



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Trabajo Social

Trabajo Fin de Grado

ALZHÉIMER Y TRABAJO SOCIAL

Alumno/a: Dionisio Jesús Romero Maldonado

Tutor/a: Emiliano Vázquez Pérez
Dpto: Departamento de Ciencias de la Salud

Junio, 2021

ÍNDICE

1.	RESUMEN.....	1
2.	INTRODUCCIÓN.....	2
3.	ANTECEDENTES Y EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER	4
3.1.	Antecedentes históricos	4
3.2.	Evolución y desarrollo de la enfermedad.....	4
4.	ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS, DEMENCIAS Y ENFERMEDAD DE ALZHEIMER.....	6
4.1.	La enfermedad de Huntington.....	7
4.2.	Esclerosis múltiple:.....	7
4.3.	Esclerosis lateral amiotrófica (ELA):.....	8
4.4.	Ataxia de Friedreich:	8
4.5.	Parkinson:.....	9
4.6.	Demencias:.....	9
4.6.1.	Demencia por Cuerpos de Lewy:.....	10
4.6.2.	Demencia Frontotemporal:	10
4.6.3.	Demencia Vascular:	10
4.6.4.	Enfermedad de Alzheimer:	10
5.	ENFERMEDAD DE ALZHEIMER: Definición y fases.....	10
5.1.	Definición de la enfermedad de Alzheimer	11
5.2.	Etapas.....	11
6.	EPIDEMIOLOGÍA Y PROYECCIONES FUTURAS	13
7.	FACTORES DE RIESGO: Modificables y no modificables	15
7.1.	NO MODIFICABLES.....	16
7.1.1.	Edad.....	16
7.1.2.	Genética	16
7.1.3.	Antecedentes familiares (historia familiar).....	17
7.2.	MODIFICABLES.....	17
7.2.1.	Enfermedades cerebrovasculares	17
7.2.2.	Enfermedades cardíacas	18
7.2.3.	Hipertensión.....	18
7.2.4.	Hipercolesterolemia	18
7.2.5.	Diabetes Mellitus	18
7.2.6.	Obesidad.....	18

7.2.7.	Hipotiroidismo	18
7.2.8.	Tabaco	19
7.2.9.	Alcohol.....	19
7.2.10.	Hiperhomocisteinemia.....	19
7.2.11.	Traumatismos craneoencefálicos.....	19
7.2.12.	Nivel bajo de escolarización	20
7.2.13.	Exposición a pesticidas	20
7.2.14.	Depresión.....	20
7.2.15.	Aluminio	20
8.	PROBLEMAS SOCIALES, ECONÓMICOS, FAMILIARES Y CUIDADORES/AS DE LOS/LAS PACIENTES CON LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER	21
9.	PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD Y RECURSOS EXISTENTES	24
9.1.	Tratamiento con medicación	26
9.2.	Ética del diagnóstico precoz o temprano	27
9.3.	Recursos sociales, asistenciales y sanitarios.....	28
9.4.	Vacuna.....	29
10.	EL PAPEL DEL/DE LA TRABAJADOR/A SOCIAL EN RELACIÓN A LA ENFERMEDAD	30
11.	CONCLUSIONES	32
12.	REFERENCIAS	35

1. RESUMEN

Este trabajo fin de grado está orientado a la descripción de la enfermedad de Alzheimer. Nuestra finalidad es la de recopilar toda la información, presente en diversos autores, sobre esta enfermedad neurodegenerativa, comenzando por sus antecedentes históricos, evolución, y describiendo numerosas enfermedades neurodegenerativas, para así poder ir adentrándonos en el concepto y etapas por las que transcurre la enfermedad de Alzheimer. Por consiguiente, detallamos los datos epidemiológicos y proyecciones futuras, a nivel mundial y nacional de la enfermedad, los factores de riesgo modificables y no modificables, los problemas socio-familiares, económicos y de las personas cuidadoras que asumen la responsabilidad de atención y cuidados del/de la paciente. Por último, explicamos las formas de prevención y recursos que existen para paliar la enfermedad de Alzheimer, así como las estrategias de intervención que utiliza el/la trabajador/a social en personas que padecen este tipo de demencia.

Palabras clave: enfermedad de Alzheimer, historia del alzhéimer, enfermedades neurodegenerativas, demencia, alzhéimer y cuidadores, alzhéimer y trabajo social.

ABSTRACT

This final degree project is oriented to the description of Alzheimer's disease. Our purpose is to collect all information present in various authors about this neurodegenerative disease starting with its historical background, evolution and describing numerous neurodegenerative diseases, in order to go deeper into the concept and stages of Alzheimer's disease. Consequently, we detail the epidemiological data and future global and national projections of the disease, modifiable and non-modifiable risk factors and social, economic, family and carers problems who take responsibility for the care of the patient. Finally, we explain the forms of prevention and resources that there are to mitigate Alzheimer's disease, as well as the intervention strategies that the social worker uses in people suffering from this type of dementia.

Key words: Alzheimer's disease, story of Alzheimer, neurodegenerative diseases, dementia, alzheimer and carers, alzheimer and social work.

2. INTRODUCCIÓN

Antes de empezar, quiero manifestar en este apartado de “motivación” las causas que me han llevado a elegir la temática de la enfermedad de Alzheimer ya que, vivo de cerca esta enfermedad al padecerla un familiar cercano, sin ni siquiera tener la edad considerada como persona mayor. Es por ello por lo que quiero conocer el cómo debe actuar profesionalmente un/a trabajador/a social ante esta enfermedad neurodegenerativa, ya que me llama la atención el trabajar en el ámbito de la salud, en concreto en este campo.

No obstante, veo interesante iniciar un trabajo fin de grado exponiendo la información necesaria sobre los antecedentes históricos y evolución de la enfermedad de Alzheimer, ya que lo considero importante para conocer los orígenes, las causas y el desarrollo que la enfermedad tuvo e ir desarrollando este trabajo con la intención de recabar toda la información posible sobre esta temática escogida.

Ahora bien, para empezar a hablar de la enfermedad de Alzheimer, es necesario describir previamente las enfermedades neurodegenerativas que existen, tales como: la enfermedad de Huntington, esclerosis múltiple y lateral amiotrófica (ELA), ataxia de Friedreich, Parkinson y otras demencias como es la enfermedad de Alzheimer que, a su vez, es el tipo de demencia y enfermedad neurodegenerativa más frecuente.

Por tanto, podemos decir a posteriori, que la enfermedad de Alzheimer es neurodegenerativa y progresiva con unas características clínicas y patológicas de variable relativa que además, adentrándonos en el concepto desde un punto de vista clínico, vemos que en el/la paciente se manifiestan unas alteraciones cognitivas (de la memoria y otras capacidades intelectuales), funcionales (pérdida de la autonomía personal e independencia) y psicológicas (delirios, alucinaciones, vagabundeo, agresión...) (Peña-Casanova, 1999). Teniendo en cuenta esto, además de ver las diferentes etapas por las que transcurre la enfermedad en la persona, nos centraremos en su epidemiología la cual constituye del 42 al 81% de las demencias, es decir, dos terceras partes del total. (Robert L. Nussbaum & Christopher E. Ellis, 2003).

Según los datos que aporta la OMS a nivel mundial en 2015, la enfermedad de Alzheimer y otras demencias afectan a 47 millones de personas en todo el mundo (en torno al 5% de la población mundial de edad avanzada), cifra que se prevé que

aumente a 75 millones en 2030 y a 132 millones en 2050 (Grupo Estatal de Demencias, 2019, p. 16)

Y a nivel nacional, podemos observar que:

España es el tercer país del mundo con mayor prevalencia de demencia: se calcula que 800 mil personas la padecen. Por año, en el país, se diagnostican unos 40.000 casos nuevos y se calcula que para 2050 el número de enfermos se habrá duplicado (Indukern, 2020, párr. 1).

Por otro lado, también hablaremos sobre los factores de riesgo que influyen en las personas que padecen la enfermedad, debido a que no existe una etiología exacta según los expertos. Como consecuencia, veremos que la enfermedad de Alzheimer no sólo afecta a quien lo padece sino que además, tiene una repercusión en sus familiares o personas cuidadoras.

La tarea de cuidar conlleva a menudo la aparición de una amplia variedad de problemas de orden físico, psíquico y socio-familiar, ya que implica la realización de múltiples actividades que hacen que la vida del cuidador principal se vea determinada por esas tareas (Jaramillo, 2011, p. 74).

Por consiguiente, se originan dos grupos para el cuidado de la persona con enfermedad de Alzheimer: “la familia (no profesionales) y los cuidadores (personal profesional o institución)” de los cuales, “el 70% de los cuidados suele provenir del entorno familiar, y sólo un 30% procede de servicios profesionales” (Indukern, 2020, párr. 9). Y aquí vemos que recae sobre la persona cuidadora todo el cuidado y atención del/de la paciente, ya que ésta precisa de unas 70 horas semanales, una situación que provoca una sobrecarga de actividades en la familia, teniendo un coste para ella del 87% oscilando los 27.000 y 37000 euros anuales. Una situación en la que se manifiestan los conflictos de intereses, deseos y valores entre los miembros (Grupo Indukern , 2020).

Por último, hablaremos sobre los recursos existentes para lidiar con esta enfermedad como son por ejemplo: el servicio de atención domiciliaria, centros de día, residencias y centros socio-sanitarios especiales, grupos terapéuticos y unidades de descanso para el cuidador y asociaciones. Todo ello se hará, una vez conozcamos previamente los factores que reducen el riesgo de padecer la enfermedad y/o previenen de esta. Y para terminar, desarrollaremos la figura del trabajador o trabajadora social en relación con la enfermedad, cuyo papel

profesional será el de asesorar sobre los recursos disponibles, adaptándose éste a las necesidades del/de la paciente y familiares, conforme la enfermedad vaya avanzando.

3. ANTECEDENTES Y EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

3.1. Antecedentes históricos

La enfermedad de Alzheimer tiene un origen histórico procedente del año 1901 cuando Auguste Deter fue la primera persona descrita en cuadro clínico con tan solo 51 años, y murió en 1906 tras su ingreso en el hospital de Frankfurt debido a que: “inició una rápida y progresiva pérdida de memoria además de alucinaciones, desorientación temporoespacial, paranoia, trastornos de la conducta y un grave trastorno del lenguaje” (Guerra, García Arjona, & Díaz Marante, 2014, p. 5).

Mientras tanto, un neurólogo alemán llamado Alois Alzheimer, fue estudiando su caso y definió esta enfermedad neurodegenerativa, presentando una observación sobre las placas seniles¹, ovillos neurofibrilares² y modificaciones arterioscleróticas del cerebro en el cual publicó un trabajo al que denominó: “Una enfermedad grave característica de la corteza cerebral”. Pero no fue hasta 1910, cuando el doctor alemán utilizó su apellido para representar y dar nombre a la enfermedad de Alzheimer. Al año siguiente, llegó el segundo caso descrito por él con 13 pacientes de 50 años de media y con 7 años de duración de dicha enfermedad. Sin embargo, se volvió a estudiar el caso de Auguste Deter y no se encontró lesiones vasculares microscopias, sino placas amiloides y ovillos neurofibrilares siendo publicado este estudio en 1998 en la revista Neurogenetics (Guerra et al., 2014).

3.2. Evolución y desarrollo de la enfermedad

“La enfermedad de Alzheimer durante los primeros 50 años del siglo XX fue considerada para muchos como parte del envejecimiento ‘normal’ [...] es decir, como sinónimo de ‘senilidad’” (Guerra et al., 2014, p. 7). En los 60, esta teoría no se mantuvo debido a que se terminó por considerar la enfermedad de Alzheimer como una enfermedad y no como un proceso del envejecimiento “normal”. Una década después, fueron años de avances y desarrollo para la enfermedad, ya que se manifestó un gran interés de investigación por

¹ Placas seniles: se trata de un acúmulo de la péptidos β -Amiloide que forman depósitos extracelulares densos e insolubles de fibrillas amiloides, las cuales se agregan anormalmente (Sánchez, 2019, párr. 5).

