

REVISIÓN

## Comprehensive Care and Challenges of Alzheimer's Disease

### Cuidado Integral y Desafíos de la Enfermedad de Alzheimer

Marcela Guerrero <sup>1</sup>, Liliana Ponti <sup>1</sup>, Gabini Sebastián <sup>1</sup>, Andrea Lorincz <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Universidad Abierta Interamericana, Facultad de Medicina y Ciencias de la salud, Licenciatura en Enfermería, Sede Rosario, Rosario, Santa Fe. Argentina.

**Citar como:** Guerrero M, Ponti L, Sebastián G, Lorincz A. Comprehensive Care and Challenges of Alzheimer's Disease. SCT Proceedings in Interdisciplinary Insights and Innovations. 2025;3:485. DOI: <https://doi.org/10.56294/piii2025485>

Recibido: 12-09-2025

Revisado: 27-11-2024

Aceptado: 03-01-2025

Publicado: 05-01-2025

Editor: Emanuel Maldonado 

#### ABSTRACT

**Introduction:** Alzheimer's disease (AD), described by Alois Alzheimer, constituted the most prevalent type of dementia, accounting for 60% to 70% of global cases. This progressive neurodegenerative disorder affected higher cognitive functions such as memory, language and reasoning, causing a gradual loss of autonomy. Its prevalence doubled with age, especially in those over 65 years of age. AD had a significant impact on the quality of life of patients and their caregivers, posing increasing challenges for healthcare systems.

**Development:** AD was characterized by progressive cognitive, physical and social deterioration, with stages ranging from pre-dementia to severe dementia. In its advanced stages, patients became completely dependent and vulnerable to complications such as pressure ulcers and infections. Comprehensive care strategies highlighted the need for multidimensional approaches, encompassing physical, psychological and social interventions. Caregivers, mostly family members, faced a significant emotional burden, which highlighted the importance of providing them with support. For their part, multidisciplinary health teams, led by trained nursing professionals, played a crucial role in disease management.

**Conclusions:** AD demanded a comprehensive approach focused on improving the quality of life of the patient and their caregivers. Although there was no cure, interventions focused on quality of life and humanized care were essential. Research and public policies continued to be fundamental to address the growing impact of this disease on society.

**Keywords:** Alzheimer's disease; dementia; quality of life; care; dependence; quality of life.

#### RESUMEN

**Introducción:** La Enfermedad de Alzheimer (EA), descrita por Alois Alzheimer, constituyó el tipo de demencia más prevalente, representando entre el 60% y 70% de los casos globales. Este trastorno neurodegenerativo progresivo afectó funciones cognitivas superiores como la memoria, el lenguaje y el razonamiento, ocasionando una pérdida gradual de autonomía. Su prevalencia se duplicó con la

edad, especialmente en mayores de 65 años. La EA implicó un impacto significativo en la calidad de vida de los pacientes y sus cuidadores, planteando retos crecientes para los sistemas de salud.

**Desarrollo:** La EA se caracterizó por un deterioro cognitivo, físico y social progresivo, con fases que iban desde la pre-demencia hasta la demencia severa. En sus etapas avanzadas, los pacientes se volvieron completamente dependientes y vulnerables a complicaciones como úlceras por presión e infecciones. Las estrategias de cuidado integral destacaron la necesidad de enfoques multidimensionales, abarcando intervenciones físicas, psicológicas y sociales. Los cuidadores, mayoritariamente familiares, enfrentaron una carga emocional significativa, lo que resaltó la importancia de brindarles apoyo. Por su parte, los equipos de salud multidisciplinarios, liderados por profesionales de enfermería capacitados, jugaron un rol crucial en la gestión de la enfermedad.

**Conclusiones:** La EA demandó un abordaje integral enfocado en mejorar la calidad de vida del paciente y sus cuidadores. Si bien no existió una cura, las intervenciones centradas en la calidad de vida y la atención humanizada resultaron esenciales. La investigación y las políticas públicas continuaron siendo fundamentales para afrontar el impacto creciente de esta enfermedad en la sociedad.

**Palabras clave:** Alzheimer; demencia; calidad de vida; cuidados; dependencia.

## INTRODUCCIÓN

La Enfermedad de Alzheimer (EA) representa uno de los mayores desafíos en salud pública debido al envejecimiento progresivo de la población mundial. Este trastorno neurodegenerativo, descrito por primera vez por Alois Alzheimer, afecta funciones cognitivas superiores como la memoria, el razonamiento y el lenguaje, ocasionando una pérdida progresiva de la autonomía en quienes la padecen. Es la forma más común de demencia, representando aproximadamente el 60-70% de los casos globales, con una incidencia que aumenta significativamente a partir de los 65 años y que se duplica en grupos de edad cada cinco años. Ante esta situación, las implicancias en la calidad de vida del paciente y de su entorno familiar se vuelven un foco prioritario de atención e investigación.

El aumento en la esperanza de vida ha derivado en un crecimiento exponencial de enfermedades crónicas, entre ellas la EA, que genera retos significativos en los sistemas de salud. Las personas con Alzheimer requieren cuidados continuos y multidimensionales que incluyan abordajes físicos, cognitivos, emocionales y sociales. De manera paralela, los cuidadores, mayoritariamente familiares, enfrentan una carga física y emocional considerable que afecta su bienestar, lo que resalta la importancia de diseñar estrategias de apoyo tanto para el paciente como para quienes lo asisten.

En este contexto, la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) emerge como un concepto central para guiar intervenciones orientadas al bienestar del paciente. Este enfoque integra dimensiones físicas, psicológicas, sociales y cognitivas, promoviendo una atención integral y humanizada. Diversos estudios han señalado factores determinantes en la CVRS, como el estado nutricional, la movilidad, el apoyo familiar y la gestión del entorno, destacando que las personas que reciben cuidados adecuados presentan mejores resultados en términos de bienestar general.

La comprensión de las diferentes etapas de la EA —desde la fase inicial hasta la severa— resulta crucial para adaptar las intervenciones a las necesidades cambiantes del paciente. Las fases avanzadas demandan cuidados específicos para prevenir complicaciones como las úlceras por presión y las infecciones, principales causas de mortalidad en esta población. Asimismo, el avance de la enfermedad subraya la necesidad de fortalecer los equipos de salud multidisciplinarios y de capacitar al personal sanitario en competencias geriátricas y gerontológicas.

