programa de respiro familiar, el portal de productos de apoyo, ayudas técnicas, el programa de apoyo continuo de atención telefónica 902400116, el programa de voluntariado para personas con alzhéimer, el programa de respiro familiar en balnearios "Cuidarelix" 2016, el programa de localización y control voluntario de personas en situación de especial vulnerabilidad, el programa "Xantar na casa", el programa de bienestar en balnearios, el programa de turismo del IMSERSO y el programa de termalismo del IMSERSO.

Y, por último, podemos contar con la existencia de varias prestaciones, como prestaciones por dependencia; la tarjeta de estacionamiento para personas con discapacidad; la tarjeta acreditativa del grado de discapacidad; la tarjeta sanitaria "AA"; las familias de especial consideración, que tienen a cargo personas mayores, personas con discapacidad o personas dependientes; las deducciones en el IRPF para personas con discapacidad; y las libranzas del catálogo del sistema de atención a la dependencia (SAAD), como libranza vinculada al servicio, libranza de asistencia personal y libranza de cuidados en el ámbito familiar.

4.13. Intervención desde el Trabajo Social

Los enfermos de alzhéimer necesitan una atención especializada desde el Trabajo Social, que haga frente a sus dificultades físicas y cognitivas, al deterioro del funcionamiento ejecutivo, a los cambios en el comportamiento, a la regulación emocional y a la personalidad de la persona. De manera que, los trabajadores sociales se encargarán de evaluar las necesidades, la capacidad mental, el riesgo y la protección (Aguilar y Olmedo, 2022).

Existen pocos equipos especializados encargados del apoyo a personas con enfermedades neurológicas, de manera que es complicado buscar los servicios necesarios y adquirir apoyo profesional. Estos enfermos vuelven a su casa sin saber los cambios que el alzhéimer supondrá en su vida (Aguilar y Olmedo, 2022).

Aguilar y Olmedo (2022) tratan de crear una intervención dentro del hospital con los enfermos y sus familias, desde su ingreso hospitalario hasta después del alta hospitalaria, dentro del proceso de atención estructurado secuencialmente y que integra diversas fases y acciones.

- **La recepción de la demanda y acogida.** En primer lugar, la trabajadora social neurológica es informada del ingreso hospitalario del enfermo, así que los médicos especialistas o enfermeros deberán realizar una interconsulta a través del programa informático del HCUV o de la vía telefónica, además de orientar a la trabajadora social con sesiones clínicas del Servicio Médico Neurológico.

La atención social se realiza entre 24-48 horas después de informar a la trabajadora social neurológica.

De manera que la fase empezará con una visita al enfermo y con la búsqueda de sus familiares o personas cercanas para informarles. Este proceso se ajusta al daño y nivel de comunicación y entendimiento del enfermo. Mediante la historia clínica que emplean el trabajador social y el neurólogo se informarán de la entrevista realizada sobre su capacidad cognitiva y acerca de si padece o no trastornos en la comprensión y comunicación (afasia, disartria).

Además, en esta primera visita el enfermo conocerá a la trabajadora social encargada de su acompañamiento social.

- **La anamnesis social.** Posteriormente, la trabajadora social neurológica tratará de conocer a la persona, su medio y su familia o unidad de convivencia, y para ello deberá recopilar información sobre su situación clínica y sociofamiliar. Asimismo, emplea herramientas, como entrevistas a la persona, familia, equipo neurológico e instituciones relacionadas.

Realiza una valoración teniendo en cuenta al enfermo, a su familia y a su unidad de convivencia. Busca información sobre la enfermedad, características de la personalidad del paciente, su situación socioeconómica, su vivienda, su lugar de residencia y la fase del ciclo vital cuando se diagnostica alzhéimer al enfermo.

Además, para que la intervención sea personalizada y de calidad con la familia, deberá realizarse una valoración con datos de la enfermedad, ecosistema familiar, estructura y funcionamiento, estilos de interacción, situación socioeconómica, vivienda, lugar de residencia, y problemas de salud en la familia y en el cuidador.

