



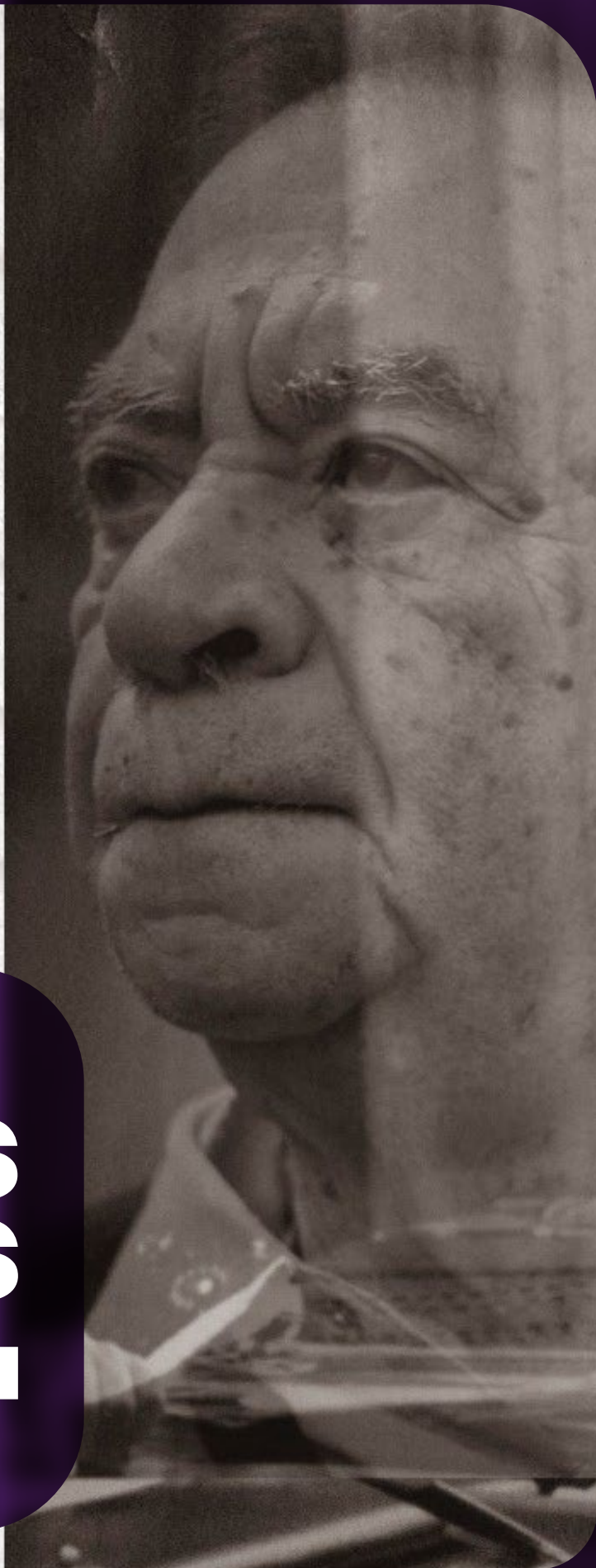
ALZHEIMER MÉXICO, I.A.P.®

Una esperanza de vida



Guía para **cuidados personas con demencia**

Alzheimer México, I.A.P.



Te acompañamos de la mano para que
sepas todo para poder cuidar a personas
con los distintos tipo de demencia.



ALZHEIMER MÉXICO, I.A.P.
Una esperanza de vida

Aliados que inspiran y hacen posible esta iniciativa

Senosiain
Laboratorios

Lilly
A MEDICINE COMPANY

FUNDACIÓN
TELMEX telcel

 **NATIVA**



 **Cobijo y Sonrisas**
A.C. FUNDACIÓN

NEFINTEC
Inteligencia Empresarial 

FUNDACIÓN
MARCO MURILLO

Gracias a su confianza y generosidad, esta iniciativa llega a más familias, llevando información, esperanza y acción en la lucha contra el Alzheimer y otras demencias.

01	Mensaje institucional
02	Información general
03	Tipos de demencia
07	Diagnóstico de demencia
08	¿A quién afecta?
10	¿Qué es el Alzheimer?
11	Panorama general del Alzheimer en México
11	Signos y síntomas del Alzheimer
13	Factores de riesgo
15	Etapas del Alzheimer
17	¿Cómo prevenirla?
18	Tratamiento no farmacológico
20	¿Qué es la estimulación cognitiva
21	Estrategias de estimulación cognitiva
22	Estrategias de cuidado en Actividades Básicas de la Vida Diaria
24	Higiene personal
24	Aseo bucal
27	Vestimenta
28	Uso del inodoro
29	Comida
34	Importancia de la Fisioterapia
35	Beneficios
37	Apoyo al cuidador y la familia
39	Cuidando al cuidador
40	Redes de apoyo
43	Referencias

ÍNDICE

1. Mensaje Institucional

Alzheimer México, I.A.P. es una institución sin fines de lucro que brinda atención integral a personas con Alzheimer y otras demencias, a sus cuidadores y familiares, para mejorar su calidad de vida, proporcionándoles esperanza, fe y amor, motores que nos ayudan a realizar lo que hacemos por aquellos que no nos pueden recordar y sin embargo sabemos que estamos en sus corazones como ellos en el nuestro.

Todo tiene una causa, pero cuando se producen hechos de los cuales tenemos poco conocimiento, debemos trabajar y esforzarnos día a día para estar preparados ante las situaciones que se nos presenten y conseguir buenos resultados en su atención.

Alzheimer – Aprende y Actúa® nace con el objetivo de informar, enseñar, sensibilizar y proveer de herramientas a los cuidadores y familiares de personas con demencia que les permitan cuidarlas y ayudarlas a cuidarse ellas mismas para mejorar su calidad de vida.

Agradecemos a todos los donadores e instituciones que nos apoyan incondicionalmente y que se suman al esfuerzo y compromiso para que podamos fortalecer el camino que habremos de recorrer juntos. También, a nuestros colaboradores que forman el excelente equipo de trabajo que tenemos en Alzheimer México I.A.P. y sobre todo a nuestra Fundadora Lilia Groues del Mazo que le ha dedicado todo su tiempo, trabajo y sobre todo amor para que Alzheimer México I.A.P. sea una realidad.

Sigamos unidos para fortalecer la esperanza que muchos aún tienen, para ayudar aquellos que están perdiendo la fortaleza y para recuperar la fe en aquellos que sienten haberla perdido o extraviado en el dolor que los aqueja.

El camino de la demencia es sin duda un camino difícil, pero puede ser transitado sin renunciar a la alegría, a la paz y a una vida digna. La Institución ha sido y será para los beneficiarios y sus familiares

"Una Esperanza de Vida".

Marco A. Murillo
Presidente del Patronato Alzheimer México, I.A.P.
"Una Esperanza de Vida"

2. Información General

Las demencias, también conocidas como deterioro cognitivo mayor (Gutiérrez, 2014), son un conjunto de síndromes neuropsiquiátricos, caracterizados por la presencia de un deterioro significativo respecto al desempeño previo del paciente a nivel cognitivo (Pensamiento, memoria, lenguaje, juicio y cálculo) y funcional (Actividades básicas y actividades complejas) (Thomas & Nadal, 2001; Rodríguez, 2014, Robledo, Peña, Rojas & Ruiz, 2017), esta alteración es lo suficientemente grave como para interferir de forma significativa en las actividades laborales y sociales de la persona (Cano, 2014; González, 2014).

Aunado a esto, los síndromes demenciales generan en el paciente cambios en la conducta, la personalidad, el sueño, la alimentación y la actividad motora, además de síntomas psicóticos (Pensamiento confuso, alucinaciones, delirios, cambios en la percepción de la realidad) y/o afectivos (Cambios bruscos en el estado de ánimo, la persona puede mostrarse excitada en un momento y presentarse deprimida o decaída al momento siguiente), este conjunto de síntomas es conocidos como neuropsiquiátricos o no cognitivos.

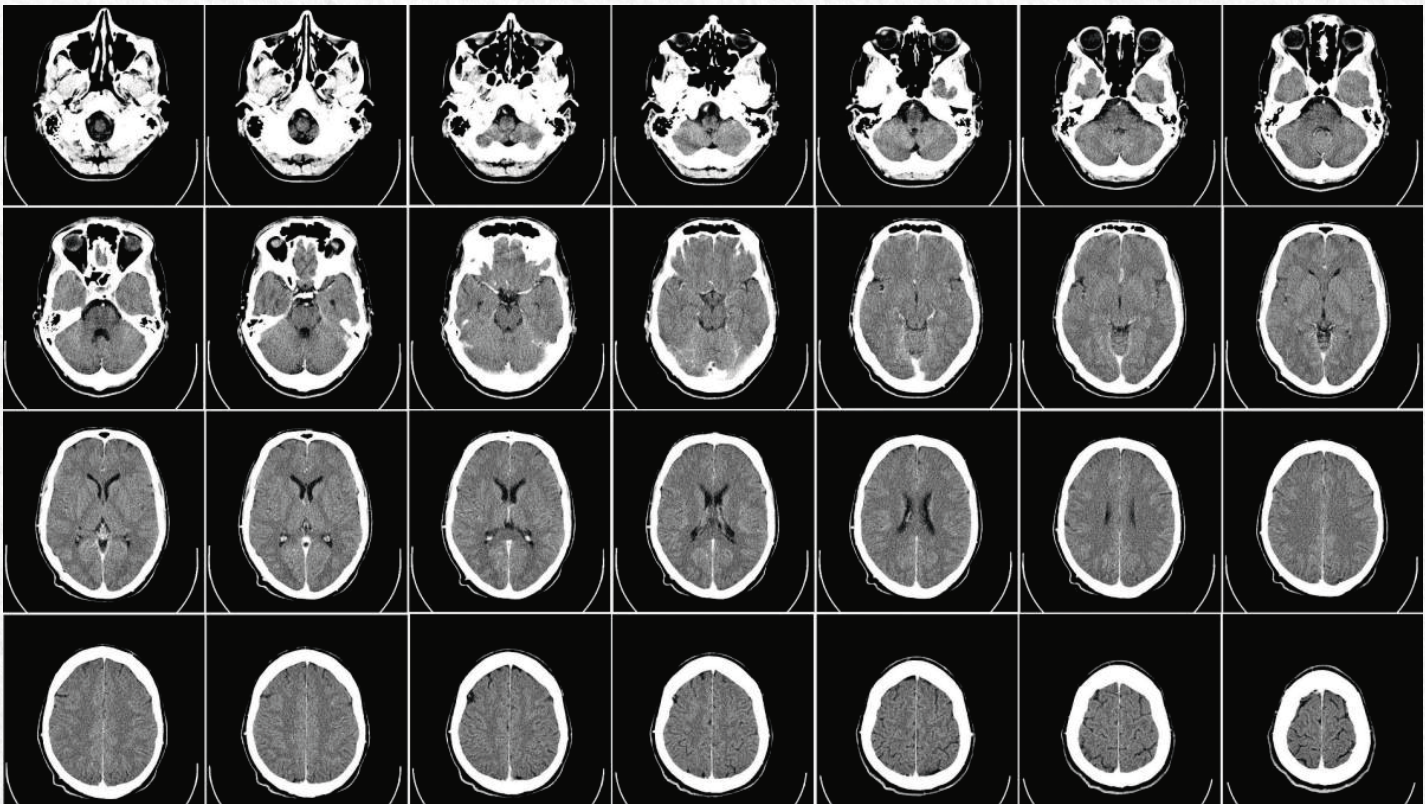
Para dar un diagnóstico acertado de demencia se tiene que tomar en cuenta la presencia de diversos síntomas, su intensidad y su momento de aparición (Longoria, Salinas, & Sosa, 2016).

