

María del Rocío Lorente Pérez

**CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA DE UN PACIENTE CON ALZHEIMER Y
SOPORTE A LA FAMILIA**

TRABAJO FIN DE GRADO

Dirigido por: Sra. Susana Verdoy Cuevas

Facultad de Enfermería

 **FACULTAT D'INFERMERIA**
Universitat Rovira i Virgili

TORTOSA 2021

SOL·LICITUD DE DEFENSA DEL TREBALL FI DE GRAU

DADES PERSONALS		
Nom i cognoms: María del Rocío Lorente Pérez		
DNI: 20529639-T	Adreça: C/Almería nº4 3ºF	
Codi postal: 04860	Població: Olula del Río	Tel. Fix:
Tel. Mòbil: 673039433	Adreça electrònica URV: Mariadelrocio.lorente@estudiants.urv.cat	

EXPOSO
Que he finalitzat el procés d'elaboració del meu Treball Fi de Grau titulat: Cuidados al final de la vida de un paciente con Alzheimer y soporte a la familia.
Que tinc l'autorització del/ de la tutor/a del meu Treball Fi de Grau: Sra. Susana Verdoy Cuevas.
I estic en disposició d'efectuar la seva defensa.

SOL·LICITO
Que sigui acceptada a tràmit la defensa del meu Treball Fi de Grau, per la qual cosa adjunto a aquesta sol·licitud dos exemplars del Informe Final.

En Tortosa, 19 de mayo de 2021


ROCÍO LORENTE PÉREZ

EL/LA TUTOR/A: Susana Verdoy Cuevas Dono el vist-i-plau a aquesta sol·licitud de Defensa del Treball Fi de Grau Data i signatura: 19/05/2021 
--

EL/LA COORDINADOR/A: Data de recepció i signatura
--

AGRADECIMIENTOS

Por estar ahí en todo el proceso, gracias a mi tutora.

A mi tía y a todas las familias afectadas por esta enfermedad.

Y siempre a mi madre, por confiar en mí más que yo.

“La vida no es la que uno vivió, sino la que uno recuerda y cómo la recuerda para contarla”.

Gabriel García Márquez.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Resumen	5
1. INTRODUCCIÓN.....	6
1.1. Epidemiología	7
1.2. Historia del Alzheimer	7
1.3. Sintomatología y etapas de la enfermedad.....	9
1.4. Clasificación de la enfermedad según la edad de inicio.....	11
1.5. Impacto de la enfermedad en la familia.....	11
1.6. Justificación.....	12
2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	13
2.1. General.....	13
2.2. Específicos.....	13
3. METODOLOGÍA	14
3.1. Términos de búsqueda	15
3.2. Criterios de inclusión y exclusión	15
3.3. Estrategias de búsqueda	16
4. RESULTADOS	17
4.1. Diagrama de flujo	18
4.2. Tabla de resultados	19
5. DISCUSIÓN	24
6. CONCLUSIONES	26
6.1. Limitaciones	26
6.2. Futuras líneas de investigación	27
7. BIBLIOGRAFÍA	27
ANEXOS	30

ÍNDICE DE TABLAS:

Tablas:

1. Tabla 1. Descriptores de búsqueda de MeSH y DeCS.
2. Tabla 2. Criterios de inclusión y exclusión.
3. Tabla 3. Estrategias de búsqueda en las bases de datos.
4. Tabla 4. Resultados de la búsqueda.

Figuras:

1. Figura 1. Línea del tiempo de la historia de la EA.

RESUMEN

Objetivo: El objetivo principal de este trabajo es la identificación de la sobrecarga del cuidador principal del paciente con EA, y la de las intervenciones que enfermería puede realizar para dar soporte a este tipo de pacientes y sus familias.

Metodología: Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en el período de enero a marzo de 2021 en las bases de datos Scielo, PubMed y CINAH. Se han seleccionado 12 artículos entre los 601 totales encontrados.

Resultados: Los resultados de los artículos han demostrado que la sobrecarga del cuidador principal es demasiado grande y que las intervenciones que enfermería puede realizar son vitales para la calidad de vida del cuidador y del paciente con EA.

Conclusiones: La mayoría de los autores coinciden en que existe un gran desgaste físico y mental entorno al cuidador. No obstante, el papel que realiza enfermería en estos casos mejora la calidad de vida del paciente y el cuidador.

Palabras clave: Alzheimer, sobrecarga, cuidados paliativos, cuidados de enfermería.

ABSTRACT

Objective: The main objective of this paper is to identify the excessive workload of the main caregiver of the patient with AD, and the interventions that nursing can perform to support this type of patients and their families.

Methodology: A bibliographic research was carried out in the period between January and March 2021 in the Scielo, PubMed and CINAH databases. Twelve articles were selected from a total of 601 articles retrieved.

Results: The results of the articles have shown the excessive workload of the primary caregiver and the vital interventions that nursing can perform for the quality of life of the caregiver and the patient with AD.

Conclusions: Most authors agree that there is a great deal of physical and mental fatigue over the caregiver's environment. However, the role of nursing in these cases improves the quality of life of the patient and the caregiver.

Keywords: Alzheimer's disease, burden, palliative care, nursing care.

1. INTRODUCCIÓN

Los cuidados paliativos se basan en ofrecer la mejor calidad de vida durante el tiempo de vida del que disponga el paciente. Una enfermedad terminal, se define como aquella que no tiene tratamiento específico curativo o con capacidad para retrasar la evolución, por lo que acaba con la muerte en un tiempo variable, es progresiva y provoca síntomas intensos conllevando a un gran gasto psicológico y físico para el paciente y la familia. A lo largo del tiempo se ha establecido que es posible morir en paz y sin inaguantables dolores incluyendo elementos sociales, emocionales y espirituales. El acompañamiento en estos casos nunca es fácil para el paciente y los familiares, ni para el personal sanitario tampoco.¹⁻²

El papel de enfermería en este proceso es fundamental ya que además de proporcionar los cuidados físicos que el paciente pueda necesitar para encontrarse en el mejor estado posible, se le proporciona soporte emocional tanto a él como a la familia. Se deben proporcionar estrategias de comunicación, información y apoyo psicosocial tanto al paciente como a los familiares.²

Existen numerosas carencias en la formación de los enfermeros para los cuidados al final de la vida de los pacientes, siendo enfermería uno de los colectivos sanitarios con más peso en la atención de este tipo de pacientes.¹

La demencia, engloba un grupo de síntomas que afectan a la memoria, razonamiento y habilidades sociales como cambio en la personalidad o comportamiento inapropiado lo bastante significativos para interferir negativamente en la vida diaria de la persona. Tener estos síntomas no implica necesariamente demencia, no se trata de una enfermedad sino de diversas enfermedades que pueden provocarla.³

El Alzheimer es una enfermedad degenerativa progresiva de las células del cerebro que acaba provocando la muerte celular y por tanto del individuo. Es una enfermedad progresiva donde los síntomas, por lo general, se desarrollan lentamente y empeoran con el tiempo hasta que la persona ya no es capaz de realizar por sí misma las ABVD. En las primeras etapas la pérdida de memoria es leve pero al final la persona es incapaz de mantener una conversación o responder al entorno. El factor de riesgo considerado más importante es el aumento de la edad, pero esta no es solo una enfermedad de la vejez ya que existen casos de personas diagnosticadas con Alzheimer de aparición precoz o inicio temprano.³⁻⁴