² Ovillos neurofibrilares: acumulación de fibrillas en el citoplasma de las neuronas que se extiende por éstas produciendo una degeneración neurofibrilar (Troncoso, Kawas, Pardo, & Aguilar Rebolledo, 2006).

parte de la comunidad científica, reconociéndose a su vez la enfermedad de Alzheimer como el tipo de demencia más frecuente, creándose asociaciones para los/las pacientes y familiares (Tagarelli, Piro, Tagarelli, Lagonia, & Quattrone, 2006).

En los ochenta, la investigación se delimitó al estudio de las placas seniles y ovillos neurofibrilares y cómo se relacionan entre sí. En concreto, “en 1983 y 1986, respectivamente, se identificaron el amiloide beta de las placas y la proteína tau hiperfosforilada de los ovillos” y un año después, se inició un ensayo clínico sobre la enfermedad de Alzheimer (Lage, 2002, p. 204).

De acuerdo a Lage (2002), especifica que el experto en amiloidosis, Glenner, descubrió que el gen amiloide tipo beta estaba ligado al cromosoma 21, llegando a la conclusión de que los sujetos con Síndrome de Down tienen el mismo modelo cerebral que las personas que han desarrollado la enfermedad de Alzheimer, ya que una mutación sustituye la valina por isoleucina³ cerca del carboxilo⁴ del amiloide beta.

En la década de los noventa el estudio de las Demencias y de la Enfermedad de Alzheimer estuvo caracterizada por el inicio de la era de los estudios genéticos, la creación de modelos animales y la identificación de factores de riesgo relacionados con las Demencias y la Enfermedad de Alzheimer, como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, las hiperlipoproteinemias, la enfermedad cerebrovascular y cardíaca isquémica, cuya detección temprana y control podrían retardar el comienzo de las demencias en varios años y de esta forma reducir de manera sorprendente el número de enfermos (Guerra et al., 2014, p. 9).

Por lo tanto, al conocer los genes que causaban la enfermedad, establecieron hipótesis sobre las causas y desarrollo de dicha enfermedad; “incluso las denominadas formas de comienzo tardío (por encima de los 65 años) se reconocen como enfermedad multifactorial o compleja, es decir, su origen depende de la existencia simultánea de varios factores genéticos y ambientales” (Guerra et al., 2014, p.9).

Y a partir del 2001, se descubrieron dos mutaciones del gen presenilina (hereditario), se presentó la primera vacuna contra la enfermedad de Alzheimer experimentada previamente en ratones, pero se suspendió por dificultades en los/las pacientes, se aprobó un nuevo

³ Isoleucina: Aminoácido esencial para la vida y no sintetizable por el organismo. Se usa en nutrición (Enciclopédico, 2009).

⁴ Carboxilo: Sustancia compuesta de carbono, oxígeno e hidrógeno (Española G. D., 2016).

medicamento llamado memantina (Ebixa) que actúa como bloqueador de receptores NMDA y mejoró la calidad de vida de los/las pacientes en estados moderados y severos pudiéndolo complementar con inhibidores de colinesterasa (Guerra et al., 2014).

Resulta importante destacar que en este siglo los científicos han desarrollado un marcador radio químico conocido como el compuesto B de Pittsburgh (PiB). El compuesto B de PiB se une a las placas β amiloides en el cerebro, las que pueden ser detectadas en las imágenes que brinda la tomografía⁵ de emisión de positrones⁶. Los estudios iniciales mostraron que las personas con Enfermedad de Alzheimer captaban con mayor intensidad este compuesto en sus cerebros que adultos mayores cognitivamente normales (Guerra et al., 2014, p. 10).

En el 2009 se identificaron tres nuevos genes relacionados con la enfermedad de Alzheimer de comienzo tardío, estos son: —CLU (clusterin, conocido también como apolipoproteína J), PICALM (fosfatidil inositol unido a la proteína clathrin), y CR1 (componente del complemento [3b/4b] receptor 1) (Guerra et al., 2014, p. 11).

4. ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS, DEMENCIAS Y ENFERMEDAD DE ALZHEIMER.

Para comenzar a hablar sobre la enfermedad de Alzheimer, es necesario describir y conocer previamente cuáles son algunas de las diversas enfermedades neurodegenerativas que existen, ya que según afirman Prieto, Eimil, López de Sil, Llanero, & Villarejo (2021) nos encontramos con un: “[...] aumento de la prevalencia de enfermedades neurodegenerativas como la enfermedad de Alzheimer y otras causas de demencia, que suponen un reto sociosanitario de primer orden” (p. 46).

Ahora bien, una vez dicho esto, las enfermedades neurodegenerativas de acuerdo al Ministerio de Sanidad (2016) las define como: “[...] aquellas patologías, hereditarias o adquiridas, en las que se produce una disfunción progresiva del Sistema Nervioso Central (SNC)” (p. 19). Por consiguiente, pasaremos a la clasificación de algunas de ellas de la siguiente forma:

⁵ Tomografía:

procedimiento de exploración radiológica que permite obtener la imagen de un plano interno del organismo de una forma nítida (Española G. D., The Free Dictionary, 2016).

⁶ Positrón: elemento del átomo que tiene la misma masa que el electrón, pero carga positiva (Española G. D., The Free Dictionary, 2016).

4.1. La enfermedad de Huntington: es una enfermedad hereditaria caracterizada por manifestaciones motoras, cognitivas y psiquiátricas según afirman Arroyave & Riveros (2006), cuya prevalencia se encuentra en un rango de 5 a 10 casos por cada 100.000 habitantes, dándose la mayoría de las tasas en Venezuela, Australia y Escocia (Pupo, Díaz Rojas, Rojas Rodríguez, Rodríguez Batista, & Núñez Arias, 2013). En Europa hay 45.000 individuos que la padecen, aunque sigue siendo calificada como la enfermedad más rara comparándola con las demás enfermedades neurodegenerativas (Ross, Trabizi, Shoulson & Young, citado en Jurado, Mataró, & Pueyo, 2016). Los síntomas “son la inquietud generalizada, alteraciones del sueño, cambios en el comportamiento, así como ansiedad y depresión” iniciándose así entre los 35 y 45 años de edad generalmente (Pupo et al., 2013). Esta enfermedad, según Arroyave & Riveros (2006), es causada por una mutación en la proteína huntingtina localizada en el cromosoma 4 y, no tiene cura, aunque existen fármacos para paliar los síntomas de la enfermedad (Roos, citado en Jurado et al., 2016).

4.2. Esclerosis múltiple: es una enfermedad en la que se produce una desmielinización del sistema nervioso central (inflamación y destrucción de la capa de mielina de las fibras nerviosas), causando así una discapacidad neurológica, mayoritariamente en mujeres y en edades comprendidas entre los 20 y 40 años (Jurado et al., 2016). La prevalencia en Europa es alta, pues la cifra oscila entre 100 y 150 casos de 100.000 habitantes, encontrándose España con 50-60 casos por cada 100.000 habitantes (Ares, Acebes Rey, & Bowakim Dib, 2001). Los diversos síntomas que puede ocasionar esta enfermedad son tales como: debilidad muscular y dificultades motoras, deterioro del sentido del tacto, dolor, temblor y rigidez (espasticidad), alteraciones del habla y problemas visuales, vértigo, disfunción urinaria y sexual, trastornos intestinales, depresión, euforia, fatiga y anormalidades cognitivas (Instituto Nacional de Desórdenes Neurológicos y Accidentes Vasculares, 2002). Las causas de la esclerosis múltiple son originadas por factores genéticos (el sexo, el estado del antígeno leucocitario humano (HLA) y el lugar de nacimiento) y ambientales (déficit de vitamina D, infecciones virales y tabaquismo) (Ramagopalan et al., citado en Jurado et al., 2016). En cuanto al tratamiento, existen mejoras en las técnicas de diagnóstico y fármacos para esta enfermedad (Llaneza, 2020).

4.3. Esclerosis lateral amiotrófica (ELA): enfermedad en la que se van degenerando las neuronas motoras del tren superior e inferior de manera progresiva, causando debilidades musculares, torácicas, abdominales y bulbares. En cuanto a su epidemiología, existen muy pocos estudios e investigaciones a nivel mundial, sin embargo se ha detectado que los casos, generalmente, se presentan de forma esporádica, descubriéndose a su vez que cada vez existe más casos de esta enfermedad por transmisión familiar. Los síntomas son: “debilidad muscular, disfagia, disartria, hiperreflexia, clonus, disnea, ortopnea, hipertonia, espasticidad, atrofia muscular, alteración del reflejo nauseoso y/o del reflejo mentoniano, respuesta plantar extensora, signos de Hoffmann y Trommer, fasciculaciones e incontinencia emocional” (p. 197). Las causas de esta enfermedad aún se desconocen, aunque existe un amplio abanico de posibilidades como son: “estrés oxidativo, factores genéticos, excitotoxicidad por glutamato, daño mitocondrial, defecto en el transporte axonal, daño originado por los astrocitos y apoptosis” (p. 196). No hay cura para esta enfermedad pero sí un medicamento llamado riluzol que parece ampliar la subsistencia al paciente, proporcionándole una buena capacidad nutritiva y ventilatoria (Zapata-Zapata, Franco-Dáger, Solano-Atehortúa, & Ahunca-Velásquez, 2016).

4.4. Ataxia de Friedreich:

[...] es una forma grave de degeneración espinocerebelosa que se caracteriza por las alteraciones degenerativas en los tractos posterior y lateral de la medula espinal y el cerebelo, que originan la pérdida del sentido de la posición. Puede heredarse de forma autonómica dominante aunque es más frecuente la forma autonómica recesiva (Herrera, 2010, p. 1).

Esta enfermedad empieza a manifestarse al principio de la infancia y el 75% de los pacientes desarrollan una escoliosis. Es una enfermedad lenta y progresiva dejando a los pacientes en una silla de ruedas a los 40 años de edad (Herrera, 2010). Por último, de acuerdo a Ortiz Uriarte et al., (2009) “la prevalencia de la enfermedad en Europa y Estados Unidos se calcula en 1–2 casos/100.000” (párr. 2). “Actualmente no existe cura o tratamiento eficaz para la AF, por lo que el objetivo del tratamiento es mantener al paciente con la mejor calidad de vida durante el máximo tiempo posible” (párr. 17) bien con fármacos o bien con ayudas técnicas ortopédicas.

4.5. Parkinson: conforme se argumenta en Fundación Española de Ayuda a la Investigación de Párkinson (2020), el neurólogo James Parkinson define esta enfermedad como “un trastorno neurológico crónico, neurodegenerativo e invalidante, por el cual el cerebro no transmite correctamente las señales nerviosas” (párr. 1). “El párkinson es la segunda enfermedad neurodegenerativa más común, detrás de la enfermedad de Alzhéimer. Alrededor de 6,5 millones de personas sufren párkinson en el mundo. De esas, entre 160 000 y 300 000 están en España” (párr. 3). “El tratamiento farmacológico se combina con terapias rehabilitadoras y ocupacionales” (párr. 12). La sintomatología característica de esta enfermedad se presenta con temblor, rigidez, inestabilidad postural y bradicinesia (lentitud en los movimientos, especialmente voluntarios) (Ministerio de Sanidad, 2016).

4.6. Demencias: síndrome crónico en el que se va deteriorando la función cognitiva, afectando así a la memoria, pensamiento, orientación, comprensión, cálculo, aprendizaje, lenguaje y juicio de la persona que la padece. Los síntomas se manifiestan según las siguientes etapas:

- Temprana: olvidos, pérdida temporo-espacial (estos síntomas pasan desapercibidos frecuentemente)
- Intermedia: olvidos de hechos recientes, desubicación temporo-espacial más atenuada, dificultades de comunicación, dependencia en higiene y cuidados personales, cambios de conducta (los síntomas se vuelven más evidentes)
- Tardía: desubicación temporo-espacial creciente, dificultades para reconocer familiares y amigos, más dependencia en la higiene y cuidado personal, dificultades para caminar y cambios en la conducta más elevados hasta el punto de agredir.