El presente trabajo busca abordar los desafíos y estrategias en el cuidado de pacientes con Alzheimer, enfatizando la importancia de un enfoque integral que considere tanto las necesidades del paciente como las de sus cuidadores. Este análisis pretende contribuir al desarrollo de prácticas de cuidado más efectivas y humanizadas que impacten positivamente en la calidad de vida de las personas afectadas por esta enfermedad.

### Objetivo general

Analizar las estrategias de cuidado integral y humanizado para pacientes con Enfermedad de Alzheimer, con énfasis en la mejora de su calidad de vida y el apoyo a sus cuidadores, considerando las implicancias físicas, cognitivas, psicológicas y sociales de la enfermedad.

## DESARROLLO

### Enfermedad de Alzheimer y calidad de vida

El aumento de la esperanza de vida trajo aparejado el envejecimiento de la población en los países desarrollados con el consecuente aumento de la incidencia y prevalencia de las patologías derivadas del envejecimiento. La EA es una patología degenerativa, incurable y de lenta evolución donde “la actuación de Enfermería tiene un peso específico desde la Atención Primaria y la Especializada” por el alto grado de dependencia del enfermo. Es el tipo de demencia más común ya que representa, aproximadamente, el 75% de las demencias con una prevalencia del 5-10 % en personas mayores de 65 años (Balbás Liaño, 2005). Martínez Lage (2004) afirma que la prevalencia “se duplica en progresión aritmética en la población si se estudia en grupos de edad con intervalos de cinco años: 2% en la población de 65 a 69 años y 32 % o más en los mayores de 85 años” y habría Alzheimer incipiente o ya declarado en una de cada dos personas mayores de 80 años.

Balbás Liaño (2005) advierte que, si bien las demencias generan una amplia gama de problemas de salud en el orden físico, síquico y social; la EA exagera estas características en particular porque afecta zonas del cerebro donde se encuentran funciones cognitivas superiores como el razonamiento lógico, el lenguaje, el pensamiento abstracto y la respuesta emocional. Aún con un equipo de trabajo y tratamientos costosos, la EA no permitirá mejoras importantes en el estado de salud del paciente y los períodos de estabilización serán cortos. Como el tratamiento es exclusivamente sintomatológico e interviene un equipo de profesionales, el rol enfermero se vuelve fundamental.

Este déficit en el estado de conocimiento de la EA lleva a Martínez Lage (2004) a expresar la necesidad de descubrir la base biológica del envejecimiento cerebral que permita comprender cómo es el proceso de deterioro en la enfermedad. “Se necesita saber por qué las neuronas pierden su capacidad de conducir estímulos de unas a otras -base de la vida de estas células- y por qué se van muriendo, cosa que no ocurre simplemente por senilidad”, sin este conocimiento no se podrá prevenir la enfermedad ni conocer su epidemiología. Para lograr diagnósticos tempranos, los esfuerzos en investigación deben hallar “marcadores diagnósticos de la enfermedad en los líquidos corporales (sangre, saliva, orina y líquido cefalorraquídeo), pruebas neuropsicológicas que detecten sutiles cambios cognitivos y exámenes de neuroimagen que precisen lesiones incipientes”.

Es importante que Enfermería trabaje para desarrollar intervenciones complementarias y compensatorias de los déficits de necesidades que se van produciendo y aporte su mirada en encontrar nuevas herramientas para gestionar el deterioro cognitivo y los problemas de conducta del enfermo. Ante esta necesidad de centrarse en una mejor sensación de bienestar percibido cuando no se le puede dar cura a su padecimiento, Lluesma Vidal (2017) propone hablar de “calidad de vida relacionada con la salud” (CVRS); en un concepto que incorpora múltiples dimensiones como la física, la psicológica, la cognitiva y la social. Para ello, determinó y analizó las variables que influyen en la calidad de vida de los pacientes con demencia leve-moderada en internación domiciliaria desde un posicionamiento teórico que articuló la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) con la Teoría de Patrones Funcionales de Marjory Gordon. Utilizó una serie de cuestionarios validados y asociados a cada patrón en 54 pacientes seleccionados por muestreo intencional y que concurrían a un Centro de Día de la Asociación de Familiares de Pacientes con Alzheimer en Valencia. Sus resultados mostraron una relación estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ) entre la CVRS y la movilidad, el estado de salud, la ansiedad, el estado nutricional, la satisfacción del sueño, el apoyo familiar y el optimismo.

En comparación a la percepción de calidad de vida que tuvieron pacientes y cuidadores, en el mismo estudio se observó que las personas con demencia que vivían en su domicilio perdían menos peso, y experimentaban más dolor y más síntomas depresivos que las personas con demencia que vivían en una institución de larga estancia. Como contrapartida, las personas con demencia que vivían en una institución de larga estancia presentaban más úlceras por presión y un mayor uso de medidas de restricción física. En la mirada de los cuidadores, los cuidadores domiciliarios autopercebieron un alto grado de sobrecarga y una mala calidad de vida relacionado con su salud; posiblemente debido a que más del 80% de los cuidadores domiciliarios que integraron el estudio eran familiares del paciente. De hecho, no hubo correlato entre esta sobrecarga autopercebida y las características de los pacientes que cuidaban, “sino que estaban directamente asociados al estado mental y psicológico del cuidador y a su relación frente a la experiencia como cuidador”.

Finalmente, así como hay vacíos teóricos en algunos segmentos del desarrollo de la investigación sanitaria -ya enunciados en el apartado de justificación-, existen desarrollos muy innovadores para superar la subjetividad de calidad de vida en las personas con EA y avanzar en una comprensión más específica de la enfermedad. López Perales et al. (2020) hay enfermeras con grado de maestría en ciencias y publican una serie de instrumentos para evaluar específicamente la calidad de vida de los pacientes con EA. Debe tenerse presente que, independientemente de lo ya enunciado respecto del problema de la construcción subjetiva de la percepción de calidad de vida y de la validez y fiabilidad de los instrumentos de medición; el obstáculo de esta enfermedad es la dificultad para comunicarse con el paciente en la medida que avanza su deterioro; por lo tanto, la información sobre esta fase final se recopila de los cuidadores principales. A continuación, se han reseñado los instrumentos de valoración específicos para ser utilizados solamente en pacientes con demencia, traducidos al castellano y más usadas en el mundo hispano.

Fase de pre demencia y demencia leve.