Las personas con esta enfermedad viven de media unos ocho años desde el inicio de la aparición de los síntomas pero la supervivencia se encuentra entre los cuatro y los veinte años desde la aparición de los síntomas. Además, aunque no aparezcan signos de la enfermedad, los cambios en el cerebro se van sucediendo años antes de que estos aparezcan, a lo que se le conoce como Alzheimer preclínico. No se posee de una cura en la actualidad pero sí existen tratamientos para los síntomas, además de las continuas investigaciones que se realizan para seguir avanzando en contra del propio avance de la enfermedad. Estos tratamientos no detienen la progresión, sino el empeoramiento de los síntomas y por tanto empujan a una mejora de la calidad de vida a la persona y a sus familiares permitiendo mantener por un tiempo limitado la independencia del individuo.⁴

1.1. Epidemiología

La enfermedad de Alzheimer representa entre un 60% y un 70% de los casos totales de demencia y es la forma más común de la misma. La demencia se encuentra entre las primeras causas de discapacidad y dependencia de las personas mayores en todo el mundo, y además el número de personas que la padecen aumenta con rapidez. Afecta a la memoria, la orientación, comprensión, cálculo, aprendizaje, lenguaje y juicio de forma progresiva. Por lo general los cuidadores de las personas con demencia son sus propios familiares, para quienes puede resultar una tarea complicada y pueden sentirse sobrepasados. Esta enfermedad es objeto de una estigmatización social constante por lo que existen muchos casos activos sin diagnosticar.

La demencia es un síndrome crónico y progresivo que deteriora la función cognitiva de la persona más allá del proceso de envejecimiento. Esta demencia es causada por enfermedades o lesiones cerebrales primarias o secundarias, como la enfermedad de Alzheimer o un accidente cerebrovascular.

Una demencia a edad temprana a menudo puede pasar desapercibida ya que su inicio es paradójicamente lento. Estas personas suelen tener tendencia al olvido, desorientación espacial en lugares conocidos, pérdida de la noción del tiempo, etc.⁶

1.2. Historia del Alzheimer

El Alzheimer es una enfermedad de la que se diagnostican miles de casos nuevos al día en el mundo por lo que es primordial encontrar una cura ya que si no esta cifra se

podrá triplicar en los próximos años. La historia de esta enfermedad nos permite entender la evolución en la investigación de la misma, que supone uno de los retos mundiales en investigación tanto médica como científica.

Esta enfermedad empezó a describirse hace más de un siglo, pero no fue hasta 1906 cuando un científico alemán llamado Alois Alzheimer publicó un estudio realizado a un paciente que había sido trasladado al hospital por haber detectado la familia cambios en su comportamiento. Más tarde, esos primeros síntomas que de alguna manera descubrió, fueron reconocidos como la enfermedad que lleva su nombre.

En los años 50 se la consideraba una enfermedad propia de la mediana edad y cuando se manifestaba en personas mayores se la consideraba demencia. Ya en los 70 la comunidad científica comenzó a identificar el Alzheimer como una demencia frecuente en las personas de avanzada edad, aunque la pérdida de memoria se seguía considerando propia del proceso natural de envejecimiento.

A partir de los años 80 se empezaba a interesar la comunidad científica por investigar la relación de las proteínas beta-amiloide y tau con el desarrollo de la enfermedad de Alzheimer. En los años 90 se identificaron los genes relacionados con estas proteínas, los que se identifican como factores de riesgo y el precursor de la proteína beta-amiloide.⁸ A finales de década se consiguió además que la vacuna funcionase en el ratón transgénico:⁹

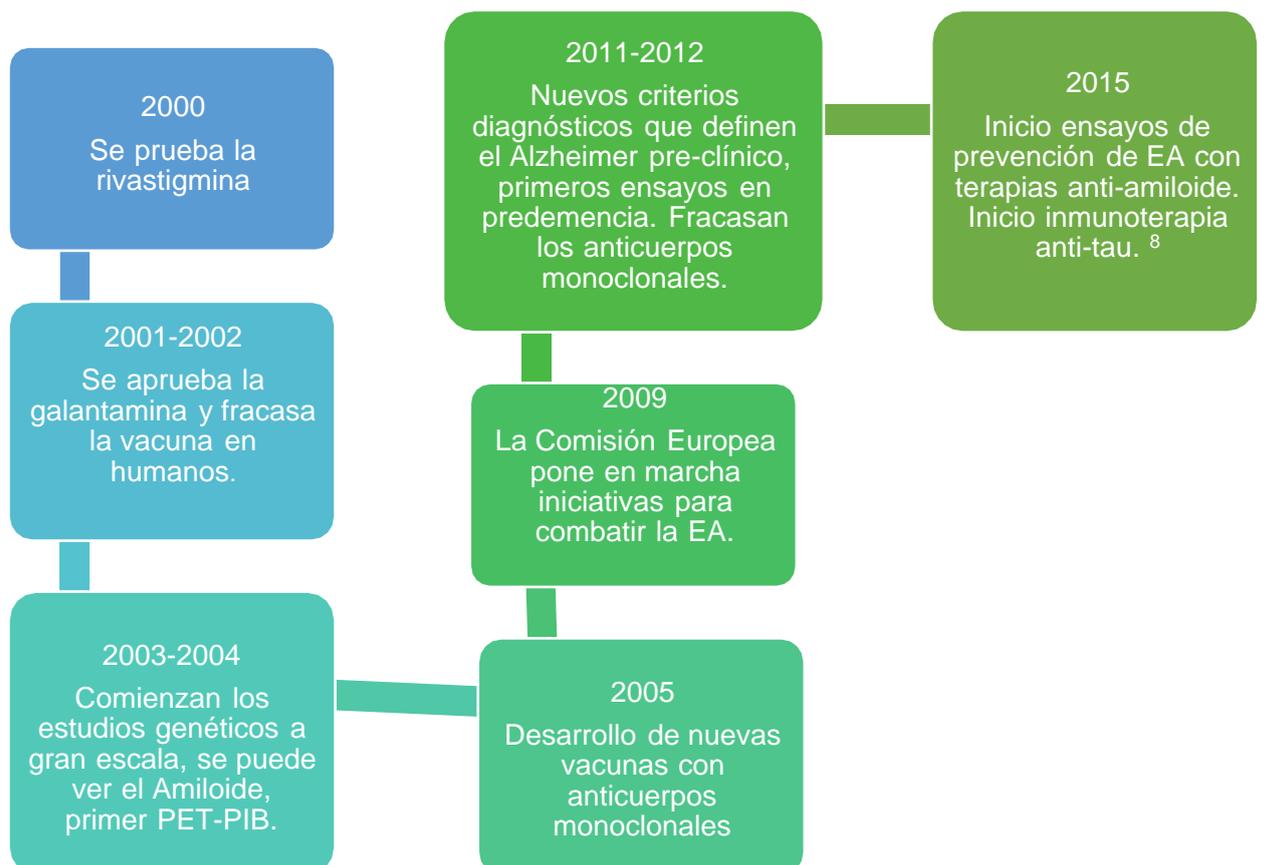


Figura 1. Línea del tiempo de la historia de la EA.

1.3. Sintomatología y etapas de la enfermedad

El síntoma más relevante que podemos encontrar en las manifestaciones de la enfermedad de Alzheimer (EA) es la pérdida de la memoria ya que es el más precoz. A menudo la propia persona que padece pérdidas de memoria no es quien suele notarlo, sino que son las personas que están a su alrededor las que comienza a darse cuenta de que algo no va bien. Esta pérdida de memoria asociada con el Alzheimer es persistente y con un empeoramiento progresivo: pueden llegar a perderse en lugares conocidos, repetir preguntas una y otra vez, poner objetos en lugares ilógicos, dificultad para expresar pensamientos u opiniones, olvidar eventos o conversaciones...

