

**Enfermedad de Alzheimer en Adultos Mayores Institucionalizados y de la
Comunidad de la Costa Caribe Colombiana**



Autora

Ledis García Pinto

Universidad Cooperativa de Colombia

Facultad de Psicología

Psicología

Santa Marta, Magdalena

2017

**Enfermedad de Alzheimer en Adultos Mayores Institucionalizados y de la
Comunidad de la Costa Caribe Colombiana**



Proyecto de Investigación

Autora:

Ledys García Pinto

Presentado en la Modalidad de Auxiliar de Investigación

para optar el título de:

Psicóloga

Asesora:

Dra. Martha Fernández Daza

Universidad Cooperativa de Colombia

Facultad de Psicología

Psicología

Santa Marta, Magdalena

2017

Agradecimientos

Inicialmente mi más sincero agradecimiento con Dios, quien fue el que me otorgo la sabiduría, comprensión y esmero para que el presente proyecto se haya realizado y gracias a él, alcanzo un peldaño más en mi vida, Seguidamente le doy las gracias a mis padres, piezas fundamentales para el desarrollo y culminación de este proyecto, sus invaluable esfuerzos, el apoyo incondicional y compromisos, permitieron guiarme y consolidar los valores que hoy se encuentran presentes en mí, a mis hermanos los cuales siempre fueron un modelo y un ejemplo para cumplir el gran escalón como lo es el título profesional.

Igualmente enormes agradecimientos a mis amigos(a) y compañeras, las cuales fueron el pilar de mi desarrollo profesional, ayudándome a afrontar las dificultades que en el camino se presentaron, brindándome la confianza en todo momento y mucha más por creer en lo que soy, y especialmente a Shyseth Ospino, mi compañera que me invadió de su tenacidad, pasión, inteligencia y ayuda para culminar exitosamente mi proyecto. Por último, agradecimientos a mi asesora de proyecto, Dra. Martha Fernández, por su paciencia y entrega para mi formación profesional y a mis profesores en general, en especial a Silena Álvarez por ser un gran ser humano, y por todos los conocimientos impartidos para mi crecimiento personal.

*La dicha de la vida consiste en tener siempre algo que hacer,
alguien a quien amar y alguna cosa que esperar". Thomas Chalmers*

Tabla de Contenido

	Pag
1. Introducción.....	1
2. Marco Teórico.....	11
3. Objetivos.....	19
4.1 Objetivo General.....	19
4.2 Objetivos Específicos.....	19
5. Metodología.....	19
5.1 Diseño.....	19
5.2 Participantes.....	25
5.3 Muestra.....	25
5.4 Instrumentos.....	25
5.5 Procedimiento.....	26
5.6 Análisis de resultados.....	23
5.7 Consideraciones Éticas.....	23
6. Resultados	28
7. Discusión.....	32
8. Referencias.....	35

Tabla de figuras

Figura 1.....	24
Figura 2.....	24
Figura 3.....	25
Figura 4.....	25
Figura 5.....	26
Figura 6.....	27
Figura 7.....	28
Figura 8.....	28

Resumen

El Alzheimer es considerada una de las enfermedades tipo demencia con más prevalencia y con tendencia a aumentar para los próximos años, debido a los avances en la salud, ciencia y tecnología, el cual aumenta la esperanza de vida de la población adulto mayor, de esta manera, el presente proyecto tiene como objetivo describir la sintomatología de la enfermedad de Alzheimer en adultos mayores institucionalizados y de la comunidad de la costa caribe colombiana, así mismo identificar la posible presencia de la EA y detallar aspectos del sistema de salud que reciben esta población de adulto mayores. Para la realización de este proyecto se utilizó un diseño cuantitativo, no experimental; descriptivo y transversal. La muestra inicial que se escogió fue de 58 adultos mayores institucionalizados y 50 adultos mayores de la comunidad, para un total de 108 adultos mayores de la costa caribe colombiana, de edades comprendidas entre 54 años de edad hasta los años de edad. Se aplicó el instrumento de ADAS Cog, en el que se pudo evidenciar que se encuentran 48 adultos mayores con sintomatología del Alzheimer, siendo esta la muestra final, el 90% se encuentra superior al promedio (35) y solo el 10% se encuentra inferior al promedio, siendo 70 el máximo puntaje, lo que significa que entre mayor sea el puntaje mayor es la gravedad del Alzheimer. Teniendo en cuenta lo anterior y con base al instrumento aplicado, se evidencia que en el 48% de la población total escogida, fue detectada la enfermedad de Alzheimer.

Palabras Claves: Alzheimer, Demencia, Adulto mayor, Comunidad, Institución.

Abstract

Abstract

The Alzheimer is considered to be one of the diseases type dementia by more prevalencia and with trend to increase for the next years, due to the advances in the health, science and technology, which major adult increases the life expectancy of the population, hereby, the present project has as aim describe the symptomatology of Alzheimer's disease in major institutionalized adults and of the community of the Caribbean Colombian coast, likewise identify the possible presence of the EA and detail aspects of the system of health that this major population of adult receive. For the accomplishment of this project there was in use a quantitative, not experimental design; descriptive and transverse. The sample that was chosen belonged 50 major institutionalized adults and 50 major adults of the community, for a total of 100 major adults of the Caribbean Colombian coast, In the first instance for the sample applied instruments to themselves as; questionnaire of pfeiffer, Katz's, minimal index and GDS, since they used as support to detect possible sintomatologías of Alzheimer's disease, the previous tests indicated that 48 major adults possibly coincide with features us to surround the Alzheimer, consequently, to this specific number of major adults it applied ADAS's instrument Cog, in which it was possible to state that inside 48 major adults, 90 % is superior to the average (35) and only 10 % is lower than the average, being 70 the maximum puntaje, what means that between major it is the puntaje likewise is the gravity of the Alzheimer. Bearing the previous thing in mind, there is demonstrated that 48 % of the total select population, was detected by Alzheimer's disease.

Key words: Alzheimer, Dementia, major Adult, Community, Institution.

1. Introducción

Para el 2020 se espera que 260.000 personas mayores de 60 años padezcan la enfermedad del Alzheimer más que todos en los países desarrollados y parte de Latinoamérica (Unicesi, 2013).

Por esto se hace importante para un mayor entendimiento tratar de definir el Alzheimer, que en este caso la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016) lo indica como un tipo de demencia, agregando al respecto que “la demencia, es un síndrome generalmente de naturaleza crónica o progresiva caracterizado por el deterioro de la función cognitiva (es decir, la capacidad para procesar el pensamiento) más allá de lo que podría considerarse una consecuencia del envejecimiento normal”.

Así mismo, en los datos estadísticos presentados por la OMS (2016) se evidencia principalmente que hay 47,5 millones de personas que padecen demencia en el mundo, mostrando un incremento del 7,7 millones de nuevos casos. De este modo la enfermedad de Alzheimer, es la causa más común de demencia, atribuyéndole un 60% y 70% de los casos.

De esta manera se puede evidenciar con base a investigaciones que se han realizado en cuanto a la prevalencia y el impacto que está generando la demencia, en el contexto de países de Latinoamérica, esta prevalencia de demencia en adultos mayores de 65 años se calcula en un 7.1%. Además, a medida que la población va envejeciendo se estima que 7,6 millones de personas en América Latina y el Caribe desarrollen esta enfermedad neurodegenerativa para el 2030 (Manes, 2015).

Guerra (2016) sustenta que “la enfermedad de Alzheimer o demencia tipo Alzheimer, es un trastorno encefálico de deterioro crónico y progresivo que se acompaña de efectos profundos en la capacidad de recordar, aprender y razonar”. Los principales síntomas que podemos atribuirle a

esta enfermedad es la pérdida progresiva de la memoria, orientación y comprensión. El Alzheimer más que todo afecta el proceso cognitivo y que para el individuo es esencial su funcionamiento.

El Alzheimer conlleva a un sin número de problemáticas tanto mentales, psicológicas y sociales; por ejemplo, las personas diagnosticadas con Alzheimer son dependientes, porque necesitan un cuidado particular, infortunadamente la capacidad médica o el tratamiento progresivo conlleva a los encargados o cuidadores a que con el paso del tiempo se comiencen a desinteresar y transmitir un cuidado lejano al de maximizar la calidad de vida de la persona con Alzheimer, es por esto que se hace necesario no solo tratar de analizar el problema sino más bien realizar investigación y con base a esto encontrar y al mismo tiempo brindar desde una perspectiva objetiva y realista cuáles son las herramientas o métodos necesarios para tratar de evitar esta problemática neurodegenerativa que no tiene marcha atrás.

De acuerdo al estudio realizado por Alzheimer's Association (2010) en cuanto a hechos y cifras del Alzheimer, indica datos interesantes de predominio de esta enfermedad, manifiesta que el 5.3 millones de estadounidenses están diagnosticados con Alzheimer, esta cifra incluye 5.1% de personas mayores 65 años de edad, así mismo a 200.000 personas menores de 65 años, más adultos que tiene Alzheimer de inicio. Expresando de igual manera que cada 70 segundos alguien en América desarrolla esta enfermedad, agregando una proyección al futuro ya que plantea que a mediados de este siglo cada 33 segundos alguien será diagnosticado con Alzheimer.