3. Tipos de demencias

Podemos clasificar a las demencias de acuerdo a su velocidad de evolución, edad de inicio o por el tipo de lesiones que provocan, pero principalmente podemos ordenarlas de acuerdo a su topografía o etiología (causas), esto nos muestra que un mismo tipo de demencia puede tener diferentes tipos de origen (Longoria, Salinas, & Sosa, 2016).

Enfermedad de Alzheimer	Demencia Vascular
Demencia Mixta	Enfermedad de Parkinson
Cuerpos de Lewy	Demencia Fronto Temporal
Enfermedad de Huntington	Enfermedad de Creutzfeld-Jacob
Enfermedad de Binswanger	

Cuadro 1.1 Tipos de Demencias.
Estas son algunas de las demencias más frecuentes que afectan a los adultos mayores.



Podemos dividir la topografía de las demencias en dos grupos principales; corticales y subcorticales. Las demencias corticales afectan principalmente las funciones integradoras y cognitivas de la corteza cerebral, dependiendo del área afectada pueden producirse diferentes tipos de alteraciones como; la incapacidad para identificar estímulos mediante uno o varios sentidos (agnosia), dificultad para realizar movimientos coordinados (Apraxias), diferentes trastornos relacionados con la comprensión o producción del lenguaje (Afasias), déficits en la evocación de los recuerdos (amnesias), o diferentes tipos de alteraciones conductuales. Dentro de este tipo de demencias podemos encontrar a la Enfermedad de Alzheimer (EA) y la demencia frontotemporal (DFT).

En cuanto a las demencias subcorticales, se ven afectadas las estructuras ubicadas debajo de la corteza cerebral como; el núcleo estriado, el tálamo, la sustancia blanca, los núcleos del tronco cerebral y el cerebelo. Del mismo modo, la sintomatología se verá reflejada de acuerdo al tipo de área lesionada, pudiendo producirse alteraciones motoras como: temblor, movimiento lento (Bradicinesia), rigidez, alteraciones en la marcha, caídas, además de problemas cognitivos como; apatía, lentitud del pensamiento y trastornos relacionados con la memoria (Mnésicos), así como síntomas de afasia, apraxia o agnosia, también puede haber incontinencia o cambios frecuentes en el humor de la persona (Labilidad afectiva). Aquí se encuentra la enfermedad de Parkinson y la demencia vascular, esta última puede afectar áreas corticales y subcorticales siendo denominada cortico-subcortical o mixta en su localización (Longoria, Salinas, & Sosa, 2016).

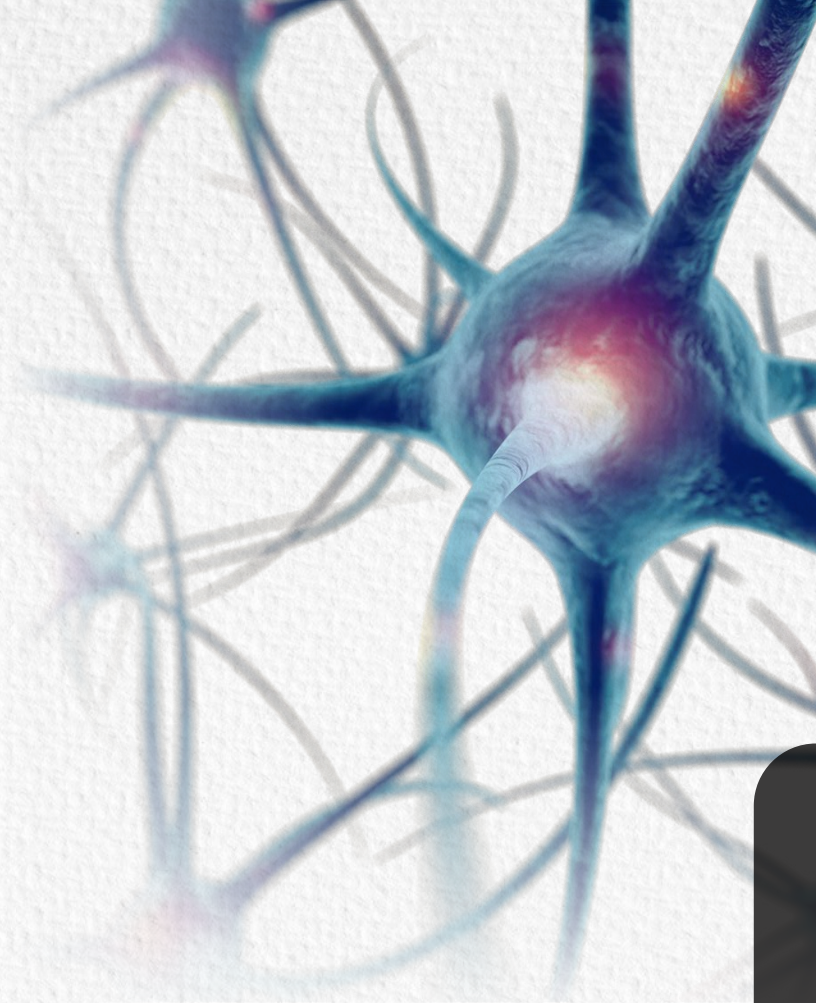


3.1. Topografía de las demencias

Corticales	Subcorticales
- Enfermedad de Alzheimer - Demencia fronto temporal - Atrofias corticales asimétricas	- Demencia por cuerpos de Lewy - Enfermedad de Parkinson - Enfermedad de Huntington - Parálisis supranuclear progresiva - Demencias vasculares - Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob - Demencia por VIH - Neurosífilis - Encefalopatías tóxicas - Demencia postraumática - Hidrocefalia - Neoplasias - Desmielinización

Cuadro 1.2
Esta es la división de las demencias de acuerdo a la zona del cerebro que se ve alterada. Del lado izquierdo se encuentran las demencias que afectan la corteza cerebral y del lado derecho las demencias que afectan zonas o estructuras que se encuentran por debajo de la corteza cerebral.

Para determinar la etiología de las demencias se tiene que tomar en cuenta los antecedentes del paciente, la sintomatología que presenta y la evolución de su cuadro clínico, esto nos permite dividir las demencias en degenerativas o primarias, secundarias y mixtas. Las demencias primarias son consideradas las más comunes y hacen referencia a un proceso neurodegenerativo (En el cual las células del sistema nervioso central dejan de funcionar o mueren de forma progresiva e irreversible), que no se puede atribuir a un solo factor o a una sola causa, aunque comúnmente se encuentran relacionadas a problemas vasculares, en este apartado podemos encontrar a la enfermedad de Alzheimer (EA), la demencia por cuerpos de Lewy (DCDL), y la demencia fronto-temporal (DFT).



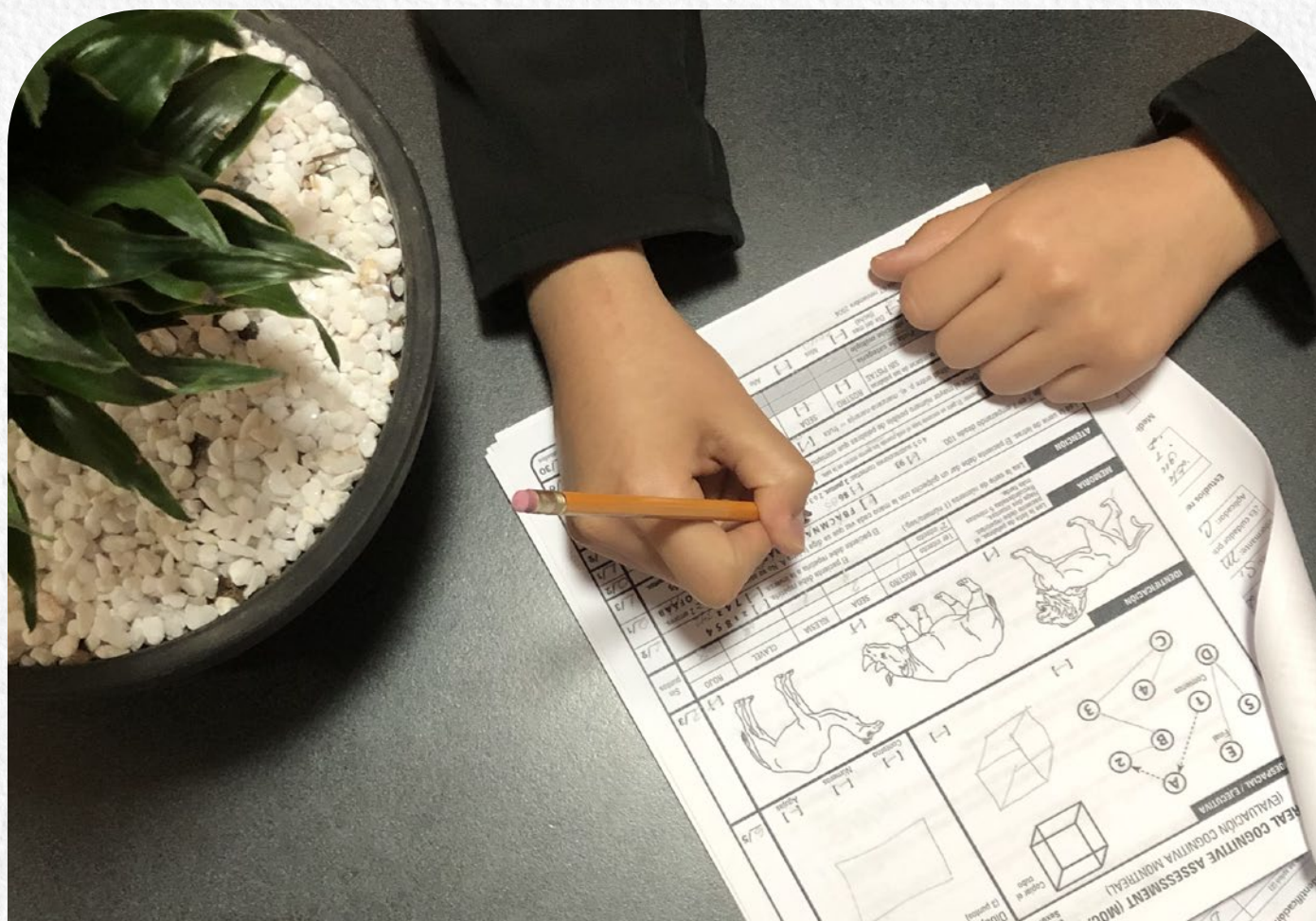
En contrapunto, las demencias secundarias aparecen como consecuencia de un trastorno principal (Por ejemplo; demencia por hidrocefalia), estas también producen muerte neuronal. Por último, las demencias mixtas son aquellas en las que interviene más de un factor, en este caso, los procesos neurodegenerativos tienen un componente vascular que repercute directamente en el desarrollo de la enfermedad. En la demencia mixta, cada factor individual no es suficiente para inducir un síndrome demencial, pero juntos sí (Longoria, Salinas, & Sosa, 2016).