La capacidad para la toma de decisiones y expresión de opiniones en situaciones cotidianas es otro de los síntomas de esta enfermedad. La persona puede manifestar actuaciones impropias o sin mucha lógica en el contexto en el que se encuentre o simplemente una reacción inapropiada que no cuadra con su personalidad. Las actividades que antes de la enfermedad eran rutinarias, con el avance de ésta se tornan en una dificultad impidiendo el autocuidado.

En relación al anterior síntoma, los cambios que ocurren en el cerebro durante el proceso de la enfermedad pueden afectar tanto al comportamiento como al estado de ánimo de la persona, llevando a cambios en la personalidad y la conducta. Se pueden manifestar como depresión, apatía, cambios de humor, desconfianza, desorientación, aislamiento social...

A pesar de todo esto, existen ciertas capacidades que se pueden llegar a preservar en el tiempo dependiendo de la persona y la agresividad de la enfermedad, tales como dibujar, leer, cantar... Debido a que las partes del cerebro que controlan la realización de dichas actividades se ve afectada en la parte más tardía de la enfermedad ³

Tal y como ya he comentado, la enfermedad de Alzheimer es una enfermedad neurodegenerativa y progresiva, pero la velocidad de avance varía. El inicio suele ser insidioso y el final constituye un gran deterioro a nivel social y cognitivo de la persona.

La evolución, que ocurre en el mismo sentido del deterioro y es variable en cada persona, depende de las áreas cerebrales a las que haya afectado la neurodegeneración, del inicio de un tratamiento sintomático y de la calidad de los cuidados que se realicen al paciente.

Las diferentes etapas en las que se divide la enfermedad de Alzheimer sirven para clasificar como se van perdiendo facultades a la vez que aparecen los síntomas.⁴

La clasificación más utilizada para diferenciar las etapas del Alzheimer se encuentra en la Escala de deterioro Global (GDS) de Reisberg, que valora paralelamente el deterioro cognitivo y el funcional.⁷

Las divisiones de las fases de la escala ayudan a entender el progreso de la enfermedad y preparan al cuidador sobre los problemas potenciales para planear las necesidades que puedan aparecer a medida que el paciente empeore:

Durante las dos primeras fases se refleja un estado cognitivo compatible con la edad, con pérdidas de memoria leves como nombres, lugares, donde ha guardado un objeto... las personas de su entorno no le darían importancia a estos sucesos.

En la tercera fase, encontramos un funcionamiento cognitivo compatible con la enfermedad de Alzheimer incipiente donde se produce una disminución funcional objetiva que interfiere en tareas ocupacionales o sociales complejas. Se perdería en un lugar desconocido pero no tendría problemas en tareas rutinarias.

Ya en la cuarta fase aparecen los síntomas cognitivos de una EA leve. Los pacientes presentan dificultades importantes a la hora de realizar tareas complejas de la vida diaria, tales como realizar compras eficientes.

A partir de esta fase, es cuando por lo general la familia empieza a sentirse alarmada por el comportamiento anormal que empiezan a notar en su familiar y acuden al médico.

En la fase cinco pasamos a una EA moderada. A partir de esta fase la persona afectada no puede vivir de manera independiente ya que no es capaz de realizar actividades cotidianas por ella misma o sin supervisión, como abrigarse, ir a comprar o administrar el dinero.

Durante la fase seis, con una EA moderada-severa, el paciente perderá la capacidad de realizar ciertas ABVD relacionadas con el autocuidado como bañarse, vestirse...

Por último, al llegar a la fase terminal, el cuidador observará la pérdida progresiva del lenguaje, locomoción y conciencia.⁵

Esta escala se puede consultar en el Anexo 1.

1.4. Clasificación de la enfermedad según la edad de inicio

Como ya se ha comentado, el factor de riesgo más importante para padecer la enfermedad de Alzheimer es la edad y es por ello que también se puede clasificar en Alzheimer de inicio tardío y Alzheimer de inicio temprano.

- Alzheimer de inicio tardío: es el más común, los síntomas aparecen por primera vez a partir de los 65 años y además, se ha demostrado que tener el cromosoma 19 la apolipoproteína E (APOE) es un factor de riesgo para desarrollar la enfermedad de Alzheimer. ⁴
- Alzheimer de inicio temprano: ocurre entre los 30 y 65 años de edad, no es nada común ya que representa alrededor del 5% o 6% de los casos totales de Alzheimer.

Padecer la enfermedad de Alzheimer supone un gran impacto tanto de la persona como de los familiares a cualquier edad. Sin embargo, siempre que se trata de una persona joven al hablar de cualquier enfermedad se presentan unos retos de especial dificultad. Además del estigma asociado a la enfermedad o prejuicios que se puedan crear, las personas que sufren esta enfermedad a una edad temprana acaban perdiendo el trabajo, relaciones sociales...³

1.5. Impacto de la enfermedad en la familia

Los pacientes con demencias que cuentan con el cuidado de un familiar que les acompaña la mayor parte del tiempo, ayuda a reducir y en algunas ocasiones a evitar el ingreso en instituciones sanitarias. Esto es debido a una serie de características que posee el cuidador, tales como el parentesco que puedan tener con el enfermo, situación laboral edad, calidad de vida, convivientes o la existencia de sintomatología ansiosa o depresiva.

Sin embargo, numerosos estudios demuestran que asumir la responsabilidad de los cuidados diarios de un enfermo contribuye negativamente en la salud del cuidador. Normalmente es una única persona la que se ocupa de estos cuidados. Las consecuencias más importantes se refieren al malestar psíquico, especialmente ansiedad y depresión, pero también existen consecuencias a nivel físico. Debe responsabilizarse de la medicación, higiene, alimentación, etc. de la persona enferma, quien irá perdiendo de forma paulatina su independencia y con ello sus capacidades de autocuidado. El cuidador se desatenderá a sí mismo abandonando actividades de

ocio, tiempo libre, etc, que desembocarán en un aislamiento social paralizando su propio proyecto de vida.¹⁰⁻¹¹

Existen una serie de sentimientos que aparecen en el cuidador de una persona con la enfermedad de Alzheimer. Dichos sentimientos son consecuencia de la sobrecarga que soportan, de convivir atender y querer a su familiar enfermo. Los más comunes entre los cuidadores de esta clase de enfermos se pueden distinguir entre: tristeza, preocupación por el futuro del enfermo, soledad ante la difícil tarea, irritabilidad al sentirse atrapado en un bucle de agonía y culpabilidad por exigirse más de lo que realmente puede aportar y/o soportar como persona y con los recursos de los que dispone. Estos cuidadores que suelen ser familiares, se caracterizan por no tener formación en el cuidado de personas dependientes y no reciben ninguna compensación económica ni tiene un horario. Se dedican completamente a cuidar de su familiar.¹¹⁻¹²

Esta serie de síntomas que se presentan en el cuidador desembocan en síndrome del cuidador quemado, el cuál se caracteriza por la aparición de estrés, ansiedad, depresión, irritabilidad, insomnio, apatía, abuso de sustancias nocivas, etc. Los factores de riesgo asociados a la aparición de este síndrome son: presencia de agresividad, mayor número de patologías físicas y psicológicas, ausencia de colaboración de otros familiares y de formación e información en el cuidador, no formar parte de una asociación o grupo de ayuda y a mayor edad de la persona dependiente más probabilidades tendrá el cuidador de desarrollar este síndrome.¹²

1.6. Justificación

El Alzheimer es una enfermedad bastante común en nuestra sociedad, es difícil encontrar a alguien que no sepa lo que es la enfermedad de Alzheimer. Sin embargo, no todos saben el dolor que produce el ver a un ser querido apagándose con el paso del tiempo, que a veces no es tan lento como nos gustaría.