También es importante mencionar si el género está directamente involucrado en la detección de esta enfermedad, de acuerdo a Velasco (2010) el Alzheimer no realiza ninguna distinción ya

sea de raza o estrato socioeconómico, y así mismo afecta de igual manera a hombres y mujeres. Considerando que se presenta altamente en las edades superiores a los 85.

Desde otra perspectiva, Alzheimer's Association (2010), estima de acuerdo a las bases de datos, demografía y estudio de la memoria (Adams), expone que las mujeres tienen las tasas más altas con un 16% ante los hombres que les corresponde un 11%, así mismo explica porque se da este fenómeno. Las mujeres actualmente predominan en el diagnóstico de esta enfermedad por su longevidad, es decir las mujeres tienen una esperanza de vida más duradera que los hombres, y al mismo tiempo esto les afecta para que ellas tengan enfermedades no solo como el Alzheimer sino de otras demencias relacionadas. Ya que esta patología es paralela a la edad de la persona, y hay más mujeres por encima de los 60 donde se encuentran los casos más prevalentes de Alzheimer.

Por otro lado, la realización de una revisión sistemática hecha en Cuba aporta datos importantes para la investigación (Llibre, Samper, Solórzano y Sosa, 2011), sustenta que el deterioro cognitivo en general y las demencias constituyen mundialmente a un problema de salud pública, esta afecta esencialmente entre 5-15% de la población adulto mayor, calculando que en la actualidad más de 24 millones de personas en el mundo padecen demencia, considerando que esta cifra se duplicará cada 20 años superando los 80 millones en el 2040. En cuanto específicamente al Alzheimer la enfermedad neurodegenerativa más frecuente, se le adjudica el 50-60% de todos los casos de demencia, afectando en gran medida alrededor del 10% de la población mayor de 60 años y hasta el 50% en los mayores de 85 años de edad.

En este sentido, esta información se puede constatar por otros datos estadísticos que se arrojan en todo el mundo, por ejemplo: el estudio realizado en Cuba en el cual se estima una prevalencia de demencia de 6,4% y 10,2% en la población de 65 años y más, predominando el sexo femenino

y donde la causa más frecuente es la enfermedad del Alzheimer, seguida por las demencias vasculares. Lo que alerta en cuanto al desarrollo de esta enfermedad ya que teniendo en cuenta el acelerado envejecimiento, se llegaría a que 130.000 personas se diagnostiquen con Alzheimer, duplicando esta cifra para el 2020 (Rodríguez, 2013). Manifestando no solamente la preocupación en cuanto al desarrollo y prevalencia de esta enfermedad, sino la importancia de incrementar los servicios y cuidados para esta población otorgando estrategias integrales, trabajando de forma interdisciplinar con el fin de poder contribuir a su calidad de vida que día a día se ve afectada por los costos económicos y el tiempo que implica este cuidado.

En cuanto a la prevalencia dentro del contexto europeo, la investigación “Prevalencia e incidencia de la enfermedad de Alzheimer en Europa: metaanálisis, Álvarez, Aguinaga y Guillen (2016) se apoyaron en la búsquedas de base de datos y utilizaron el modelo bayesiano de efectos aleatorios, manifestando una credibilidad del 95 %, para indicar que la prevalencia de la enfermedad del Alzheimer en Europa fue de 5,05 encontrando una tendencia de aumento, por otro lado, la incidencia fue de 11,08 por 1.000-año con igual tendencia a crecer de acuerdo a la edad.

Actualmente, las investigaciones o estudios con respecto a esta problemática han ido aumentando con el fin de aportar cada día más información, herramientas o estrategias que vayan de la mano a la prevención, aumento de la enfermedad y tratamientos adecuados que garantizan resultados. Se realizó en España, la investigación denominada “Aportaciones desde la psicología cognitiva y la inteligencia artificial al diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer”, Guerrero (2013) y se pudo constatar que el Alzheimer es una de las principales causas de demencia entre los ancianos, tomando como base los resultados arrojados por el estudio, indicando que la prevalencia de esta enfermedad aumenta dependiendo la edad, atribuyéndole el 50% y el 70% de

los casos de demencia. Teniendo en cuenta igualmente no sólo las afectaciones físicas que sobresalen de esta enfermedad, sino las consecuencias dentro del entorno familiar y social del paciente y los costos económicos que pueden traer consigo el manejo adecuado del Alzheimer.

Por otro lado, se ha visto necesario a lo largo de las investigaciones, estudiar los factores de riesgos para que una persona en un futuro sea diagnosticada con la enfermedad de Alzheimer. De acuerdo a Rodríguez y Fernando (2014), estos factores de riesgo se atribuyen a lo genético y ambiental. Por consiguiente, indican que las estrategias de prevención deben estar dirigidas a disminuir esos factores ambientales conllevando a una demora de la aparición de los síntomas de esta enfermedad. Igualmente, el factor primordial que mencionan es el del paso de los años, dado que el deterioro cognitivo, el Alzheimer y otras demencias sobresalen a medida que la persona va envejeciendo. Sin embargo, dado a estos mismos estudios epidemiológicos sobre los factores de riesgos biológicos y sociales apoyan la postura de que estos factores de riesgo se encuentran durante el curso de toda la vida de una persona (gestación, infancia, adolescencia, vida adulta temprana y tardía). Igualmente, se le otorga importancia al factor genético, estrato socioeconómico y baja escolaridad, estos elementos pueden ser base inicial para que en un futuro el adulto mayor sea diagnosticado con Alzheimer.

Alzheimer's Association's (2015) ayuda a entender la afectación de esta enfermedad en el cerebro. El cerebro cuenta con innumerables células nerviosas llamadas neuronas, cada una de esta realiza su función normalmente que es conectarse con muchas otras para así formar redes de comunicación; además de estas células se encuentran otras que son especializadas que aportan y nutren otras células. Donde cada una tiene funciones específicas tales como participar en el pensamiento, aprendizaje y la memoria y otras son un puente para lograr ver, oír y oler. Los científicos manifiestan que la EA impide que unas neuronas no trabajen de una manera eficaz, es

decir, interrumpe la actividad de neurotransmisores. No hay cierta veracidad en cuanto dónde específicamente, comienza a afectar la EA en el cerebro, pero las autopsias realizadas a personas que fueron diagnosticadas con esta enfermedad arrojan información que se puede tomar como punto de partida, como, por ejemplo, estas personas tienen una gran cantidad de placas y enredos. Las placas son depósitos de un fragmento de proteína (Beta) que se acumula en los espacios entre las células nerviosas; mientras que, los enredos son fibras retorcidas de otra proteína (Tau) que se acumula dentro de las células. Aunque la mayoría de las personas desarrollan algunas placas, las personas con EA particularmente tuvieron una tendencia mucho mayor. La mayoría de investigaciones que se han realizado en torno a este tema, indican que las placas y los enredos desactivan o bloquean la comunicación entre las neuronas, repercutiendo su proceso y destruyendo las mismas. Lo que puede generar fallas en la memoria, alteraciones en la personalidad, dificultades para cumplir las actividades cotidianas y otros síntomas ligados a la EA.

Por su parte, el estudio “Síntomas psicológicos y conductuales en pacientes con enfermedad de Alzheimer leve y moderada” Garzón y Pascual, (2015) logró identificar los síntomas psicológicos y conductuales que predominan en los pacientes con Alzheimer desde la perspectiva de su cuidador, utilizando un estudio descriptivo con 35 cuidadores, teniendo como base dentro de su evaluación un inventario Neuropsiquiátrico. Los resultados arrojados del estudio pudieron tener en cuenta que los síntomas psicológicos y conductuales de mayores repercusiones en el paciente con Alzheimer fueron; las repeticiones (82,85 %), alteraciones del sueño (77,14 %) y trastornos de hábitos alimentarios (71,42 %), comparado con las menos frecuentes; euforia (17,14 %), alucinaciones, apatía e ideas delirantes con un el 40,00 %.

En el contexto nacional se pueden encontrar investigaciones que ofrecen datos e información relevante de la enfermedad del Alzheimer, como el estudio que se realizó en Bogotá, titulado “Calidad de vida del cuidador familiar y dependencia del paciente con Alzheimer” , en el cual se contó con la participación de 192 cuidadores familiares de pacientes con Alzheimer, la investigación tuvo el objetivo de establecer una relación entre la calidad de vida del cuidador y el grado de dependencia que asumía el paciente con Alzheimer. Se pudo constatar que el nivel de dependencia por parte del paciente con su cuidador es severo, con mayor incidencia dentro de las actividades de aseo y arreglo personal (Pinto y Vargas, 2010).

Igualmente, la investigación “Caídas en adultos mayores con enfermedad de Alzheimer residentes en cinco hogares geriátricos de Barranquilla” estudio descriptivo, en 48 pacientes con Alzheimer residentes en 5 hogares geriátricos de Barranquilla. Los resultados arrojados por dicho estudio sustentaron que el 40% de los pacientes se encuentran en su fase moderada de la enfermedad. Por otro lado, el 48% de los pacientes sufrieron una caída. Siendo las fracturas la consecuencia más frecuente. Otro dato relevante aportado por este estudio es que el 80% de los pacientes presenta dependencia funcional. En este sentido este estudio demostró que la pérdida gradual de la capacidad física o las limitaciones físicas que sobresalen de esta enfermedad mantienen una implicación directa sobre sus actividades cotidianas, generando de esta forma complicaciones en el estado emocional y dentro de la calidad de vida del mismo paciente (Noguera, 2010).