En lo que se refiere a la epidemiología, la demencia la padecen unas 50 millones de personas en el mundo y se prevé que en 2030 lleguemos a los 82 millones (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2020). “La incidencia anual de demencia en un estudio realizado en España se estimó entre 10-15 casos por 1.000 personas-año en la población mayor de 65 años” (Ministerio de Sanidad, 2016, p. 32).

Aunque la edad es el principal factor de riesgo de demencia, la enfermedad no es una consecuencia inevitable del envejecimiento. Además, la demencia

no afecta exclusivamente a personas mayores. La demencia de inicio temprano (aparición de los síntomas antes de los 65 años) representa hasta un 9% de los casos. Los estudios demuestran que se puede reducir el riesgo de padecer demencia haciendo ejercicio con regularidad, no fumando, evitando el uso nocivo del alcohol, controlando el peso, tomando una alimentación saludable y manteniendo una tensión arterial y unas concentraciones sanguíneas adecuadas de colesterol y glucosa. Otros factores de riesgo potencialmente modificables son la depresión, el bajo nivel educativo, el aislamiento social y la inactividad cognitiva (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2020, párr. 24).

Respecto a la tipología de las demencias, vemos que cada una de ellas se rige por un patrón con unas características clínicas que las definen, nosotros clasificaremos algunas de ellas según el Ministerio de Sanidad (2016):

- 4.6.1. Demencia por Cuerpos de Lewy:** “presencia de cuerpos de Lewy y neuritas de Lewy en la corteza cerebral y por la asociación de deterioro cognitivo fluctuante (con predominio del déficit de atención y visuoespacial), parkinsonismo y síntomas psicóticos” (p. 37).
- 4.6.2. Demencia Frontotemporal:** “cambio progresivo en la personalidad y el comportamiento y/o por una alteración temprana y progresiva del lenguaje, con relativa preservación de la memoria y las capacidades visuoespaciales en los estadios iniciales” (p. 39).
- 4.6.3. Demencia Vascular:** “grupo de entidades clinicopatológicas en las que un daño cerebral vascular isquémico o hemorrágico produce un deterioro de diversas funciones cognitivas que, acompañado o no de trastornos psicológicos y conductuales, interfiere con la capacidad sociolaboral del individuo” (pp. 42-43).
- 4.6.4. Enfermedad de Alzheimer:** “es una entidad anatomoclínica de naturaleza degenerativa y curso progresivo. Se caracteriza clínicamente por causar una demencia y morfológicamente por la presencia de ovillos neurofibrilares y placas seniles” (p. 34).

5. ENFERMEDAD DE ALZHEÍMER: Definición y fases

Reanudando el tema que tratábamos y en el cual nos vamos a centrar, sabiendo de antemano que la enfermedad de Alzheimer es una enfermedad neurodegenerativa y tipo de demencia más frecuente, pasamos a definirla más detalladamente.

5.1. Definición de la enfermedad de Alzheimer

De acuerdo a la Confederación Española de Asociaciones de Familiares de personas con Alzheimer y otras demencias (2008), Alois Alzheimer describió que la enfermedad de Alzheimer “es una enfermedad degenerativa cerebral en la que se pierden neuronas, se produce el acúmulo de una proteína anormal (amiloide) y muestra lesiones características (placas seniles y ovillos neurofibrilares)” (p. 19). Ahora bien, la enfermedad de Alzheimer desde una perspectiva clínica, podemos observar que en el/la paciente se produce una serie de alteraciones relacionadas con la memoria y demás capacidades intelectuales (alteración cognitiva), una pérdida de autonomía personal y/o independencia para realizar las actividades básicas de la vida diaria (alteración funcional) y unas alteraciones psicológicas así como en el comportamiento de la persona pereciente dándose cuadros de ansiedad, delirios, agresiones, alucinaciones, vagabundeo o deambulación, etc., además, estos últimos síntomas son los que sufre el paciente y a su vez, la familia, teniendo en ella una gran repercusión (Peña-Casanova, 1999).

La forma en la que esta enfermedad ataca al cerebro, es debido a la destrucción de una red de conocimiento y recuerdos (la cual ha sido creada por la experiencia y vivencia que ha tenido la persona a lo largo de su trayectoria vital) llevando a la muerte de las neuronas (encargadas de crear esa red) y dificultando la comunicación entre ellas. Esto lo hace mediante la acumulación de la proteína amiloide y la producción de unos ovillos neurofibrilares en el interior de la neurona que acabará por destruir, mientras tanto, las placas seniles se encargan de dificultar la comunicación entre neuronas (Carretero, 2011).

5.2. Etapas

Conforme afirma CEAFA (2008) “la enfermedad de Alzheimer es una enfermedad crónica, de larga evolución, normalmente de alrededor de 10 años [...]” (p. 22). No obstante, hay pacientes que pueden llegar hasta 20 años, debido a que la duración de la enfermedad es distinta en cada persona (Alzheimer’s Association, 2016). Respecto a las etapas, vemos que cada una de ellas se caracterizan y destacan generalmente por la aparición de fallas en la memoria y conflictos en la fase inicial; en la segunda etapa empiezan los trastornos del

lenguaje, apraxias (dificultades en el control de los movimientos) y síndrome de Gertsmann (dificultades con el cálculo matemático y resolución de problemas, incapacidad de reconocer objetos, personas, etc., y pobreza e incoherencia en el lenguaje escrito y oral); y en la última se manifiestan rasgos de incapacitación, dependencia total del paciente y cuidados que requieren de mayor intensidad por parte de sus cuidadores/as y/o familiares (Donoso, 2003).

Teniendo en cuenta esto, podemos empezar a clasificar la evolución de la enfermedad dividida en las siguientes etapas por las que transcurre:

- **Etapas inicial, temprana o leve:** en este periodo de tiempo cabe decir que la persona es todavía independiente pudiendo mantener su higiene y cuidados personales (CEAFA, 2008). Sin embargo, empiezan a manifestarse principalmente problemas relacionados con la memoria y la concentración, según se especifica en Alzheimer's Association (2016) como por ejemplo: dificultades para recordar palabras o nombres recientes, olvidos, pérdidas de objetos o estos lo colocan fuera de su lugar habitual y mayor complejidad para planificar, organizar o realizar tareas en todos los ámbitos. En cambio, a parte de todos esos olvidos y dificultades para recordar hechos recientes, cabe destacar que la persona afectada por esta enfermedad mantiene sus recuerdos y vivencias del pasado más lejano (CEAFA, 2008).
- **Etapas intermedia o moderada:** la persona perezca de esta enfermedad empieza a tener limitaciones y va necesitando ayuda para realizar las actividades básicas diarias, en lo que se refiere a la higiene personal, vestirse o comer, debido a que se va produciendo una falta de autonomía de manera lenta y progresiva, afectando así a la memoria e incluso pudiéndose presentar trastornos de la conducta (CEAFA, 2008). Todo ello es debido al avance y deterioro que se va produciendo por culpa de la enfermedad de Alzheimer, en el cual la persona va requiriendo de una atención y cuidados más notables, ya que los daños neuronales que va causando esta enfermedad hace que dificulte la forma de expresarse y a su vez, van presentándose mayores desafíos para ir realizando las tareas del día a día. Los síntomas que se manifiestan en este periodo de tiempo son: confusión sobre el día u hora presente, ayuda para elegir prenda relacionada con la estación del año en el que se encuentra, olvidos y dificultad para recordar su propia historia personal, dirección domiciliaria o lugares a los que asistió, desorientaciones

espaciotemporales, problemas de incontinencia y trastornos de la conducta como por ejemplo, se vuelven introvertidos, alterados, cambios en la personalidad, desconfianza, delirios, compulsividad, etc. (Alzheimer's Association, 2016).

- **Etapas final, avanzada o severa:** la persona con enfermedad de Alzheimer puede llegar a la pérdida de todas las funciones cognitivas, intelectuales y motoras, teniendo una gran dependencia debido a sus limitaciones y manifestando una pérdida de la memoria y del lenguaje, aunque puede percibir voces cariñosas, sonrisas, acaricias... Además, en este periodo se produce una bajada de peso y de defensas del sistema inmunológico en el cual, la persona enferma es más vulnerable a infecciones graves pudiéndole causar la muerte (CEAFA, 2008). Por tanto, no tienen capacidad de respuesta al entorno, son incapaces de mantener una conversación o diálogo, aunque si decir palabras o frases pero con dificultad de expresión, pierden el control del movimiento, la memoria y las destrezas cognitivas tienden a disminuir, presentando además unos cambios connotativos en la personalidad, lo que desemboca en una ayuda constante de 24 horas sobre el/la paciente (Alzheimer's Association, 2016).

Por último, cabe decir que en la fase inicial cuando empiezan a presentarse los síntomas, como por ejemplo el olvido, éste suele pasar desapercibido entre los familiares, amigos/as, compañeros/as de trabajo o aquellos con los que la persona interactúa, lo cual esto genera un problema para la persona que padece dicha enfermedad y para sus familiares, ya que retrasa el diagnóstico, tratamientos y la puesta en conocimiento de profesionales que pueden intervenir y adoptar las medidas necesarias mitigando el avance progresivo de esta enfermedad. En cuanto a la duración de cada una de las fases, vemos que la fase inicial puede durar años, la intermedia suele ser la más duradera, y la última y más severa puede ir de varias semanas a varios años (Ardizzone, 2014-2021).

6. EPIDEMIOLOGÍA Y PROYECCIONES FUTURAS

“La enfermedad de Alzheimer es la forma más común de demencia: se calcula que representa entre un 60% y un 70% de los casos” (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2020, párr. 17). Según Llibre Rodríguez & Guerra Hernández (2002), dicha enfermedad:

[...] es reconocida en la actualidad como un problema creciente en el orden médico, psiquiátrico, neurológico, epidemiológico, sociológico y económico,

particularmente en los países con una alta expectativa de vida, en los cuales las personas por encima de 60 años, representan, al menos, el 10% de la población total (párr. 6).

Ambos autores también indican que la enfermedad de Alzheimer, dentro de las demencias, abarca una cifra superior al 50% de los casos y que, centrándonos en los rangos de edad, vemos que el 90% de los casos suceden tras los 65 años de edad “[...] con una prevalencia que se duplica cada década sucesiva de la vida, desde un 10% entre los 60-70 años a un 40% en grupos de 80 o más años” (párr. 7).

Por otra parte, de acuerdo a Garre-Olmo (2018), todos los estudios epidemiológicos realizados muestran comúnmente que la enfermedad de Alzheimer va aumentando conforme avanza la edad de la persona que la padece, teniendo un crecimiento significativo generalmente de la enfermedad a partir de los 65 años, dándose mayoritariamente en mujeres: “[...] estudios poblacionales europeos muestra una prevalencia del 5,1%, más frecuente en mujeres (7,1% frente a 3,3%), y un incremento exponencial con la edad (0,97% para 65-74 años, 7,7% para 75-84 años y 22,5% para ≥ 85 años)” (párr. 15). A nivel mundial afirma que existe una prevalencia del 4% y 3% y “en España, estudios poblacionales recientes puerta a puerta indican prevalencias que oscilan entre el 9,4% y 8,5% en los mayores de 70 años, y entre el 5,5% y 5,8% en los mayores de 65 años” (párr. 12).