He elegido este tema para la revisión bibliográfica ya que me toca muy de cerca. Un familiar mío falleció hace muchos años a causa de ésta enfermedad y, ahora, otra de mis familiares sufre Alzheimer precoz. Por este motivo, esta revisión bibliográfica estará centrada en abordar los cuidados que un paciente con Alzheimer necesita al final de la vida y en el soporte que desde la enfermería se puedan ofrecer a las familias de personas afectadas por esta enfermedad con el fin de ayudar a paliar el dolor y la desesperación que ocupan sus mentes.

2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los cuidados que precisan al final de la vida un paciente diagnosticado con la enfermedad de Alzheimer y su entorno familiar?

P: Pacientes con la enfermedad de Alzheimer y entorno familiar.

I: Búsqueda bibliográfica sobre los cuidados a nivel físico y mental de una persona con Alzheimer y el soporte psicológico a su entorno familiar.

R: Análisis de la búsqueda bibliográfica en los cuidados paliativos de un paciente con Alzheimer y soporte a su entorno familiar.

3. OBJETIVOS

3.1. General

El objetivo principal de este trabajo es realizar una búsqueda bibliográfica para conocer los cuidados de enfermería tanto físicos como psicológicos del paciente con Alzheimer en la etapa final de su vida además de la identificación de la sobrecarga del cuidador principal.

3.2. Específicos

Identificar la sobrecarga del cuidador principal.

Conocer las intervenciones de los cuidados de enfermería en el paciente con Alzheimer al final de su vida.

Describir el impacto emocional del entorno familiar en la etapa final de la enfermedad de Alzheimer.

4. METODOLOGÍA

Este estudio está basado en una revisión bibliográfica sobre las intervenciones de enfermería en personas diagnosticadas con la enfermedad de Alzheimer. En una revisión bibliográfica, el objetivo principal es llevar a cabo una investigación de tipo documental, es decir, recopilando información que ya existe sobre un tema o problema concreto.

Esta revisión bibliográfica de artículos encontrados en las siguientes bases de datos: PubMed, CINAHL y Scielo; se trata de un estudio cuantitativo ya que se han recogido y analizado, en los diferentes artículos, datos cuantitativos sobre unas determinadas variables.

PubMed: es una base de datos, de acceso libre y especializada en ciencias de la salud. Permite ejecutar búsquedas sencillas y otras más complejas a través de las funciones de búsqueda por campos, con términos MeSH o con límites. Los resultados de estas búsquedas pueden graduarse con diferentes herramientas y mostrarse según diferentes formatos.¹³

CINAHL: es una base de datos especialmente diseñada para responder las necesidades de profesionales específicos de la salud, tales como enfermeros, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales, así como otros relacionados. Facilita el acceso a todas las revistas de enfermería, fisioterapia y terapia ocupacional publicadas en inglés, publicaciones de la American Nurse's Association y a la National League of Nursing. Dispone de acceso al texto completo de más de 1400 revistas.¹⁴

Scielo: es una biblioteca virtual formada por una colección de revistas de ciencias de la salud seleccionadas de acuerdo a unos criterios de calidad definidos. Su objetivo es contribuir al desarrollo de la investigación, aumentando la difusión de la producción científica nacional y mejorando y ampliando los medios de publicación y evaluación de los resultados.¹⁵

4.1 Términos de búsqueda

LENGUAJE LIBRE	MeSH	DeCS
Alzheimer	Alzheimer's disease	Alzheimer's disease
Cuidados paliativos	Terminal care	Palliative care
Sobrecarga del cuidador	Caregiver burden	Caregiver burden
Cuidados de enfermería	Nursing care	Nursing care
Cuidador	Caregiver	Caregiver

Tabla 1. Descriptores de búsqueda de MeSH y DeCS.

4.2 Criterios de inclusión y exclusión

Previo al inicio de la búsqueda, se fijaron criterios de inclusión y exclusión con la finalidad de priorizar los artículos más adecuados a la búsqueda deseada.

INCLUSIÓN	EXCLUSIÓN
<ul style="list-style-type: none"> • Artículos publicados en inglés y español. • Publicaciones de los últimos cinco años. • Artículos referentes a intervenciones de enfermería en pacientes con 	<ul style="list-style-type: none"> • Cualquiera que no cumpla los criterios de inclusión establecidos. • Excluidas búsquedas en manuales, libros y revistas.

<p>demencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Artículos con todos los apartados • Artículos relacionados con la fase terminal del Alzheimer y la sobrecarga del cuidador. 	
---	--

Tabla 2. Criterios de inclusión y exclusión.

4.3. Estrategia de búsqueda

Esta revisión bibliográfica recoge publicaciones de los últimos cinco años que se ha realizado durante el período de noviembre de 2020 a febrero de 2021, de las bases de datos PubMed, CINAHL y Scielo.

En la primera búsqueda realizada en PubMed, se incluyeron artículos en inglés ya que en esta base de datos más del 80% de los artículos están en este idioma. Las palabras clave fueron identificadas a través de la estrategia de búsqueda de Medical Subject Headings (MeSH), con el fin de realizar una búsqueda más precisa. Se obtuvieron un total de 288 artículos que, tras ser filtrados con los criterios de inclusión y exclusión finalmente obtuvimos 31 artículos. Debido a su similitud o relevancia con nuestra revisión, fueron seleccionados 8 artículos.

Durante la búsqueda realizada en CINAHL, el Índice acumulativo de enfermería y literatura de ciencias de la salud por sus siglas en inglés, la estrategia utilizada fue a través del vocabulario estructurado y multilingüe DeCS. Se encontraron un total de 443 artículos que, tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión, etc, se filtraron dos artículos que cumplían las características deseadas.

En la última búsqueda realizada en Scielo, la estrategia de búsqueda utilizada también fue la del vocabulario estructurado y multilingüe de DeCS. Pudimos acceder a un total de 48 artículos a través de los operadores booleanos, de los que se pudieron filtrar dos atendiendo a los criterios establecidos de inclusión y exclusión y de las características de los mismos.

BASES DE DATOS	BÚSQUEDA (operadores booleanos)
PubMed	<ol style="list-style-type: none"> 1. (“Alzheimer’s disease” [MeSH]) AND “Caregivers” [MeSH] 2. (“Nursing care” [MeSH]) AND “Alzheimer’s disease” [MeSH] 3. (“Alzheimer’s disease” [MeSH]) AND “Terminal care” [MeSH]
CINAHL	<ol style="list-style-type: none"> 1. Alzheimer’s disease [DeSC] AND Nursing care [DeSC] 2. Alzheimer’s disease [DeSC] AND caregivers burden [DeSC]
Scielo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Alzheimer AND Palliative care [DeSC] 2. Nursing care [DeSC] AND Alzheimer’s disease [DeSC]

Tabla 3. Estrategias de búsqueda en las bases de datos.