Así mismo, es importante tener en cuenta la variedad de los síntomas que se desprenden o se generan de esta enfermedad, con el fin de conocer de manera preliminar todas las afectaciones que interfieren en un paciente diagnosticado con Alzheimer, por ejemplo, de acuerdo a rvarían desde limitaciones cognitivas como: memoria, amnesia, Funciones ejecutivas, Atención,

Lenguaje; como también elementos no necesariamente cognitivos como: alteración de estado del ánimo, en el comportamiento, personalidad y demás variables psicológicas, que logran intervenir en todas las dimensiones del paciente con Alzheimer e igualmente fuera de este.

Sin embargo, estudios recientes revelan que en Colombia a la fecha no hay información actualizada sobre la frecuencia y la carga económica generada por ésta enfermedad en Colombia (Unicesi, 2013).

De esta manera los estudios que se han realizado son un puente facilitador para obtener información previa de una enfermedad que actualmente genera muchas curiosidades o interrogantes, ya sea para esclarecer una etiología, o por el simple hecho de conocer sus repercusiones tanto físicas, psicológicas, sociales y económicas. Estas investigaciones demuestran en cierta forma que esta enfermedad va en aumento a medida de los años y se hace necesario estar atentos con el fin de mejorar todos los aspectos negativos que implican el diagnóstico del Alzheimer.

Los datos de prevalencia y los estudios que demuestran la presencia de la EA son preocupantes tanto para el mismo paciente como para su entorno, y las generaciones futuras que quieren obtener toda la información posible con el fin de poder incidir en su disminución y en el control de una enfermedad que afecta más cada día, por eso, se considera oportuno exponer como actúa el Alzheimer no solo a en un sentido social, psicológico u económico, sino entender cómo funciona esta patología internamente, mucho más específico, en el cerebro.

No obstante, se puede notar que a pesar de las diferentes investigaciones y estudios que se han realizado a nivel mundial, en el contexto nacional el Alzheimer es un campo que requiere muchas más aportaciones en un sentido investigativo. Teniendo en cuenta también que a nivel

regional la información es mucho más ausente, pocas investigaciones se han realizado con respecto a esta enfermedad.

Así mismo en el contexto local ya que en la ciudad de Santa Marta, actualmente no se han encontrado investigaciones o estudios del Alzheimer, de allí, la relevancia de ésta investigación porque aporta en gran manera información de esta enfermedad en la población samaria.

En este orden de ideas, este estudio se realiza con el fin de contribuir al análisis de una problemática que día a día va en aumento, ya que con base a las investigaciones anteriormente mencionadas y estudiadas, el Alzheimer puede ser considerada unas de las enfermedades más catastróficas en un futuro no tan lejano, por esto es relevante realizar estudios que manifiesten la importancia de la detección a tiempo, síntomas, su etiología, prevención o simplemente las repercusiones que se desencadenan de esta enfermedad. Así mismo, se obtienen datos e información que acercan a esta problemática, que no solo genera un impacto en la persona que tiene la enfermedad sino, un impacto psicológico, social y económico dentro del entorno donde la persona se desenvuelve en su vida cotidiana.

La motivación que impulsa el presente trabajo es sentir que de alguna manera se está realizando tareas y labores de manera eficiente y eficaz, entre ellas se pueden mencionar varios aspectos importantes, en primer lugar, enriquece significativamente la teoría y la experiencia a las auxiliares de investigación que se encuentran liderando esta propuesta, pues es de total relevancia dentro de su quehacer profesional. En segundo lugar, aporta significativamente al desarrollo y amplitud de la temática principal (Alzheimer), puesto que, desde el estudio del contexto, la teoría, la aplicación de pruebas, los resultados y la experiencia de las líderes del proyecto, se pueden hacer grandes contribuciones y hasta llegar a ser marco de referencia para grandes estudios e iniciativas de esta trascendental temática. Así mismo, la satisfacción personal

que genera el escrudiñar, indagar, investigar, conocer, aprender y ganar experiencia, al desarrollar una propuesta tan completa y tan interesante como ésta.

2. Marco Teórico

Desde tiempos inmemorables, cada acontecimiento ha estado enmarcado por su respectiva historia; para contextualizar la temática del Alzheimer es importante iniciar este marco referencial desde este punto.

De acuerdo al artículo “enfermedad de Alzheimer” (2016) en 1906, Alois Alzheimer, realizo una sustentación sobre un tema llamado “una enfermedad característica de la corteza cerebral”, donde pudo describir el caso de una particular paciente llamada Auguste D., mujer de 51 años de edad quien manifestaba una sintomatología tal como; pérdida de memoria, desorientación, afasia, apraxia, agnosia entre otras, esta mujer también presentaba un cuadro celotípico hacia su marido. Alois Alzheimer pudo realizar este estudio cauteloso ya que en el momento que la mujer falleció su cerebro le fue donado, conllevando al mismo a una serie de investigaciones dando como resultados pocos comunes en la historia de la neuropatología y es que se evidenciaron unos ovillos neurofibrilares y depósitos de sustancia amiloidea.

Luego, durante un tiempo la enfermedad descrita por A. Alzheimer paso a llamarse demencia presenil, definida para los casos de demencias antes de los 50 años. Sin embargo, gracias al aumento de la longevidad se presentaron estos mismos síntomas en la población por encima de los 50 años.

Esta enfermedad descrita por Alois Alzheimer empezó a tomar interés en la década de los setenta, y actualmente de acuerdo a los antecedentes mostrados en esta investigación, la disminución de la mortalidad, gracias a los avances tecnológicos y médicos conllevan a una alta prevalencia de esta enfermedad e incidencia en la población adulto mayor.

Así mismo las investigaciones, indagaciones, observaciones y estudios, que se ha realizado en los últimos años sobre esta enfermedad constatan la información suministrada por A. Alzheimer y logran de esta manera ampliar el campo del conocimiento con respecto a sus apariciones y etiología que, aunque es controversial hoy en día, aporta de gran manera en las investigaciones neurológicas recientes.

En este sentido se remitirá observar el Alzheimer en todas sus dimensiones, (Biológica, Neuropsicológica, Ambiental) con el fin de profundizar y poder comprender esta enfermedad de una forma integral.

Enfoque biológico de la Enfermedad de Alzheimer

En el estudio “Enfermedad de Alzheimer familiar” (Lopera,2012) este manifiesta que se encuentran dos variantes principales de EA caracterizados por un modo de herencia autosómico dominante y de inicio precoz (menos de 60 años de edad), y EA esporádica con un complejo patrón de herencia que está caracterizada por una aparición tardía (después de los 60 años de edad). Además, señala que la existencia del alelo e4 y de la ApoE es el factor de riesgo genético más significativo, incrementando el riesgo de desarrollar la EA de tres a diez veces. Es decir que cualquier miembro de la familia que adquiera el Alzheimer su descendencia tiene una probabilidad de desarrollar la enfermedad, siendo el del inicio tardío más común que el de inicio precoz.

Enfoque Neuropsicológico de la Enfermedad de Alzheimer

Romero y Sánchez (2016) afirman que el Alzheimer es una enfermedad neurodegenerativa, apareciendo generalmente, alrededor de los 65 años. Sin embargo, también se puede manifestar en edades más tempranas.

En este mismo sentido, Rodríguez (2014) manifiesta que el Alzheimer es un proceso neurodegenerativo del sistema nervioso central, determinado por el deterioro progresivo neuronal, afectando a diferentes zonas del cerebro, fundamentalmente a las regiones corticales y en parte la zona del sistema límbico (hipocampo), reflejándose de esta manera con síntomas relacionados a la pérdida de memoria.

Igualmente se puede tener en cuenta lo que afirma el Centro de Educación y Referencia sobre la enfermedad de Alzheimer (2010) que a pesar de que no se tenga esclarecida qué inicia el proceso de esta enfermedad, las autopsias postmortem de los cerebros ayudan a esta información, se plantea que los ovillos se desarrollan en la parte profunda del cerebro, llamada corteza entorrinal, y las placas en otras zonas. Cuando se van formando estas placas y ovillos en zonas específicas del cerebro, las neuronas sanas empiezan a trabajar de una manera menos eficiente, debilitando la habilidad de comunicarse entre sí, hasta que mueren totalmente. Este proceso es realizado en una estructura cercana, como el hipocampo el cual es el responsable de los recuerdos.

De acuerdo al artículo “Enfermedad del Alzheimer: parte 2” (2013) en la enfermedad de Alzheimer se desencadena una ruptura cerebral progresiva, bilateral y difusa, comenzando por las regiones mesiales temporales para luego afectar al neocórtex, principalmente al temporal, parietal y frontal, logrando de esta manera la lesión y destrucción de la neurona cerebral. Este artículo realiza un importante énfasis en los signos que son alarmas en esta enfermedad, tales como; pérdida de memoria, dificultad para llevar a cabo tareas cotidianas, falencias en el lenguaje, desorientación en tiempo y lugar, objetos colocados en lugares erróneos, cambios en el humor y en la personalidad.