A continuación, conforme afirman Villarejo Galende et al., (2021) en un informe actual de la Fundación del Cerebro, podemos observar que la enfermedad de Alzheimer en España es la causa de demencia, con mayor incidencia, más frecuente entre un 50-70% del total de casos. En cuanto a la morbilidad, el riesgo que tienen los pacientes con dicha enfermedad de ingresar en un hospital es de 3,6 veces mayor, a causa de la vulnerabilización de padecer enfermedades infecciosas graves, al encontrarse en fases más avanzadas de dicha enfermedad. Por otro lado, los datos de mortalidad que ha originado esta enfermedad son del 4,9% en personas mayores de 65 años y en mayores de 85 años un 30% en varones y 50 % en mujeres. En lo referente a la duración de la enfermedad de Alzheimer, ésta tiene una mediana de 3,1 a 5,9 años y, según los datos aportados por el INE en el 2015, la enfermedad de Alzheimer es la primera causa de muerte si la complementamos con la demencia, llegando a la cifra de 15.578 muertes, de las cuales 11.004 son mujeres y 4.574 varones.

Por consiguiente, dicha enfermedad:

“[...] constituye la primera causa de discapacidad y que, en todo el mundo, afecta a más de 40 millones de personas. En España, y según datos de la Sociedad Española de Neurología (SEN), actualmente la padecen unas 800.000 personas y es, además, el tipo de demencia neurodegenerativa más común” (Redacción Médica, 2020, párr. 1).

Por último, en cuanto a la prevalencia y proyecciones futuras elaboradas por el Grupo Estatal de Demencias (2019), afirma que:

Según los datos que aporta la OMS a nivel mundial en 2015, la enfermedad de Alzheimer y otras demencias afectan a 47 millones de personas en todo el mundo (en torno al 5% de la población mundial de edad avanzada), cifra que se prevé que aumente a 75 millones en 2030 y a 132 millones en 2050 (p. 16).

Dicho de otro modo, las cifras que existen sobre las personas que padecen la enfermedad de Alzheimer será el doble en 20 años, ya que se estima que han aparecido 9,9 millones de casos nuevos por año a nivel mundial, es decir cada 3 segundos, produciéndose sobre todo en países con ingresos medios-bajos.

De acuerdo con los estudios realizados en España, la prevalencia de esta enfermedad ronda el 0,05% entre las personas de 40 a 65 años; 1,07% entre los 65-69 años; 3,4% en los 70-74 años; 6,9% en los 75-79 años; 12,1% en los 80-84; 20,1 en los 85-89; y 39,2% entre los mayores de 90 años (p. 16).

En España, por tanto, ha sobrepasado ya las 700.000 personas que padecen la enfermedad de Alzheimer con edades superiores a 40 años, una cifra que se habrá duplicado llegando a los 2 millones de personas para el 2050.

7. FACTORES DE RIESGO: Modificables y no modificables

Existen diversos estudios que describen los factores de riesgo que son causados por la enfermedad de Alzheimer, ya que su origen o etiología no se conoce con precisión. Para ello, “se ha planteado que entre un 10 y 20 % de la enfermedad es de origen genético, y el 80 % se presenta relacionado con factores ambientales” (Terrado Quevedo, Serrano Durán, Galano Guzmán, Betancourt Pulsán, & Jiménez de Castro Morgado, 2018, p. 1035). A

continuación, describiremos los siguientes factores de riesgo para este tipo de demencia, clasificándolos en modificables y no modificables (empezando por estos últimos).

7.1. NO MODIFICABLES

7.1.1. Edad

“La edad es el principal factor de riesgo para desarrollar esta enfermedad, y debido a la mayor esperanza de vida de las mujeres, actualmente su prevalencia es tres veces mayor en mujeres que en hombres” (Redacción Médica, 2020, párr. 2).

La edad es en sí un factor de riesgo para padecer demencia, obviamente no modificable, de forma que, a mayor edad, mayor posibilidad de desarrollar la enfermedad, en relación con los cambios que el propio envejecimiento provoca a nivel cerebral. Envejecimiento no es sinónimo de enfermedad. El envejecimiento fisiológico produce cambios bien definidos y no patológicos. Pero dichos cambios reducen la capacidad de respuesta y aparece la fragilidad. La enfermedad va a asentarse entonces sobre un organismo envejecido y con menor capacidad de respuesta (CEAFA, 2008, p. 171).

7.1.2. Genética

Según Barranco-Quintana, Allam, Del Castillo, & Navajas (2005) se ha comprobado la relación entre los genes y la enfermedad de Alzheimer, existiendo dos tipos de marcadores genéticos de esta patología:

- **Determinantes:** Se trata de mutaciones de ciertos genes, cuya presencia determina inexorablemente la aparición de la EA⁷. Se transmiten de manera autonómica dominante, con una alta penetrancia y son responsables de la enfermedad hereditaria, de inicio precoz (entre 35 y 55 años), que afecta a algunas familias (p. 614).

Son mutaciones que se dan con poca frecuencia, aunque si son más frecuentes las que afectan al gen que codifica la presenilina 1, como indica Falcón (2020):

Los principales genes de susceptibilidad para la EA de inicio temprano (menos de 65 años de edad) son presenilina 1 y 2, y proteína precursora de amiloide (APP). Las mutaciones en cada gen alteran el metabolismo de

⁷ EA: siglas correspondientes que utiliza el autor para abreviar la expresión de “Enfermedad de Alzhéimer”.

APP, lo que resulta en una mayor producción de una forma tóxica del péptido amiloide (p. 10).

- **Predisponentes:** Su presencia aumenta el riesgo de padecer la EA. Destaca el alelo $\epsilon 4$ del gen que codifica la apolipoproteína E (gen APOE), ubicado en el cromosoma 19. Este gen, a su vez, posee tres alelos ($\epsilon 2$, $\epsilon 3$ y $\epsilon 4$), que pueden presentarse en homocigosis o heterocigosis y determinan las tres isoformas de esta apolipoproteína: apo-E2, apo-E3 y apo-E4. La posesión del alelo $\epsilon 4$, especialmente en homocigosis, se ha asociado a un mayor riesgo de EA; [...] la proporción de casos atribuibles a este alelo oscila entre el 14 y el 65%; [...] no justifica la mayoría de los casos familiares de esta enfermedad (p. 614).

7.1.3. Antecedentes familiares (historia familiar)

“Para valorar el riesgo genético de un paciente o su familia, es fundamental recoger una historia familiar exhaustiva así como la información sobre el diagnóstico de demencia y la edad de inicio en los familiares afectados” (CEAFA, 2008, pp. 170-171).

Alrededor de un 40% de los sujetos afectados de EA presentan una incidencia familiar de demencia, que alcanza el 50% si los afectados son muy longevos (85-90 años). Se constata un sensible aumento del riesgo de padecer demencia (entre dos y siete veces) entre los familiares de los afectados con EA [...] (Barranco-Quintana et al., 2005, p. 615).

En cuanto al **sexo**, no se considera un factor de riesgo, ya que el predominio del sexo femenino es un dato epidemiológico y puede ser debido a la prolongación de vida que tiene la mujer respecto al varón: “Se dan estimaciones de prevalencia de EA mayores entre las mujeres que entre los hombres, aunque probablemente esto pueda deberse más a una mayor expectativa de vida que a FR específicos relacionados con el sexo” (Barranco-Quintana et al., 2005, p. 614).

7.2. MODIFICABLES

7.2.1. Enfermedades cerebrovasculares

Los infartos cerebrales múltiples, recurrentes y los infartos estratégicos son factores de riesgo para la demencia vascular y Enfermedad de Alzheimer. Además los accidentes cerebrales asintomáticos y las lesiones en la sustancia blanca que se pueden objetivar en las pruebas de neuroimagen (TAC y RMN) se asocian con un mayor riesgo de

deterioro cognitivo. El ictus es una patología frecuente en la población envejecida. Un porcentaje elevado de las personas que padecen un ictus tendrán algún grado de deterioro cognitivo y un tercio desarrollará una demencia (CEAFA, 2008, p. 174).

7.2.2. Enfermedades cardíacas

“La insuficiencia cardíaca y la fibrilación ⁸ auricular pueden aumentar el riesgo de padecer la enfermedad” (CEAFA, 2008, p. 174).

7.2.3. Hipertensión

De acuerdo a Campdelacreu (2014) “[...] numerosos estudios muestran de forma bastante consistente que la HTA en la edad media de la vida (40-64 años) se asocia a mayor riesgo de EA (RR 1,61), pero no en la edad avanzada [...]” (p. 543).

7.2.4. Hipercolesterolemia

Conforme se afirma en CEAFA (2008), se ha observado que la hipercolesterolemia potencia la creación de beta-amiloide en el cerebro y, se ha relacionado un aumento del riesgo de padecer demencia, con los datos numéricos elevados de colesterol en edades medias.

7.2.5. Diabetes Mellitus

“La diabetes mellitus (DM) se ha asociado a mayor riesgo de demencia en la mayoría de los estudios pero no en todos. La presencia del alelo APOE 4 aumenta el riesgo de EA en pacientes con DM tipo 2” (Ministerio de Sanidad, 2016, p. 33).

7.2.6. Obesidad

Según Campdelacreu (2014), la obesidad es un factor de riesgo mayor para desarrollar la enfermedad de Alzheimer, ya que en diversos estudios se demostró un riesgo relativo (RR) de un 1,35 en sobrepeso, 2,04 de obesidad y un 1,96 de infrapeso en edades medias, no avanzadas.

7.2.7. Hipotiroidismo

⁸ Fibrilación: Contracción espontánea de las fibras de un músculo, en especial el cardíaco (Española G. D., The Free Dictionary, 2016).

Unos elevados niveles de la Hormonas Estimulantes del Tiroides está relacionado con un alto riesgo de padecer la enfermedad de Alzheimer (CEAFA, 2008).

7.2.8. Tabaco

El tabaco se consideraba que ejercía un efecto protector sobre el desarrollo de la enfermedad, aunque esta teoría fue desmontada al observarse que “[...] la mortalidad de los enfermos fumadores es 3,4 veces superior a la de los no fumadores, lo que apoyaría el sesgo de supervivencia como explicación de la asociación protectora [...]” (Barranco-Quintana et al., 2005, p. 615). Finalmente:

Los resultados de los recientes estudios de cohortes sugieren que haber fumado se asocia con un riesgo aumentado de padecer EA en el futuro, sobre todo en los pacientes que todavía fumaban en el momento de incluirse en el estudio (Barranco-Quintana et al., 2005, p. 615).

7.2.9. Alcohol

Según Brenner (2020) en Medical Xpress afirmó lo siguiente:

Los estudios han demostrado que el consumo frecuente y excesivo de alcohol está relacionado con un inicio más temprano y una mayor gravedad de la enfermedad de Alzheimer. [...] Se ha informado que el consumo de alcohol se correlaciona con la atrofia cortical similar a la de la enfermedad de Alzheimer en personas con alto riesgo de desarrollar la enfermedad, así como a una edad más temprana de inicio (párr. 6).

7.2.10. Hiperhomocisteinemia

La homocisteína, como bien se indica en CEAFA (2008), “se trata de un aminoácido, que es importante en la síntesis de ácido fólico, produce estrés oxidativo y aumenta la toxicidad de la proteína beta-amiloide y afecta a la vascularización cerebral” (p. 174). Por tanto, la hiperhomocisteinemia se refiere a la existencia de unos valores elevados de este aminoácido, detectado en las personas que padecen la enfermedad de Alzheimer. Finalmente, cabe decir que “la concentración de homocisteína aumenta con los años, puesto que se duplica entre los 40 y los 90 años” (Barranco-Quintana et al., 2005, p. 616).

7.2.11. Traumatismos craneoencefálicos

“El antecedente de traumatismo craneal grave se asoció a mayor riesgo de EA en algunos estudios pero no en otros” (Ministerio de Sanidad, 2016, p. 33). Por ejemplo, Campdelacreu (2014) afirma que “se ha observado mayor riesgo de EA (RR 2,32-4,51) en soldados con antecedente de TCE grave, pero que no se ha confirmado en otros estudios” (p. 546). Lo que sí queda claro, es que los traumatismos craneoencefálicos leves no se asocian al desarrollo de la enfermedad de Alzheimer.