En la unidad de convivencia se recopilan datos sociales para repartir las tareas de la vivienda, la situación sociolaboral, los problemas de salud o si algún miembro es cuidador, e incluirlos a la historia social del enfermo para actuar adecuadamente en el resto de fases.

- **El diagnóstico social sanitario y valoración de TSN.** Hay factores que influyen en la situación de necesidad/problema psicosocial del enfermo y de su entorno. La trabajadora social neurológica realiza una valoración social, donde inciden la afectación y extensión de la enfermedad, donde se producen cambios sobre su evolución y donde se presencian las áreas afectadas en la persona, lo conocido del paciente y la familia sobre el alzhéimer, el tratamiento clínico social, las ayudas técnicas y los apoyos sociales a los que puede acceder tras recibir el alta.

Las escalas y cuestionarios valoran aspectos clínicos sobre la vida del enfermo y de su entorno social, que mediante criterios el diagnóstico social sanitario instaura un plan de intervención social.

Las escalas básicas de valoración son el cuestionario SF-12, la escala Gijón, la escala Lawton y Brody, el cuestionario Mos, el Apgar familiar, la Escala Zarit, la Escala Barthel, el cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11, el cuestionario de funcionamiento familiar (FF-SIL), el cuestionario SWEMWBS de evaluación del bienestar emocional positivo, la escala de estrés de Holmes y Rahe y el inventario de depresión de Beck (BDI-II).

- Varios profesionales siguen un procedimiento para realizar **una valoración multidisciplinar**. La trabajadora social neurológica se coordina con el neurólogo de consultas, enfermeros y otros especialistas. Se actúa sobre los problemas sociosanitarios.

La trabajadora social neurológica pertenece al equipo sanitario de atención a enfermos neurológicos, y si se produce un ingreso hospitalario, el enfermo contará con atención social. Su intervención forma parte desde el principio de las actuaciones conjuntas del equipo, dando respuesta a las áreas afectadas del paciente y de su familia.

En las reuniones de coordinación con otros profesionales se realiza una valoración clínica, que junto a la valoración social realizan el Plan individualizado post-alta hospitalaria del paciente, y que muchas veces no será el Plan Individual definitivo. La decisión del enfermo y los recursos para el tratamiento rehabilitador integral, deciden el Plan individual post-alta hospitalaria del paciente.

Después de que el paciente se encuentra estable y se establece su situación clínica, el equipo valora las áreas afectadas y la estimación pronóstica. La valoración temprana del pronóstico informará al paciente y su familia sobre su capacidad de comunicación, sobre los objetivos de rehabilitación y derivar al paciente hasta el alta hospitalaria.

- **La planificación del tratamiento rehabilitador al alta hospitalaria.** Tras el alta hospitalaria, el paciente y su familia, se exponen al exterior. Se planificará el recurso rehabilitador integral al alta para asegurar la atención sociosanitaria.

Las valoraciones del equipo multidisciplinar establecen el tratamiento rehabilitador integral. Se determina la propuesta de este tratamiento para conseguir que el enfermo se recupere. La trabajadora social neurológica reúne al equipo y apunta en un documento el tratamiento integral, que aparece en la historia clínica.

El Plan contará con terapias rehabilitadoras, donde importa su intensidad, la estimación - duración del tratamiento, la tolerancia o capacidad de resistencia del paciente, las necesidades para llevar a cabo las ABVD y la decisión del paciente.

Asimismo, la trabajadora social neurológica involucra al paciente y su familia en el tratamiento y toma de decisiones, busca recursos que actúen ante el tratamiento que propuso el equipo multidisciplinar y hace posible que el enfermo continúe con el tratamiento rehabilitador.

La intervención ayuda a que el tratamiento rehabilitador sea el que propone el equipo multidisciplinar o ayuda a que el tratamiento haga efecto en el paciente.