Además del desarrollo natural en el sentido neuropsicológico de esta enfermedad, también hay que considerar las lesiones cerebrales que pueden ocasionar una aceleración de la enfermedad, porque una lesión moderada o grave puede alterar las proteínas TAU que es asociada con la enfermedad de Alzheimer. El gran aumento de los niveles de esta proteína produce un nivel alto de beta-amiloides, que como se sabe bien son el componente clave de las placas cerebrales asociadas a la EA (“ABC Salud”, 2013).

Dentro del enfoque neuropsicológico del Alzheimer es importante describir sustancialmente los síntomas y sus diferentes repercusiones en el paciente con esta enfermedad, resulta pertinente con el fin de escrudiñar las afectaciones que se derivan del Alzheimer.

Entre los síntomas neuropsicológicos según Romero y Sánchez (2016) se encuentran:

- Pérdida de memoria a corto plazo
- Pérdida de memoria a largo plazo
- Alteración en la capacidad de razonamiento
- Afasia
- Apraxia
- Pérdida de capacidad espacial
- Cambios de carácter

Todos estos síntomas neuropsicológicos afectan a la persona diagnosticada con Alzheimer de forma severa conforme al tiempo, a pesar de que en la mayoría de los casos esta enfermedad es paulatina en su etapa final estos síntomas son perjudiciales en el funcionamiento mental, físico y comportamental del paciente.

En este sentido, se encuentran los síntomas neuropsicológicos, aportados por la “Asociación de familiares de enfermos de Alzheimer y otras demencias” (2016), sin embargo, aclara que no

necesariamente los tiene que padecer la persona con Alzheimer pero si han sido registradas en algunos casos:

- Ideas Delirantes
- Alucinaciones
- Depresión, Ansiedad, Apatía y agresividad
- Trastornos del sueño
- Alteraciones en la Alimentación

Estas alteraciones pueden variar en cada paciente, dependen en cierta manera del mismo individuo, su entorno familiar, social y situación económica, factores que puedan mitigar o sobrellevar estos síntomas de tal manera que no logren ese impacto severo dentro del individuo y su contexto.

Enfoque ambiental de la enfermedad de Alzheimer

Una investigación reciente aporta información interesante acerca de cómo la contaminación ambiental influye a largo plazo en la enfermedad del Alzheimer, de acuerdo al estudio “La exposición al DDT es un factor de riesgo ambiental para la enfermedad de Alzheimer” (2014). Se involucró a 86 pacientes con Alzheimer y 79 pacientes sanos de edad avanzada. Se pudo encontrar que los niveles de DDE (metabolito de larga duración del pesticida) eran casi cuatro veces mayor en las muestras de suero que se recolectaron de los pacientes con Alzheimer en comparación con los de control sano, por lo cual, comunicaron igualmente que tener niveles de DDE (Dicloro Difenil Tricloroetano) aumenta el riesgo de una persona a padecer Alzheimer en un factor de cuatro. Concluyeron que los pacientes con enfermedad de Alzheimer tuvieron niveles significativamente altos de DDE en su sangre que los pacientes sanos. Siendo este uno de los primeros estudios en el que ven altamente relacionado el factor ambiental como influyente

del diagnóstico del Alzheimer. Los enfoques anteriormente mencionados otorgan una mayor claridad en cuanto a la naturaleza de esta enfermedad, y así mismo se contempla como punto de partida para posibles alternativas de prevención de la misma. Igualmente hay que tener en cuenta otros factores de riesgos que también juegan un papel importante tanto al desarrollo de la EA, como se manifiesta en la publicación de Dementia Care Central, (“Causas y factores de riesgo de la enfermedad de Alzheimer”, 2016) la primordial es la Vejez, que, aunque en sí no determina dicha enfermedad, el riesgo de desarrollarla a medida que aumenta la edad es significativa, ya que aumenta su prevalencia cada cinco años. Otro punto importante es la alimentación porque algunos estudios consideran que es fundamental en el aumento de la EA, actualmente los alimentos procesados tienden a carecer de grasas saludables y aún más grave son aquellos altos en azúcar, lo que parece ser el problema. Dado que una proteína tóxica llamada ADDL descarta a los receptores de insulina de las células nerviosas, convirtiéndolas en resistentes a la insulina, lo que hace que el ADDL se acumule y la memoria empiece a deteriorarse poco a poco, entre otros factores de riesgos desde el punto de vista del autor de este estudio se encuentra la educación, el género y el sedentarismo (Mercola, 2015).

Por otro lado, resulta importante resaltar algunos conceptos dentro de este marco teórico importante para su mejor entendimiento, se encuentra que el Alzheimer de acuerdo a J. Peña como lo enfatiza dentro de su artículo “enfermedad de Alzheimer” (2012) como una enfermedad neurodegenerativa progresiva la cual se caracteriza por una cantidad de rasgos clínicos y patológicos, entre estos como las alteraciones cognitivas, alteraciones funcionales y alteraciones psicológicas y del comportamiento.

En este sentido Rodelgo (2016) refiere que es una enfermedad neurodegenerativa la cual se produce como consecuencia de las grandes afectaciones en las neuronas y sus conexiones, estas afectaciones se encuentran relacionadas a un proceso químico en el interior de las neuronas.

No obstante, igualmente se encuentran conceptos relacionados al proyecto a realizar como el adulto mayor, familia, comunidad e institucionalización.

Adulto mayor

De acuerdo a la OMS (2017), el adulto mayor es considerado toda persona que sobrepase o tenga la edad de 60 años, anteriormente a esta población se les mencionaba como ancianos, sin embargo este término fue cambiando y actualmente se les llama Adulto Mayor.

Familia

Este término, se define como la unión de varias personas que comparten un proyecto vital de existencia. Este núcleo se caracteriza por el vínculo de relaciones afectivas, íntimas, de reciprocidad, amor, apego y dependencia entre cada uno de sus miembros. Cabe resaltar que desde que el ser humano nace la familia se constituye como el eje principal de la sociedad y un grupo de apoyo y sostenimiento Modino (2015).

Comunidad

Se entiende por comunidad, aquel grupo de personas o individuos que forman una organización social, donde los miembros comparten necesidades, espacios, características y rasgos particulares, y éstos se unen para llevar a cabo objetivos y metas en común. “anónimo” (2017).

Institucionalización

Es un término que aplica a varios contextos, pero siempre refiriéndose a las instituciones, Desde la sociología y la psiquiatría, hace alusión a algún periodo de vida que puede llevar una

persona a alguna institución (Asilo, cárcel. Orfanato, etc.), hasta llegar el punto de volverse dependiente de ella. Diccionario Lexicoon (2017).

En cuanto al adulto mayor institucionalizado se puede apreciar en el artículo “Institucionalización del adulto mayor” (Alves, 2013) que este proceso es entendido como complejo ya que exponen al adulto mayor a varios desafíos que primero que todo involucran la movilización aspectos psíquicos y emocionales por la adaptación a un entorno nuevo. Aunque los centros geriátricos o instituciones relacionados con el cuidado del adulto mayor responden a la demanda de las personas de edad avanzada, en ocasiones son un factor que influye en la autonomía del adulto mayor, conllevando de esta manera a la dependencia de las formas de vida ofrecidas por estos contextos.

3. Objetivos y Metodología

3.1 Objetivo General

Describir la sintomatología de la Enfermedad de Alzheimer en adultos mayores institucionalizados y de la comunidad de la costa caribe colombiana.

3.2 Objetivos Específicos

- ✓ Identificar la presencia de sintomatología de enfermedad de Alzheimer en adultos mayores institucionalizados y de la comunidad de la costa caribe colombiana.
- ✓ Detallar aspectos del sistema de salud que reciben los adultos mayores institucionalizados y de la comunidad de la costa caribe colombiana.

4. Metodología

4.1 Diseño

Se utilizará un diseño cuantitativo no experimental que, de acuerdo a Camargo (2013), el diseño cuantitativo es aquel en el que se recogen y analizan datos cuantitativos, este diseño utiliza técnicas estadísticas para conocer aspectos de la población que se esté estudiando.

Cuando se dice que es experimental, esta significa que no se manipula deliberadamente la variable, solo se desea observar fenómenos tal como se da en su contexto natural, para posteriormente analizarlos, adicional a esto este proyecto de investigación se enfoca hacia un diseño descriptivo y transversal. De acuerdo a Iglesias (2013), son estudios diseñados para medir la prevalencia de una exposición y/o resultado en una población definida y en un punto específico de tiempo, y el cual son utilizados con la finalidad de describir y no están enfocados a una relación causa-efecto.

4.2 Participantes

Adultos mayores.

4.3 Muestra

Inicialmente, se evaluaron 108 adultos mayores (58 institucionalizados y 50 de la comunidad de la costa caribe colombiana) con edades comprendidas entre los 53 años en adelante. Sin embargo, se hizo una segunda selección porque no se incluyeron en el estudio participantes con una cognición normal o que hayan obtenido puntuaciones que sugieren sintomatologías distintas a la de la EA. Es por ello que la muestra final quedo representada por 48 adultos mayores de edades con edades comprendidas entre los 54-99 años, que estaban diagnosticados con Alzheimer y quienes habían sido seleccionadas para la aplicación del instrumento Adas-Cog.

