

INTERVENCIÓN ENFERMERA PARA MEJORAR EL AFRONTAMIENTO ANTE LA CONVIVENCIA CON EL ALZHEIMER

Autora: Alejandra Castro Rodríguez

Tutor: Gerson Reyes Abreu

TRABAJO DE FINAL DE GRADO

GRADO DE ENFERMERÍA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD: SECCIÓN DE ENFERMERÍA

GRUPO: LA PALMA

UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Curso académico 2023 - 2024

Mayo 2024

RESUMEN

En la actualidad se está experimentando un aumento exponencial de la incidencia de enfermedades mentales en todo el mundo, y en países como España esto no pasa desapercibido. Cada año se diagnostican nuevos casos y en lugares como Canarias, con un nivel de población más reducido, supone un gran impacto. Dentro de ellas, la enfermedad de Alzheimer es el tipo más común de demencias que nos encontramos.

La isla de La Palma cuenta con más de 4.000 personas diagnosticadas de esta enfermedad, y este número aumenta cada año. Además, estas personas tienen como mínimo, un cuidador principal, que muchas veces suele ser algún familiar, lo que lleva a un aumento de la sobrecarga y el estrés.

Por ello, La Palma es una isla donde se pueden realizar intervenciones tanto con las personas diagnosticadas de Alzheimer como con sus cuidadores y/o familiares, para poder ayudarlos a mejorar el afrontamiento ante esta demencia, realizar actividades para mantenerse activo cognitivamente así como adquirir habilidades y destrezas para ayudar a la persona afectada a medida que va progresando la afección.

Palabras clave: demencia, tipos de demencia, Alzheimer, enfermedad de Alzheimer, tratamiento del Alzheimer, afrontamiento, afrontamiento ante el Alzheimer.

ABSTRACT

There is currently an exponential increase in the incidence of mental illness around the world, and in countries such as Spain this is not going unnoticed. Every year new cases are diagnosed and in places such as the Canary Islands, with a smaller population, it has a great impact. Within these, Alzheimer's disease is the most common type of dementia that we encounter.

On the island of La Palma there are more than 4.000 people diagnosed with this disease, and this number increases every year. Moreover, these people have at least one main caregiver, often a family member, which leads to an increase in overload and stress.

For this reason, La Palma is an island where interventions can be carried out with people diagnosed with Alzheimer's and with their carers and/or relatives, to help them improve their coping with this dementia, carry out activities to keep them cognitively active and acquire skills and abilities to help the affected person as the condition progresses.

Keywords: dementia, types of dementia, Alzheimer, Alzheimer's disease, Alzheimer's treatment, coping, coping with Alzheimer's.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	6
2. MARCO TEÓRICO	10
2.1. Comienzo y descubrimiento.....	10
2.2. Definición.....	11
2.3. Epidemiología.....	12
2.4. Etiopatogenia.....	13
2.5. Tipos y factores de riesgo.....	15
2.6. Cuadro clínico.....	15
2.7. Diagnóstico	17
2.8. Evolución y pronóstico.....	18
2.9. Tratamiento.....	19
2.9.1. Tratamiento farmacológico.....	19
2.9.2. Tratamiento no farmacológico.....	20
2.10. Cuidador/a	21
2.11. Enfermería.....	22
3. ANTECEDENTES	23
4. JUSTIFICACIÓN	24
5. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS	25
5.1. Hipótesis.....	25
5.2. Objetivo general.....	25
5.3. Objetivos específicos	25
6. METODOLOGÍA	25
6.1. Población diana.....	27
6.2. Criterios de inclusión.....	28
6.3. Criterios de exclusión.....	28
6.4. Variables.....	28
6.4.1. Variable independiente.....	28
6.4.2. Variable dependiente.....	28
6.4.3. Variables sociodemográficas	28
6.5. Herramientas.....	29
6.5.1. Instrumentos de medida.....	29

6.6. Procedimiento	30
6.6.1. Solicitud de permisos y colaboración	31
6.6.2. Cuestionario inicial.....	31
6.6.3. Intervención educativa.....	32
6.6.4. Cuestionario post-intervención.....	33
6.7. Consideraciones éticas y legales.....	33
6.8. Temporalización y cronograma.....	34
6.9. Recursos humanos y materiales.....	35
7. PRESUPUESTO DE LA INTERVENCIÓN.....	35
8. SISTEMA DE EVALUACIÓN.....	36
9. CONCLUSIÓN FINAL.....	36
10. BIBLIOGRAFÍA.....	38
11. ANEXOS.....	45

1. INTRODUCCIÓN

En Europa, los países están experimentando un fenómeno notable en las sociedades contemporáneas: una revolución demográfica caracterizada por menos nacimientos y una mayor longevidad. Esta tendencia demográfica plantea nuevos desafíos en diversos aspectos, incluyendo el económico, el social, el político y el sanitario ⁽¹⁾.