El neurólogo y la trabajadora social informan al paciente de la valoración realizada tras el alta y del plan rehabilitador inicial para poder recuperarse. Ambos proponen un plan

rehabilitador integral que obtiene el paciente con el alta hospitalaria, contando con su autonomía, decisión y participación. El paciente se recuperará o mantendrá, superará sus discapacidades conociendo su situación y empleará recursos físicos y sociales.

El trabajador social neurológico emplea acciones para comprender todo y apoyar con un discurso motivador a que el paciente se una al plan rehabilitador integral.

Si el paciente conoce la situación, deberá acudir durante un tiempo a un centro de rehabilitación integral (residencial o ambulatorio) o volver a su domicilio.

La trabajadora social debe conocer los recursos públicos, concertados y privados disponibles para hacer frente a las áreas afectadas del paciente. Conoce su ámbito de actuación, ubicación, sistema de acceso, objetivos, criterios de inclusión y exclusión, normas de funcionamiento, tratamientos y duración, profesionales del equipo, coste, plazas disponibles en tratamientos públicos o concertados, fecha de ingreso y los contactos necesarios para conocer la disponibilidad de los recursos privados.

Los recursos públicos o concertados son la unidad de convalecencia sociosanitaria, convalecencia sanitaria, convalecencia de larga estancia, rehabilitación domiciliaria, rehabilitación ambulatoria, Centro Estatal de Daño Cerebral (CEADAC) y Guttman. Y los recursos privados son a nivel local, autonómico y nacional.

El plan rehabilitador inicial del equipo multidisciplinar, se ve influenciado porque casi no puede acceder a recursos públicos que hagan frente a los dominios afectados ni al precio de los tratamientos rehabilitadores que no paga el Sistema Público de Salud. Este plan se modifica y acaba con el plan rehabilitador integral del paciente.

La trabajadora social transmite al equipo las acciones y el resultado de la intervención, explica el tratamiento rehabilitador, su duración, los compromisos del paciente y de su familia y los tratamientos prescritos que no recibirá. Esto se recoge en un tratamiento rehabilitador del paciente, que comienza con el plan inicial rehabilitador integral que propone el equipo y que cambia, recogándose en la Historia Clínica del paciente.

Esta trabajadora social gestiona recursos públicos y emplea recursos privados para luchar contra los dominios afectados y que emplean familia y paciente hasta recibir el alta. Organiza los tiempos y mete a los enfermos en programas de rehabilitación.

- **El alta hospitalaria.** Primero, la trabajadora social neurológica debe realizar un plan de rehabilitación integral funcional y de sus tratamientos. Asimismo, deberá disponer del recurso al alta para realizar la rehabilitación más efectiva y conseguir su recuperación.

No obstante, la trabajadora social neurológica como enlace coordina tratamientos rehabilitadores del paciente antes de recibir el alta. Después comunica a la familia y al paciente donde realiza su rehabilitación ambulatoria, tras volver a su domicilio del centro público o privado.

Con el alta hospitalaria, el paciente pierde funcionalidad, pero emplea varias ayudas técnicas, como pueden ser un andador o una silla de ruedas, una cama adaptada, una silla de confort y un reposa piernas.

- Se realiza cada tres o seis meses **un seguimiento rehabilitador** post-alta hospitalaria, cuya duración varía según el tiempo de permanencia en el recurso y las necesidades del paciente y su familia.

Sus objetivos se basan en conocer el nivel de funcionalidad del paciente tras el alta hospitalaria y su grado de adaptabilidad a la situación, en encontrar las necesidades sociosanitarias y su nivel de cobertura, en investigar sobre su estado emocional y en conocer la nueva organización y funcionamiento de la familia.

La trabajadora social realiza entrevistas y gestiones telefónicas con el enfermo para observar su evolución y tratamiento y, detectar necesidades del paciente.