Los participantes fueron evaluados en diversas ciudades y municipios de los departamentos de la costa caribe colombiana: Atlántico, Bolívar y Magdalena, entre estas se encuentran: Santa Marta (Magdalena), Ciénaga (Magdalena), Barranquilla (Atlántico) y Cartagena (Bolívar).

En cuanto a las instituciones que dieron el aval para que se realizara la aplicación de los instrumentos se encuentran. 4 instituciones privadas; (3 pertenecen a Barranquilla y 1 a Cartagena), por último, 1 pública ubicada en Ciénaga.

Con respecto a los Adultos Mayores pertenecientes a la comunidad, se realizó contacto inicial con el fin de conseguir su aprobación para su participación en la investigación, la mayoría vecinos y familiares de compañeros residentes en los barrios de la ciudad de Santa Marta.

Criterios de Inclusión

Adultos mayores con edades comprendidas entre los 54 a 99 años de edad, con sintomatología de Alzheimer. Así mismo debían pertenecer a una institución geriátrica o a la comunidad.

Criterios de exclusión

En la presente investigación fueron excluidos participantes con una cognición normal, o que no cumplieron con los puntajes correspondientes a una sintomatología de Alzheimer, igualmente aquellos que padecían de algún otro trastorno psiquiátrico.

Así mismo los Adultos Mayores que no aprobaban o no estaban de acuerdo en participar en la investigación.

4.4 Instrumentos

El ADAS-cog

El instrumento que se aplicó para el presente proyecto de investigación fue el alzheimer's disease assessment scale, ADAS-cog (Rosen et al. 1984) ya que evalúa la severidad de disfunciones cognitivas. Siendo originalmente una prueba internacional, se adoptó culturalmente en Colombia y se validó por la Universidad Nacional de Colombia (2014), donde se examinaron aspectos psicométricos (fiabilidad, validez, sensibilidad y factibilidad).

El ADAS-cog cuenta con 11 Reactivos que evalúan diversos dominios cognoscitivos como: Recuerdo de palabras, Ordenes, Denominación de Objetos y dedos, Praxis constructiva, Praxis ideatoria, Orientación, Reconocimiento de palabras, Instrucciones, Lenguaje, Comprensión y capacidad de encontrar palabras adecuadas.

El puntaje máximo es de 70 (Alzheimer Severo). Al respecto, es conveniente indicar que, las puntuaciones y los análisis se apoyaron en este puntaje calculando el promedio de 70 que es

35, considerando que los adultos mayores superiores al promedio (35) muestran una sintomatología de enfermedad de Alzheimer más avanzada.

Entrevista

También se diseñó una entrevista semiestructurada, de ítems de selección múltiples, cuyo objetivo fue describir y conocer aspectos relacionados con el sistema de salud que atiende al adulto mayor de la costa caribe colombiana, como: tipos de especialistas, tratamientos y seguimientos para atender las enfermedades generales, además de, la percepción que tienen de estos y sobre la calidad de los servicios. Las respuestas podían ser emitidas por el mismo Adulto mayor, cuidador o familiar.

5.5 Procedimiento

Inicialmente se escogió la variable a estudiar (Alzheimer), posterior a esto se realizó una exhaustiva revisión sistemática acerca de la prevalencia y antecedentes, tanto con información internacional, nacional, como regional y local, con el fin de conocer los estudios que se han realizado que apoyen el soporte teórico del proyecto de investigación.

En este orden de ideas, se inició la búsqueda y el contacto con los diferentes geriátricos de la costa caribe colombiana que estuvieran disponibles para la aplicación de los instrumentos y que contribuyan al objetivo de la investigación. De todas las instituciones contactadas 5 aceptaron participar entre estas: Tus Abuelos, Confrancianos y Semillitas de Fe las cuales se encuentran ubicadas en Barranquilla- Atlántico, también participaron Sagrado Corazón De Jesús localizada en Ciénaga Magdalena y por último, el Edén situada en Cartagena- Bolívar. Posterior a esto se realizaron viajes a las respectivas ciudades, en dos ocasiones a cada una para hacer el debido cumplimiento de las fases de la investigación.

Así mismo, se realizó el acercamiento con adultos mayores de la comunidad que aceptaron hacer parte de la investigación quienes residen en urbanizaciones y barrios de Santa Marta y Ciénaga.

5.6 Análisis Realizados

Por último, se realizó la digitación y tabulación de la información suministrada en las bases de datos de Excel y seguidamente se analizaron los resultados obtenidos para la definición de conclusiones sobre el estudio.

5.7 Consideraciones éticas

Es importante mencionar que el manejo de datos se realizó respetando la confidencialidad de los adultos mayores, desde el momento de la obtención cuando los cuidadores y las instituciones otorgaron la información personal del adulto mayor y del mismo modo en la comunidad; teniendo en cuenta lo expresado por la ley 1090 del psicólogo (2006), se mantiene la información bajo seguridad y solo se expone en los espacios donde sea permitido y que de tal forma no se ponga en riesgo la integridad de las personas participantes.

Es relevante también hacer referencia a que en la investigación se hizo uso del consentimiento informado para permitir que las personas decidieran aceptar o no vincularse a la investigación y con el propósito de salvaguardar la ética del investigador.

4. Resultados

En la figura 1, se puede observar que la muestra final son 48 adultos mayores, de las cuales 3 pertenecían a la comunidad y 45 eran institucionalizadas.

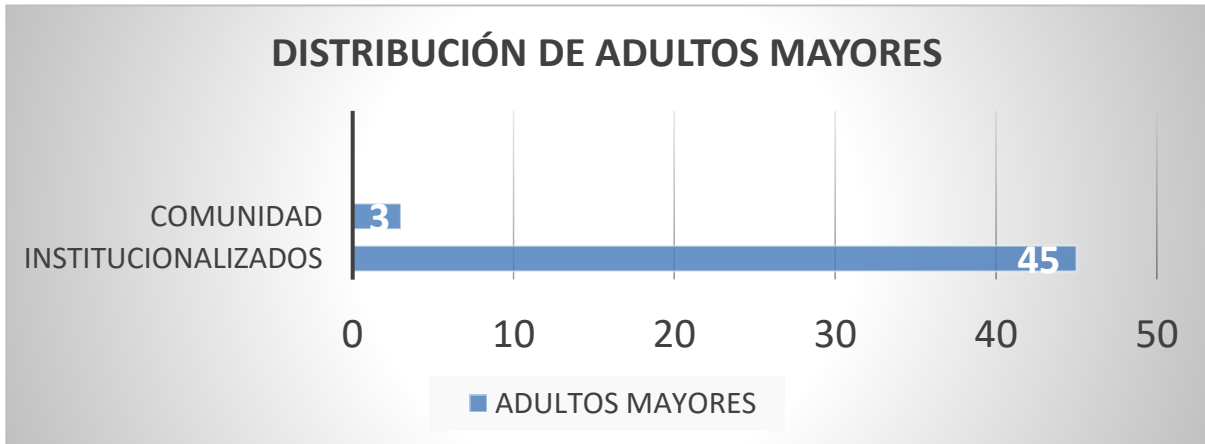


Figura 1. Distribución de adultos mayores. Hacer las siguientes.

En la figura 2, se aprecia que la muestra estuvo conformada por 31 mujeres y 17 hombres, siendo el género femenino el de más personas.

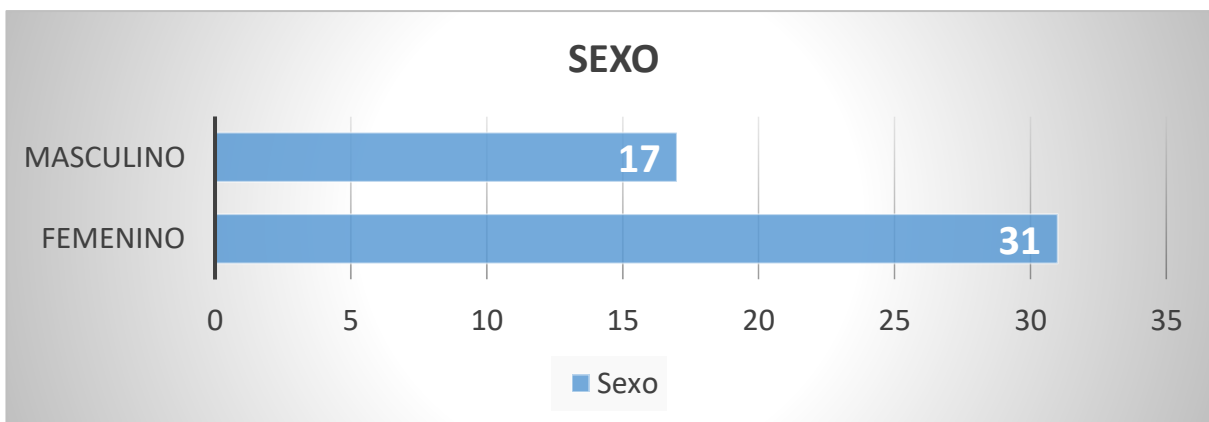


Figura 2. Sexo

La figura 3, demuestra que la mayoría de los participantes tenían edades comprendidas entre los 80- 89 años, seguido de esto las edades comprendidas entre los 90-99 y 70-79 con 11 personas cada rango; y por último, la minoría contó con edades promedio entre los 54 y los 69.