Para proponer un Proceso de Atención de Enfermería que mejore la calidad de vida del paciente con EA, se hace necesario comprender los cambios físicos, mentales y sociales que se presentarán en su evolución. Tradicionalmente la EA se divide en fases, encontraremos quienes enuncian 3 fases (fase inicial o demencia leve; fase segunda o demencia moderada y fase tercera o demencia severa) como la Fundación Alzheimer España (2022). Otros autores describen 4 fases cuando incorporan una primera fase de pre demencia (Fernández Rodríguez, 2014). En cambio, Miguel González (2017) utiliza los estadios de la demencia según el Clinical Dementia Rating (CDR) que es una escala utilizada por la mayoría de los profesionales sanitarios para evaluar el progreso de la demencia y donde se identifican 5 estadios o fases. La escala CDR mide con una puntuación del 0 al 3 la capacidad de la persona afectada de demencia para cumplimentar funciones de las áreas cognitivas y funcionales como son: la orientación, la memoria, el razonamiento, las tareas domésticas y las de ocio, el cuidado personal y la relación con su entorno.

**Tabla 1. Estadios de demencia según el Clinical Dementia Rating (CDR).**

Estadio o fase	CD R	Interpreta	Calidad de vida
1	CD R 0	sin afectación	No hay afectación en las capacidades de la persona. No existen problemas de memoria, está orientada en tiempo y espacio, presenta un razonamiento normal, tiene buena funcionalidad, buen entorno en su casa, puede hacerse cargo de sí misma y de sus necesidades.
2	CD R 0,5	afectación leve	Presencia de una afectación muy leve. La persona puede presentar inconsistencias de memoria menores. Pero, estas limitaciones pueden provocar consecuencias en su dinámica habitual. En este estadio, la persona puede seguir haciéndose cargo de sí misma sin mayor problema.
3	CD R 1	afectación baja	La persona presenta limitaciones en la memoria a corto plazo que puede interrumpir algunos aspectos de su vida diaria. Aparecen episodios de desorientación geográfica y problemas de orientación en tiempo.

			Aparecen olvidos importantes y necesita que se le recuerden las cosas constantemente para poder llevar a cabo diferentes actividades.
4	CD R 2	afectación moderada	Existe un deterioro cognitivo moderado. La persona necesita ayuda para higienizarse, aunque todavía puede manejar bien actividades sociales o tareas diversas que requieren estar acompañado. Hay más desorientación en tiempo y espacio y se pierden fácilmente siendo necesario que se esfuercen para comprender las relaciones de tiempo. La memoria a corto plazo está seriamente afectada y es difícil recordar cosas nuevas, incluyendo gente a la que acaba de conocer.
5	CD R 3	afectación severa	La persona no puede funcionar sin ayuda y la pérdida de memoria es extrema. Además, no existe ningún conocimiento de orientación en tiempo o en espacio. Es casi imposible la vida social y necesita ayuda para cubrir sus necesidades personales.

**Fuente: Miguel González (2017). Calidad de vida y calidad de los cuidados de las personas con demencia y sus cuidadores informales.**

En líneas generales, Fernández Rodríguez (2014) relata que los primeros déficits impactarán en actividades instrumentales de la vida diaria como realizar las compras o tomar un transporte. Luego se verán perjudicadas las actividades de autocuidado como higienizarse, vestirse y alimentarse. Finalmente, el deterioro lleva al paciente a una dependencia total. En la fase de pre-demencia que enuncia este autor, se sugiere la sospecha que la EA tiene síntomas que pueden comenzar 10 a 20 años antes de la declaración de la enfermedad, un síntoma inicial de pérdida de memoria no esperado para su edad puede pasar desapercibido o como un evento excepcional. Mejía Díaz (2018) también publica este inicio paulatino que se visualiza más claramente con el paso del tiempo. Cuando la fase leve y leve baja se instala, pueden distinguirse síntomas provenientes de distintas áreas:

**Tabla 2. Estadios leve y bajo de la Enfermedad de Alzheimer.**

Funciones cognitivas superiores		
Área comprometida	Síntomas	Observación
Capacidad de abstracción	Perdida de la capacidad de concentración Aspecto físico descuidado del enfermo	Se vuelven mas despreocupados y menos interesados Dificultad para aprender cosas nuevas
Memoria	Olvidos momentáneos de lo que acaba de ocurrir Intenta disimular u ocultar la pérdida de memoria	Olvida nombres y objetos Olvida números de documento y teléfono Olvida citas y llamadas

Lenguaje	Olvida palabras Tiene retraimiento, vergüenza y sentimientos de autoexclusión	No recuerda palabras o las utiliza inadecuadamente Tiene problemas para expresarse, usa frases cortas
Orientación espaciotemporal	No saben ubicarse donde se encuentran algunas cosas o incluso ellos mismos Se siente inquieto y frustrado	Pierden la noción de la hora y del día, del mes, año No reconocen donde están Suelen vestirse inadecuadamente a la temperatura ambiental
<b>Funciones de autocuidado y organización de la vida diaria</b>		
Actividad y movimiento	Leve incoordinación motora Intenta disimular u ocultar la pérdida	Aparece torpeza en actividades habituales
Autonomía	Conservada Siguen teniendo autonomía y continúan trabajando	Completan las actividades de la vida diaria
<b>Funciones psicológicas</b>		
Juicio	Cambios en el control de la personalidad Reacciones inesperadas	Expresan trastornos de ansiedad, depresión, hostilidad Cambios bruscos de humor Arrojan la comida, gritan, insultan, agreden
<b>Funcionalidad social</b>		
Vida social	Desinterés social	Rehúsa reunirse

Fuente: Reseña elaborada a partir de Mejía Díaz (2018) El cuidado y la comunicación con el paciente de Alzheimer; y Fernández Rodríguez (2014) Abordaje de los cuidados enfermeros en Alzheimer.

La Fundación Alzheimer España (2022) describe la demencia leve como fase inicial donde se producen alteraciones de la memoria y tienen dificultad para aprender cosas nuevas, muestran cambios bruscos de humor y se encolerizan cuando pierden el control sobre la situación. Razonan y comunican bien, pero tienen problemas para seguir una conversación y recurren a frases cortas. Siguen teniendo autonomía en las actividades de la vida diaria y continúan trabajando.

Fase de demencia moderada.