Esta ayuda a encontrar los riesgos sociales que perjudican dicho tratamiento, como las cargas familiares en el domicilio que requieren de servicios que las cubran; el gasto económico del tratamiento; los problemas para asistir al centro de rehabilitación; la necesidad de irse del centro; las ganas de abandonar el tratamiento rehabilitador, ya que el paciente a veces no admite secuelas o le provocan frustración o derrota; los apoyos formales o familiares no responden a las necesidades de la persona; y se realizan traslados continuos por rehabilitación ambulatoria, sin una duración en el tiempo por varios factores.

También se realizan entrevistas y gestiones telefónicas con la familia del paciente, para confirmar su estado de salud, apoyos y dedicación que se encarga del cuidado, busca sus necesidades personales y se centra en el cuidado.

Se realiza un seguimiento con la familia del paciente, donde influye la situación clínica del paciente (recuperación temporal, cronificación), la posición de los miembros vuelve al inicio de la enfermedad o realiza modificaciones.

Después se deben controlar las capacidades y limitaciones de la familia dentro del proceso rehabilitador, que aporte un soporte y una adecuada calidad de vida al paciente.

Hay que coordinarse con los profesionales y recursos de la comunidad para asegurar una atención socio sanitaria, y debe existir una continuidad asistencial que garantice una adecuada calidad en la atención sanitaria.

- **Reinserción social y profesional del paciente.** Se realiza un seguimiento previo al alta hospitalaria con el paciente y su familia, para que el paciente recupere sus capacidades o haga frente a las secuelas. Afecta a su funcionamiento social, salud y reinserción.

La trabajadora social neurológica deberá actuar cuando encuentre prioridades de acción y delimite los objetivos propuestos para acabar con el aislamiento social de la persona y con el deterioro de su salud, y deberá actuar para recuperar sus capacidades y que no empeore la discapacidad.

Aparte de ello, ofrece rehabilitación psicosocial a la persona mediante ciertos entrenamientos, instaura hábitos, ofrece el soporte social para un adecuado funcionamiento, e informa al paciente y a su familia del reconocimiento legal de su incapacidad laboral.

Con la reinserción laboral del paciente, la trabajadora social neurológica oferta servicios especializados de empleo para personas con discapacidad u oferta formación profesional que capacite a la persona con discapacidad.

Estas intervenciones integran a la persona en su medio, mediante el soporte formal, familiar, relacional, residencial y comunitario.

El tratamiento es necesario en el programa de rehabilitación de daño cerebral. El paciente, su familia y el equipo de rehabilitación trabajan para cumplir los objetivos.

La trabajadora social neurológica actúa con el paciente y su familia para conseguir un ajuste social en su entorno relacional y para que el paciente con daño cerebral vuelva a la comunidad con un mejor funcionamiento emocional, social y laboral.

4.14. El tratamiento de la enfermedad de alzhéimer

El Alzheimer es una enfermedad que cuenta con un tratamiento que requiere un diagnóstico adecuado. Existen varios abordajes terapéuticos que hacen frente a la enfermedad, como los inhibidores de la acetilcolinesterasa, agonistas colinérgicos, antioxidantes, drogas antiinflamatorias, tratamiento de reemplazo hormonal, tratamiento antiamiloides y agentes neurotrópicos. El abordaje más utilizado es el abordaje colinérgico y necesita agentes farmacológicos, como los inhibidores de la colinesterasa, cuyo inhibidor más nuevo y selectivo que da buenos resultados es el donepecilo. Asimismo, los inhibidores de la colinesterasa y los agentes farmacológicos evitan que siga avanzando la enfermedad, pero no la detienen o curan (Arreaza, 2005).

El enfermo puede presentar graves problemas de conducta, que son controlados por los antidepresivos, ansiolíticos o antipsicóticos. Para acabar con el deterioro de las funciones corticales, se ha empleado Ginkgo Biloba, aunque los resultados no han sido los mejores (Arreaza, 2005).