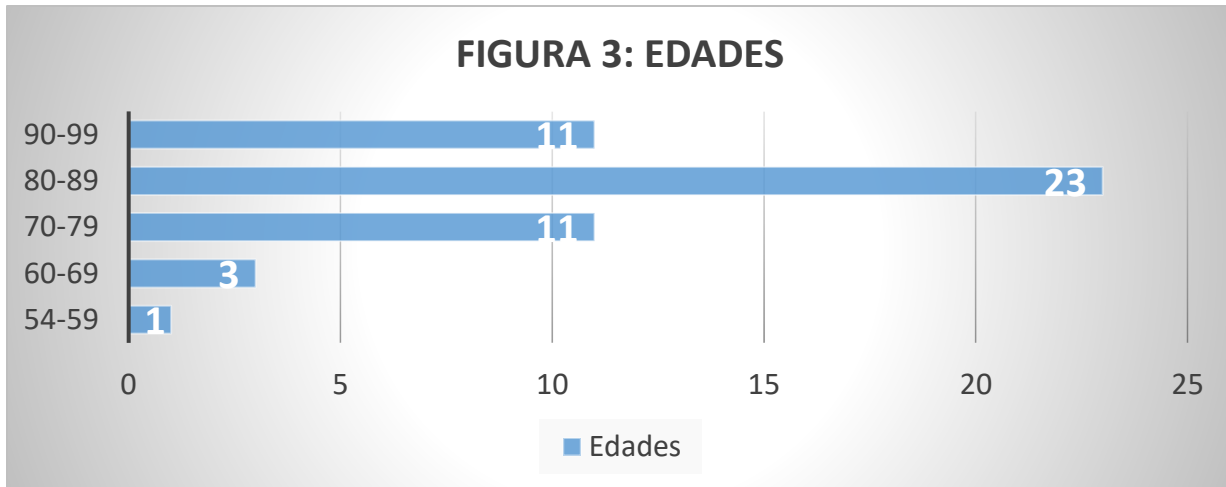


Figura 3. Edades

La figura 4, evidencia que la ciudad con mayor grado de participación fue Barranquilla con 26 participantes, seguido de esto Cartagena con 14 personas, y por último Santa Marta y Ciénaga con 4 participantes cada una.

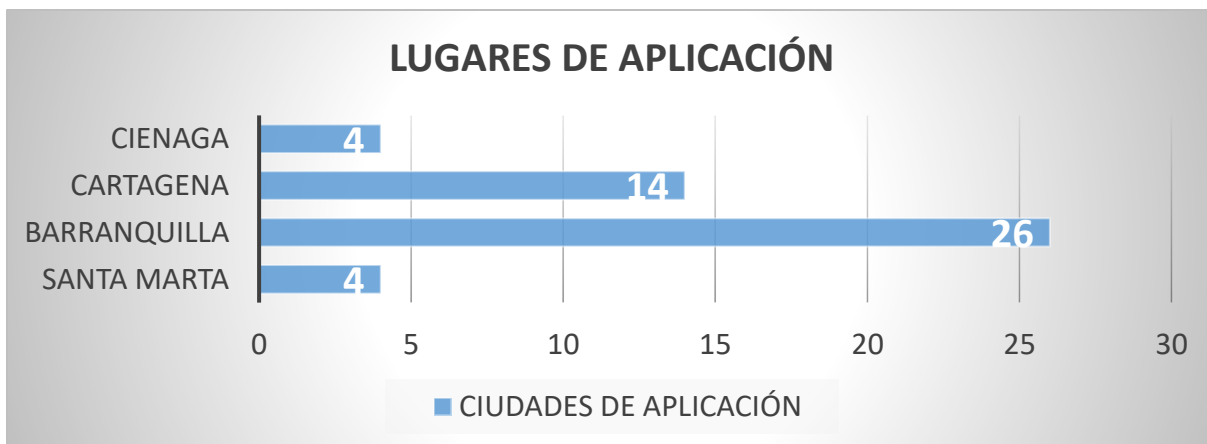


Figura 4. Lugares de Aplicación

La figura 5, da a conocer que a los 48 Adultos Mayores que se les aplico el ADAS-Cog, 43 de los casos exceden el puntaje de la media (35), mientras que los 5 casos restantes se mantuvieron por debajo.

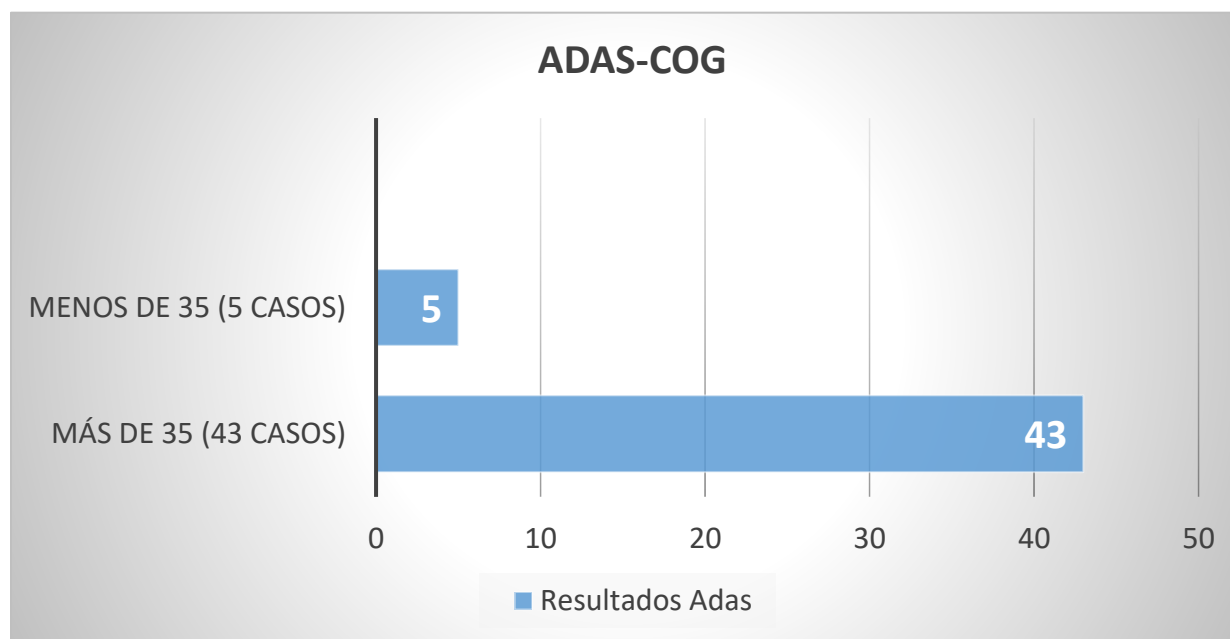


Figura 5. ADAS-Cog

La figura 6, refleja los nombres de las EPS a la que se encuentran afiliados los Adultos Mayores que conformaron la muestra. La entidad de la Nueva EPS es la que registra mayor cantidad de adultos mayores afiliados 15, seguido de Coomeva con 6. También se encuentran Salud Total, Mutualser con 4 cada una; y una minoría en las entidades de Medies, Innovar, Comfacor, Coosalud, entre otros.

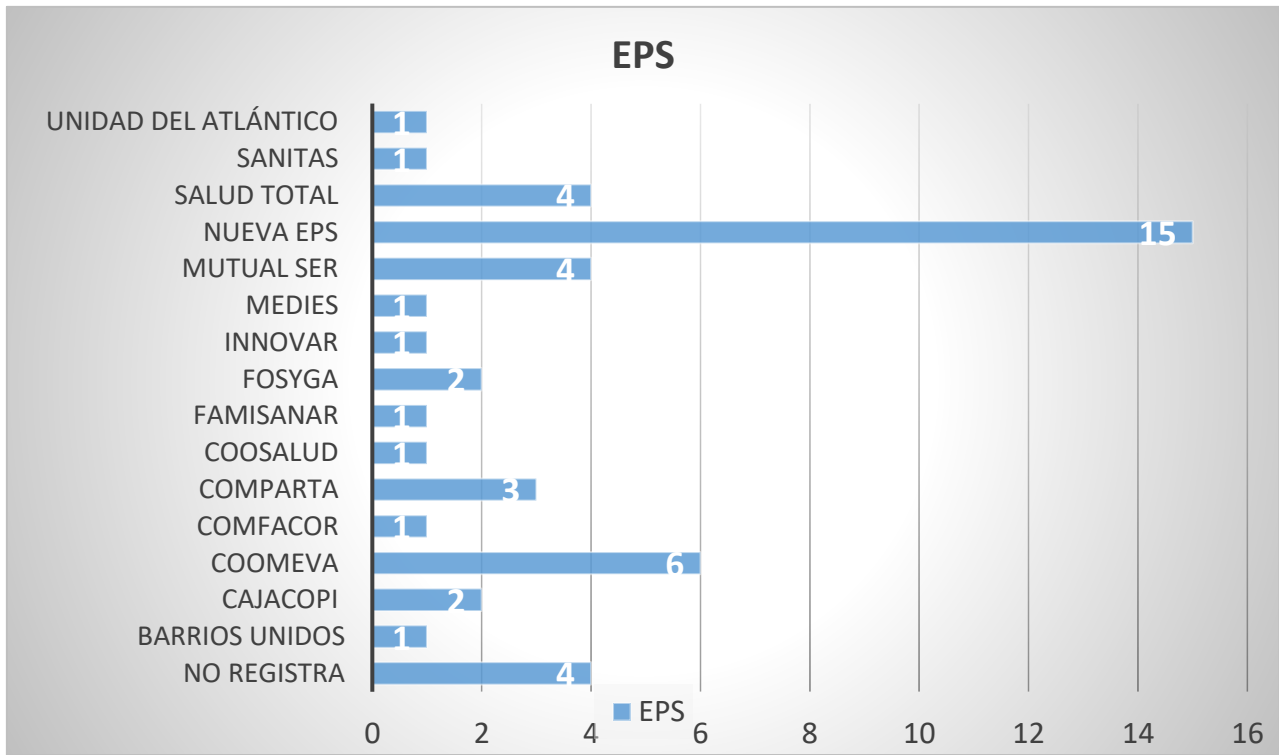


Figura 6. EPS a las que se encuentran afiliados los Adultos Mayores

La figura 7 evidencia que percepción tienen los adultos mayores sobre los servicios de la EPS a la que están vinculados, 30 de estas personas respondieron que son buenos los servicios, 16 no registraron su respuesta y 2 piensan que es regular.