Primarias o Degenerativas	Secundarias	Mixtas
La demencia es la causa principal de la enfermedad y provoca un proceso neurodegenerativo: - Es la manifestación principal o forma parte de un cuadro clínico. - Existe la presencia de lesiones corticales y subcorticales.	La demencia es producto de factores: - Vasculares - Metabólicos - Infecciosos - Tóxicos - Traumáticos - Neoplasias - Desmielinización - Medicamentos - Hidrocefalia	Es una combinación de factores primarios o neurodegenerativos y secundarios que juntos forman un síndrome demencial.

4. Diagnóstico de demencia

La demencia genera múltiples alteraciones cognitivas en quienes la padecen como: pérdida progresiva de la memoria (Amnesia), del lenguaje (Afasia), de la capacidad de reconocer estímulos previamente aprendidos (agnosia), acompañado de alteraciones en la planeación, organización y abstracción del pensamiento, lo cual ocasiona un deterioro en el área social, laboral y personal del individuo (González, 2014; Robledo, Peña, Rojas & Ruiz, 2017). El diagnóstico de demencia requiere de una evaluación clínica, historia médica y exploración física completa del paciente, pero en cuanto al área neurológica se refiere, es de vital importancia evaluar la cognición de los pacientes, para ello se aplican pruebas ya establecidas y reconocidas para ese propósito: el Mini-mental status de Folstein (MMSE), o la prueba canadiense de Montreal para la cognición (MOCA), son herramientas que apoyan al diagnóstico (Rodríguez, 2014).

En el año 2014, en México la prevalencia de personas con demencia era de 860,000. Se estima que para el año 2050, esta cifra alcance un número alarmante de 3.5 millones de personas (Gutiérrez, 2014).





5. ¿A quién afecta?

Principalmente a los adultos mayores de 60 años, con una prevalencia mundial estimada del 5% al 7% (Gutiérrez, 2014; Robledo, Peña, Rojas & Ruiz, 2017), aunque esta enfermedad no es una característica natural del envejecimiento.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2020), cerca de 50 millones de personas padecen demencia en el mundo y se registran alrededor de 10 millones de casos nuevos cada año. La enfermedad de Alzheimer es la forma más común de demencia y contribuye al 60-70% de los casos.



El impacto mundial de la demencia



En todo el mundo
habrá un nuevo caso
de demencia cada

3 segundos

50 millones de personas de todo
el mundo viven con demencia
desde 2018. Esta cifra aumentará
más del triple hasta los

152 millones

para el año 2050.



2018



2030



2050



2018

2030

El coste total estimado de la
demencia en 2018 es de 1 billón
de dólares.

**Esta cifra
aumentará a 2
billones de
dólares para el
año 2030.**

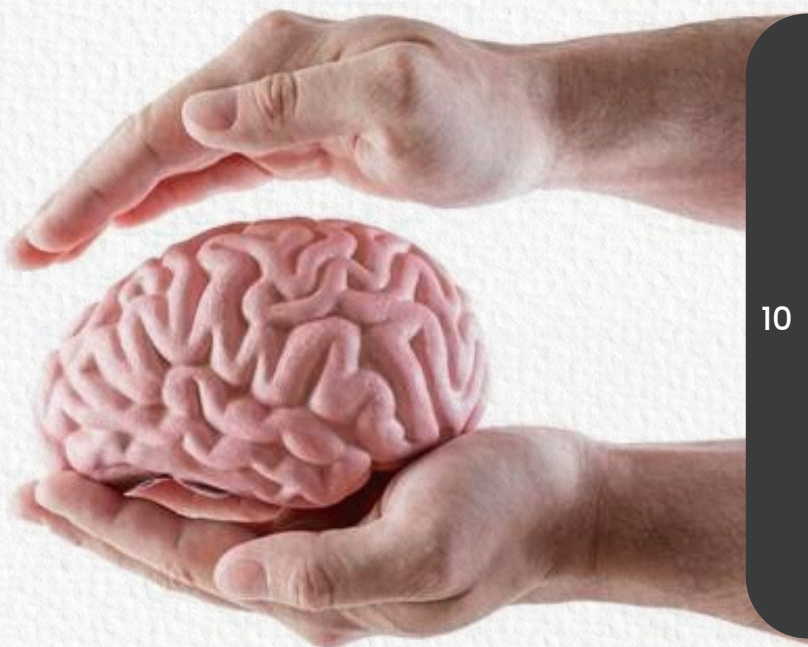
6. ¿Qué es el Alzheimer?

La enfermedad de Alzheimer (EA) es una enfermedad neurodegenerativa y progresiva de tipo cortical, cuyo origen es desconocido. Se trata de la demencia más frecuente en el mundo. Presenta rasgos neuropatológicos, neuroquímicos y genéticos que intervienen en ella para su desarrollo.

Se caracteriza por un declive en las funciones cognitivas del individuo, así como la presencia de alteraciones en la conducta y el estado de ánimo, predominantemente se ve alterada la memoria inmediata y existe la presencia de problemas visoespaciales y del lenguaje junto con déficits en las habilidades motoras adquiridas (Praxias) (Francés, Barandiarán, Marcellán, & Moreno, 2003).

Por lo general esta enfermedad es de lenta progresión y se manifiesta alrededor de los 65 años de edad, siendo el tipo de demencia más frecuente que afecta a adultos mayores (Thomas & Nadal, 2001; Gutiérrez, 2014; Longoria, Salinas, & Sosa, 2016; Robledo, Peña, Rojas & Ruiz, 2017).

El reporte mundial sobre la EA realizado en el año 2010 muestra que alrededor de 35 millones de adultos mayores la padecen en el mundo, para el año 2030 el número aumentará a 66 millones de personas y para el 2050 la cifra alcanzará la alarmante cantidad de 115 millones de personas afectadas (Gutiérrez, 2014).



7. Panorama general del Alzheimer en México

Se ha encontrado que la EA en México tiene una mayor prevalencia en mujeres que en hombres, tanto en el medio urbano como en el rural y el riesgo de padecerla aumenta con la edad de la persona, así como el tener un bajo nivel de estudios y problemas cardiovasculares y/o metabólicos no controlados (González & López, 2014; Gutiérrez, 2014). Se espera que para el año 2050 el número de mexicanos que padecen demencia llegue a la alarmante cifra de 3.5 millones (Gutiérrez, 2014).

8. Signos y síntomas del Alzheimer:

Los signos y síntomas de la EA son usualmente reconocidos y/o confundidos por signos de la edad avanzada o síntomas de otras enfermedades. Es por ello que incluye un índice de síntomas en la etapa temprana, tales como apatía, agitación, ansiedad, anosognosia, conducta motora aberrante, acalculia, alexia, anomia, desinhibición, depresión, irritabilidad, alucinaciones, alteraciones olfatorias y pérdida de peso. La etapa avanzada distingue una serie de síntomas que va desde la pérdida de memoria, dificultad de pensamiento, solución de problemas hasta deterioro del lenguaje (Bature, Guinn, Pang & Pappas, 2017). Cabe aclarar que la manifestación de estos primeros síntomas puede variar de acuerdo con cada persona, a pesar de esto contamos con varios indicadores que nos pueden revelar la posible aparición de la enfermedad de Alzheimer (Alzheimer's Association, s.f.) como lo son:

Pérdida de memoria que repercute en la vida diaria (olvidar información reciente, palabras, acontecimientos, acciones)

Dificultad para llevar a cabo tareas ya conocidas (cocinar, conducir, limpiar, manejar dinero, hacer compras).

Problemas visoespaciales o de reconocimiento visual (no lograr identificar a personas, objetos o lugares conocidos)

Alteraciones en la cognición social, esto es en el juicio social, identificación de relaciones causales, empatía e identificación de emociones.

Desorientación (no saber qué día es, la hora aproximada, el lugar donde se encuentra, como se llama).

Problemas en la planificación o resolución de problemas (no tener claro qué es lo que se quiere hacer o de qué manera abordar un problema para resolverlo o que pasos seguir para llegar a un resultado esperado).

Perder objetos (extraviar objetos y no poder volver sobre sus pasos para encontrarlos).

Incapacidad de mantenerse funcional en actividades sociales y laborales (incapacidad de mantener conversaciones, dejar de realizar sus pasatiempos, incapacidad para realizar su trabajo).

Poca capacidad de juicio (tomar decisiones erróneas respecto a diferente tipo de situaciones).

Problemas al hablar o escribir (no poder pronunciar correctamente una palabra, cambiarle el nombre a diferentes objetos, no poder nombrarlos, así como dificultades para escribir de manera correcta).

Cambios de humor (cambios del estado de ánimo normal de la persona, puede presentarse enojo, ansiedad, depresión).

9. Factores de riesgo

Entre los factores de riesgo que más contribuyen al desarrollo de algún tipo de demencia están la edad, el sexo, el grupo étnico al que pertenece la persona, un bajo nivel de estudios, antecedentes familiares de demencia, un estilo de vida poco saludable (Consumo de tabaco, alcohol, falta de actividad física), la presencia de enfermedades o lesiones (traumatismos craneoencefálicos, hipertensión, diabetes, obesidad, debilidad auditiva), depresión, condiciones socioeconómicas poco favorables y factores psicosociales y ambientales (Estigmas, prejuicios, falta de interacción social, contaminación en el aire) (Thomas & Nadal, 2001; González & López, 2014; Acosta & Sosa, 2016; Bosch, Llibre, Zayas, & Hernández, 2017; Livingston et al., 2020).

Del mismo modo, el principal factor de riesgo que influye en el desarrollo del Alzheimer es la edad, teniendo una prevalencia del 4-5% en adultos menores de 65 años, del 15% en los de 65-74 años, del 44% en los de 75-84 años y 38% en los mayores de 85 años, estabilizándose de los 85 a 90 años (González & López, 2014; Acosta & Sosa, 2016). De forma paralela, aproximadamente el 45% de la población mayor de 85 años presenta algún tipo de demencia a nivel mundial (Acosta & Sosa, 2016).

No obstante, existen ciertos factores de riesgo que son potencialmente modificables (Livingston et al., 2020) tal es el caso de un bajo nivel de educación formal, la hipertensión, la diabetes, la obesidad, la depresión, el tabaquismo, el alcoholismo, la falta de actividad física, la contaminación del aire, lesiones cerebrales traumáticas, problemas auditivos y el poco contacto social.



Para ello se recomienda:

- Fomentar la educación de niños en primaria y secundaria con el objetivo de aumentar la reserva cognitiva sus reservas cognitivas y mantenerlas en la edad adulta.
- Evitar el consumo excesivo de alcohol.
- Reducir el hábito de fumar.
- Mantener un grado óptimo de actividad física en la mediana edad y continuar con el ejercicio en edades más avanzadas.
- Evitar situaciones de riesgo que puedan conducir a lesiones traumáticas en la cabeza.
- Evitar zonas que tengan contaminación por ruido y por humo ajeno de cigarro.
- Fomentar un estilo de vida saludable.
- Incentivar el uso de aparatos auditivos si se los requiere.
- Brindar atención óptima a personas marginales.