No obstante, la mayoría de los enfermos que padecen esta enfermedad, acabarán dependiendo del resto de personas para realizar las funciones básicas. Se acabarán alimentando con la ayuda de tubos nasogástricos, y la muerte se producirá debido a una aspiración pulmonar o a procesos infecciosos relacionados con intubaciones llevadas a cabo en un futuro (Arreaza, 2005).

En definitiva, la única solución frente al alzhéimer es la investigación. A pesar de los avances llevados a cabo estos últimos años, se requieren nuevos conceptos, aproximaciones y enfoques multidisciplinares que mejoren la visión actual. De todas formas, si todos los sectores se esforzaran, se podrían conseguir grandes avances en el diagnóstico precoz y en el tratamiento del alzhéimer (Gutiérrez, 2011).

5. CONCLUSIONES

Tras haber realizado un análisis de la literatura existente sobre la atención a personas con alzhéimer, el impacto que supone en sus cuidadores o familiares y los recursos con los que pueden contar, además del papel del trabajador social con estas personas, he llegado a las siguientes conclusiones:

1. Debido al aumento del envejecimiento, se ha visto incrementado el número de personas mayores que padecen la enfermedad del alzhéimer. Esto ha supuesto que sus principales cuidadores sean sus familiares más cercanos, y en muchos casos ha resultado una elevada sobrecarga por culpa del estrés, agotamiento y depresión, que les supone la conducta disfuncional del enfermo, de los cuidados rutinarios y de las gestiones médicas, financieras y jurídicas.
Debido a esto, el núcleo familiar intenta buscar a un cuidador externo que se haga cargo del familiar, para que esta situación no perjudique internamente a la familia, pero procurando que el enfermo esté bien atendido en todo momento.
Las cuidadoras suelen ser mujeres debido a la conciencia social de que la mujer es quién debe realizar este tipo de tareas, donde existe una sobrecarga física y emocional, ya sea en servicios de ayuda a domicilio, centros de día, estancias temporales o residencias.
2. Todavía existe un desconocimiento entre la población sobre los recursos existentes a los que pueden acceder las personas con alzhéimer, para mejorar su bienestar y calidad de vida, además del de sus familiares.
Estos recursos ayudan a que la persona con alzhéimer pueda encontrarse en la misma igualdad de condiciones que el resto de personas, consiguiendo que su autonomía se vea impulsada gracias a la ayuda de una segunda persona y de los recursos que puede adquirir.
3. El alzhéimer sigue sin tener un tratamiento que acabe con la enfermedad y, por lo tanto, tampoco con el deterioro físico y psíquico. En definitiva, la única solución que existe actualmente con el alzhéimer, es que se siga investigando para conseguir un adecuado tratamiento de la enfermedad y un buen diagnóstico.
Los enfermos seguirán dependiendo, cada vez más, de sus familiares o cuidadores para llevar a cabo sus actividades básicas de la vida diaria, y la muerte se producirá como consecuencia de una aspiración pulmonar o de una infección debido a las intubaciones, no debido a la enfermedad como tal.