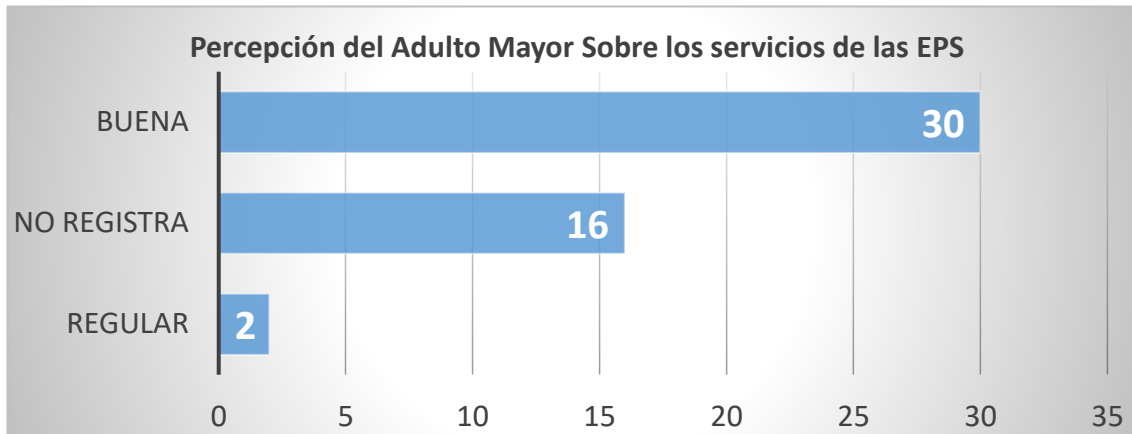


Figura 7. Percepción del adulto mayor sobre los servicios de las EPS

Y finalmente, la figura 8 registra la percepción que tienen los adultos mayores sobre los programas de promoción y prevención de la EPS a la que pertenecen, 23 de estas personas respondieron que no asisten a dichos programas, 15 piensan que es regular y 10 piensan que es buena.

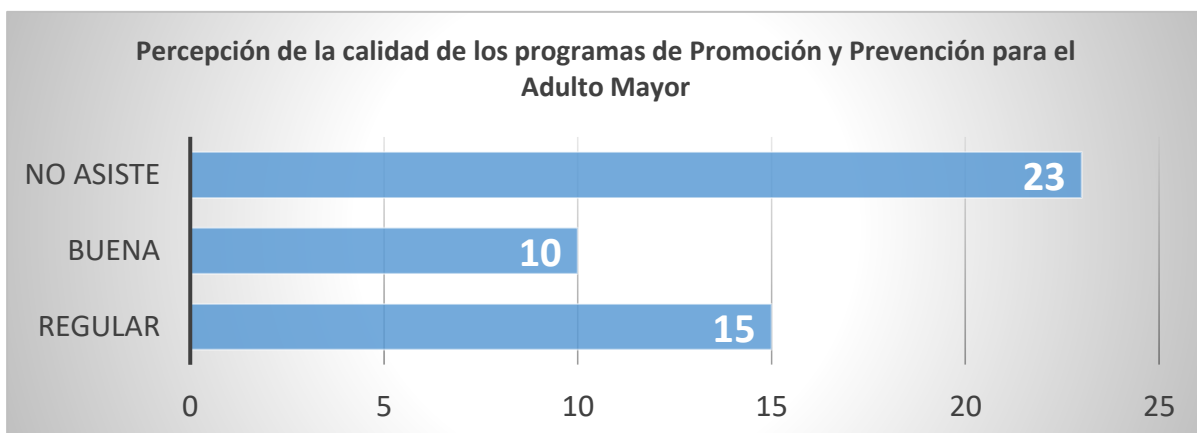


Figura 8. Percepción de la calidad a los programas de promoción y prevención para el Adulto Mayor

5. Discusión y Conclusiones

El Alzheimer además de ser una enfermedad motivo de alta preocupación ya sea por las repercusiones psicológicas, sociales, y físicas que genera, es considerada por las investigaciones planteadas anteriormente, como un problema de salud pública, que no solamente afecta al adulto mayor por la variedad de síntomas que la misma genera, sino por los recursos económicos que cada vez se ven más afectados para el control y tratamiento de la enfermedad. Por consiguiente, se analizarán los resultados y se resaltarán puntos de vistas de autores que han realizado investigaciones de acuerdo a esta variable.

En el presente estudio participaron inicialmente, 108 adultos mayores de diferentes ciudades y departamentos de la costa caribe, como Santa Marta, Ciénaga, Barranquilla y Cartagena, luego de descartar los participantes que no cumplían con los criterios de inclusión la muestra quedó representada por 48 adultos mayores, de los cuales 45 eran institucionalizados y 3 de la comunidad.

A los cuales se les aplicó el instrumento Adas-cog, donde se observó que el 90% de la población se encontró por encima del promedio (35) y el 10% por debajo del promedio, teniendo en cuenta que la puntuación total del instrumento es de 70, esto quiere decir, que el 88% de la población de acuerdo al Adas-Cog tiene sintomatología de enfermedad de Alzheimer entre moderadamente grave, grave y severa.

La enfermedad de Alzheimer se puede presentar en los adultos mayores por diversos factores, considerando en primera medida las características sociodemográficas principales como la edad o el sexo, teniendo en cuenta lo anterior se contempla lo expuesto por Llibre et.al. (2011) donde obtuvo como resultado de su investigación que el Alzheimer se evidenciaba en un 10% de la población mayor de 60 años y hasta el 50% en los adultos mayores de 85 años de edad;

mientras que en el presente estudio los resultados demuestran que se presenta en personas de 54-79 en un 31% contra el 10% expresado, y un 22% en adultos mayores de 90-99 a diferencia del 50% de adultos mayores de 85 años y por último, en esta investigación se obtuvo que el 46% de los participantes a lo que se le identificó alzhéimer tenían edades de 80-89 siendo esta última cifra.

Por otra parte, comparando con lo mencionado por la Alzheimer's Association (2010), donde se sostiene que el riesgo de desarrollar Alzheimer es mayor en el género femenino que en el masculino, es compatible con lo hallado en la presente investigación dado que los datos estadísticos obtenidos demuestran que la sintomatología de EA se presenta en mayor proporción en el género femenino con un 65% contra un 35% masculino, similar a lo expresado por la Alzheimer Association (2010) donde expone que las mujeres tienen las tasas más altas con un 16% ante los hombres que les corresponde un 11%.

Sin embargo, la presente investigación discrepa con los resultados obtenidos por Velazco (2010) donde sostiene que la enfermedad de alzhéimer no realiza una distinción de sexo, es decir afecta de forma igual a hombres y mujeres, lo que demuestra una disparidad entre los dos estudios dado que en el presente la población femenina muestra un porcentaje significativo a comparación de la masculina.

Con respecto a la percepción del Adulto mayor con los servicios de salud otorgados por las EPS, el 63% de la población exponen que los servicios otorgados son buenos, el 4% Regular y por último, el 33% de los participantes no sabe dicha información, ningún participante menciona que los servicios sean malos.

En cuanto a las percepciones del adulto mayor sobre la calidad de los programas de Promoción y Prevención para el Adulto Mayor el 21% expone que son buenas, 31% expresa que

regular y el porcentaje mayor fue el de 48% indicando que no asisten o posiblemente no tiene conocimientos de estos programas. De acuerdo a este resultado se puede plantear que los adultos mayores quizás no se encuentran totalmente informados sobre los programas de promoción y prevención, sin embargo, hay que tener en cuenta que seguidamente los adultos mayores expresaron que son irregulares estos servicios, de lo que se puede concluir que algunas EPS posiblemente no brinden un servicio de calidad o adecuado en estos mismos programas.