7.2.12. Nivel bajo de escolarización

“Se ha publicado el incremento de la EA entre las personas con menor educación” (Barranco-Quintana et al., 2005, p. 616). Y así Campdelacreu (2014) corrobora en una revisión sistemática con 22 estudios longitudinales que:

[...] el riesgo de demencia fue menor en sujetos con nivel alto de escolarización, logros ocupacionales, cociente intelectual alto y actividades de ocio mentalmente estimulantes (OR 0,54), y mayor en sujetos con reserva cognitiva baja (OR 1,85). Otra RS también halló mayor riesgo de EA en individuos con baja escolaridad en 13 estudios CC (RR 2,4) y en 6 cohortes (RR1,59) (p. 547).

7.2.13. Exposición a pesticidas

De acuerdo al Ministerio de Sanidad (2016) expone la posibilidad de detectarse un mayor riesgo de padecer la enfermedad de Alzheimer, en personas que han sido expuestas a pesticidas en su profesión. “En una revisión sistemática (RS) de 21 estudios CC y 3 estudios de cohortes también se observó una asociación consistente entre exposición a pesticidas y riesgo de EA” (Campdelacreu, 2014, p. 543).

7.2.14. Depresión

“La depresión aumenta en dos veces el riesgo de EA y el intervalo entre el diagnóstico de depresión y el de EA se correlaciona con el riesgo de EA” (Ministerio de Sanidad, 2016, p. 33). La depresión puede padecerla el paciente en años anteriores de comenzar la enfermedad de Alzheimer o en sus primeros síntomas y, además se puede dar el caso que la depresión empiece a formar parte de esta enfermedad. No obstante, existe “[...] una relación entre la historia anterior de depresión y el desarrollo de Enfermedad de Alzheimer” (CEAFA, 2008, p. 176); (Campdelacreu, 2014).

7.2.15. Aluminio

Según Campdelacreu (2014) se ha encontrado relación en 9 de 13 estudios, incluso en un estudio prospectivo a 15 años, afirmando que “[...] el consumo de agua con alta cantidad de aluminio se ha asociado a mayor riesgo de EA” (p. 543). Esto es debido a que dicho metal “[...] es una neurotoxina que inhibe más de 200 funciones biológicas, puede inducir la formación de estructuras neurofibrilares y sus niveles están elevados en cerebros con EA” (p. 543).

Además, según el Dr Juan Fortea, Coordinador del Grupo de Estudio y Conducta y Demencias de la Sociedad Española de Neurología (SEN), el **sedentarismo** o inactividad física, así como la **hipoacusia**⁹ y el **aislamiento social** se encuentran dentro de los nuevos factores de riesgo modificables que podrían prevenirse, al igual que los dichos anteriormente, ya que éstos suponen el 35% de los casos de enfermedad de Alzheimer, pudiéndose prevenir entre 1 y 3 millones de casos a nivel mundial (Sociedad Española de Neurología, 2019).

8. PROBLEMAS SOCIALES, ECONÓMICOS, FAMILIARES Y CUIDADORES/AS DE LOS/LAS PACIENTES CON LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Considerando que la enfermedad de Alzheimer causa unos problemas cognitivos y psicológicos en la persona que la padece, debemos de tener en cuenta que, además, esta enfermedad conlleva una serie de repercusiones negativas que afectarán, de manera directa e indirecta, a los familiares y cuidadores/as, los cuales nos centraremos en este apartado.

Respecto al grupo de cuidadores/as que se origina para la atención y cuidado del/de la paciente, vemos que puede ser: profesional (institución o entidad) o no profesional (la familia) (Jaramillo, 2011). Mayoritariamente, la familia es la que se encarga de estar al cuidado de la persona enferma siendo esta un 80% de los casos (Villarejo Galende et al., 2021). En concreto, según Grupo Indukern (2020): “El 70% de los cuidados suele provenir del entorno familiar, y sólo un 30% procede de servicios profesionales” (párr. 9). Y esto es debido, a que en el momento en el que:

[...] la EA irrumpe en el seno de una familia, esta se convierte en el pilar básico del cuidado del enfermo. Los miembros de la familia serán quienes dispensen los

⁹ Hipoacusia: disminución de la agudeza auditiva (Española G. D., The Free Dictionary, 2016).

cuidados que van a ir aumentando en número y dificultad a medida que la enfermedad avance (Esandi Larramendi & Canga-Armayor, 2011, p. 58).

Sin embargo, “el cuidado del enfermo no es compartido por todos los miembros de la familia y suele ser uno sólo el que lo asume y el que va a sufrir las consecuencias negativas” (Jaramillo, 2011, p. 74).

El cuidador principal normalmente es una mujer que, por lo general mantiene una relación de parentesco con el enfermo, siendo fundamentalmente la esposa (77,6%) en el caso de los hombres, y, si el enfermo es una mujer, su principal cuidador es, por regla general, su hija (65,9%), y esto se produce a pesar de los cambios sociales que estamos viviendo [...] (Jaramillo, 2011, p. 74).

También explica dicho autor, que 8 de cada 10 personas familiares que cuidan a la persona enferma son mujeres con una edad comprendida entre 45-65 años, afirmando a su vez que hoy en día, cada vez se encuentran más hombres que se hacen cargo del cuidado de la persona enferma, sobre todo cuando la enfermedad la padecen sus esposas.

A continuación, en conformidad con Jaramillo (2011), expondremos los diversos problemas que afectan a la persona cuidadora del/de la paciente que padece la enfermedad de Alzheimer:

- **Alteraciones físicas:** malestar general, alteraciones del sueño, cefaleas, úlcera gastroduodenal, anemia, diabetes, trastornos osteomusculares (dolor, tendinitis, contracturas, hernias discales...) y alteraciones del sistema inmunológico (p. 74).
- **Alteraciones psicológicas:** tristeza, irritabilidad, ansiedad, depresión, sentimientos de culpa y pensamientos erróneos (pp. 74-75).
- **Alteraciones sociales:** conforme la enfermedad vaya avanzando, el cuidador/a dedicará cada vez más tiempo de atención y cuidados hacia la persona enferma, llegando a estar incluso las 24 horas diarias.

Se calcula que el paciente con enfermedad de Alzheimer precisa de unas 70 horas de cuidados a la semana, donde se incluyen la atención de sus necesidades básicas, el control de la medicación, los cuidados sanitarios y el manejo de síntomas y eventuales situaciones de conflicto (Villarejo Galende et al., 2021, p. 45).

Consecuentemente, esta situación generará la aparición de “[...] problemas de organización y de falta de tiempo, [...] aislamiento y sentimientos de soledad, ya que el cuidador llega incluso a perder todas las amistades y a abandonar todo tipo de aficiones” (p. 75).

- **Dificultades económicas:** [...] el cuidado del enfermo afecta al ámbito laboral. Si a esto sumamos que los materiales y los medicamentos que va a necesitar el enfermo a medida que avanza la enfermedad son cada vez mayores, es lógico pensar que las dificultades económicas vayan aumentando (p. 75).

Por consiguiente, una vez conocemos que la enfermedad de Alzheimer es de carácter progresivo y va avanzando a medida que transcurre por las distintas fases ya explicadas en apartados anteriores, podemos ver que esto va implícito en el núcleo familiar y, por lo tanto, pasaremos a describir las distintas fases de la enfermedad desde una perspectiva familiar, así como la repercusión en sus miembros según Jaramillo (2011):

- **Fase leve:** la familia se encuentra perdida, no puede creer lo que está ocurriendo. Al principio el familiar cree que podrá con todo, pero a medida que pasa el tiempo se da cuenta de que no es así y siente miedo. Los sentimientos negativos que vive se van a ir acrecentando con los cambios de personalidad del enfermo, pues no sabe cómo afrontarlos. Puede ocurrir que el familiar no termine de creerse la veracidad del diagnóstico y busque la opinión de otros profesionales. El cuidador se tiene que concienciar de la importancia que tiene que su enfermo inicie el tratamiento cuanto antes, en esta fase, y no esperar a que los síntomas sean más evidentes (p. 75).
- **Fase moderada:** el familiar asume la enfermedad y se adapta poniendo en marcha diferentes acciones para convivir con ella. La familia tiene que planificar cómo satisfacer cada una de sus necesidades, desde las tareas domésticas hasta los aspectos económicos o legales. fase más difícil y larga, porque el empeoramiento del familiar enfermo es cada vez mayor y aparecen las temidas alteraciones de conducta que minan la salud física y psicológica del cuidador (pp. 75-76).
- **Fase grave:** es la última fase de la enfermedad y el cuidador llega a ella con un gran desgaste. Muchos familiares ingresan a sus enfermos en centros especializados, ya que la grave situación en la que se encuentran requiere de cuidados especializados de los que no tienen conocimientos. (p. 76)

Por lo tanto, surgen conflictos familiares porque cada miembro pone de manifiesto sus diferencias de intereses, deseos y valores, ya que la tarea que implica estar al cuidado de una persona con la enfermedad de Alzheimer hace que el/la cuidador/a se vea determinado/a y/o condicionado/a por esas tareas, una situación que conlleva a la aparición de problemas físicos, psicológicos y socio-familiares.

Por último, en cuanto al coste de la enfermedad de Alzheimer, vemos que

En España, la SEN calcula que el coste medio de un paciente con Alzheimer oscila entre 17.100 y 28.200 euros por paciente y año. Este coste aumenta con el empeoramiento cognitivo, llegando hasta los 41.700 euros en los casos graves y en los que una parte de los pacientes precisan institucionalización. Teniendo en cuenta todos los niveles de gravedad, la SEN estima que el coste total en nuestro país del tratamiento del Alzheimer, en pacientes mayores de 65 años, es de unos 10.000 millones de euros anuales, representando el 1,5% del producto interior bruto nacional (Sociedad Española de Neurología, 2019, párr. 3).

9. PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD Y RECURSOS EXISTENTES

La enfermedad de Alzheimer vemos que no tiene cura, pero sí podremos retardar o mantener el avance de la enfermedad (Muñano, 2011). Y como hemos dicho anteriormente, existen factores modificables relacionados con el estilo de vida que sí podemos cambiar para no contribuir a un mayor riesgo de padecer dicha enfermedad y para ello, expondremos una serie de elementos que ayudará a su prevención:

- **Dieta mediterránea:** “se ha sugerido que una dieta rica en verduras, pescado, aceite de oliva, fruta y baja en grasas puede proteger” (CEAFA, 2008, p. 177). Y en concreto, cabe destacar que la ingesta semanal de pescado y otras fuentes alimenticias de ácidos grasos poliinsaturados y omega 3 está asociado a una reducción del riesgo de desarrollar la enfermedad de Alzheimer (Barranco-Quintana et al., 2005).
- **Reducción de la ingesta de grasas saturadas y trans:** ingerir alimentos con un exceso de grasas saturadas y trans hace que el colesterol aumente y exista un mayor riesgo de padecer la enfermedad de Alzheimer (González Rodríguez , Palmeros Exsome , González Martínez , Pérez Ávila , & Gutiérrez López , 2016).