Esto puede llegar a reducir en gran medida el riesgo de padecer un tipo de demencia en el futuro, la premisa es que mientras más temprano se realice una intervención para la prevención de la demencia, menor riesgo de padecerla se tendrá en el futuro.

10. Etapas del Alzheimer

Podemos dividir la enfermedad de Alzheimer (EA) en 3 etapas principales (Cano, 2014):

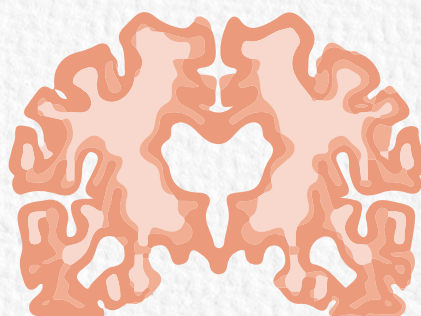
Etapas inicial: Es el proceso de iniciación o aparición de la enfermedad y se presenta con un deterioro progresivo e insidioso de la memoria, este se caracteriza por el olvido de cosas de la vida cotidiana (Dónde deja los objetos, nombres de personas, números de teléfonos, repetir la misma pregunta, etc.). También hay problemas en la orientación y comienzan a presentarse alteraciones en el lenguaje, principalmente aparece una dificultad para precisar los nombres de los objetos (Anomias). Aunque aquí ya existe un deterioro en las áreas social y laboral de la persona, las actividades básicas (Comer, bañarse, vestirse) e instrumentales (Cocinar, limpiar, salir de casa) de la vida cotidiana se encuentran conservadas.

Etapla intermedia: los síntomas o trastornos observados se tornan moderados, se ve un mayor declive de las funciones cognitivas del individuo y se presenta un mayor deterioro en las actividades instrumentales de la vida diaria de la persona, esto corresponde al síndrome afaso-apraxo-agnósico (Alteración en el discurso, la capacidad de realizar movimientos voluntarios, y el no poder reconocer estímulos o situaciones ya conocidos) (Thomas & Nadal, 2001). Es en este punto donde aparecen los trastornos del comportamiento, (caracterizados por agresividad física o verbal) y trastornos del pensamiento (con ideas delirantes).

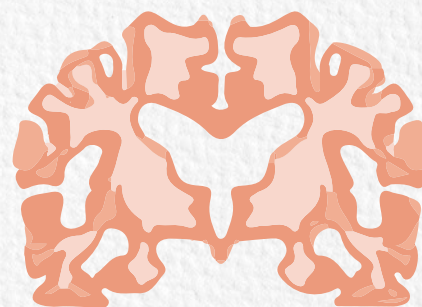
Etapla Terminal: Es la etapa más severa de la enfermedad, el individuo pierde totalmente la autonomía y se convierte en una persona dependiente, requiriendo ayuda para realizar todas las actividades de su vida cotidiana, también se presenta la incontinencia urinaria y fecal, el lenguaje se torna monosilábico o más limitado y se tiene un completo aislamiento del medio que lo rodea.



Cerebro sano



Enfermedad de alzheimer media

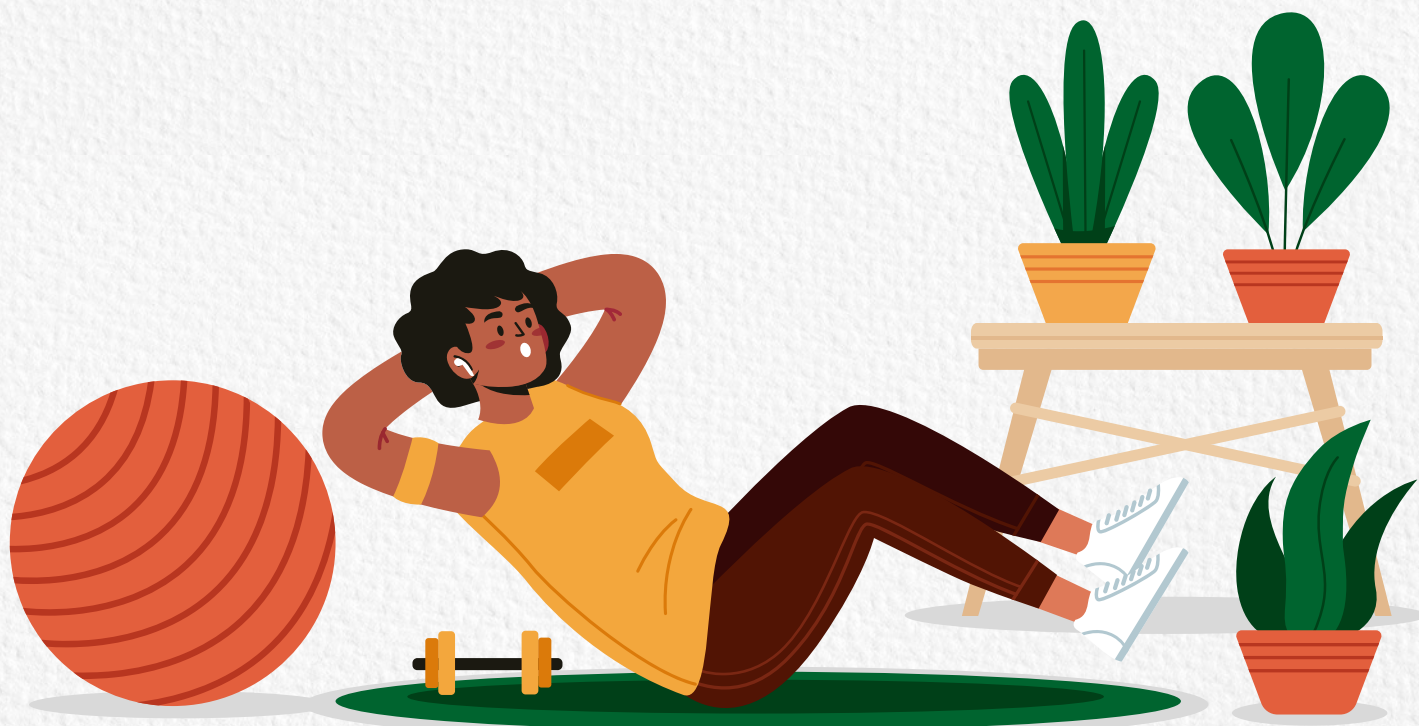


Enfermedad de alzheimer severa

11. ¿Cómo prevenirla?

Muchos de los casos de Enfermedad de Alzheimer (EA) son el resultado de la combinación de factores genéticos, ambientales y el estilo de vida que llevan las personas. La edad, la herencia y los antecedentes familiares no se pueden cambiar (Alzheimer's Association, s.f.). A pesar de esto, estudios recientes (Livingston et al., 2020) revelan información acerca de aquellos factores de riesgo sobre los que sí se puede influir para reducir la probabilidad de desarrollar la enfermedad o detener su progresión.

Se recomienda llevar un estilo de vida saludable, o cambiar el estilo de vida que ya se tiene si éste no es el adecuado;



Dejar de fumar, evitar el consumo excesivo de alcohol, hacer ejercicio, tener una dieta balanceada, dormir adecuadamente, evitar convertirse en personas con sobrepeso o diabetes y reducir posibles factores de riesgo cardiovascular, en especial se tiene que prestar atención a las actividades físicas, cognitivas y sociales

12. Tratamiento no farmacológico



El tratamiento no farmacológico o las terapias no farmacológicas son una serie de intervenciones multidisciplinarias en las que participa la neuropsicología, la terapia ocupacional, la medicina, la psicología clínica y la fisioterapia, entre otras, para mejorar o mantener la capacidad mental de la persona, su funcionalidad y autonomía, así como evitar o minimizar manifestaciones psicológicas y emocionales negativas para el paciente y sus familiares, mejorando su calidad de vida, esto sin la utilización de agentes químicos (Thomas & Nadal, 2001; Francés, Barandiarán, Marcellán, & Moreno, 2003; Ramos & Yuberob, 2016).



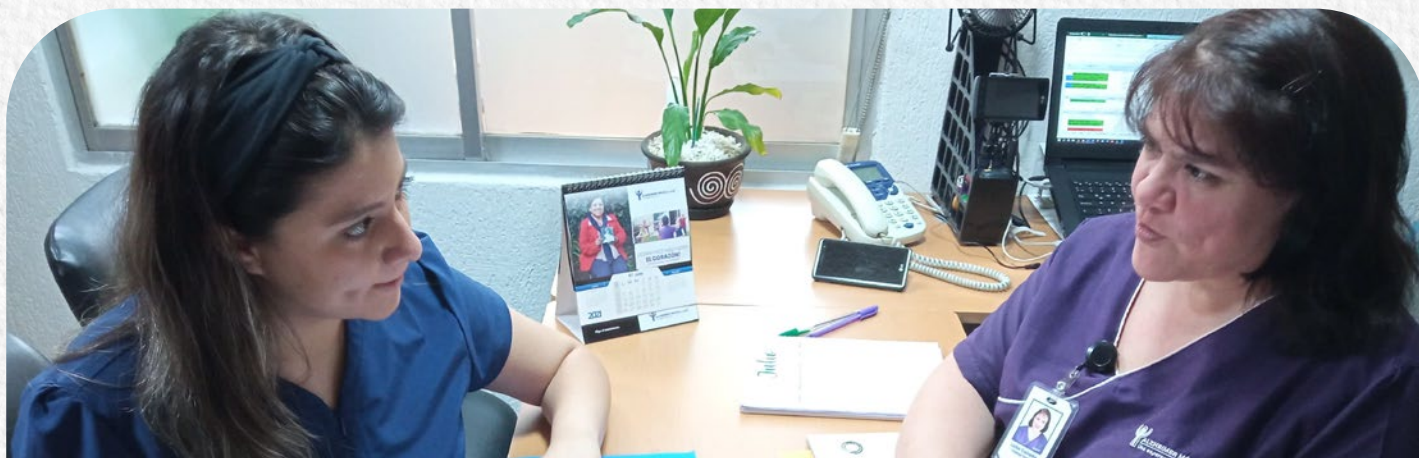
La efectividad y la validez de los tratamientos no farmacológicos se fundamenta en la teoría de la neoplasticidad o capacidad plástica del cerebro, esta afirma que el cerebro es un órgano dinámico y activo capaz de modificarse a sí mismo y adaptarse a nuevas situaciones y recuperar su equilibrio previo al daño o lesión recibida. Esto se determina por la genética de la persona y los factores ambientales con los que interactúa, es en estos últimos donde se tiene la posibilidad de realizar una intervención. Del mismo modo, el grado de deterioro cognitivo también influye en la manera en la que actúa la plasticidad cerebral, por eso es recomendable empezar con tratamientos no farmacológicos en cuanto se detecten lesiones o daño cerebral (Ramos & Yuberob, 2016).