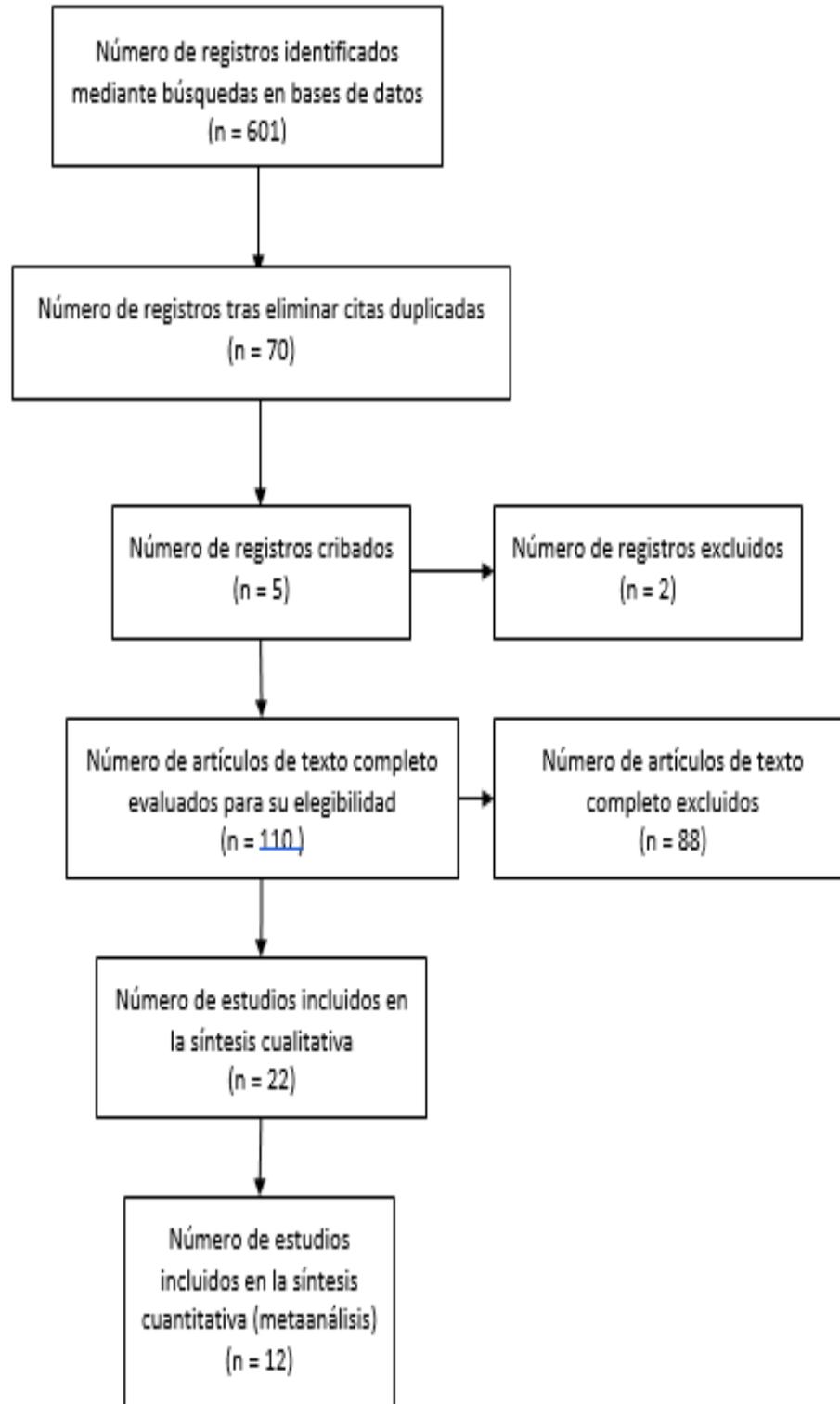
5. RESULTADOS

5.1. Diagrama de flujo

I
D
E
N
T
I
F
I
C
A
C
I
O
N

S
C
R
E
E
N
I
N
G

I
N
C
L
U
I
D
O
S



5.2. Tabla de resultados

Artículo	Tipo de estudio	Muestra	Objetivos	Conclusiones
<p>1. Verena Bramboeck, M., Korbinian Moeller, P., Josef Marksteiner, D., Liane Kaufmann, P. (2021). Loneliness and Burden Perceived by Family Caregivers of Patients With Alzheimer Disease, 2020. SAGE Journals. Disponible: https://doi.org/10.1177/1533317520917788</p>	<p>Estudio cuantitativo, observacional, transversal, retrospectivo, descriptivo, fuentes primarias y de campo.</p>	<p>Cuidadores familiares de pacientes con EA. Reclutados entre enero de 2015 y abril de 2017.</p>	<p>Investigar la soledad y carga que experimentan los familiares que cuidan a familiares diagnosticados con EA.</p>	<p>Las escalas de soledad uni y multidireccional resultan ser sensibles en este estudio frente a la soledad que refieren los cuidadores de familiares con EA.</p>
<p>2. Campos-Puente A., Avargueres-Navarro M., Borda-Mas M., Sánchez-Martín M., Aguilar-Parra J., Trigueros R. Emotional Exhaustion in Housewives and Alzheimer Patients' Caregivers: Its Effects on Chronic Diseases, Somatic Symptoms and Social Disfunction, 2020. MDPI Open Access Journals. Disponible: https://doi.org/10.3390/ijerph16183250</p>	<p>Estudio cuantitativo, experimental, transversal, prospectivo, analítico, fuentes primarias y de campo.</p>	<p>193 mujeres andaluzas que se dividían en amas de casa y cuidadoras de enfermos de Alzheimer.</p>	<p>Diseñar intervenciones psicosociales y educativas para prevenir riesgos en cuanto al trabajo que realizan.</p>	<p>Los resultados permitieron conocer cómo afectan dichas actividades a la salud y a llevar a cabo las intervenciones que estas personas necesitan de una manera mucho más específica.</p>
<p>3. Viñas-Díez, V., Conde-Sala, J., Turró-Garriga, O., Gascón-Bayarri, J., Reñé-Ramírez, R. (2019). Síntomas depresivos y sobrecarga en los familiares cuidadores en la enfermedad de Alzheimer: un modelo de ecuaciones estructurales. Neurología.com. Disponible: https://doi.org/10.33588/rn.6901.2018504</p>	<p>Estudio cuantitativo, observacional, transversal, prospectivo, descriptivo, fuentes primarias y de campo.</p>	<p>127 cuidadores familiares de personas con EA, con un seguimiento de 24 meses.</p>	<p>Conocer los factores asociados a la sintomatología depresiva y la sobrecarga del cuidador. Aplicar un modelo de ecuaciones estructurales para</p>	<p>El deterioro del enfermo y la sobrecarga del cuidador son factores de riesgo para la depresión en el cuidador principal. Son necesarias intervenciones para</p>