- **Alcohol:** el consumo moderado de alcohol y, en concreto, del vino está relacionado con un menor riesgo de padecer la enfermedad e incluso se muestra que es beneficioso (Campdelacreu, 2014). “En un estudio reciente [24], se postula que el resveratrol, un polifenol natural que se encuentra principalmente en el vino tinto parece tener efecto cardioprotector y quimioprotector, y evita la acción del β -amiloide sobre las células cerebrales” (Barranco-Quintana et al., 2005, p. 615).
- **Té verde:** según González Rodríguez et al., (2016) afirma que el té verde otorga un efecto protector contra la enfermedad de Alzheimer, ya que éste se constituye de un componente llamado epigallocatequina-3-galato, el cual disminuye la producción de la proteína amiloide de tipo beta y de la tau.
- **Café:** se ha mostrado que el consumo del café ejerce una evidencia débil pero protectora en cuanto al desarrollo de la enfermedad, según estudios y, en particular, “en el estudio CAIDE, beber 3-5 tazas al día en la edad media se asoció a reducción del 64% en el riesgo de demencia o EA en edad avanzada” (Campdelacreu, 2014, p. 545).
- **Antiinflamatorios No Esteroideos (AINE):** de acuerdo a Campdelacreu (2014) “[...] reducen el acúmulo de $A\beta$ y tau y mejoran la conducta en modelos murinos ¹⁰de EA” (p. 546). Asimismo, se “[...] ha mostrado que el uso prolongado de AINE (más de 2-3 años) reduce la incidencia de EA” (p. 546).
- **Ejercicio físico:** como se explica en la CEAFA (2008): “En numerosos estudios longitudinales se ha llegado a la conclusión que el ejercicio físico regular y moderado, como puede ser caminar, puede tener un efecto protector para el desarrollo de la enfermedad” (p. 177). En concreto, Campdelacreu (2014) afirma que existe una evidencia fuerte y consistente de la reducción del riesgo de padecer la enfermedad de Alzhéimer con la realización del ejercicio físico, ya que se produce una mejora en la conducta, en la pérdida de neuronas y en el aprendizaje, así como una disminución de la acumulación o carga de proteínas amiloide tipo beta, en modelos de enfermedad de Alzheimer.
- **Reserva cognitiva:** según Barranco-Quintana et al., (2005): “Se ha publicado el incremento de la EA entre las personas con menor educación” lo que significa que una actividad mental extensa durante toda una vida hace que nos encontremos con

¹⁰ Modelo murino: uso de cepas especiales de ratones para estudiar una enfermedad o afección humana, y la manera de prevenirla y tratarla (EE.UU., 2016).

un efecto positivo para prevenir o retrasar el desarrollo de la enfermedad (p. 616). Otros estudios también han mostrado que “el riesgo de demencia fue menor en sujetos con nivel alto de escolarización, logros ocupacionales, cociente intelectual alto y actividades de ocio mentalmente estimulantes (OR 0,54), y mayor en sujetos con reserva cognitiva baja (O 1,85)” (Campdelacreu, 2014, p. 547).

- **Ginkgo Biloba:** “Extracto vegetal, rico en flavonoides, tiene propiedades antioxidantes y antiinflamatorias, además actúa como vasodilatador y parece que inhibe la agregación del beta-amiloide” (CEAFA, 2008, p. 179). “Científicos franceses pudieron demostrar que la ingesta de 240 mg de extracto de Ginkgo biloba EGb 761® diariamente por un periodo de cuatro años puede disminuir el riesgo de desarrollar enfermedad de Alzheimer al menos en un 47%” (Confederación Española de Alzheimer, 2012, párr. 1).

9.1. Tratamiento con medicación

En cuanto a la medicación actual para tratar la sintomatología de la enfermedad de Alzheimer, la cual es aprobada por la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) de Estados Unidos, se mostrarán en la siguiente tabla:

Tabla 1
Tabla de tratamientos con medicación

Nombre del fármaco	Marca	Año de aprobación por la FDA	Etapas en las que se administra
Donepezil	Aricept	1996	Leve, Moderada y Grave
Rivastigmina	Exelon	2000	Leve, Moderada y Grave
Galantamine	Razadyne	2001	Leve-Moderada
Memantina	Namenda	2003	Moderada- Grave
Donepezil y Memantina	Namzaric	2014	Moderada-Grave

Nota: Tratamientos con medicación (Elaboración propia)

Estos medicamentos tienen la función de conectar las neuronas entre sí, existiendo un proceso de comunicación entre ellas y las células del sistema nervioso (Alzheimer's Association, 2016).

9.2. Ética del diagnóstico precoz o temprano

La enfermedad de Alzheimer puede aparecer en la vida de una persona hasta 10 años antes de que ocurran los síntomas, no obstante, la realización de un diagnóstico precoz significa “la detección de un problema de salud en su fase preclínica, es decir, cuando aún no se ha manifestado clínicamente” (p. 51). Por tanto, sabemos que existe “[...] una fase preclínica con depósito de amiloide y formación de ovillos neurofibrilares sin ningún síntoma” (p. 51). Por consiguiente, esto desemboca en una contradicción, pues si no existe demencia ¿cómo la vamos a diagnosticar? (González Rodríguez, Marín Ibáñez, Mateos González, & Sánchez Vázquez, 2009)

De igual modo, siguiéndonos por las afirmaciones de dichos autores, “si se consiguiera retrasar la aparición de la sintomatología de la enfermedad en cinco años la incidencia de la misma disminuiría un 50%” (p. 60). La pregunta en todo caso, no sería la dicha en el párrafo anterior, sino centrarnos en hacer un diagnóstico, independientemente de su estado de evolución, todo ello sin llegar a una pérdida de la autonomía de la persona que padece la enfermedad. Por lo tanto, sería conveniente la realización de un diagnóstico temprano consistente en la “detección de un proceso a partir de sus manifestaciones clínicas iniciales [...]” (p. 53). Este tipo de diagnóstico es la opción actual más recomendable, ya que según afirma Olazarán (2018): ‘La detección temprana es fundamental para retrasar la aparición de la demencia y para poder planificar medidas de protección y futuros cuidados’ (párr. 5).

Además, vemos que nos encontramos con un notable aumento del número de personas diagnosticadas: “[...] unos 500.000 en España según la Confederación española de familias de enfermos de Alzheimer y otras demencias, y la estimación de 1.200.000 para el 2025, cuya prospectiva mundial para el 2050 es de unos cien millones de personas” (Casado & Buxó, 2013, p. 9).

En cambio, el problema ético con el que nos encontramos, a parte de la controversia previamente dicha, es el periodo ventana que existe entre la detección de la enfermedad y la manifestación o aparición de los síntomas. Sin embargo:

En pro del diagnóstico precoz, algunos estudios afirman que los fármacos no curan, pero la intervención farmacológica en las fases iniciales puede modificar el curso o la ‘historia natural de la enfermedad’, y, en concreto, con la entrada de fármacos específicos se obtienen beneficios sintomáticos y paliativos sobre la cognición y la

actividad funcional, lo cual permite retrasar síntomas y conseguir un deterioro cognitivo menor que los no tratados (Boada, citado en Casado & Buxó, 2013, pp. 10-11).

9.3. Recursos sociales, asistenciales y sanitarios

Las personas que padecen la enfermedad de Alzheimer necesitan de una serie de recursos que satisfagan, en la medida de lo posible, los problemas que acarreen esta enfermedad con la finalidad de mejorar la calidad de vida tanto del/de la paciente como del familiar. Para ello, acorde a la CEAFA (2008), vemos que tendremos acceso a unos recursos sanitarios tales como la **atención primaria** y la **especializada**, además de una **Unidad de Memoria y Demencias** (ubicada generalmente en Hospitales de Larga Estancia), en los cuales se atenderán al paciente en lo referente a su diagnóstico, tratamiento, evolución y seguimiento de los síntomas que vayan manifestándose durante el desarrollo de la enfermedad.

Los **servicios de atención domiciliaria (SAD)** componen otro recurso de asistencia profesional que mantiene la autonomía del/de la paciente en su propio hogar durante un periodo de tiempo, incluyendo ayudas relacionadas con las tareas domésticas y el cuidado personal combinando el transporte de comida preparada a domicilio, servicios de teleasistencia, rehabilitación y de adaptación de la vivienda (CEAFA, 2008).

Los **centros de día** son otro tipo de recurso en el cual, según la Fundación Pasqual Maragall (2019):

[...] ofrecen acogida diurna para favorecer la recuperación y el mantenimiento de la autonomía personal y social. También ofrecen apoyo a las familias y pueden incluir servicios de manutención, transporte, seguimiento médico y fisioterapia, entre otros. Para acceder es preciso tener reconocido un grado de dependencia (párr. 8).

Las **residencias** también son un recurso accesible para los/las pacientes ya que cumplen con una función y atención sociosanitaria y asistencial en el cual: “Ofrecen alojamiento, manutención, acogida, convivencia, apoyo personal y atención especializada permanente. En ocasiones también temporal” (Fundación Pasqual Maragall, 2019, párr. 9). Además, el perfil que ingresa suele tener una dependencia considerable y/o escaso sustento u apoyo familiar, lo que supone a ésta un respiro (CEAFA, 2008).

También nos encontramos con la existencia de **centros especiales sociosanitarios** en el que se ofrecen servicios y atención especializada compuesta por equipos interdisciplinarios sanitarios y sociales (Fundación Pasqual Maragall, 2019). Cabe decir que en las residencias existe además, una Unidad Psicogeriátrica o de Demencia en el que se da una asistencia y tratamiento más específico (CEAFA, 2008).

Nos encontramos además, con **viviendas tuteladas** o con **servicios de apoyo**, realizándose tareas domésticas y de mantenimiento, asistencia sanitaria, comida a domicilio, y servicios de acompañamiento y apoyo a la persona que desarrolle la enfermedad (CEAFA, 2008).

Las **Asociaciones de Familiares de personas que padecen de Alzheimer** ofrecen información, orientación, apoyo y servicios dirigidos tanto a los/las pacientes como a sus familiares: “apoyo psicológico y jurídico, grupos de ayuda, conferencias, cursos, vacaciones terapéuticas para personas con demencia, excursiones, grupos de apoyo al cuidador, talleres de memoria y psicoestimulación, musicoterapia, etcétera” (Fundación Pasqual Maragall, 2019, párr. 16).

El problema viene, a día de hoy, con los trámites y demoras que existe en el tiempo debido a las largas listas de espera y a la saturación que encontramos de los propios recursos de la comunidad, sabiendo que esta enfermedad evoluciona con el tiempo. Sin embargo:

[...] hay dos conceptos cruciales en el desarrollo y uso de estos recursos que son: la planificación y la coordinación; de forma que se haga un uso racional de los recursos disponibles dependiendo de la etapa de la enfermedad y establecer una coordinación entre los diferentes niveles asistenciales para que, el paso de un recurso a otro, no se convierta en “otra” larga peregrinación para la familia sino en el paso natural a otro nivel asistencial (Confederación Española de Asociaciones de Familiares de personas con Alzheimer y otras demencias, 2008, p. 111).

9.4. Vacuna

Según (Ramos, 2021) se encuentra en proceso de investigación una posible vacuna para las personas que padecen la enfermedad de Alzheimer, debido a que se ha comprobado en ratones la eliminación del cúmulo de proteínas amiloides y tau en el cerebro de estos animales genéticamente modificados y, por tanto, al ser estas placas seniles las responsables de desencadenar dicha degeneración de las neuronas, los/las científicos/as e investigadores/as creen que en 2 años podría estar lista la aplicación de esta vacuna en

personas, de acuerdo al dato esperanzador afirmado por los investigadores de la Universidad de California en Irvine.

10. EL PAPEL DEL/DE LA TRABAJADOR/A SOCIAL EN RELACIÓN A LA ENFERMEDAD

Para empezar a intervenir en el ámbito familiar de las personas que padecen de la enfermedad de Alzheimer, es necesario que el/la trabajador/a social conozca previamente el qué (conceptos) y el cómo (evolución y fases por las que transcurre) es la enfermedad, así como sus orígenes, epidemiología y sintomatología, además de los cuidados que necesita por parte de un familiar cercano o cuidador/a, los cuales hemos desarrollado en este trabajo. Una vez hecho esto y teniendo conocimiento de la enfermedad, el/la profesional podrá ejecutar sus intervenciones, dirigidas tanto a la persona enferma como al principal cuidador o cuidadora y/o familiar, de manera individual, grupal y/o a nivel comunitario (Fernández, 2009).