Por otro lado, aunque la mayoría de los Adultos Mayores pertenece o están institucionalizados es interesante resaltar que tal vez se pueda considerar las razones sean por: escasos recursos económicos por parte de la familia y optan por internarlos en instituciones públicas, ausencia de información para el manejo de la enfermedad, poco tiempo para el cuidado pertinente del adulto mayor o simplemente para ofrecerle tratamientos adecuados a su sintomatología.

Una de las mayores fortalezas de este proyecto investigativo es que permitió generar conocimientos de la variable de Alzheimer a nivel regional (Costa caribe colombiana), exponiendo la detección de sintomatología de la EA en adultos mayores tanto institucionalizados como pertenecientes a la comunidad.

Teniendo en cuenta esta investigación se puede comenzar a dimensionar la importancia y la incidencia que está teniendo el Alzheimer a nivel regional, ya sea por el incremento en los diagnósticos del Alzheimer y en las áreas de la salud para el cuidado de esta enfermedad, no solamente por los síntomas generados, sino por el impacto en el entorno del ser humano (socio-familiar, psicológico y económico), por esto, hace falta más investigaciones que contribuyan a la calidad de vida del adulto mayor con enfermedad de Alzheimer y den respuestas a los tratamientos efectivos que se puedan emplear.

Entre las limitaciones de la investigación mencionar que, las investigaciones que se han realizado con respecto a la variable de Alzheimer a nivel regional son escasas, lo que dificultó la comparación con otras investigaciones de la región. Sin embargo, esto se convierte a su vez en una herramienta valiosa, ya que este proyecto investigativo aporta conocimientos e información a una variable poco estudiada a nivel local y regional, así mismo, apunta a ser un marco de referencia para posteriores investigaciones que como bien menciona la autora anteriormente, no solamente deseen conocer la sintomatología y realizar la detección de esta enfermedad, sino de promover conocimientos para generar tratamientos, métodos, técnicas para el manejo del Alzheimer o promoción y prevención del mismo

8. Referencias

- Alves, R. (2013). Institucionalización del Adulto Mayor: Análisis de la experiencia subjetiva a partir de la creación de un taller literario. Recuperado de <http://www.aacademica.org/000-054/544.pdf>
- Alzheimer's Association's (2010) Alzheimer's Disease Facts and Figures. Recuperado de http://www.alz.org/documents_custom/report_alzfactsfigures2010.pdf
- Alzheimer's Association's (2015). Información básica de la enfermedad de Alzheimer. Recuperado de http://www.alz.org/national/documents/sp_brochure_basicsofalz.pdf
- Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer y otras Demencias de Tenerife (2016) *Alteraciones Psicológicas y del Comportamiento*. Recuperado de <http://afate.es/alteraciones-psicologicas-y-del-comportamiento/>
- Camargo, D. (2013). Disponible en: *prezi*. <https://prezi.com/t85phqb1qm9h/disenos-de-investigacion-cuantitativa/>
- Centro de Educación y Referencia Sobre la Enfermedad de Alzheimer (2010) *La enfermedad de Alzheimer*. Recuperado de [file:///D:/Users/Jose%20Garzia/p/Downloads/LaEnfermedaddeAlzheimer%20\(1\).pdf](file:///D:/Users/Jose%20Garzia/p/Downloads/LaEnfermedaddeAlzheimer%20(1).pdf)
- Comunidad (2017, 11 de Marzo) *EcuRed* Recuperado de <https://www.ecured.cu/Comunidad>
- Definición del Alzheimer, *Concepto y definición*. Recuperado de <http://conceptodefinicion.de/adulto-mayor/>
- De la Vega, R. & Zambrano, A. (2013) *Enfermedad de Alzheimer: Parte 2*. Recuperado de <http://www.hipocampo.org/alzheimer.asp>.

- Garzon, M. & Pascual, Y. (2015) “Síntomas psicológicos y conductuales en pacientes con enfermedad de Alzheimer leve y moderada”. La Habana – Cuba. Recuperado de:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/revcubenf/cnf-2015/cnf153c.pdf>
- Guerrero, J. (2013). Aportaciones desde la psicología cognitiva y la inteligencia artificial al diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer. España. Recuperado de: <http://e-spacio.uned.es/fez/view.php?id=tesisuned:IngInf-Jmguerrero>
- Guerri, M. (2016) ‘Alzheimer: La enfermedad del olvido’. Recuperado de:
<http://blog.psicoactiva.com/alzheimer-la-enfermedad-del-olvido/>
- Institucionalización (2017). *Diccionario Lexicoon*. Recuperado de
<http://lexicoon.org/es/institucionalizacion>
- Iglesias, V. (2013) “Diseño Transversal” Recuperado de
http://www.bvsde.paho.org/cursoa_epi/e/pdf/modulo9.pdf
- Las lesiones cerebrales pueden provocar alzhéimer. (2013). *ABC salud*. Recuperado de
<http://www.abc.es/salud/noticias/20120725/abci-lesiones-cerebrales-pueden-provocar-201309041828.html>
- La exposición al DDT es un factor de riesgo ambiental para la enfermedad de Alzheimer (2014)
Revista Médico interactivo
- Ley No 1090 del Psicólogo, Bogota, Colombia. 6 de Septiembre (2006)
- Llibre J., Samper J., Sosa S. & Solórzano J. (2011). Del envejecimiento a la enfermedad de Alzheimer. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. 10, 3. Recuperado de
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2011000300010

- Lopera, L. (2012). Enfermedad de Alzheimer Familiar. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias.* 12(1), 163-188 Recuperado de http://neurociencias.udea.edu.co/revista/PDF/REVNEURO_vol12_num1_13.pdf
- Manes, F. (2015,09 de Diciembre). La enorme carga de la demencia en América Latina. [Web log post]. Recuperado de <https://facundomanes.com/2015/12/09/la-enorme-carga-de-la-demencia-en-latinoamerica/>
- Mercola, J. (2015). Alzheimer—Una Enfermedad Alimentada por el Azúcar. (2015). Recuperado de <http://articulos.mercola.com/sitios/articulos/archivo/2015/08/13/la-relacion-entre-el-alzheimer-y-el-azucar.aspx>
- Modino, I. (2015). Qué es la familia. Definición e implicaciones del concepto. *Psicología Online.* Recuperado de <http://www.psicologia-online.com/monografias/separacion-parental/que-es-la-familia.html>
- Niu, H., Álvarez, I., Guillen, F., & Aguinaga, I. (2016). “Prevalencia e incidencia de la enfermedad de Alzheimer en Europa: metaanálisis” Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213485316300032>
- Noguera, L. (2010). Caídas en adultos mayores con enfermedad de Alzheimer residentes en cinco hogares geriátricos de Barranquilla. *Revista Salud en Movimiento.* 1 (1), 26-31
- Organización Mundial de la Salud. (2016) Demencia Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2017) Envejecimiento Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/>

- Peña, J. (2012). *Enfermedad del Alzheimer: del diagnóstico a la terapia*. Recuperado de http://fiapam.org/wp-content/uploads/2012/10/Enfermedad_Alzheimer_de_diagnostico_a_terapia.pdf
- Pinto, N., & Vargas, L. (2010). ‘‘Calidad de vida del cuidador familiar y dependencia del paciente con Alzheimer’’. Bogotá - Colombia. Recuperado de: <http://search.proquest.com/openview/00e833ecac7af7c5b17c82a828c1de1a/1?pq-origsite=gscholar>
- Rodelgo, T. (2016, 12 de Septiembre) Alzheimer: causas. *Onmeda*. Recuperado de <http://www.onmeda.es/enfermedades/alzheimer-causas-1474-3.html>
- Rodríguez, J. (2013). Demencias y enfermedad de Alzheimer: una prioridad nacional. *Revista cubana de Salud Pública*. 39 (4), 804-806 Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000400017
- Rodríguez, L., Gutiérrez, J & Fernando R (2014) Demencias y enfermedad de Alzheimer en América Latina y el Caribe *Revista Cubana de Salud Pública*. 40 (3). Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21431356008>
- Rodríguez, D. (2014) *La enfermedad de Alzheimer: un problema social y sanitario* (Tesis de pregrado) Universidad de Valladolid, Valladolid, España
- Romero, S. (2014). *Validación Del Instrumento ‘‘Alzheimer`S Disease Assesment Scale’’ (Adas) Para Poblaciones Con Enfermedad De Alzheimer Y Deterioro Cognoscitivo Leve En Colombia*. (Tesis de maestría) Universidad Nacional de Colombia, Bogota, Colombia.
- Romero, R. & Sánchez, I. (2016) *Alzheimer*. Recuperado de <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=sF9vCwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA9&dq=>

el+alzheimer&ots=igEb5Q5vgO&sig=oNn-

zJFOXVy1tRnzUs1mpireZBI#v=onepage&q=el%20alzheimer&f=false

Salinas, C. (2003) *Comportamiento epidemiológico del Adulto Mayor según su tipología familiar*.

(Tesis de especialista) Universidad de Colima, México.

Unicesi. (2013). Alzheimer un problema de salud pública en Colombia, día mundial del

Alzheimer (Boletín #229) Recuperado de

<http://www.icesi.edu.co/unicesi/2013/09/19/alzheimer-un-problema-de-salud-publica-en-colombia-dia-mundial-del-alzheimer/>

Velasco, M. (2010) “Enfermedad de Alzheimer”. Ciudad de México-México. Recuperado de:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/es/>