Paulatinamente, el paciente cambia su estatus de leve a moderado y se acentúan los cambios cognitivos, físicos, psicológicos y sociales. La memoria a corto plazo está más afectada por lo que los enfermos olvidan sucesos recientes -por ejemplo, que acaba de alimentarse- pero conservan recuerdos sobre hechos lejanos, aunque pueden ubicarlos en un tiempo errado. Les cuesta o no pueden reconocer a sus seres queridos -agnosia- y cumplen con dificultad funciones aprendidas -apraxia- como elegir la ropa. Aparecen miedos -aparentemente injustificados- producto de alucinaciones y delirios y las reacciones agresivas se caracterizan por ser desproporcionadas respecto del motivo que las causa. El aumento de la debilidad muscular altera la postura y la marcha por lo que la pérdida del equilibrio es más evidente y aumentan las caídas. Hay dificultad en el lenguaje y les cuesta hablar, por lo que la comunicación se vuelve más dificultosa y se deteriora; necesitan hablar de forma lenta y repiten las frases o no las pueden finalizar. Aparecen como apáticos y necesitan estímulo para hacer actividades

que les cuesta completar. Se vuelven imprecisos y necesitan ayuda para desplazarse por lo que la pérdida de autonomía es importante y lleva a que necesiten ser controlados mucho tiempo (Fernández Rodríguez, 2014).

**Tabla 3. Estadios moderados de la Enfermedad de Alzheimer.**

Funciones cognitivas superiores		
Área comprometida	Síntomas	Observación
Capacidad de abstracción	Toma de conciencia de sus déficits Renuncia para encubrirlo	Incapacidad para el cálculo matemático y para manejar sus propios gastos
Memoria	Pérdida total de la memoria reciente Renuncia para encubrirlo	No recuerda si acaba de comer Sufren lapsus pasajeros sobre lo último que acaban de hacer o decir Pueden creer que un ser ya fallecido todavía sigue vivo
Lenguaje	Tienen problemas para expresarse y entender correctamente La comunicación es ineficaz	Puede leer, escribir u oír, pero sin entender ninguno de los tres hechos. Manifiesta incoherencia lingüística Empobrecimiento de vocabulario
Orientación espaciotemporal	Aumenta la confusión espacial Desarrolla conductas ilógicas	Se altera el ritmo vigilia- sueño Se levanta de noche para ir a trabajar Perdido en el entorno No se reconoce en el espejo
Funciones de autocuidado y organización de la vida diaria		
Actividad y movimiento	Mayor incoordinación motora Apatía	No pueden distinguir la temperatura del agua No puede manejar cubiertos
Autonomía	Limitada, dependiente Necesita ayuda y supervisión	Actividades de la vida diaria dificultosas Requiere asistencia en la alimentación, la higiene, el uso del sanitario y la deambulación
Funciones psicológicas		
Juicio	Alteración en el comportamiento Aparición de sintomatología psiquiátrica Reacciones anómalas que no son reconocidas por el paciente	Gritan en público Intentan escapar de su propia casa Caminan y hablan sin descanso Ocultan objetos y acusan a otros de su extravío Son agresivos con sus seres queridos Pasan de momentos de agresividad a momentos de sosiego y amabilidad, de la risa al llanto, sin motivo aparente Pueden aparecer síntomas alucinatorios (oír, ver, oler o sentir cosas que realmente no existen), Paranoicos (creer que les han robado o que los quieren agredir), Depresivos (están tristes y decaídos) Suicidas (toman conciencia de su estado e intentan hacerse daño)
Funcionalidad social		
Vida social	Evitación de los contactos sociales Aislamiento	Expresa sentirse incomprendido y acomplexado Se angustia ante el planteo de contacto social

Fuente: reseña elaborada a partir de Mejía Diaz (2018) El cuidado y la comunicación con el paciente de Alzheimer; y Fernández Rodríguez (2014) Abordaje de los cuidados enfermeros en Alzheimer.

### Fase de demencia severa.

El estadio final de demencia severa es sintetizado por Mejía Díaz (2018) como la etapa donde los síntomas aparecen de manera “exacerbada o plena” y “los pacientes pierden toda su autonomía, pasando a depender casi por entero de sus cuidadores hasta el momento de su muerte”. El paciente se ha vuelto completamente dependiente hasta llegar a un estado de pérdida de todas las funciones cerebrales superiores. Fernández Rodríguez (2014) afirma que, aunque no reconocen ni a la pareja ni a los hijos, conservan la memoria emocional para reconocer a quien les cuida. La postración puede originar úlceras por presión (UPP) y las infecciones respiratorias son la causa de muerte más frecuente en los enfermos de Alzheimer. Mejía Díaz (2018) sostiene que pueden asociarse accidentes cerebrovasculares en esta etapa.

**Tabla 4. Estadios severos de Enfermedad de Alzheimer.**

Funciones cognitivas superiores		
Área comprometida	Síntomas	Observación
Capacidad de abstracción	Déficit de funciones cerebrales superiores Evidencias de rasgos pseudobulbares	Aparecen algunos reflejos primarios de la succión, presión o dormir encogidos en forma fetal Expresión emocional involuntaria como gritar o reír
Memoria	Pérdida total de la memoria reciente y lejana	No conoce a quienes les rodea
Lenguaje	Déficit acentuado para expresarse y entender Responde a miradas y gestos afectuosos	Balbucean, repiten las palabras que se les dice y no comprenden lo que se les explica Usan monosílabos o ruidos
Orientación espaciotemporal	Confusión témporo- espacial absoluta Desarrolla reacciones ilógicas	No distinguen entre día y noche, ni mes, año, día y hora No reconocen la habitación donde se encuentran
Funciones de autocuidado y organización de la vida diaria		
Actividad y movimiento	Pérdida de las funciones motoras básicas Rigidez muscular Apatía total	Postración Movilidad reducida al mínimo Deglución dificultosa No pueden sentarse solos
Autonomía	Ausencia de autonomía personal Muestra total dependencia del cuidador	Incontinencia de urinaria y fecal Requisito estricto de higiene ante riesgo de infecciones y UPP
Funciones psicológicas		
Juicio	Pérdida de identidad personal Pierden el sentido de lo que sienten	No saben quiénes son No reconocen sentimientos
Funcionalidad social		
Vida social	Aislamiento y postración	-

Fuente: reseña elaborada a partir de Mejía Díaz (2018) El cuidado y la comunicación con el paciente de Alzheimer; y Fernández Rodríguez (2014) Abordaje de los cuidados enfermeros en Alzheimer.

Recapitulando, ha sido necesario comprender las funciones y áreas de deterioro de la enfermedad para que el rol de Enfermería incorpore cuidados que favorezcan la calidad de vida del paciente con EA y puedan ser expresados en el Proceso de Atención de Enfermería, fundamento de su práctica profesional. Las funciones y necesidades específicas de alimentación, nutrición, equilibrio hidroelectrolítico, farmacoterapéutica, descanso y sueño, entre otras, han sido incluidas en el concepto de autonomía a fines de concentrar la atención en los deterioros responsables de la evolución de la enfermedad. De esta manera, aspectos menos evidentes del Proceso de Atención de Enfermería podrán reconocerse con mayor facilidad cuando sea presentado.