No obstante, antes de poder intervenir, también se requiere que el/la profesional posea una serie de competencias y habilidades para llevar a cabo su misión, los objetivos y funciones a desempeñar en esta área sociosanitaria, las cuales veremos a continuación:

Nuestra **misión** como profesionales del trabajo social es facilitar y ayudar a que las personas desarrollen de manera plena su potencial y/o autonomía, prevengan futuras disfunciones o problemáticas y se conviertan en agentes de su propio cambio. Para ello, pondremos a disposición de las personas usuarias todos nuestros conocimientos, recursos, servicios y prestaciones disponibles, en aquellas áreas que puedan necesitar ayuda (Lorenzo, 2014, párr. 1).

Los **objetivos** del/de la trabajador/a social a conseguir de acuerdo a Lorenzo (2014) serán los siguientes:

- Contribuir a la consecución del bienestar físico, emocional, psicológico, social... de la persona enferma y de su familia.
- Facilitar la adaptación a la enfermedad y a los cambios que vayan surgiendo.
- Evitar y prevenir situaciones de sobrecarga y estrés en el/la cuidador/a principal.
- Apoyar en la organización familiar y en los cuidados.
- Dotar a las familias de estrategias y recursos de apoyo.

- Sensibilización sobre la enfermedad y potenciar la creación de redes de ayuda y voluntariado.

Y las **funciones** que deberá desempeñar un/a trabajador/a social que quiera intervenir con personas que desarrollan la enfermedad de Alzheimer, dependerá siempre de la entidad en la que se encuentre su labor, ya que:

[...] el trabajador social debe ser un profesional de referencia para profesionales sanitarios, y de apoyo y refuerzo a familiares para la búsqueda recursos y prestaciones sociales, al mismo tiempo que favorece la participación de la comunidad, sirviendo de puente entre el centro de salud y la comunidad (Fernández, 2009, p. 36).

Y con ello, acorde a Lorenzo (2014), las funciones del/de la trabajador/a social generalmente son los siguientes:

-A nivel individual (dirigiéndonos a la persona cuidadora y al usuario o usuaria) será:

- 1) La realización de una entrevista y visita domiciliaria para recolectar toda la información referente a sus necesidades y/o problemáticas que se les presente respecto a la situación familiar, vivienda, economía, estado del enfermo/a, redes sociales y de apoyo con los que cuenta el usuario y la familia, recursos, etc.
- 2) Elaboración de un diagnóstico y valoración social con un establecimiento jerárquico de las necesidades para poder establecer unos objetivos y una intervención.
- 3) Informarse sobre la enfermedad e ir presentando posibles alternativas u opciones teniendo en cuenta la fase o etapa en la que se encuentre el usuario y su realidad familiar.
- 4) Informar y asesorar sobre los recursos sociales, programas y servicios disponibles con los que se les puede ayudar.
- 5) Tramitar y gestionar las prestaciones y servicios disponibles
- 6) Derivar a otros servicios, recursos o entidades y coordinándose siempre que sea posible con otros profesionales

- 7) Realizar un seguimiento y evaluación del caso para posteriores intervenciones, valorando que los recursos se adecúan a sus necesidades, y contactar con el cuidador para ir comprobando su evolución y prevenir posibles sobrecargas.

-A nivel grupal (hacia la familia):

- 1) Crearemos grupos de apoyo para los cuidadores responsables y a cargo de personas que padecen la enfermedad para que éstos compartan sus propias experiencias, interactúen con los demás, se informe sobre la enfermedad, etc.
- 2) Desarrollar y coordinar programas de formación específica para la adquisición de un aprendizaje y mejora de habilidades, capacidades, hábitos y rutinas saludables que mejoren la calidad de vida de los cuidadores y/o familiares.

-Y con la comunidad, la intervención irá dirigida a la población con la finalidad de:

- 1) Desarrollar y coordinar programas de formación, jornadas y eventos de sensibilización sobre la enfermedad.
- 2) Trabajar en equipo y en coordinación con otros profesionales de otros ámbitos que puedan complementar nuestra intervención con las personas con la enfermedad de Alzheimer y sus familiares.
- 3) Organizar y programas de voluntariado con enfermos con la enfermedad de Alzheimer.
- 4) Fomentar los vínculos entre familiares de enfermos con la enfermedad de Alzheimer.

En resumen, es importante: la promoción, coordinación e intervención de los/las profesionales de los centros de salud tanto a nivel individual como grupal y comunitaria, la primera entrevista que realiza el/la trabajador/a social con el familiar (teniendo en cuenta siempre las emociones y sentimientos de los mismos (asertividad y empatía)), la puesta en información sobre los cambios conductuales de la persona usuaria, y también es relevante el ofrecimiento, asesoramiento, orientación e información sobre los recursos sociales disponibles por parte del/de la trabajador/a social y la coordinación con otros/as profesionales del centro de salud o de otras entidades (Fernández, 2009).

11. CONCLUSIONES

- La enfermedad del Alzheimer no forma parte del envejecimiento considerado como “normal”.

- No fue hasta la década de los 70 cuando la enfermedad de Alzheimer fue reconocida como causa de demencia frecuente.
- Es una enfermedad neurodegenerativa, progresiva y tipo de demencia más frecuente y común de larga duración en la que se van perdiendo las neuronas del cerebro, por el acúmulo de la proteína amiloide y la presencia de ovillos neurofibrilares y placas seniles en el cerebro, produciendo todo ello unas alteraciones cognitivas, funcionales y psicológicas, que a su vez, transcurre durante una etapa inicial, moderada y avanzada hasta que la persona llega a su defunción.
- La persona puede desarrollar la enfermedad de Alzheimer hasta 10 años antes de que aparezcan los síntomas, lo que sería recomendable la realización de un diagnóstico temprano en el que se detecte cuanto antes la enfermedad, para así poder retrasar su aparición a través del tratamiento y medidas necesarias que hagan evitar el avance y desarrollo de dicha enfermedad, pudiendo así planificar las correspondientes medidas y cuidados futuros ya que, la mayoría de las veces, en la fase inicial de la enfermedad, los síntomas que aparecen en la persona enferma suelen pasar desapercibidos tanto por los familiares y amigos/as como por las personas de su entorno, generando esto como consecuencia, un problema tanto para la persona que padece la enfermedad como para sus familiares o personas cercanas.
- Por lo tanto, la enfermedad de Alzheimer no solo afecta a la persona que la padece sino también a su familia y/o cuidadores.
- Es importante que la/s persona/s responsable/s de los cuidados de la persona enferma se informen y obtengan el conocimiento necesario sobre la evolución y desarrollo por el que transcurre la enfermedad de Alzheimer.
- La familia debe planificarse sobre la organización o derivación de los cuidados que conlleva la persona enferma teniendo en cuenta siempre la situación económica y social, ya que el/la principal cuidador/a familiar no debe de asumir toda la responsabilidad, y es importante la colaboración de los demás miembros familiares así como de los/las profesionales.
- La enfermedad de Alzheimer representa entre un 60% y 70% de los casos de demencia, es la primera causa de discapacidad a nivel mundial afectando a 40 millones de personas y, a 800.000 personas en España. Centrándonos en la edad, el 90% de los casos sucede en personas a partir de 65 años de edad, cifra que se duplica cada década. En cuanto al sexo, se da más en mujeres y, teniendo una

mediana aproximada de entre 3 y 6 años de duración vital en la persona que padece la enfermedad, estimándose que la cifra de afectados será el doble en dos décadas a nivel mundial, debido a la aparición de casi 10 millones de casos nuevos al año. Y las cifras existentes a nivel nacional, en España se prevé que llegue a los 2 millones de personas afectadas por la enfermedad para el 2050.

- Respecto a la etiología de la enfermedad vemos que es desconocida. Sin embargo, existe entre un 10% y 20% de los casos que se pueden dar debido a factores genéticos y un 80% por factores ambientales.
- Para su prevención, se recomienda un ejercicio físico moderado y una actividad mental extensa durante la vida de la persona, además de llevar un estilo de vida saludable, complementándolo con una dieta mediterránea.
- El objetivo de un/a trabajador/a social, será el de provocar el cambio a nivel individual, grupal y comunitario. Para ello, siempre será necesario recoger toda la información existente sobre la situación y entorno de la persona enferma, así como las necesidades y problemáticas que se le presenten para ir desarrollando un diagnóstico y poder intervenir. Además, el/la trabajador/a social deberá de informar sobre la enfermedad a la persona cuidadora o a cargo del/ de la paciente, así como de los recursos, servicios y programas existentes, realizando los trámites y gestiones necesarios para su derivación cuando se requiera y con el consentimiento de los familiares. Durante el proceso, el/la profesional siempre deberá de poseer las habilidades sociales necesarias para su intervención, así como la coordinación y colaboración con el equipo multidisciplinar del centro de salud y/o con otros/as profesionales de otras entidades.

12. REFERENCIAS

- Alzheimer's Association. (Noviembre de 2016). *Alzheimer's Association*. Obtenido de Alzheimer's Association: https://www.alz.org/national/documents/sp_brochure_basicsfalz.pdf
- Alzheimer's Association*. (2018). Recuperado el 15 de Diciembre de 2020, de <https://www.alz.org/alzheimer-demencia/que-es-la-enfermedad-de-alzheimer?lang=es-MX>
- Amador-Marín, B. (Marzo-Abril de 2017). Eficacia de las intervenciones no farmacológicas en la calidad de vida de las personas cuidadoras de pacientes con enfermedad de Alzheimer. *Gaceta Sanitaria*, 31(2), 154-160.
- Ardizzone, M. (2014-2021). *SUPERCUIDADORES*. Obtenido de SUPERCUIDADORES: <https://cuidadores.unir.net/informacion/enfermedades/sistema-nervioso/alzheimer/140-fases-del-alzheimer>
- Ares, J. L., Acebes Rey, J. M., & Bowakim Dib, W. (2001). Actualización: esclerosis múltiple. *MEDIFAM*, 11(9), 516-529.
- Arroyave, P., & Riveros, M. (2006). Enfermedad de Huntington. *La Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*, 47(2), 121-130.
- Barranco-Quintana, J. L., Allam, M. F., Del Castillo, A. S., & Navajas, R. F.-C. (2005). Factores de riesgo de la enfermedad de Alzheimer. *Revista de Neurología*, 613-618.
- Brenner, M. (13 de Octubre de 2020). *Medical Xpress*. Obtenido de Medical Xpress: <https://medicalxpress.com/news/2020-10-binge-alzheimer-diseaseand-younger-severe.html>
- Campdelacreu, J. (2014). Enfermedad de Parkinson y enfermedad de Alzheimer: factores de riesgo ambientales. *Neurología*, 541-549.
- Carretero, V. I. (2011). Qué es una demencia. Formas más frecuentes. En V. I. Carretero, C. Pérez Muñoz, V. Sánchez-Valladares Jaramillo, & A. Balbás Repila, *Guía práctica para familiares de enfermos de Alzheimer* (págs. 8-13). Madrid: PwC.
- Casado, M., & Buxó, M. J. (2013). Asedio compasivo: los vericuetos del cuidar. *Revista de Bioética y Derecho*, 4-19.

Clinical Tools, I. (1995-2020). *Dementia Care Central*. Recuperado el 15 de Diciembre de 2020, de La enfermedad de Alzheimer: <https://www.dementiacarecentral.com/caregiverinfo/la-enfermedad-de-alzheimer-introduccion/>

Confederación Española de Alzheimer. (10 de Abril de 2012). *Estudio demuestra que el tratamiento con Ginko Biloba protege contra Alzheimer*. Obtenido de Estudio demuestra que el tratamiento con Ginko Biloba protege contra Alzheimer: <https://www.ceafa.es/es/que-comunicamos/noticias/estudio-demuestra-que-el-tratamiento-con-ginko-biloba-protege-contra-alzheimer#:~:text=Cient%C3%ADficos%20franceses%20pudieron%20demostrar%20que,al%20menos%20en%20un%2047%25.>

Confederación Española de Asociaciones de Familiares de personas con Alzheimer y otras demencias. (2008). *CEAFA. Atender a una persona con Alzheimer*. (C. E. Demencias, Ed.) Pamplona: Caja Madrid Obra Social. Obtenido de CEAFA: <https://www.ceafa.es/es/el-alzheimer/la-enfermedad-alzheimer>

Custodio, N. (oct./dic. de 2018). Evolución histórica del concepto y criterios actuales para el diagnóstico de demencia. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 81(4).