Existe gran cantidad de tratamientos no farmacológicos (Francés, Barandiarán, Marcellán, & Moreno, 2003; Olazarán, Agüera, & Muñiz, 2012), entre los cuales podemos mencionar los siguientes:

- Programas de estimulación cognitiva
- Reestructuración ambiental
- Entrenamiento de capacidades cognitivas específicas
- Intervención conductual
- Entrenamiento del cuidador en el manejo general de la persona con demencia
- Educación del cuidador (Afrontamiento, sesiones individuales)

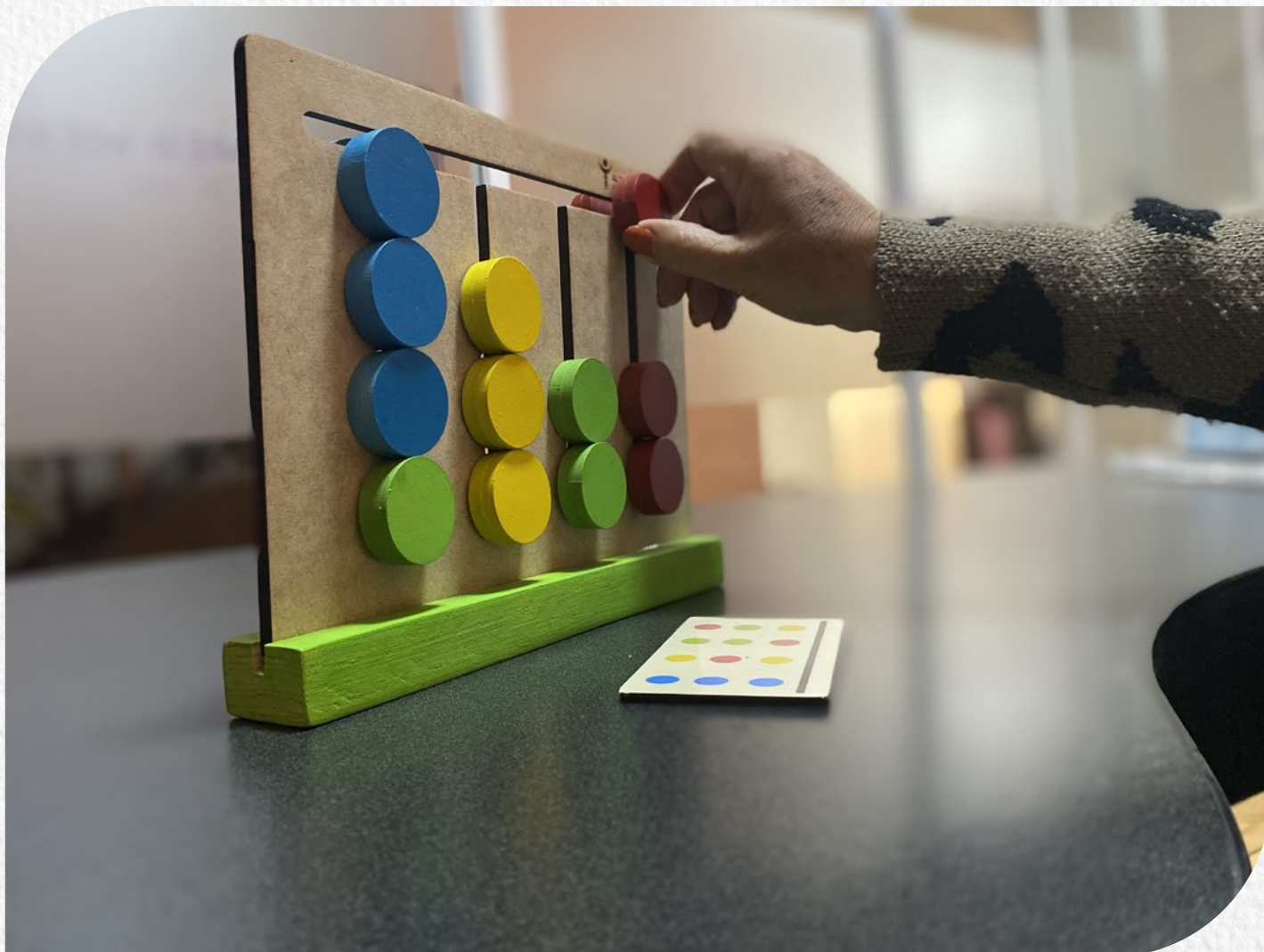
Los últimos dos puntos están dirigidos hacia el cuidador, ya que la demencia no solo afecta a las personas que la padecen sino también a familiares y amigos, por lo que es de vital importancia educar a dichas personas respecto a los cuidados y manejo de una persona con demencia, así como para brindar un acompañamiento respecto a problemas emocionales, alivio de estrés y acompañamiento terapéutico (Olazarán, Agüera, & Muñiz, 2012).



13. ¿Qué es la estimulación cognitiva?

Es un tipo de intervención cuyo objetivo es mantener a la persona mayor activa física y mentalmente para disminuir el riesgo de un declive cognitivo y funcional, estimulando áreas que aún se encuentran conservadas y evitar o reducir el desuso de estas para prevenir un mayor deterioro de las funciones mentales (Ramos & Yuberob, 2016). Dentro de estos programas se encuentra:

- Terapia orientada a la realidad
- Terapia de reminiscencia
- Musicoterapia
- Actividades físicas



14. Estrategias de estimulación cognitiva

Antes de implementar cualquier programa de estimulación cognitiva (Madrigal, 2007) es importante:

- Evaluar el estado cognitivo de la población o personas con las que se pretende trabajar.
- Planear sesiones de trabajo relacionadas a las áreas que se quiera abordar.
- Iniciar las sesiones con una orientación a la realidad (Se les pregunta si saben qué día de la semana es, el día del mes, el mes y el año, donde nos encontramos).
- Se debe contar con el material necesario para llevar a cabo la sesión.
- La sesión debe realizarse en un lugar tranquilo y bien iluminado.



15. Estrategias de cuidado en Actividades Básicas de la Vida Diaria

En cuanto a los cuidados para las personas con Alzheimer u otra demencia tenemos las siguientes recomendaciones (Reyes, 2017; Rubio, 2017):

- Colocarle a la persona una identificación en forma de pulsera o collar.
- Los cuidadores deben llevar consigo una foto actualizada de la persona en todo momento.
- La familia debe realizar las modificaciones pertinentes a su hogar o área en la que va a habitar la persona con demencia para poder minimizar riesgos y tener un ambiente más accesible y seguro (estos cambios deben realizarse de forma gradual para evitar alterar a la persona).
- Debe evitarse trasladar a la persona de una casa a otra (Estos cambios abruptos en el entorno pueden desorientar y provocar ansiedad, depresión, agresividad y desmotivación).
- Los cuidadores deben fomentar la funcionalidad e independencia (Deben permitir que ellos mismos realicen actividades básicas de la vida diaria como vestirse, bañarse, comer, etc., pero siempre con supervisión y evitar realizar estas actividades por ellos).
- Conforme vaya avanzando la enfermedad, es importante brindar la ayuda y atención pertinentes, sin descuidar su autonomía e independencia.

Asimismo, es importante que en cuanto se reciba el diagnóstico de demencia, los familiares o cuidadores deben realizar una programación a futuro de las actividades y funcionamiento de la persona, motivando a que él realice las actividades que le sean posibles y solo interviniendo cuando realmente sea necesario (Rubio, 2017).





16. Higiene personal

Muchas veces, la manera en la que una persona se siente con respecto a su apariencia tiene un gran impacto en que ésta se sienta mejor (National Institute on Aging, 2017). Por eso, es importante que la persona reciba ayuda para afeitarse, peinarse, maquillarse o cepillarse los dientes. A continuación, se presentan algunos consejos sencillos pero útiles con respecto a la higiene personal:

17. Aseo bucal

Un cuidado bucal efectivo previene problemas dentales relacionados con enfermedades en las encías y caries.

- Guíe a la persona paso a paso para el cepillado. Muéstrole cómo hacerlo y cepille sus dientes junto con la persona: tome la pasta dental, quite la tapa, ponga un poco de pasta en el cepillo y cepille. En la medida que sea posible, permita que la persona lo haga por sí mismo.
- Apoye con la limpieza de su prótesis dental. Use el material de limpieza adecuado.
- Utilice un cepillo con mango largo y cabezal en ángulo o un cepillo eléctrico en caso de que usted tenga que cepillarle los dientes a la persona con demencia.
- Acompañe a la persona al dentista. Siga los consejos del dentista sobre los cuidados y qué tan seguido hacer visitas al consultorio dental (National Institute on Aging, 2017).



17.1 Baño

ANTES

- Prepare jabón, champú y toallas.
- El baño debe mantener una temperatura adecuada y tener buena iluminación. Se puede tocar música suave de fondo para relajar a la persona.
- Sea amable y respetuoso. Explique a la persona lo que va a suceder paso por paso.
- Evite discutir sobre la necesidad del baño. Solo sea firme: "Es hora de bañarse".

DURANTE

- Si existe angustia en la persona, hable de otro tema para distraer su atención en el baño.
- Para ayudar a la persona a que se sienta en control y proteger la dignidad, motive a la persona a que haga por sí misma cuanto sea posible.
- Pida a la persona que sujete un objeto suave como una esponja. De este modo, la posibilidad de que la persona trate de golpearlo disminuye.
- Con el fin de que se sienta menos expuesta, coloque una toalla sobre las rodillas o los hombros de la persona.



DESPUÉS

- Sustituya el baño con regadera por uno de esponja si la persona encuentra dificultad para salir o entrar al baño.
- Para secar la piel, de palmaditas a la persona con demencia. De esta manera, se evitará el riesgo de infecciones o sarpullido. Seque completamente cada parte del cuerpo.
- Cuando existen problemas de incontinencia, puede utilizar una pomada protectora como la vaselina alrededor del recto, pene o vagina.

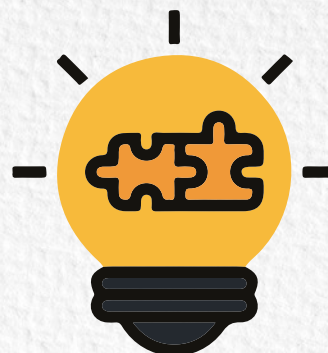
CONSEJOS ADICIONALES DE BAÑO

- Si la persona tiene miedo, procure continuar con los mismos hábitos que la persona mantuvo a lo largo de su vida. Es decir, tomar un baño por la mañana o por la noche o antes de dormir.
- Evite dejar sola a la persona confundida o delicada de salud en el baño.
- Instale barras de seguridad en el piso o bañera y use un tapete de goma para baño.
- Procure ocupar una regadera de mano.
- Revise la temperatura del agua antes de que la persona entre en contacto con la regadera.
- Con el fin de ayudar a una persona que no tiene buen balance y prevenir caídas, use una silla de baño estable y fuerte.
- Dé un baño completo a la persona dos o tres veces a la semana. Es suficiente un baño de esponja para asear rostro, pies, manos, axilas y áreas genitales.
- Puede lavar el cabello de la persona en el lavadero o fregadero. Resulta más fácil esta actividad si se cuenta con una conexión de manguera para el fregadero.
- En caso de que el baño sea una tarea difícil, consulte a un profesional para generar estrategias que faciliten la actividad (National Institute on Aging, 2017).