El cuerpo de saber disciplinar de Enfermería es producto de paradigmas y elementos teóricos que le permiten construirse como profesión autónoma. Estos abordajes teóricos -expresados como filosofías, modelos y teorías- han tomado cada vez más protagonismo en los programas formativos de Enfermería y la han impulsado a sentar las bases para poder nombrar la realidad del

cuidado, comprenderla, abarcarla y ser capaz de describir y explicar qué está ocurriendo. Constituye la antesala que permite predecir y controlar situaciones o fenómenos que transcurren en la práctica profesional. Llegar al constructo del presente marco teórico no pretende imponer una normativa de cuidado sino ordenar y esquematizar el complejo cuadro de evolución clínica de estos pacientes donde el profesional de Enfermería identifique los ejes de intervención clínica principales y los diagnósticos enfermeros para planificar cuidados que favorezcan calidad de vida.

Enfermedad de Alzheimer y Proceso de Atención de Enfermería.

Entre 1950 y 1960 -coincidente con el auge de la teoría psicoanalítica en Estados Unidos- se generan un grupo de teorías para Enfermería caratuladas como escuela de la interacción por su aporte en el abordaje del cuidado a partir de las relaciones interpersonales y vinculares enfermero-paciente para un desarrollo en la relación terapéutica. Este paradigma abre a la consideración del cuidado en la complejidad estructural de su naturaleza humana y social (Elers Mastrapa y Gibert Lamadrid, 2016). Según León Romás (2017) la Teoría de las relaciones interpersonales de Hildegard Peplau también conocida como Enfermería psicodinámica- es la obra pionera en este campo y referente obligada de consulta. Justamente, es la obra que inicia la escuela de la interacción donde se estudian los fenómenos comunicativos de la interacción y los roles de enfermería en la misma. Otra referente que integra esta escuela es Ida Jean Orlando Pelletier con su Teoría del Proceso de Enfermería y que tiene una gran consideración en la profesión al instalarse como marco conceptual de la metodología profesional.

El Proceso de Atención Enfermería -constituido por sus cinco etapas interrelacionadas de valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación- tiene en el diagnóstico enfermero su carácter distintivo. Hacia los años 60, Faye Glenn Abdellah introdujo su primer aporte como teorizadora con un sistema de clasificación para la identificación de 21 problemas clínicos del paciente sobre los que aplicaba el Método de resolución de problemas con gran impacto didáctico en las escuelas. La idea de resolver un problema de salud a partir de una hipótesis (diagnóstico) construida por un juicio crítico (valoración) y sometido a prueba (evaluación), creció y maduró hasta 1973 cuando se aprueban los primeros Diagnósticos de Enfermería por la American Nurses Association (ANA). Hacia los 80 la ANA adopta los diagnósticos de Enfermería de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) como "sistema oficial de diagnósticos para la disciplina profesional". Esta compilación de diagnósticos cuenta con una definición operacional de cada uno y se actualiza bianualmente. Como el diagnóstico es el inicio de un proceso de intervención, el listado asocia cada diagnóstico con una clasificación de intervenciones de Enfermería (NIC [Nursing Interventions Classification]) y una clasificación de los resultados esperados (NOC [Nursing Outcomes Classification]) por aplicación de dichas intervenciones (Reina, 2010).

Para orientar el abordaje integral de la Enfermedad de Alzheimer, Balbas Liaño (2005) propone criterios para las distintas fases. En la búsqueda del diagnóstico precoz sugiere utilizar instrumentos de diagnóstico interdisciplinario como la prueba Minimental o el test de Barthel, y proponer a la persona y su familia un estudio diagnóstico completo. En el abordaje en la fase inicial es conveniente empezar a educar al cuidador principal en la necesidad de adaptación del entorno para disminuir los factores que favorezcan los accidentes y caídas. Se deben organizar las actividades cotidianas del paciente de modo de favorecer la autonomía y participación, las actividades de la vida diaria deben ser rutinarias y respetar siempre el primer orden de realización planificado. El control que se hace de la seguridad del paciente debe ser discreto y se debe planificar el estímulo de terapias cognitivas con profesionales especializados. Al pasar a la fase moderada, es importante evaluar puntualmente los deterioros del paciente y sus capacidades residuales para suplir únicamente los déficits. Las actividades diarias continúan siendo supervisadas y se mantiene la rutinización. Es un momento adecuado para empezar a trabajar técnicas de control de esfínteres y verificar la necesidad de asistencia en la deambulación. Las técnicas de estimulación cognitiva se van adaptando al deterioro y se pueden desarrollar programas de rehabilitación funcional. El tratamiento farmacológico se va complejizando y es importante valorar la funcionalidad del sueño. En la fase severa de la Enfermedad de Alzheimer hay más estimulación psicomotriz y se recurre a movilizaciones pasivas para evitar el síndrome por desuso; además, debe prevenirse las consecuencias de esta inmovilidad como el estreñimiento o las úlceras por presión. El cuidador principal es asistido, educado y evaluado en su adaptación al rol durante todo el proceso. En la fase terminal de la EA las actividades diarias del paciente dependen de los demás. Se encuentra postrado, con distintos grados de desconexión con el medio y el cuidado es de orden paliativo. La muerte

del paciente reorienta la actividad profesional hacia el apoyo del duelo y recuperación de la familia y su cuidador principal.

Finalmente, se presenta la tabulación de un Proceso de atención de enfermería para el abordaje progresivo de los cuidados que favorezcan la calidad de vida del paciente con EA institucionalizado. Como se dijo, no se ofrece como normativa sino como guía orientativa de los principales ejes clínicos a considerar en un cuadro cambiante, complejo e irreversible.

Lineamientos generales de un Plan de cuidados de Enfermería para favorecer la calidad de vida del paciente con EA.

1.- Calidad de vida relacionada a la salud -CVRS-. Funciones de autocuidado y organización de la vida diaria.

Tabla 5.