			cada una de ellas.	ayudar a reducir la carga y poder prevenir la depresión asociada.
<p>4. Montgomery, W., Goren, A., Kahle-Wroblewski, K. <i>et al.</i> La gravedad de la enfermedad de Alzheimer y su asociación con la calidad de vida del paciente y el cuidador en Japón: resultados de una encuesta comunitaria. <i>BMC Geriatr</i> 18, 141 (2018). https://doi.org/10.1186/s12877-018-0831-2</p>	<p>Estudio cuantitativo, observacional, transversal, prospectivo, analítico, fuentes primarias y de campo.</p>	<p>Cuidadores de personas con un diagnóstico clínico de EA, previamente identificados en las Encuestas nacionales de Salud y Bienestar de Japón, con muestras de adultos de más de 18 años.</p>	<p>Investigar las asociaciones entre la gravedad de la enfermedad del paciente con demencia y la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de los pacientes y sus cuidadores.</p>	<p>Los resultados sugirieron que una mayor gravedad de la demencia de la EA se asocia con un mayor grado de carga en relación con la CVRS.</p>
<p>5. Garzón-Maldonado, F., Gutiérrez-Bedmar, M., García-Casares, N., Pérez-Errázquin, F., Gallardo-Tur, A., Martínez-Valle Torres, M. (2017). Calidad de vida relacionada con la salud en cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer. Doi.org. Disponible: https://doi.org/10.1016/j.nrl.2016.02.023</p>	<p>Estudio cuantitativo, observacional, longitudinal, prospectivo, analítico, fuentes primarias y de campo.</p>	<p>97 pacientes diagnosticados de EA según criterios NINCDS-ADRDA y sus 97 cuidadores principales.</p>	<p>Evaluar de forma longitudinal la calidad de vida relacionada con la salud en cuidadores de pacientes con EA, antes y después, durante 1 año.</p>	<p>La calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes con EA empeora a lo largo de la evolución de la enfermedad y es peor que la de la población general.</p>

<p>6. Mahdavi, B., Fallahi-Khoshknab, M., Mohammad, F., Haghi, M. (2016). Effects of Spiritual Group Therapy on Caregiver Strain in Home Caregivers of the Elderly with Alzheimer's Disease. Doi.org. Disponible: https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.12.003</p>	<p>Estudio cuantitativo, experimental, transversal, prospectivo, descriptivo, fuentes primarias y de campo.</p>	<p>100 cuidadores seleccionados por muestreo por conveniencia y divididos aleatoriamente en grupos de intervención, durante cinco semanas.</p>	<p>Determinar el efecto del cuidado espiritual en la tensión del cuidador de ancianos con EA.</p>	<p>El cuidado espiritual es capaz de reducir la tensión del cuidado en los cuidadores domiciliarios de personas mayores con EA.</p>
<p>7. Faes, K., Cohen, J., Annemans, L. (2018). Resource Use During the Last 6 Months of Life of Individuals Dying with and of Alzheimer's Disease. Disponible: https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jgs.15287</p>	<p>Estudio cuantitativo, observacional, transversal, retrospectivo, analítico, fuentes primarias y de campo.</p>	<p>Todos los difuntos belgas de 2012.</p>	<p>Comparar el uso de recurso durante los últimos 6 meses de la vida de las personas con EA pero a quienes no se les identificó como causa de la muerte con la de aquellos que la tuvieron como causa subyacente.</p>	<p>Los individuos que murieron de EA utilizaron muchos menos recursos intensivos que los que murieron con EA. Sugiere una necesidad de fomentar el uso de los cuidados paliativos en personas con EA.</p>
<p>8. Pudelewicz, A., Talarska, D., Baczyk, G. (2018). Burden of caregivers of patients with Alzheimer's disease. Doi-org.sabidi.urv.cat. Disponible: https://doi-org.sabidi.urv.cat/10.1111/scs.12626</p>	<p>Estudio cualitativo, observacional.</p>	<p>55 personas con EA y sus cuidadores.</p>	<p>Examinar el nivel de sentimiento de carga entre los cuidadores de pacientes con EA. Determinar la relación entre los parámetros seleccionados.</p>	<p>Prevalcieron el nivel medio de carga de atención y el nivel promedio de autoestima, de acuerdo con la escala de Rosenberg.</p>

<p>9. Balbim, GM, Marques, IG, Cortez, C. <i>et al.</i> Estrategias de afrontamiento utilizadas por personas latinas de mediana edad y mayores que cuidan de seres queridos con la enfermedad de Alzheimer y demencia relacionada. <i>J Cross Cult Gerontol</i> 34, 355–371 (2019). Disponible: https://doi-org.sabidi.urv.cat/10.1007/s10823-019-09390-8</p>	<p>Estudio cualitativo, observacional.</p>	<p>16 cuidadores reclutados a través del Repositorio de Datos Clínicos del Centro de Enfermedad de Alzheimer de la Universidad Rush.</p>	<p>Explorar las estrategias de afrontamiento utilizadas por los cuidadores de personas con EA o demencia relacionada.</p>	<p>Estos resultados ofrecen información a los profesionales de la salud entre otros, sobre cómo abordar estrategias efectivas para hacer frente al estrés.</p>
<p>10. Silomar I, Costa S.S., Stein D, Lima E.J., Teda M., Santini R.G. (2016). Complex educational and care (geron)technology for elderly individuals/families experiencing Alzheimer's disease. <i>Scielo.isciii.es</i>. Disponible: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000400726&lang=pt</p>	<p>Estudio cualitativo, observacional.</p>	<p>13 cuidadores familiares de personas con EA.</p>	<p>Describir los aportes del Grupo de Atención Multidisciplinar Integral para Cuidadores de Personas con EA como tecnología educativa y asistencial, desde la perspectiva familia/cuidadores.</p>	<p>El Grupo aporta una tecnología de cuidado y educación para el cuidado basado en la práctica y apoyado en experiencias reales para mejorar la calidad de vida y la atención prestada a los enfermos de EA.</p>
<p>11. Avendaño Meza, C. (2019). Tratamiento de lesiones relacionadas con la dependencia en paciente con enfermedad degenerativa demencial con dependencia severa. <i>Scielo.isciii.es</i>. Disponible: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2019000100042&lang=pt</p>	<p>Estudio cualitativo, descriptivo.</p>	<p>Paciente femenino de 82 años con dependencia severa debido a la EA.</p>	<p>Presentar los resultados del tratamiento de una lesión relacionada con la dependencia combinada o mixta.</p>	<p>La correcta valoración de una herida permite establecer unos cuidados específicos con unos resultados positivos.</p>

<p>12. Perosanz Calleja, M., Jiménez Navascués, M., Navarro Martínez, M., Blanco Tobar, E., García Manzanares, M.. et al. (2017). Asociación de familiares de enfermos de Alzheimer cubriendo un vacío. Scielo.isciii.es. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2017000100004&lang=pt</p>	<p>Estudio cualitativo, descriptivo.</p>	<p>Asociación de familiares de enfermos de Alzheimer.</p>	<p>Analizar la percepción que tienen los miembros de una asociación de familiares de enfermos de Alzheimer.</p>	<p>Las necesidades que tienen estas familias intentan ser cubiertas por esta asociación ya que no existe otra institución que lo haga. El objetivo de esta asociación es proporcionar apoyo a los cuidadores y mantener al enfermo en su medio habitual.</p>
--	--	---	---	--

Tabla 4. Resultados de la búsqueda.

6. DISCUSIÓN

En este apartado, se realizará un análisis de toda la bibliografía obtenida a partir de la revisión sistemática realizada, donde serán discutidos y comparados entre ellos.