Y recuerde...

Utilizar un cepillo dental de cabeza pequeña, suave, lavar prótesis dentales y por las noches dejarlas en agua. Utilizar jabón neutro para la piel. Para mantener una actitud positiva en la persona con demencia, ser empático y afectivo para transmitir emociones positivas al enfermo y ayudar a afeitarse, maquillarse, peinarse, perfumarse y bolear zapatos es importante

18. Vestimenta



El problema

Leve: El paciente conserva la capacidad de vestirse, desvestirse y elegir su ropa.

Moderado: Le cuesta trabajo meter y sacar brazos o piernas, abotonar, abrochar etc.

Severo: La ayuda es constante y total para vestirlo y desvestirlo.

La solución

Deterioro leve: Repetir la rutina todos los días de vestirse y desvestirse, respetar siempre su pudor, brindándole las condiciones para conservar su intimidad.

Deterioro moderado: Respetar su intimidad para conservar su dignidad, explicarle cada procedimiento, le diremos “vamos a...”; realizaremos la acción para que nos imite, ayudarle poco a poco a empezar y terminar la acción.

Deterioro severo: Ayudar y asistir constantemente a vestirlo y desvestirlo, tener adecuada comunicación verbal y no verbal (gestos).

Consejos

Vestirse sentado, utilizar zapatos cómodos sin tacón, sin broches, de piel, suela antideslizante para evitar accidentes; retirar etiquetas de la ropa para evitar molestias. Es importante continuar con su estilo de vida, eso lo estimulará y preservará su dignidad, utilizar imágenes o letreros en su guardarropa, elegir ropa adecuada para facilitarle la tarea (abertura por delante, falda o pantalón con elástico, puños y cuellos que permitan facilidad de meter y sacar), sustituir botones, cierres y cordones por velcro.

19. Uso del inodoro

La capacidad para hacer uso del inodoro de manera independiente disminuirá conforme la enfermedad progrese. Puesto que existen diferentes factores que provocan incontinencia, es conveniente acudir al médico.

Usar el retrete puede convertirse en una labor compleja por las acciones involucradas y que pueden olvidarse con facilidad: ubicar el cuarto de baño, bajarse la ropa, sentarse, esperar, limpiarse, arreglarse la ropa, jalar la cadena, lavarse las manos, etcétera (La Caixa, 2009).

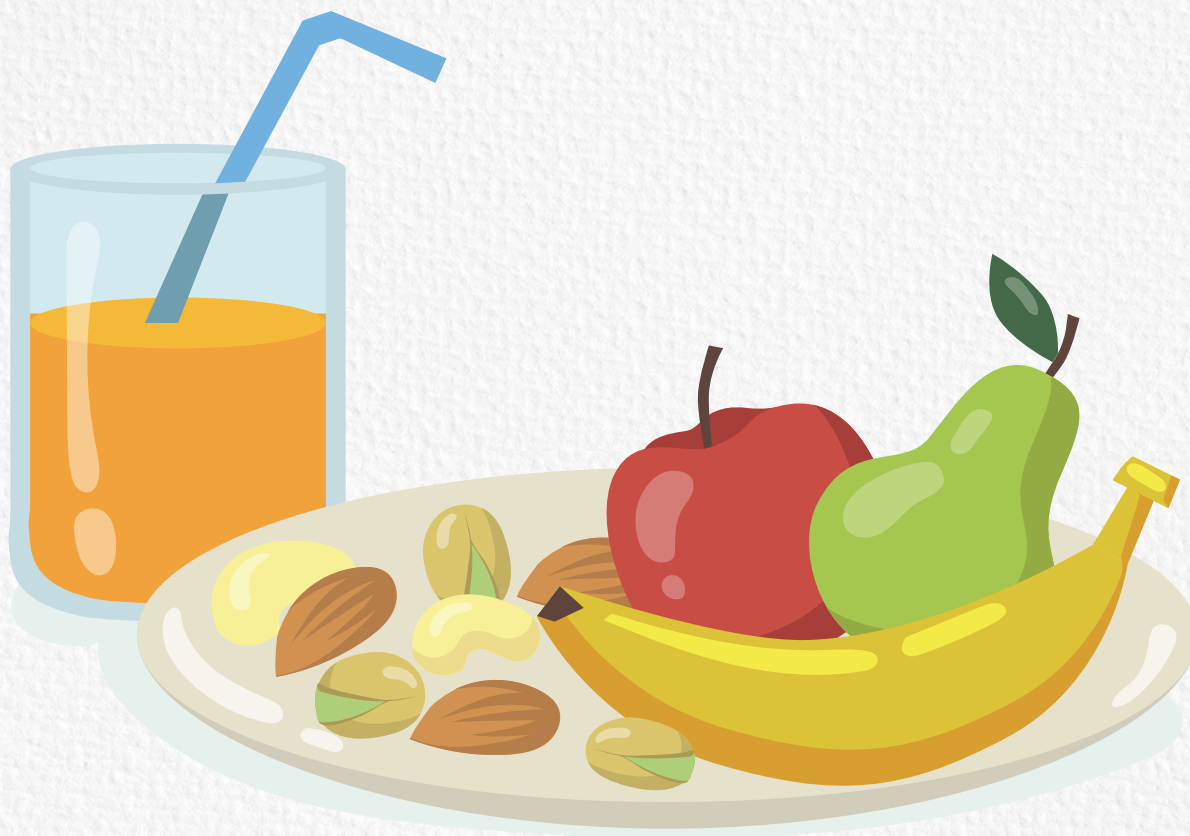


Consejos

- Es importante asegurarse que el cuarto de baño y algunas áreas como el lavabo o el excusado estén accesibles, bien iluminados, libres de peligros, indicados con claridad y libres de peligro.
- Es recomendable vestirlos con ropa que les permita llegar a tiempo al baño y desnudarse sin dificultad; la ropa que es amplia, con botones grandes, fácil de desabrochar, con velcro en vez de cremallera y resorte en la cintura en vez de cinturón, será de gran ayuda a la persona.
- Asegúrese de que las zapatillas sean fáciles de poner, que no sean resbaladizas y, aún más importante, que estén a la vista.
- Debido a que se trata de un acto íntimo, la prudencia al momento de ayudarles debe permanecer en todo momento.
- Se recomienda fijar horarios y mantener el mismo orden de secuencias para facilitar el proceso al paciente.
- De noche, es conveniente tener una luz piloto en su habitación y otra en el pasillo.
- Para evitar que la persona se equivoque, es buena idea cerrar los lugares a donde suelen ir.
- Es aconsejable reconocer los signos gestuales, tales como no parar de caminar, gesticular nerviosamente, abrirse la bragueta, tocarse, etc., que la persona hace cuando tiene necesidad de ir al baño.
- Es común que pierdan la noción del tiempo o que olviden a lo que iban; en tal caso, puede hablarles de otra cosa, distraerlos, darles una revista, dejarlos solos y darles el tiempo que sea necesario.
- Si la incontinencia es completa, es necesario que la persona use pañal, cambiarlo con frecuencia y mantenerla limpia y con la piel hidratada.

20. Comida

Las personas con demencia a menudo se olvidan si ya comieron o cómo usar los cubiertos. En las últimas etapas, una persona con la enfermedad de Alzheimer tendrá que ser alimentada. Aparecerán algunos problemas físicos tales como no poder masticar de forma adecuada o tener dificultades para poder pasar la comida.



Consejos

- Apoyar a la persona y recordarle cómo comer.
- En ocasiones, ayuda al servir comida que pueda comerse con la mano.
- Cortar la comida en pequeños trozos.
- Recuerde que debe comer despacio.
- Sea consciente de que pueda no distinguir entre frío o caliente y puede quemarse la boca con líquidos o alimentos calientes.
- Cuando tenga dificultad para tragar, consulte con el médico.
- Sirva una porción de comida por vez.

20.1. Cuidado de la alimentación y nutrición

Con frecuencia se utilizan los términos alimentación y nutrición de forma indistinta, sin embargo, es importante conocer qué, aunque estén ligados, son diferentes en algunos aspectos.

La alimentación es el ingreso o aporte de los alimentos al organismo humano. Los alimentos son sustancias que se ingieren para subsistir y saciar nuestras necesidades, conservando el placer de comer con el fin de obtener los elementos químicos (Nutrientes) que componen el organismo.

Por otro lado, la nutrición son los procesos de asimilación de todos los nutrientes dentro del organismo transformando e incorporándolos a los tejidos que son necesarios para el crecimiento, reparación y mantenimiento de nuestro cuerpo (Trejo, 2004).

En personas con demencia, los hábitos alimenticios y la nutrición pueden complicarse por varios factores, por ejemplo; cambios en los procesos de memoria, comportamiento y detrimento de los sentidos. Para que el proceso de la alimentación y la nutrición se lleven a cabo de forma correcta, es necesario que el especialista en nutrición evalúe a la persona para poder ofrecer las medidas necesarias en las diferentes fases de la enfermedad (Chapman, 2011).



Los problemas más comunes que afectan la alimentación del adulto mayor con demencia son:

- Problemas de deglución en fases voluntarias (inicial y oral), las cuales van ligadas a la disfagia de líquidos y disfagia de sólidos.
- Problemas de masticación por anodoncia (pérdida de piezas dentales), ulceraciones bucales, etc.
- Hiporexia (pérdida parcial del apetito) y anorexia (pérdida total del apetito).
- Xerostomía (sequedad bucal debido a la disminución de saliva).
- Apraxias y dificultad de coordinación motora.
- Merma en la estabilidad postural.
- Comorbilidades asociadas a la vejez que requieren alimentación especializada.

A pesar de que son problemas comunes, no se presentan en todos los adultos mayores con demencia. Ahí radica la importancia de detectar el tipo de padecimiento, para poder ofrecer una alimentación adaptada a las necesidades específicas de cada persona (Trejo, 2004). Las complicaciones relacionadas con la nutrición en la demencia pueden contribuir al estrés y la carga del cuidador. Además, esta carga en ocasiones se convierte en un ciclo que aumenta el riesgo de una mala conducta alimentaria (Alagiakrishnan, Bhanji & Kurian, 2013) y pérdida de peso (Miller & Wolfe, 2008; Chapman, 2011).



Consejos

La alimentación adecuada para un adulto mayor con demencia debe ser:

- Acorde con sus gustos y aversiones previas a la enfermedad.
- Adaptada a las necesidades y capacidades actuales.
- Con una dieta variada, suficiente y completa.

Además...

- Creé un ambiente que limite ruidos y distracciones. Procure que la persona goce de tranquilidad a la hora de ingerir alimentos.
- Tome en cuenta que la persona podría tener malestares físicos, resequead en labios o boca o dolor.
- Motive la independencia de la persona preparando alimentos que le permitan comer por sí mismo –colabore si es necesario.
- Ayude a cortar los alimentos en trocitos si manejar los cubiertos es problemático.
- En caso de ser necesario, modifique la textura de los alimentos: picados, triturados o en puré; ofrezca líquidos espesos que faciliten la masticación y deglución.
- Planifique una dieta equilibrada con alimentos normales, de preferencia incluya aquellos que son los preferidos del paciente. Incluya suplementos y productos médicos nutricionales que garanticen una ingesta saludable.
- Proporcione pequeñas comidas más frecuentemente, pero comidas ricas en nutrientes tan seguido como sea posible (Murphy, Holmes, & Brooks, 2017).