Actividad y movimiento	
<p align="center"><b>Diagnósticos de enfermería según fase evolutiva progresiva [DX]:</b>  Deterioro de la ambulación (00088) - Deterioro de la bipedestación (00238) - Deterioro de la habilidad para la traslación (00090) - Deterioro de la movilidad física (00085) - Riesgo de síndrome de desuso (00040).  <b>Relacionado con [r/c]</b>  trastorno neurológico (EA).  <b>Manifestado por [m/p]</b>  incapacidad para moverse, movilizarse.  <b>NOC [Nursing Outcomes Classification]</b>  1308 Adaptación a la discapacidad física (progresiva).  <b>NIC [Nursing -6480 Manejo ambiental; manipulación del entorno del</b>  <b>Interventions paciente para conseguir beneficios terapéuticos.</b>  <b>Classification]</b> -6490 Prevención de caídas.  -0840 Cambio de posición.  -7140 Apoyo y referente de la familia. Estimulación de los valores, interés y objetivos familiares.</p>	
Autonomía	
<p><b>DX:</b> Déficit de autocuidado en la alimentación (00102) - Déficit de autocuidado en el baño (00108) - Déficit de autocuidado en el uso del inodoro (00110) - Déficit de autocuidado en el vestido (00109) - Disposición para mejorar el autocuidado (00182) - Descuido personal (00193) - Deterioro del mantenimiento el hogar (00098) - Riesgo de planificación ineficaz de las actividades (0226) - Planificación ineficaz de las actividades (0199) - Riesgo de deterioro de la toma de decisiones independiente (00244) - Deterioro de la toma de decisiones independiente (00242)  - Disposición para mejorar la toma de decisiones independiente (00243).  r/c trastorno neurológico (EA) m/p incapacidad para realizar actividades de autocuidado y mantenimiento del hogar.  <b>NOC</b> 0300 Autocuidados: actividades de la vida diaria (AVD). 0306 Autocuidados: actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). 0301 Autocuidados: baño. 0303 Autocuidados: comer. 0305 Autocuidados: higiene. 0308 Autocuidados: higiene oral. 0307 Autocuidados: medicación no parenteral. 0309 Autocuidados: medicación parenteral.</p>	
<p>0310 Autocuidados: uso del inodoro. 0302 Autocuidados: vestir. 1639 Autogestión de las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). 1613 Autogestión de los cuidados. 1614 Autonomía personal.</p>	
<b>NIC</b>	<p>-6480 Manejo ambiental; manipulación del entorno del paciente para conseguir beneficios terapéuticos e interés sensorial.  -5230 Aumentar el afrontamiento. Ayudar al paciente a adaptarse a los factores estresantes, cambios o amenazas perceptibles que interfieran en el cumplimiento de las exigencias y papeles de la vida cotidiana.  -5400 Potenciación de la autoestima; ayudar a un paciente a que aumente el juicio personal de su propia valía.  -4420 Acuerdo con el paciente.  -5250 Apoyo en toma de decisiones. Proporcionar información, asesoramiento y apoyo al paciente que debe tomar una decisión sobre cuidados sanitario.  -7140 Apoyo y referente de la familia. Estimulación de los valores, interés y objetivos familiares.</p>

**Fuente: Elaboración propia. NIC y NOC por Fernández Rodríguez (2014). Abordaje de los cuidados enfermeros en Alzheimer.**

## 2.-Calidad de vida relacionada a la salud-CVRS-. Funciones cognitivas superiores.

**Tabla 6**

<b>Memoria</b>
<p><b>DX:</b> Deterioro de la memoria (00131).  <b>r/c</b> trastorno neurológico (EA) <b>m/p</b> por incapacidad para recordar recientes o pasados, incapacidad para aprender o retener nuevas habilidades o información.  <b>NOC</b> 0908.01; 02; 03 Recuerda información inmediata, reciente o remota.  <b>NIC</b> -4760 Entrenamiento de la memoria. Capacidad para recuperar y comunicar la información previamente almacenada.  -4860 Terapia de reminiscencia; el recuerdo de sucesos, sentimientos y pensamientos pasados para facilitar la calidad de la vida o la adaptación a las circunstancias actuales.  -7140 Apoyo y referente de la familia. Estimulación de los valores, interés y objetivos familiares.</p>
<b>Orientación témporo- espacial</b>
<p><b>DX:</b> Riesgo de confusión aguda (00173) - Confusión aguda (00128) - Confusión crónica (00129)  <b>r/c</b> trastorno neurológico (EA) <b>m/p</b> incapacidad para orientarse.  <b>NOC</b> 0900 Cognición. Posibilidad de ejecutar los procesos mentales complejos.  099.05 Está orientado. 0901.01 Se autoidentifica. 0901.02 Identifica a sus seres queridos. 0901.03 Identifica el lugar dónde está. 0901.04; 05; 06 Identifica el día, mes y año presente. 0901.07 Identifica la estación actual. 0901.09 Identifica eventos actuales significativos. 0905.03; 05; 06; 07. Responde adecuadamente a las señales: visuales, auditivas, táctiles; olfatorias o del lenguaje.</p> <p><b>NIC</b> -4820 Orientación de la realidad. Capacidad para identificar personas, lugares y tiempo con exactitud. Fomento de la consciencia del paciente acerca de la identidad personal, tiempo y ambiente.  -6460 Manejo de la demencia; proveer un ambiente modificado para el paciente que experimenta un estado de confusión crónico.  -6480 Manejo ambiental; manipulación del entorno del paciente para conseguir beneficios terapéuticos, interés sensorial y bienestar psicológico.  -7140 Apoyo y referente de la familia. Estimulación de los valores, interés y objetivos familiares.</p>
<b>Actividad cognitiva superior y capacidad de abstracción.</b>
<p><b>DX:</b> Deterioro de la comunicación verbal (00051) - Deterioro de la cognición (00052).  <b>r/c</b> trastorno neurológico (EA) <b>m/p</b> por incapacidad para realizar procesos mentales complejos  <b>NOC</b> 0900 Cognición. Posibilidad de ejecutar los procesos mentales complejos. 0900.03 Atiende. 0900.04 Se concentra. 0900.09 Procesa la información. 0905. 07. Responde adecuadamente a las señales del lenguaje.  <b>NIC</b> -4720 Estimulación cognoscitiva. Capacidad para centrarse en un estímulo específico. Favorecer la conciencia y comprensión del entorno por utilización de estímulos planificados.  -5520 Facilitar el aprendizaje. Fomentar la capacidad de procesar y comprender la información.  -6460 Manejo de la demencia; proveer un ambiente modificado para el paciente que experimenta un estado de confusión crónico.  -7140 Apoyo y referente de la familia. Estimulación de los valores, interés y objetivos familiares.</p>

**Fuente: Elaboración propia. NIC y NOC por Fernández Rodríguez (2014). Abordaje de los cuidados enfermeros en Alzheimer.**

## 3.- Calidad de vida relacionada a la salud- CVRS-. Funciones psicológicas y conducta.

**Tabla 7**

<b>Funciones psicológicas y conducta.</b>
<p><b>DX:</b> Disposición para mejorar el autoconcepto (00167) - Riesgo de compromiso de la dignidad humana (00174) - Desesperanza (00124) - Disposición para mejorar la esperanza (00185) - Riesgo de trastorno de la identidad personal (00225) - Trastorno de la identidad personal (00121) - Deterioro de la regulación del estado de ánimo (00241) - Control emocional inestable (00251).  <b>r/c</b> deterioro progresivo irreversible m/p alteración de la conducta.</p>

NOC 1300 Aceptación estado de salud; reconciliación con cambios significativos en las circunstancias de salud. 1401 Autocontrol de la agresión. 1404 Autocontrol del miedo. 2002 Bienestar personal.