Donoso, A. (Noviembre de 2003). La enfermedad de Alzheimer. *Revista Chilena de neuro-psiquiatría*, 41, 13-22.

EE.UU., I. N. (5 de Abril de 2016). *Instituto Nacional Del Cáncer de los institutos nacionales de la salud de EE.UU.* Obtenido de <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/modelo-murino>

Enciclopédico, D. (2009). *The Free Dictionary*. Obtenido de <https://es.thefreedictionary.com/isoleucina>

Esandi Larramendi, N., & Canga-Armayor, A. (Junio de 2011). Familia cuidadora y enfermedad de Alzheimer: una revisión bibliográfica. *Gerokomos*, 22(2), 56-61.

Española, G. D. (2016). *The Free Dictionary*. Obtenido de <https://es.thefreedictionary.com/carboxilo>

Española, G. D. (2016). *The Free Dictionary*. Obtenido de <https://es.thefreedictionary.com/tomograf%c3%ada>

Española, G. D. (2016). *The Free Dictionary*. Obtenido de <https://es.thefreedictionary.com/positrones>

Española, G. D. (2016). *The Free Dictionary*. Obtenido de <https://es.thefreedictionary.com/fibrilaci%c3%b3n>

Española, G. D. (2016). *The Free Dictionary*. Obtenido de <https://es.thefreedictionary.com/hipoacusia>

Española, R. A. (s.f.). *Diccionario de la Lengua Española*. Real Academia Española. Recuperado el 31 de Mayo de 2021, de <https://dle.rae.es/carboxilo>

Falcón, J. C. (2020). Factores de riesgo asociados a pacientes con enfermedad de Alzheimer. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 1-18.

Fernández, E. F. (2009). El trabajo social sanitario con las familias de los enfermos de alzheimer. *Revista de trabajo y acción social*, 13-38.

Fundación Española de Ayuda a la Investigación de Párkinson. (6 de Abril de 2020). *Conoce el parkinson*. Obtenido de Curemos el parkinson: <https://conoceelparkinson.org/cuidados/dia-internacional-parkinson-2020/>

Fundación Pasqual Maragall. (17 de Mayo de 2019). *Hablemos del Alzheimer*. Obtenido de Recursos sociales para personas con Alzheimer y familiares: <https://blog.fpmaragall.org/recursos-sociales-para-personas-con-alzheimer-y-familiares>

García, R. F. (2017). *Trabajo social en alzhéimer y otras demencias neurodegenerativas* (Primera ed.). (F. A. Galicia, Ed.) Galicia: FAGAL.

Garre-Olmo, J. (1 de Junio de 2018). Epidemiología de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. *Revista de Neurología*, 377-386.

González Rodríguez , L. G., Palmeros Exsome , C., González Martínez , M. T., Pérez Ávila , M., & Gutiérrez López , M. (2016). FACTORES DIETÉTICOS Y NUTRICIONALES EN LA PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER. *Revista de Salud Pública y Nutrición*, 28-37.

González Rodríguez, V. M., Marín Ibáñez, A., Mateos González, A., & Sánchez Vázquez, R. (2009). *Guía de Buena Práctica Clínica en Alzheimer y otras demencias* (Segunda ed.). Madrid: Organización Médica Colegial de España. Gobierno de España.

Grupo Estatal de Demencias. (2019). *Plan Integral de Alzhéimer y otras Demencias*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

Grupo Indukern . (17 de 9 de 2020). *Kern Pharma*. Obtenido de El impacto social del alzheimer: <https://www.kernpharma.com/es/blog/el-impacto-social-del-alzheimer>

Guerra, J. J., García Arjona, L., & Díaz Marante, J. P. (2014). Demencias y enfermedad de Alzheimer un recorrido por la historia. *Publicación Periódica de Gerontología y Geriátría (GEROINFO)*, 9(1), 17. Obtenido de Medigraphic.

Herrera, U. C. (31 de Mayo de 2010). *Epónimos científicos*. Obtenido de <https://blog.uchceu.es/eponimos-cientificos/wp-content/uploads/sites/24/2011/10/eponimo-ataxia.pdf>

Instituto Nacional de Desórdenes Neurológicos y Accidentes Vasculares. (Junio de 2002). *Instituto Nacional de Desórdenes Neurológicos y Accidentes Vasculares*. Obtenido de Instituto Nacional de Desórdenes Neurológicos y Accidentes Vasculares (NINDS): https://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/span_esclerosis.pdf

Jaramillo, V. S.-V. (2011). Conviviendo con la enfermedad;la familia. En V. I. Carretero, C. Pérez Muñano, V. Sánchez-Valladares Jaramillo, A. Balbás Repila, & L. F. Pérez (Ed.), *Guía práctica para familiares de enfermos de alzheimer* (págs. 72-77). Madrid: PwC.

Jurado, M. Á., Mataró, M., & Pueyo, R. (2016). *Neuropsicología de las enfermedades neurodegenerativas*. Madrid: Síntesis.

Lage, J. M. (2002). Alzheimer: diez años de progreso. *Ars Médica. Revista de Humanidades*, 203-213.

Larousse, P. (1852). *Enciclopedia Larousse*. Francia: Larousse Editorial.

Llaneza, M. Á. (Enero de 2020). Más de 50.000 personas en España sufren Esclerosis Múltiple. *Geriatricaria*.

Llibre Rodríguez, J., & Guerra Hernández, M. (2002). Actualización sobre la enfermedad de Alzheimer. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 18(4), 264-269.

Lorenzo, E. (10 de Febrero de 2014). *Blog del CRE de Alzheimer. Espacios Colaborativos del Imserso*. Obtenido de Blog del CRE de Alzheimer. Espacios Colaborativos del Imserso: <https://blogcrea.imserso.es/trabajo-social-y-alzheimer/>

Martín, J. A. (22 de Noviembre de 2018). *CRE de Alzheimer*. Obtenido de Recurso en alzhéimer y demencia: Atención básica: <https://blogcrea.imserso.es/recursos-en-alzheimer-y-demencia-atencion-basica/>

Ministerio de Sanidad, S. S. (2016). *Estrategia en Enfermedades Neurodegenerativas del Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Gobierno de España.

Muñano, C. P. (2011). Trabajando en casa para reforzar la mente. En V. I. Carretero, C. Pérez Muñano, V. Sánchez-Valladares Jaramillo, & A. Balbás Repila, *Guía práctica para familiares de enfermos de Alzheimer* (págs. 26-37). Madrid: PwC.

Olazarán, J. (21 de Septiembre de 2018). *Centro Integral Oncológico Clara Campal. Hospital Universitario HM Sanchinarro*. Obtenido de Centro Integral Oncológico Clara Campal. Hospital Universitario HM Sanchinarro: <https://www.hmciocc.com/prensa/notas-de-prensa/deteccion-precoz-sintomas-alzheimer-retrasar-la-progresi%C3%B3n-de-la-enfermedad>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (21 de Septiembre de 2020). *Organización Mundial de la Salud (OMS)*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>

Ortiz Uriarte, R., García Ribes, M., Martín Gutiérrez, V. M., Sorlí, J. V., Valderrama Zurián, F. J., Mingarro Castillo, M. M., & Ejarque Domènech, I. (Junio de 2009). Ataxia de Friedreich. *ELSEVIER*, 41(6), 339-341.

Peña-Casanova, J. (1999). *Enfermedad de Alzheimer. Del diagnóstico a la terapia: conceptos y hechos* (1999 ed.). Barcelona: Activemos la mente.

Prieto, C., Eimil, M., López de Sil, C., Llanero, M., & Villarejo, A. (2021). Informe de la Fundación del cerebro. Impacto Social de la Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias.

Elsevier España, 39-49. Recuperado el 16 de Diciembre de 2020, de <https://www.sen.es/saladeprensa/pdf/Link280.pdf>

Pupo, J. M., Díaz Rojas, Y. V., Rojas Rodríguez, Y., Rodríguez Batista, Y., & Núñez Arias, E. (2013). Actualización en enfermedad de Huntington. *Scientific Electronic Library Online*, 546-557.

Ramos, C. (6 de Enero de 2021). La vacuna contra el alzhéimer podría estar en dos años. *Diario de Córdoba*.

Redacción Médica. (17 de Septiembre de 2020). En España hay 800.000 personas con alzhéimer y serán el doble en 20 años. *Redacción Médica*.

Robert L. Nussbaum, M., & Christopher E. Ellis, P. D. (2003). Enfermedad de Alzheimer y enfermedad de Parkinson. *The New England Journal Medicine*, 1356-1364. Obtenido de Epidemiología de la enfermedad del alzhéimer: <http://www.neurowikia.es/content/epidemiolog%C3%AD-de-la-enfermedad-de-alzheimer>

Sánchez, C. (4 de Diciembre de 2019). *Rafer. Innovación laboratorio clínico*. Obtenido de <https://www.rafer.es/innovacion-laboratorio-clinico/el-alzheimer-y-la-formacion-de-placas-seniles/#:~:text=Las%20placas%20seniles%20o%20amiloides&text=Se%20trata%20de%20un%20ac%C3%BAmulo,inicio%20de%20la%20disfunci%C3%B3n%20cognitiva>.

Services, U. D. (22 de Mayo de 2020). *El Instituto Nacional Sobre el Envejecimiento*. Recuperado el 15 de Diciembre de 2020, de Hoja informativa sobre la enfermedad de Alzheimer: <https://www.nia.nih.gov/espanol/hoja-informativa-sobre-enfermedad-alzheimer>

Sociedad Española de Neurología. (19 de Septiembre de 2019). 21 de septiembre: Día Mundial de la Enfermedad de Alzheimer. El 35% de los casos de Alzheimer se pueden atribuir a nueve factores de riesgo modificables. *Sociedad Española de Neurología*, 2.

Tagarelli, A., Piro, A., Tagarelli, G., Lagonia, P., & Quattrone, A. (Junio de 2006). Alois Alzheimer: cien años después del descubrimiento del trastorno del mismo nombre. *International journal of Biomedical science*, 2(2), 196-204. Obtenido de Alzheimer: la historia de una enfermedad que desafía a la ciencia: <https://www.caeme.org.ar/alzheimer-la-historia-de-una-enfermedad-que-desafia-a-la-ciencia/>

Terrado Quevedo, S. P., Serrano Durán, C., Galano Guzmán, Z. G., Betancourt Pulsán, C. A., & Jiménez de Castro Morgado, M. I. (Septiembre-Octubre de 2018). Enfermedad de Alzheimer, algunos factores de riesgo modificables. *Revista Información Científica*, 97(5), 1031-1042.

Troncoso, J. C., Kawas, C. H., Pardo, C. A., & Aguilar Rebolledo, F. (Julio-Diciembre de 2006). Lesiones precoces en la enfermedad de Alzheimer. *Plasticidad y Restauración Neurológica*, 129-135.

Unidos, B. N. (25 de Septiembre de 2020). *MedlinePlus*. Recuperado el 15 de Diciembre de 2020, de Enfermedad de Alzheimer: <https://medlineplus.gov/spanish/alzheimersdisease.html>

Villarejo Galende, A., Eimil Ortiz, M., Llamas Velasco, S., Llanero Luque, M., López de Silanes de Miguel, C., & Prieto Jurczynska, C. (Enero-Febrero de 2021). Informe de la Fundación del Cerebro. Impacto social de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. *Neurología*, 36(1), 39-49.

Zapata-Zapata, C. H., Franco-Dáger, E., Solano-Atehortúa, J. M., & Ahunca-Velásquez, L. F. (Abril-Junio de 2016). Esclerosis lateral amiotrófica: actualización. *IATREIA*, 29(2), 194-205.