Los autores Verena Bramboeck, M., Korbinian Moeller, P., Josef Marksteiner, D., Liane Kaufmann, P. (1), investigaron la soledad y sobrecarga que experimentan las familias que cuidan a personas con la EA. En los resultados de su investigación obtuvieron diferencias de sexo, edad y situaciones personales. La investigación reveló que en los hombres cuidadores el impacto negativo es mucho más grande que en las mujeres ya que la soledad que sienten es más pronunciada, a pesar de que ellas manifiestan niveles de carga más altos que ellos. En su investigación también concluyeron que la carga del cuidador puede afectar significativamente a la gravedad de los síntomas neuropsiquiátricos del paciente con Alzheimer, coincidiendo con la investigación realizada por Campos-Puente A., Avargueres-Navarro M., Borda-Mas M., Sánchez-Martín M., Aguilar-Parra J., Trigueros R. (2). Con ella demostraron que la actividad del cuidador influye negativamente en su salud, por lo que se deben diseñar intervenciones psicosociales y educativas para así ayudar a prevenir los riesgos derivados del cuidado que comprometen su salud.

En una investigación realizada por Pudelewicz, A., Talarska, D. y Baczyk, G. (8), sin embargo y a diferencia de la realizada por Verena Bramboeck, M., Korbinian Moeller, P., Josef Marksteiner, D., Liane Kaufmann, P. (1), concluyeron que en su muestra de estudio los cuidadores de personas con EA padecían un nivel medio de sobrecarga y autoestima, resultados no tan pesimistas como en el estudio realizado por (1).

En relación a la sobrecarga del cuidador, Montgomery, W., Goren, A., y Kahle-Wroblewski, K. (4) realizaron un estudio para conocer la relación entre la gravedad de la enfermedad del paciente con demencia y la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de los propios pacientes y de sus cuidadores, incluyendo comorbilidades relacionadas. Los resultados obtenidos revelaron la importancia de la detección temprana de la enfermedad para poder reducir la carga relacionada con la enfermedad del paciente, el cuidador y las personas que los rodean. Garzón-Maldonado, F., Gutiérrez-Bedmar, M., García-Casares, N., Pérez-Errázquin, F., Gallardo-Tur,

A. y Martínez-Valle Torres, M. (5) además, demostraron que los pacientes con EA sufren un empeoramiento progresivo de su CVRS, empeorando a la vez la CVRS de los cuidadores.

Faes, K., Cohen, J. y Annemans, L. (7) compararon el uso hospitalario de pacientes fallecidos con EA por otra causa y de pacientes fallecidos por EA en un período de 6 meses. En los resultados de este estudio se obtuvo que se registra un mayor uso hospitalario por parte de personas finalmente fallecidas con EA pero no a causa de ella. Por este motivo llegaron a la conclusión de que se debe fomentar el uso de los cuidados paliativos para personas con EA.

Avendaño Meza, C. (11) presentó un caso clínico sobre una lesión relacionada con la dependencia severa del paciente a causa de EA para compartir los positivos resultados de su intervención de enfermería. Un paciente no colaborador siempre es un limitante a la hora de la realización del plan de cuidados del paciente. Además de estas técnicas de cuidado físico, también hay que tener en cuenta el cuidado psicológico por lo que Mahdavi, B., Fallahi-Khoshknab, M., Mohammad, F. y Haghi, M. (6) investigaron el efecto del cuidado espiritual en cuidadores y enfermos de EA.

Según el estudio realizado por Balbim, GM, Marques, IG, Cortez, C. (9) en Latinoamérica, los cuidadores de personas con EA afrontan mejor la sobrecarga relacionándola con la promoción de la salud y el autocuidado, ya que la actividad física, por ejemplo, les ayudaba a aliviar el estrés. Las actividades de ocio son unas de las mejores estrategias de afrontamiento.

En los centros de día se atiende a personas que precisan de una importante cantidad de cuidados, generalmente personas con demencia, facilitando la integración familiar. Perosanz Calleja, M., Jiménez Navascués, M., Navarro Martínez, M., Blanco Tobar, E., García Manzanares, M. (12) analizaron las competencias de los profesionales de enfermería, así como la percepción de los miembros de una asociación de familiares de enfermos de EA sobre la atención recibida. Se determinaron las competencias de enfermería en la asociación: asistenciales, docentes, de gestión e investigación; además de concluir en que esta asociación es un recurso imprescindible para mantener a la persona dependiente en su medio habitual proporcionando apoyo a los cuidadores a fin de mejorar su calidad de vida. En el estudio realizado por Silomar I, Costa S.S., Stein D, Lima E.J., Teda M., Santini R.G. (10) describe que el Grupo Multidisciplinar integral para Cuidadores de Personas con EA

aporta tecnologías de cuidado y educación para el cuidado de personas con EA a fin de mejorar la calidad de atención de estas. Podemos concluir que la existencia de asociaciones y grupos de ayuda a personas con EA y sus cuidadores, ayuda significativamente a ambas partes.

Hemos podido cumplir el objetivo principal propuesto, el cual trataba de conocer la sobrecarga del cuidador principal de una persona con EA al final de su vida.

Sin embargo, ha quedado un objetivo por completar tal como el impacto emocional que esta enfermedad tiene y todas las consecuencias de ésta que, sufren las familias y el entorno más cercano de estos pacientes.

7. CONCLUSIÓN

Después del análisis de toda la bibliografía puedo concluir que la sobrecarga del cuidador principal de este tipo de pacientes, sea o no familiar, puede tener consecuencias en su salud a nivel tanto físico como mental.

Según los resultados, no existen demasiadas intervenciones en cuanto a técnicas se refiere que enfermería pueda realizar para paliar el dolor de paciente y familiares. Sin embargo, sí que existen numerosas intervenciones a través de una perspectiva más social, enfocadas al soporte que podemos brindar a pacientes y familiares; donde la tarea enfermera será dar soporte a la hora de lidiar con las fases del duelo del mismo paciente y de los familiares durante todo el proceso de enfermedad.

7.1. Limitaciones

El tiempo para recopilar toda la bibliografía ha sido muy reducido, ya que para realizar una búsqueda de este tamaño es necesario profundizar más en ella, por lo que ha sido un limitante a la hora de realizar el trabajo.

Nos hemos encontrado con limitaciones en el estudio debidas a los artículos restringidos o a los que no se podía acceder y con potencial.

7.2. Futuras líneas de investigación

Valdría la pena invertir más tiempo en investigar el impacto real que tiene en las familias la aparición de la EA, sobre todo en el Alzheimer precoz donde el duelo es más significativo. A lo largo de la revisión sistemática, he encontrado muy pocos artículos que trataran en profundidad las necesidades de los familiares de personas con EA. La gran mayoría de ellos hablan de la sobrecarga que padecen los cuidadores principales de personas con EA, que suelen ser familiares pero, en mi opinión, el entorno familiar de la persona diagnosticada sufre una sobrecarga diferente a la del cuidador principal que no se debe olvidar. Merece la pena abrir una línea de investigación hacia las características del duelo de los familiares para así poder encontrar la manera de mitigar estas emociones emergentes y brindar un completo soporte a la familia.