- N  
IC
- 6460 Manejo de la demencia; proveer un ambiente modificado para el paciente que experimenta un estado de confusión crónico).
  - 6480 Manejo ambiental; manipulación del entorno del paciente para conseguir beneficios terapéuticos y bienestar psicológico.
  - 4390 Terapia con el ambiente; utilización de personas, recursos y sucesos del ambiente inmediatos al paciente para promover un funcionamiento psicosocial óptimo.
  - 5230 Aumentar el afrontamiento. Ayudar al paciente a adaptarse a los factores estresantes, cambios o amenazas perceptibles que interfieran en el cumplimiento de las exigencias y papeles de la vida cotidiana.
  - 1300 Aceptación estado de salud, Reconciliación con cambios significativos en las circunstancias de salud.
  - 4370 Entrenamiento para controlar impulsos. Ayudar al paciente a controlar la conducta impulsiva mediante la aplicación de estrategias de solución de problemas a situaciones sociales e interpersonales.
  - 5230 Control del humor. Proporcionar seguridad, estabilidad, recuperación y mantenimiento a un paciente que experimenta un humor disfuncionalmente deprimido o eufórico.
  - 7140 Apoyo y referente de la familia. Estimulación de los valores, interés y objetivos familiares.

**Fuente: Elaboración propia. NIC y NOC por Fernández Rodríguez (2014). Abordaje de los cuidados enfermeros en Alzheimer.**

#### 4.- Calidad de vida relacionada a la salud -CVRS-. Funciones sociales e interacción.

**Tabla 8**

Funciones sociales e interacción
DX: Riesgo de cansancio del rol de cuidador (00062) - Cansancio del rol de cuidador (00061) - Interrupción de los procesos familiares (00060) - Procesos familiares disfuncionales (00063) - Disposición para mejorar los procesos familiares (00159) - Riesgo de deterioro de la vinculación (00058) - Desempeño ineficaz del rol (00055) - Deterioro de la interacción social (00052) - Riesgo de relación ineficaz (00229) - Relación ineficaz (00223) - Disposición para mejorar la relación (00207) - Afrontamiento familiar comprometido (00074) - Disposición para mejorar el



afrontamiento familiar (00075) - Control emocional inestable (00251) - Control de impulsos ineficaz (00222).

r/c deterioro progresivo irreversible m/p alteración de la vida social.

NOC 1300 Aceptación estado de salud. Reconciliación con cambios significativos en las circunstancias de salud. 1302 Afrontamiento de problemas. Acciones personales para controlar los factores estresantes que factores estresantes que ponen a prueba los recursos del individuo. 1305 Modificación psicosocial: Cambio de vida, respuesta psicosocial de adaptación de un individuo a un cambio de vida importante. 2600 Afrontamiento de los problemas de la familia. 1204 Equilibrio emocional. 2013 Equilibrio en el estilo de vida.

NIC

- 4390 Terapia con el ambiente; utilización de personas, recursos y sucesos del ambiente inmediatos al paciente para promover un funcionamiento psicosocial óptimo.
- 1300 Aceptación estado de salud, Reconciliación con cambios significativos en las circunstancias de salud.
- 5230 Aumentar el afrontamiento. Ayudar al paciente a adaptarse a los factores estresantes, cambios o amenazas perceptibles que interfieran en el cumplimiento de las exigencias y papeles de la vida cotidiana.
- 5290 -Facilitar el duelo
- 4370 Entrenamiento para controlar impulsos. Ayudar al paciente a controlar la conducta impulsiva mediante la aplicación de estrategias de solución de problemas a situaciones sociales e interpersonales.
- 5230 Control del humor. Proporcionar seguridad, estabilidad, recuperación y mantenimiento a un paciente que experimenta un humor disfuncionalmente deprimido o eufórico.
- 2300 Administración de medicación.
- 7140 Apoyo y referente de la familia. Estimulación de los valores, interés y objetivos familiares.

## CONCLUSIONES

La Enfermedad de Alzheimer (EA) representa un desafío creciente para los sistemas de salud debido al envejecimiento poblacional y su impacto multidimensional en pacientes y cuidadores. Este trastorno neurodegenerativo, incurable y progresivo, afecta funciones cognitivas, emocionales y sociales, llevando a una dependencia total en sus etapas avanzadas. A pesar de los avances en la investigación, no se ha encontrado una cura definitiva, lo que resalta la importancia de las intervenciones centradas en la calidad de vida.

El abordaje integral del paciente con EA debe considerar no solo sus necesidades físicas y cognitivas, sino también el bienestar psicológico y social. La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) se posiciona como un indicador esencial para medir el impacto de las estrategias de cuidado. Factores como el estado nutricional, la movilidad, el apoyo familiar y la gestión adecuada del entorno influyen directamente en los resultados del paciente. Los modelos de atención deben ser dinámicos y adaptativos, respondiendo a las necesidades cambiantes a lo largo de las diferentes etapas de la enfermedad.

El papel del cuidador, especialmente en contextos domiciliarios, es fundamental pero también desafiante. Los estudios señalan que los cuidadores experimentan altos niveles de estrés y sobrecarga emocional, afectando su propia calidad de vida. Esto subraya la necesidad de implementar programas de apoyo que incluyan educación, asesoramiento y recursos específicos para mitigar los efectos negativos asociados con el cuidado prolongado.

Por otro lado, los equipos multidisciplinarios, incluyendo a profesionales especializados en geriatría y gerontología, son cruciales para brindar una atención de calidad. La enfermería, como eje central en el cuidado, debe estar capacitada para implementar intervenciones basadas en evidencia, adaptadas a las fases de la enfermedad y orientadas a mantener el mayor nivel de autonomía posible. Esto incluye el

manejo de síntomas conductuales, la prevención de complicaciones físicas como úlceras por presión e infecciones, y la promoción de un entorno seguro y estimulante.