6. BIBLIOGRAFIA

- Esquirol, J. (2017, junio). La revisión bibliográfica, base de la investigación. Col legi de Fisioterapeutes de Catalunya. https://www.researchgate.net/publication/319260924_La_revision_bibliografica_base_de_la_investigacion
- (2022). ¿Qué es el Alzheimer? Alzheimer Association <https://www.alz.org/alzheimer-demencia/que-es-la-enfermedad-de-alzheimer#:~:text=El%20Alzheimer%20es%20un%20tipo,interfieren%20con%20las%20tareass%20cotidianas.>
- (2022). Fundación Alzheimer España. Fundación Alzheimer España. <http://www.alzfae.org/>
- De la Vega, R. y Zambrano, A. Alzheimer [en línea]. Circunvalación del Hipocampo, octubre 2013 [Consulta: 26 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.hipocampo.org/alzheimer-2.asp>
- Pérez Méndez, A. (2021). Cada año se diagnostican unos 10 millones de nuevos casos de Alzheimer en el mundo. *Revista 60 y más*. 1-2. <https://www.sen.es/saladeprensa/pdf/dossier/septiembre2021/sen38.pdf>
- Penzol Díaz, J. (2002). Consideraciones en torno a la enfermedad de Alzheimer. *Revista Gallega de Psiquiatría y Neurociencias*. 5, 2-7. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5177492>
- Sánchez López, I., Romero Riera, R., Rodríguez Simón, E. y García Heredia, B. (2016). Alzheimer. Editorial Área de Innovación y Desarrollo, S.L. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=581302>
- Castaño, M. E. (2013). La protección jurídica de las personas con demencia tipo Alzheimer. [Trabajo Final de Máster, Universidad de Oviedo]. Recuperado a partir de: <https://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/handle/10651/18002/TFM%20Casta%C3%B1o%20Hernandez%2C%20Mariel.pdf?sequence=7&isAllowed=y>
- Callejo, A. (2021, 23 de marzo). Alzheimer. Cuidate Plus. <https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/neurologicas/alzheimer.html>
- Fernández, F. E. (s. f). El Trabajo Social sanitario con las familias de los enfermos de Alzheimer. Málaga. Distrito Sanitario de atención primaria. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3288146>
- Muñoz, B. G. (2017). Terapias no farmacológicas para los síntomas psicológicos y conductuales de la enfermedad de Alzheimer. *Revista asturiana de Terapia Ocupacional*. 13, 1-12. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6562812>
- Pruthi, S. (2022). Diagnosticar enfermedad de Alzheimer: cómo se diagnostica la enfermedad de Alzheimer. Mayo Clinic. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/alzheimers-disease/in-depth/alzheimers/art-20048075>
- Picardo, R. M., Pascual, S. T., et. Tregón, M. L. (2021). Enfermedad de Alzheimer. Artículo monográfico. *Revista Sanitaria de Investigación*. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/enfermedad-de-alzheimer-articulo-monografico/>
- Moreno, A. T. (2008). Repercusión de la enfermedad de Alzheimer en el núcleo familiar. *Revista Psicología Científica.com*. <https://www.psicologiacientifica.com/alzheimer-repercusion->

[familiar/#:~:text=Cuando%20un%20miembro%20del%20n%C3%BAcleo,de%20manifiesto%20en%20su%20atm%C3%B3sfera.](#)

- Hablemos de Alzheimer. *Fundación Pasqual Maragall*. https://blog.fpsmaragall.org/consecuencias-del-alzheimer-como-afecta-a-las-actividades-de-la-vida-diaria-?gclid=Cj0KCQjw0umSBhDrARIsAH7FCoetUeCSOQwkIOsYFtRIIMPw9_NKqDmF8Il6DBbC1fnZ_tfEm8NSaqQaAqEpEALw_wcB
- Ferral, R. G. (2017). Manual de Trabajo Social en Alzhéimer y otras demencias neurodegenerativas <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7324126>
- Lorenzo, E. (10 de febrero de 2014). Trabajo Social y Alzhéimer. Blog del CRE Alzheimer. <https://blogcrea.imserso.es/trabajo-social-y-alzheimer/>
- Aguilar, M. J., Olmedo, V.V. (2022). Guía Práctica de Trabajo Social Neurológico. *Universidad de Castilla-La Mancha*. https://www.academia.edu/75534100/Gu%C3%ADa_pr%C3%A1ctica_de_Trabajo_Social_Neurol%C3%B3gico
- García, A. (2015). A pesar del pronóstico de olvido: Intervención desde el Trabajo Social. Universidad de Valladolid. Facultad de Educación y Trabajo Social. (27 de julio de 2015). Recuperado a partir de <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/14959/TFG-G1613.pdf;jsessionid=8D6BF837A0E39556EEC5F75EFC3191?sequence=1>