21. Importancia de la Fisioterapia

Durante el envejecimiento se presentan cambios relacionados con la calidad estructural y funcional de la piel, masa muscular, reserva cardiorrespiratoria, los sistemas oculo vestibular, nervioso central y nervioso periférico, la velocidad de reacción y respuesta y el nivel cognitivo y conductual, los cuales pueden contribuir a la dependencia desde los 65 años (Espinosa, López, Escobar, Conde, Trejo & González, 2013).

Los factores que favorecen esta dependencia pueden ser intrínsecos (Enfermedades, cambios fisiológicos y fisiopatológicos e ingestión de fármacos) o extrínsecos (Uso inadecuado de auxiliares de marcha y barreras arquitectónicas en casa), mismos que causan inmovilidad, caídas y fracturas. Además, aumentan el riesgo de infección, ansiedad y depresión, limitan las actividades diarias y llevan al abandono o a la sobreprotección. Así, la independencia y funcionalidad del sujeto se ven comprometidas y la morbilidad y el riesgo de mortalidad incrementan.

La fisioterapia en adultos mayores permite disminuir los riesgos originados por estos factores y ayuda a fortalecer sus capacidades funcionales a través de intervenciones generales y específicas:

- Práctica regular de ejercicio físico, de tres a cinco veces por semana, con sesiones de 20 y 60 minutos.
- Fortalecimiento de los grupos musculares (8 a 10 repeticiones de cada ejercicio y una serie de cada uno).
- Programas impartidos por profesionales calificados en el área de la rehabilitación.



22. Beneficios

- 1 Protección contra la discapacidad.
- 2 Mejor movilidad.
- 3 La fuerza y la masa muscular aumentan.
- 4 Mejor rendimiento físico.
- 5 Favorece el movimiento
- 6 Mejoras en reflejos, coordinación y reflejos disminuyen el riesgo de caídas.
- 7 Regulación de la presión sanguínea.
- 8 Favorece y aumenta la capacidad respiratoria y cardiaca, lo cual ayuda a prevenir enfermedades cardiovasculares como hipertensión o trombosis.
- 9 El deterioro cognitivo es más lento.
- 10 Reduce y previene el estrés.
- 11 Mejora la motivación, el autocontrol y la independencia.
- 12 Mayor satisfacción a nivel personal y bienestar general.
- 13 Disminuye la percepción del dolor.
- 14 Mejora la capacidad de concentración y atención.



23. Apoyo al cuidador y la familia

El cuidar de una persona con demencia puede generar una amplia variedad de problemas de salud al cuidador, entre ellos, el más importante es el “síndrome de sobrecarga en el cuidador”. Este síndrome se caracteriza por la existencia de afecciones físicas (dolores de cabeza, trastornos gastrointestinales, dolores musculares, náuseas, dificultades respiratorias, cambios en el peso corporal), psicológicas (cambios rápidos en el estado de ánimo, frustración, desesperanza, tristeza, ira, agresividad, ansiedad, depresión) y socioeconómicas (Dificultades económicas, aislamiento social, pérdida de trabajo) (Rodríguez & Hernández, 2016; Hernández, Llibre, Bosh, & Zayas, 2021).

Es por ello que también se les debe brindar una adecuada atención y apoyo al cuidador y a la familia para sobrellevar y adaptarse a los nuevos cambios que se presentan con su familiar con demencia. Para ello existen diferentes estrategias de apoyo, como lo son (Guillemaud, Faucounau, Greffard, & Verny, 2013; Losada, Márquez, Romero, López, Fernández & Nogales, 2015; Rodríguez & Hernández, 2016; Reyes, 2017):

- **Grupos de apoyo para cuidadores:** consiste en un grupo de cuidadores que se reúnen y reciben orientación por parte de un profesional que les brinda información relacionada a la enfermedad de su familiar, así como al manejo de personas con demencia. Del mismo modo, también se les proporciona apoyo psicológico.
- **Grupos de auto apoyo:** Es un foro en donde familiares o cuidadores de una persona con demencia con un problema o situación similar hablan sobre sus emociones o sentimientos e intercambian experiencias y se brindan apoyo mutuo.
- **Atención psicológica especializada / terapia cognitivo conductual:** es un tipo de terapia que aborda problemáticas derivadas de creencias/pensamientos negativos o disfuncionales (cognición) y comportamientos o hábitos inadecuados (comportamiento) que repercuten en el bienestar de los familiares o cuidadores de una persona con demencia.



24. Cuidando al cuidador

En cuanto a las recomendaciones para los cuidadores (Reyes, 2017), podemos destacar las siguientes:

- Se debe enfrentar la realidad por la que está pasando el familiar con demencia y no apegarse a recuerdos o situaciones anteriores.
- No infantilizar a los pacientes o familiares con demencia.
- Evaluar la situación actual por la que están pasando los cuidadores, esclarecer emociones y necesidades y ver con qué recursos contamos para afrontarlos.
- Comunicarse de forma clara con los demás miembros de la familia, incluirlos en la planificación de actividades y toma de decisiones, así como solicitar apoyo de ellos si se lo requiere.
- Mantenerse activo y saludable, fomentar actividades físicas para el cuidador o familiares más cercanos al paciente con demencia (La mejor forma de cuidar a alguien es también cuidarse a sí mismo).
- Al planificar actividades para el paciente, los cuidadores o familiares también deben planificar actividades o tiempo para ellos mismos.
- No rechazar la ayuda de otros familiares (Se debe tener claro que el cuidar de una persona con demencia puede llegar a generar una sobrecarga en el cuidador y esto puede provocar que las situaciones vividas en el día a día superan las capacidades de la persona o cuidador primario, por lo que es totalmente válido y necesario aceptar o solicitar ayuda siempre que se lo requiera).
- Acudir a atención psicológica cognitivo-conductual.

Recuerde que usted es importante para usted mismo y usted es importante en la vida de la persona con demencia.



25. Redes de apoyo

25.1. Instituciones públicas

Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía

Av. Insurgentes Sur No. 3877 ext. 2028, La Fama, Ciudad de México, C.P. 14269 Teléfono: (55) 56063822, <https://www.gob.mx/salud/innn>

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (Geriatría)

Avenida Vasco de Quiroga, Belisario Domínguez, Sección 16, Tlalpan, C.P.14080, Ciudad de México, CDMX. Teléfono: 55 5487 0900 <https://incmnsz.mx/opencms/contenido/departamentos/geriatria/>

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (Geriatría)

Calz México-Xochimilco 101, Colonia, Huipulco, Tlalpan, 14370 Ciudad de México, CDMX. Teléfono: 55 4160 5221. <http://inprf.gob.mx/>

Hospital General (Geriatría)

Calle Dr. Balmis 148, Doctores Cuauhtémoc, Ciudad de México, CDMX. Teléfono: 55 2789 2000. <https://www.gob.mx/salud/articulos/conoce-el-hospital-general-dr-eduardo-liceaga>

Hospital General Dr. Manuel Gea González (Geriatría)

Calzada de Tlalpan 4800, Sección 16, Tlalpan, C.P.14080. Ciudad de México, CDMX. Teléfono: 55 4000 3000. <https://www.gob.mx/salud/hospitalgea>

Clínica de la Memoria INAPAM

Héroes del 47 79, San Diego Churubusco, Coyoacán, 04120 Ciudad de México, CDMX Teléfono: 55 5688 0615 <https://www.gob.mx/inapam/acciones-y-programas/clinica-de-la-memoria>

25.2. Seguridad social

IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social)

De lunes a viernes de 08:00 a 20:00 horas.
Sábados, domingos y días festivos de 8:00 a 14:00 horas. Teléfono: 01 800 623 23 23
<http://www.imss.gob.mx/>

ISSSTE (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado)

Atención Ciudadana: 54488903
<https://www.gob.mx/issste>

25.3. GRUPOS DE APOYO (Atención Psicológica e Información general)

Alzheimer México, I.A.P. "Una esperanza de vida"

Dos jueves al mes, es decir, de manera quincenal de 9:00 - 10:00 a.m. Calle Moneda 90, Tlalpan Centro I, Tlalpan, 14000 Ciudad de México, CDMX Teléfonos: 55 5280 4202 y 55 5280 3349
<https://www.alzheimermexico.org.mx/>

Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez

Av. Insurgentes Sur 3877, La Fama, Tlalpan, 14269 Ciudad de México, CDMX Teléfonos: 55 5606 3822 Informes:
Departamento de Grupos de Apoyo
Tel. 5606 3822 ext. 2016, 5020

Fundación Alzheimer I.A.P. "Alguien con quien contar"

Av. División del Nte. 1044, Narvarte Poniente, Benito Juárez, 03020 Ciudad de México, CDMX Teléfono: 55 5575 8320 Informes sobre los Grupos de Atención a Familiares 01800 711 44 10 <http://alzheimer.org.mx/index.html>

Hospital Carlos McGregor Sánchez Navarro antes Gabriel Mancera

C. Gabriel Mancera 222, Col del Valle Nte, Benito Juárez, 03103 Ciudad de México, CDMX Informes al Teléfono: 55 5639 5822

25.4. Apoyos sociales económicos

Secretaría de Inclusión y Bienestar Social, Instituto para el envejecimiento digno (INED)

Secretaría de Inclusión y Bienestar Social
<https://sibiso.cdmx.gob.mx/>
Atención Ciudadana
Calle Fernando de Alva Ixtlilxóchitl 185
Colonia Tránsito, Alcaldía Cuauhtémoc C.P.
06820, Ciudad de México
Teléfono: 55 8957-3450 Ext. 103, 104, 105 y 106
Correo electrónico:
atencionciudadana@sibiso.cdmx.gob.mx
INED Teléfono 55 5512-1351