La investigación en EA sigue siendo prioritaria. Es necesario profundizar en la comprensión de los mecanismos biológicos de la enfermedad, desarrollar herramientas de diagnóstico temprano y diseñar intervenciones innovadoras que mejoren la calidad de vida tanto de los pacientes como de sus cuidadores. Asimismo, las políticas públicas deben enfocarse en la provisión de servicios especializados y accesibles, reconociendo la creciente prevalencia de esta enfermedad.

Enfrentar la EA requiere un enfoque integral, humanizado y basado en la evidencia, que abarque las necesidades complejas del paciente y su entorno. Solo así será posible mitigar el impacto de esta enfermedad en las personas y en la sociedad en general.

## REFERENCIAS

1. Alvarado García, A., Alvarado Hueso, P., Rojas Méndez, T. y Oviedo Tao, P. (2019). Necesidades de cuidado en los pacientes con demencia y/o alzheimer: una revisión integrativa. *Revista Cuidarte* Print version ISSN 2216-0973. *Rev Cuid* vol.10 no.3 Bucaramanga Sep./Dec. 2019 Epub Dec 20, 2019. On-line version ISSN 2346-3414. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v10i3.813>.  
[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2216-09732019000300302](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732019000300302).
2. Balbas Liaño, V. (2005). El profesional de Enfermería y el Alzheimer. *Revista Nure de Investigación* 13, 1-6.
  - a. <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/223>.
3. Chávez, V. (2019) Alzheimer: síntomas para reconocer una enfermedad que padece 1 de cada 8 adultos mayores en la Argentina.
  - a. <https://www.infobae.com/salud/2019/09/21/alzheimer-sintomas-para-reconocer-una-enfermedad-que-padece-1-de-cada-8-adultos-mayores-en-la-argentina/>
4. Darpon, J. (2013). Resumen de la comparecencia del consejero de la salud en el Parlamento vasco el 18-02. *Eusko Jaurlaritza - Gobierno Vasco, Departamento de salud*. Pp. 79-89.
  - a. [https://www.euskadi.eus/contenidos/nota\\_prensa/prensa\\_salud\\_275/es\\_salud/adjuntos/salud.pdf](https://www.euskadi.eus/contenidos/nota_prensa/prensa_salud_275/es_salud/adjuntos/salud.pdf)
5. Elers Mastrapa, Y. & Gibert Lamadrid, M.P. (2016). Relación enfermera-paciente: una perspectiva desde las teorías de las relaciones interpersonales. *Revista cubana de Enfermería*, Vol. 32, No. 4 (2016).  
<http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/976/215>.
6. Fernández Rodríguez, R. (2014). Abordaje de los cuidados enfermeros en Alzheimer. Tesis Maestría en Envejecimiento. IUIE, Instituto Universitario Investigación Envejecimiento, Universidad de Murcia. <http://www.cuidarypaliar.es/wp-content/uploads/2016/12/TFM-FINAL.-Abordaje-de-cuidados-enfermeros-en-Alzh%C3%A9imer.-Rub%C3%A9n-Fern%C3%A1ndez-Rodr%C3%ADguez..pdf>.
7. Fundación Alzheimer España (14 de julio de 2022). Fases del Alzheimer. <http://www.alzfae.org/fundacion/146/fases-alzheimer>.
8. Goodman, C., Morales Asencio, J.M. y de la Torre-Aboki, J. (2013). La contribución de la enfermera de Práctica Avanzada como respuesta a las necesidades cambiantes de salud de la población. *Metas Enferm* 2013; 16(9):20-25.  
<https://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/80515/la-contribucion-de-la-enfermera-de-practica-avanzada-como-respuesta-a-las-necesidades-cambiantes-de-salud-de-la-poblacion/>.

9. Lluesma Vidal, M. (2017). Calidad de vida en pacientes con demencia no institucionalizados. Una perspectiva enfermera. Tesis doctoral. Universidad CEUCardenal Herrera (España). <http://hdl.handle.net/10637/8536>.
10. León Román, C. (2017). Nuevas teorías en enfermería y las precedentes de importancia histórica. *Revista cubana de Enfermería*, Vol. 33, No. 4 (2017). <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1587/301>.
11. López Perales, B., Martínez Melero, M. y Oliver Bretón, P. (2020). Instrumentos de calidad de vida en la enfermedad de Alzheimer. *Revista Electrónica de PortalesMedicos.com* - ISSN1886-8924. Vol. XV; nº 12; 558. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/instrumentos-de-calidad-de-vida-en-la-enfermedad-de-alzheimer/>.
12. Martínez Lage, J.M. (2004). Rudimentos Sobre la Enfermedad de Alzheimer. Repositorio Universidad Maimónides. <http://weblog.maimonides.edu/gerontologia/archives/001518.html>
13. Mejía Díaz, C. (2018). El cuidado y la comunicación con el paciente de Alzheimer. Universidad Pontificia Comillas, Madrid. Repositorio institucional. <https://repositorio.comillas.edu/jspui/bitstream/11531/31130/1/TFM000947.pdf>
14. Miguel González, S. (2017). Calidad de vida y calidad de los cuidados de las personas con demencia y sus cuidadores informales. Tesis doctoral. Universidad Jaume I de Castellón, España.
  - a. [https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/406122/2017\\_Tesis\\_Miguel%20](https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/406122/2017_Tesis_Miguel%20Gonzalez_Susana.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
  - b. [Gonzalez\\_Susana.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/406122/2017_Tesis_Miguel%20Gonzalez_Susana.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
15. Organización Mundial de la Salud [OMS] (2020). Demencia.
  - a. <https://www.who.int/es/newsroom/fact-sheets/detail/dementia>
16. Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2012). Enseñanza de la Enfermería en Salud del Adulto Mayor. Serie recursos humanos para la salud n 59, p. 4. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud
  - a. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/nursing-salud-adulto-mayor-2012-spa.pdf> (p.4)
17. Reina, N.C. (2010). El proceso de enfermería: instrumento para el cuidado. *Umbral Científico*, núm. 17, diciembre, 2010, pp. 18-23 Universidad Manuela Beltrán Bogotá, Colombia. <https://www.redalyc.org/pdf/304/30421294003.pdf>
18. Sánchez I (2014). Cronicidad y complejidad: Nuevos roles de enfermería de Practica avanzada. *Revista Enfermería clínica* 24, 1, 1-9. <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-cronicidad-complejidad-nuevos-roles-enfermeria--S1130862113001964>.

## FINANCIACIÓN

Ninguna.

## CONFLICTO DE INTERÉS

Ninguno.