Otra muy interesante futura línea de investigación podría ir enfocada hacia las intervenciones a realizar por enfermería para personas con Alzheimer precoz y avanzado, que suelen ir de la mano. Para finalizar, me ha sorprendido enormemente no encontrar artículos de investigación sobre, por ejemplo, la incidencia de la EA precoz en la actualidad y su factor genético.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Valenzuela Vidal, A., Folch Ayora, A., Bou Esteller, J., Fernández Yañez, Z., Eroles Tena, S., Salas Medina, P. (2020). Adquisición de conocimientos en cuidados paliativos mediante un plan de estudios transversal en enfermería. *Enfermería Global*, 19(3), 322-344. [consultado el 10 de noviembre de 2020] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412020000300322&lang=es
2. Sierra Leguía, L., Montoya Juárez, R., García Caro, M., López Morales, M., Montalvo Prieto, A., Sierra Leguía, L. et al. (2020). Experiencia del Cuidador familiar con los cuidados paliativos y al final de la vida. [consultado el 10 de Noviembre de 2020] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962019000100011&lang=es
3. Enfermedad de Alzheimer - Síntomas y causas - Mayo Clinic. (2020). [consultado 15 de Noviembre de 2020] Disponible en: [_](#)

- <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/alzheimers-disease/symptoms-causes/syc-20350447+>
4. Inicio - Fundación Alzheimer España. (2020). [consultado el 20 de Noviembre de 2020] Disponible en: <http://www.alzfae.org/>
 5. Fresenius Kiabi. (2021). Escala de Deterioro Global de Reisberg (GDS). [consultado el 20 de enero de 2021] Disponible en: https://www.nutricionemocional.es/sites/default/files/escala_de_deterioro_global_de_reisberg.pdf
 6. Organización Mundial de la Salud. (2021). Demencia. [consultado el 23 de enero de 2021] Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
 7. Ministerio de sanidad, política social e igualdad. (2012). Guía de Práctica Clínica sobre la Atención Integral a las Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias. [consultado el 15 de enero de 2021] Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_484_Alzheimer_AIAQS_resum.pdf
 8. Fundación Maragall. (2019). Historia del Alzheimer: cronología de la enfermedad y su investigación. [consultado el 11 de enero de 2021] Disponible en: <https://blog.fpmaragall.org/historia-del-alzheimer>
 9. Fundación CITA Alzheimer. (2021). Historia del Alzheimer. [consultado el 11 de enero de 2021] Disponible en: <https://www.cita-alzheimer.org/la-enfermedad/historia-del-alzheimer>
 10. Alonso Babarro, A., Garrido Barral, A., Casquero Ruiz, R., Riera Pastor, M. (2021). Perfil y sobrecarga de los cuidadores de pacientes con demencia incluidos en el programa ALOIS. [consultado el 1 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-perfil-sobrecarga-cuidadores-pacientes-con-13057256>
 11. kNOW Alzheimer, 2021. ¿Cómo afecta la enfermedad de Alzheimer al cuidador?. kNOW Alzheimer. [consultado el 4 de febrero de 2021] Disponible en: <https://knowalzheimer.com/cuidadores/como-afecta-la-enfermedad-al-cuidador>
 12. LLibre Guerra, J., Guerra Hernández, M., Perera Miniet, E. (2021). Impacto psicosocial del síndrome demencial en cuidadores cruciales. Scielo.sld.cu. [consultado el 4 de febrero de 2021] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000100005#:~:text=Los%20s%C3%ADntomas%20encontrados%20en%20los,expresi%C3%B3n%20de%20su%20estr%C3%A9s%20emocional

13. Trueba-Gómez, R., Estrada-Lorenzo, J. (2021). La base de datos PubMed y la búsqueda de información científica. Elsevier. [consultado el 30 de marzo de 2021] Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-seminarios-fundacion-espanola-reumatologia-274-articulo-la-base-datos-pubmed-busqueda-S1577356610000229>
14. CINAHL. Biblioteca de la Universidad de Granada. Biblioteca.ugr.es. (2021). [consultado el 30 de marzo de 2021] Disponible en: https://biblioteca.ugr.es/pages/biblioteca_electronica/bases_datos/cinahl.
15. SciELO España. Scientific Electronic Library Online. Scielo.isciii.es. (2021). [consultado el 3 de marzo de 2021] Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php>

ANEXOS

1. Escala de deterioro global (GDS)

Estadio GDS	Estadio FAST y diagnóstico clínico	Características
GDS. Ausencia de alteración cognitiva	FAST 1. Paciente sin deterioro cognitivo	Ausencia de dificultades objetivas o subjetivas
GDS 2. Defecto cognitivo muy leve	FAST 2. Paciente con deterioro cognitivo propio de la edad	Quejas de pérdida de memoria. Déficit no observable en un examen clínico. Pleno conocimiento y valoración de la enfermedad.
GDS 3. Defecto cognitivo leve	FAST 3. Alzheimer incipiente	Primeros defectos claros. Manifestación de uno o más de los siguientes síntomas: <ul style="list-style-type: none">• Haberse perdido en un lugar no familiar.• Evidencia de rendimiento laboral pobre.• Dificultad incipiente para recordar los nombres.• Retiene poco material después de una lectura.• Olvida el lugar, pierde o coloca de manera incorrecta objetos de valor.• Poca capacidad para recordar nuevas personas que ha conocido.• Disminución de la capacidad organizativa.

GDS 4. Defecto cognitivo moderado

**FAST 4.
Alzheimer leve**

Se observa evidencia objetiva de defectos de memoria en una entrevista clínica.

Disminución de la capacidad de realizar tareas complejas.

Defectos claramente definidos en una entrevista clínica detallada:

- **Conocimiento disminuido de acontecimientos actuales y recientes.**
- **El paciente puede presentar cierto déficit en el recuerdo de su historia personal.**
- **Dificultad de concentración evidente en la realización de restas numéricas.**
- **Capacidad disminuida para viajar, controlar su economía, etc.**

Frecuentemente NO hay defectos en:

- **La orientación en tiempo y persona.**
- **El reconocimiento de caras y personas familiares.**
- **La capacidad de viajar a lugares conocidos.**

La negación es el mecanismo de defensa predominante.

GDS 5. Defecto cognitivo moderadamente grave

**FAST 5.
Alzheimer moderado**

El paciente no puede sobrevivir mucho tiempo sin ningún tipo de asistencia.

- **Requiere asistencia para escoger la ropa adecuada.**

GDS 6. Defecto cognitivo grave

FAST 6.

Alzheimer moderado-grave

- Es incapaz de recordar aspectos importantes de la vida cotidiana (dirección, teléfono, nombres de familiares...).
- Es frecuente cierta desorientación en tiempo y espacio.
- Dificultad para restar desde 40 de 4 en 4 o desde 20 de 2 en 2.
- Sabe su nombre, generalmente, el de su pareja e hijos.
- Olvida el nombre de su pareja.
- Retiene algunos datos del pasado.
- Desorientación en tiempo y espacio.
- Dificultad para contar de 10 en 10, restando o sumando.
- Recuerda su nombre y diferencia las personas familiares de las desconocidas.
- Ritmo diurno frecuentemente alterado.
- Presenta cambios en la personalidad y la afectividad, delirios, síntomas obsesivos, ansiedad, agitación o agresividad y abulia (síntomas neuropsiquiátricos).

6a

Necesita asistencia para vestirse

6b

Necesita asistencia para bañarse.

6c

Necesita asistencia para ir al baño.

6d

Incontinencia urinaria.

	6e	Incontinencia fecal.
GDS 7. Defecto cognitivo muy grave	FAST 7. Alzheimer grave	Pérdida progresiva de las habilidades verbales y motoras. Con frecuencia se observan signos neurológicos.
	7a	Incapaz de decir más de media docena de palabras.
	7b	Solo es capaz de decir una palabra.
	7c	Incapaz de deambular sin ayuda.
	7d	Incapaz de mantenerse sentado sin ayuda.
	7e	Pérdida de la capacidad de sonreír.
	7f	Pérdida de la capacidad de mantener la cabeza derecha.