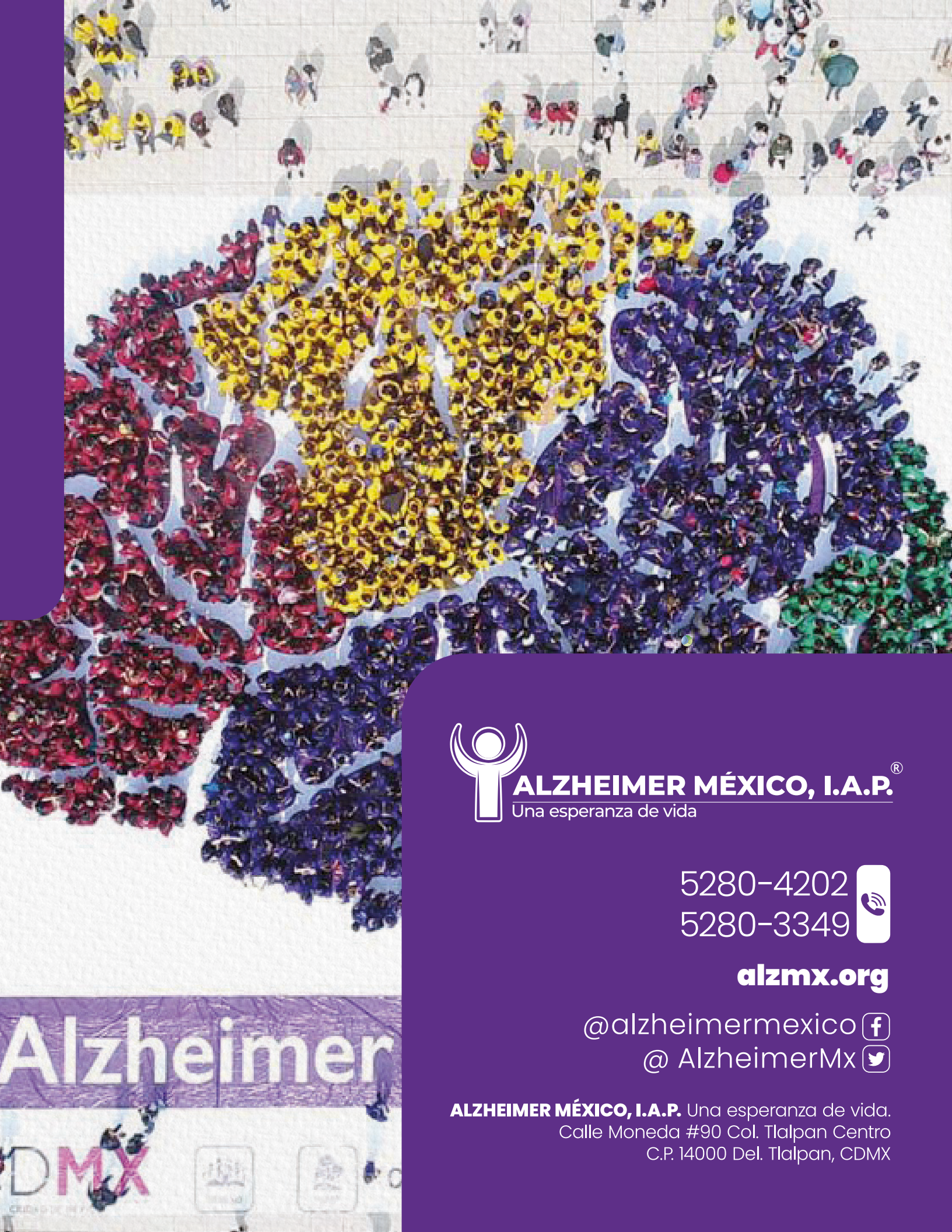
ALERTA SOCIAL

Área de Atención de la Subsecretaría de Participación Ciudadana.
Teléfono: 5542-3731
http://data.sds.cdmx.gob.mx/sistema_alerta_social.php
Área de Atención del Instituto para la Atención de los Adultos Mayores de CDMX.
Teléfono: 55 5208-3583

26. Referencias

- Acosta, C. G., & Sosa, O. A. (2016). Epidemiología de las demencias. Arch Neurocién (Mex), 21(Supl-especial-I), 1-6.
- Alagiakrishnan, K., Bhanji, R. A., & Kurian, M. (2013). Evaluation and management of oropharyngeal dysphagia in different types of dementia: a systematic review. Archives of gerontology and geriatrics, 56(1), 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2012.04.011>
- Alzheimer's Association. (2021). Causas y factores de riesgo en Alzheimer y demencia. Disponible en: <https://www.alz.org/alzheimer-demencia/causas-y-factores-de-riesgo>
- Alzheimer's Association. (s.f.). 10 Early Signs and Symptoms of Alzheimer's. Recuperado el 17 de agosto del 2021 de https://www.alz.org/alzheimers-dementia/10_signs?lang=en-US
- Alzheimer's Association. (s.f.). Causes and Risk Factors for Alzheimer's Disease. Recuperado el 17 de agosto del 2021 de <https://www.alz.org/alzheimers-dementia/what-is-alzheimers/causes-and-risk-factors?lang=en-US>
- Bature, F., Guinn, B., Pang, D., & Pappas, Y. (2017). Signs and symptoms preceding the diagnosis of Alzheimer's disease. BMJ Open. Revista electrónica. Artículo disponible en: https://www.researchgate.net/publication/319359755_Signs_and_symptoms_preceding_the_diagnosis_of_Alzheimer's_disease_a_systematic_scoping_review_of_literature_from_1937_to_2016
- Bosch, B. R., Llibre, R. J., Zayas, L. T., & Hernández, U. E. (2017). Superar el estigma hacia la demencia, un reto para la sociedad cubana. Revista Habanera de Ciencias Médicas, 16(1), 135-145.
- Cano, G. C. (2014). Demencias, diagnóstico diferencial. Demencias, una visión panorámica, V Simposio de Medicina Geriátrica, 63-70.
- Chapman I. M. (2011). Weight loss in older persons. The Medical clinics of North America, 95(3), 579-xi. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2011.02.004>.
- Espinosa, G., López, V., Escobar, D., Conde, M., Trejo, G. & González, B. (2013) Programa para la rehabilitación funcional del adulto mayor: Mejorar la marcha, el equilibrio y la independencia. Práctica Clínico-quirúrgica. Revista electrónica. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2013/im135l.pdf>
- Francés, I., Barandiarán, M., Marcellán, T., & Moreno, L. (2003, December). Estimulación psicocognoscitiva en las demencias. In Anales del sistema sanitario de Navarra (Vol. 26, No. 3, pp. 383-403). Gobierno de Navarra. Departamento de Salud.
- Fundación La Caixa. (2009). Mantener la Autonomía de los Enfermos de Alzheimer. (Vol. 3, pp. 36-40). Barcelona.
- Fundación Alzheimer España. (2017). Alimentación Sana y Adecuada a su Estado.
- González, G. G., & López, E. F. (2014). Factores de riesgo para demencia tipo Alzheimer. Demencias, una visión panorámica, V Simposio de Medicina Geriátrica, 33-44.
- González, R. M. (2014). Diagnóstico y estadios clínicos de la demencia. Demencias, una visión panorámica, V Simposio de Medicina Geriátrica, 45-53.
- Guillemaud, C., Faucounau, V., Greffard, S., & Verny, M. (2013). Tratamiento de la demencia. EMC-Tratado de Medicina, 17(4), 1-8.
- Gutiérrez, R. L. (2014). Demencias en México: La necesidad de un Plan de Acción. Demencias, una visión panorámica, V Simposio de Medicina Geriátrica, 9-19.
- Hernández, U. E., Llibre, R. J., Bosh, B. R., & Zayas, L. T. (2021). Factores de riesgo de morbilidad física y psicológica en cuidadores de adultos mayores con demencia. Revista Cubana de Salud Pública, 2(42), 1-22.
- Losada, A., Márquez-González, M., Romero-Moreno, R., López, J., Fernández-Fernández, V., & Nogales-González, C. (2015). Atendiendo a las variadas problemáticas de los cuidadores familiares de personas con demencia: aportaciones de la terapia cognitivo-conductual y de la terapia de aceptación y compromiso. Clínica y Salud, 26(1), 41-48.

- Livingston, G., Huntley, J., Sommerlad, A., Ames, D., Ballard, C., Banerjee, S., . . . Mukadam, N. (2020). Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *The Lancet*, 396(10248), 413-446.
- Longoria, I. M., Salinas, C. R., & Sosa, O. A. (2016). Clasificación y criterios diagnósticos actuales de las demencias. *Arch Neurocién (Mex)*, 21(Supl-especial-I), Vol. 21, Supl-especial-I: 7-25.
- Madrigal, L. M. J. (2007). La estimulación cognitiva en personas adultas mayores. *Revista cúpula*, 4-14.
- Miller, S. L., & Wolfe, R. R. (2008). The danger of weight loss in the elderly. *The journal of nutrition, health & aging*, 12(7), 487-491. <https://doi.org/10.1007/BF02982710>
- Murphy, J. L., Holmes, J., & Brooks, C. (2017). Nutrition and dementia care: developing an evidence-based model for nutritional care in nursing homes. *BMC geriatrics*, 17(1), 55. <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0443-2>
- Olazarán, R. J., Agüera, O. L., & Muñiz, S. R. (2012). Síntomas psicológicos y conductuales de la demencia: prevención, diagnóstico y tratamiento. *Rev Neurol*, 55(10), 598-608.
- Organización Mundial de la Salud. (2020). Demencia.
- Ramos, Corderoa, P., & Yuberob, R. (2016). Tratamiento no farmacológico del deterioro cognitivo. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 51(Supl 1), 12-21.
- Robledo, L. M. G., Peña, M. D. C. G., Rojas, P. A. R., & Ruiz, A. M. (2017). La Enfermedad de Alzheimer y otras demencias como problema nacional de salud.
- Rodríguez, L. I. (2014). Demencia es "Devastadora". Demencias, una visión panorámica, V Simposio de Medicina Geriátrica, 21-32.
- Rodríguez, A. Y., & Hernández, G. A. (2016). El cuidador primario y los Grupos de Apoyo en la demencia. *Arch Neurocién (Mex)*, 21(Supl-especial-I), 140-145.
- Rubio, C. E. (2017). CUIDADOS PARA EL PACIENTE: FUNDAMENTOS. En C. J. Salazar, C. M. Frías, & G. C. Álvarez, Entendiendo el Alzheimer. Una guía para el cuidador (págs. 113-116). México: Minaya Editorial.
- Reyes, C. (2017). RECOMENDACIONES GENERALES DE CUIDADOS PARA EL PACIENTE Y SUS CUIDADORES. En C. J. Salazar, C. M. Frías, & G. C. Álvarez, Entendiendo el Alzheimer. Una guía para el cuidador (págs. 117-123). México: Minaya Editorial.
- Trejo C. A. (2004). Nutrición en la enfermedad de Alzheimer. *Archivos de neurociencias* 9(3), 151-158.
- Uribe, C. (2010). Una breve introducción a la cognición social: Procesos y estructuras relacionados. *Revista Virtual de Psicología, Contextos*, (4),1-10. Recuperado de: http://www.contextos-revista.com.co/Revista%204/A5_Una%20introduccion%20a%20la%20cognicion%20social.pdf
- Thomas, Carazoa, E., & Nadal, Blanco, M. (2001). Abordaje diagnóstico y terapéutico de la demencia en atención primaria. *SEMERGEN*, 27(11), 575-586.
- Gisela Espinosa, G., López, V., Escobar, D., Conde, M., Trejo, G. & González, B. (2013) Programa para la rehabilitación funcional del adulto mayor: Mejorar la marcha, el equilibrio y la independencia. *Práctica Clínico-quirúrgica. Revista electrónica*. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2013/im135l.pdf>



ALZHEIMER MÉXICO, I.A.P.[®]
Una esperanza de vida

5280-4202
5280-3349



alzmx.org

@alzheimermexico 

@ AlzheimerMx 

ALZHEIMER MÉXICO, I.A.P. Una esperanza de vida.
Calle Moneda #90 Col. Tlalpan Centro
C.P. 14000 Del. Tlalpan, CDMX

Alzheimer

CDMX