Esto nos lleva a convertirnos en una sociedad con una mayor tasa de envejecimiento, debido a las menores tasas de natalidad y mortalidad, junto con la mayor esperanza de vida. Los adultos mayores son el segmento de más rápido crecimiento si se considera. La población mundial a largo plazo era de 0.5 millones en 2016, con un 7.5% de personas de 65 años o más. Además, la población mundial incluye 617 millones de personas mayores, lo que representa el 8.5% de las personas de 60 años o más. Para el año 2050, la población estimada de dos mil millones de personas mayores se habrá triplicado con creces ⁽²⁾.

El envejecimiento es un proceso heterogéneo, irreversible y universal, que no es igual para hombres y mujeres, ya que las mujeres tienen la esperanza de vida más alta. Conforme envejecemos, es común que haya un incremento rápido en la aparición de enfermedades crónicas y degenerativas, las cuales suelen estar acompañadas de múltiples condiciones de salud que necesitan más atención y cuidado ^(1, 2).

Además, este proceso de envejecer conlleva a cambios en la composición química, las propiedades físicas y la composición molecular del cuerpo, que también afectan al sistema nervioso, cardiovascular, respiratorio, digestivo o renal. Las enfermedades más comunes y extendidas a medida que nos hacemos mayores incluyen los trastornos neurodegenerativos, como es la demencia ⁽²⁾.

La atrofia cerebral, la alteración del flujo sanguíneo y el metabolismo son los cambios biológicos observados con más frecuencia que tienen lugar en el cerebro cuando se produce el envejecimiento. El deterioro cognitivo observado en el envejecimiento está directamente relacionado y tiene sus raíces en cambios estructurales que antes se creían irreversibles. Existe una diferencia considerable en la manifestación del envejecimiento cognitivo y puede que no exista correlación entre la patología cerebral y los síntomas clínicos ⁽²⁾.

Debido a todo este proceso de envejecimiento y cambios que se van produciendo, poco a poco surge el concepto de demencia, siendo cada vez más frecuente en nuestra sociedad actual.

Si realizamos una búsqueda en la Real Academia Española (RAE), la palabra *demencia* tiene 2 entradas. La primera la define como “locura, trastorno de la razón”, y la segunda como “deterioro progresivo de las facultades mentales que causa graves trastornos de conducta” ⁽³⁾.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la demencia puede ser definida como un conjunto de trastornos caracterizados por una disminución de los niveles de cognición previamente alcanzados, afectando a la vida diaria y al desempeño social, constituyendo uno de los retos sociales y de atención de la salud más importantes a nivel mundial en el siglo XXI ⁽⁴⁾.

Otros autores definen la demencia como un síndrome clínico compuesto por deterioros cognitivos crónicos adquiridos y multidominio que interfieren gravemente con las actividades diarias. Las definiciones anteriores de demencia requerían un deterioro de la memoria reciente y, al menos, otra función cognitiva. Ahora se sabe que el deterioro de la memoria es un componente secundario o tardío de algunas formas de demencia y, por lo tanto, ya no se considera significativo ⁽⁵⁾.

En la versión más reciente del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM), en el DSM-5, el término “demencia” fue reemplazado por el término “trastorno neurocognitivo mayor” ⁽⁶⁾.

Existen distintos tipos de demencia, los cuales se pueden clasificar atendiendo a las causas que los provocan ⁽⁴⁾.

- Las demencias primarias incluyen la enfermedad de Alzheimer, demencia con cuerpos de Lewy, demencia vascular y demencia frontotemporal (donde el deterioro cognitivo se debe al curso neurodegenerativo subyacente y no a ninguna otra causa). El tipo más común dentro de este grupo de demencias es la enfermedad de Alzheimer.

- Las demencias secundarias están provocadas por otra afección que es reconocible o que se encuentra relacionada, como puede ser la infección por VIH, traumatismos craneales, esclerosis múltiple, enfermedad de la tiroides o deficiencia de cianocobalamina (vitamina B12). En este tipo de demencias, el deterioro cognitivo puede acompañarse de síntomas en otros órganos, por lo que el tratamiento se centraría en la enfermedad subyacente.

La evaluación de pacientes con síntomas cognitivos o conductuales comienza con una entrevista o anamnesis para completar la historia clínica. En tales casos, es muy importante obtener información adicional de la familia. Se deberían enumerar los síntomas y prestar atención al orden de aparición y al ritmo de desarrollo de los mismos. Además de los componentes generales, el examen neurológico debe incluir un análisis detallado del estado mental del paciente ⁽⁵⁾.

Dentro de los factores de riesgo no modificables de demencia se incluyen la edad, el sexo, la raza/etnia, los polimorfismos genéticos y los antecedentes familiares. Aunque la edad es una causa de riesgo importante dentro del deterioro cognitivo, la demencia no es una consecuencia natural y/o inevitable del envejecimiento ⁽⁴⁾.

Todo diagnóstico de demencia requiere de un estudio de neuroimagen. Por ello, la resonancia magnética (RM) estructural es el estudio de imagen elegido en estos casos porque puede llegar a detectar patrones atróficos específicos de diversas enfermedades neurodegenerativas, lesiones vasculares vinculadas a la demencia vascular y diversas patologías potencialmente reversibles o que requieren tratamientos específicos ⁽⁵⁾.

En algunos casos, se pueden utilizar la tomografía computarizada (TAC), resonancia magnética funcional, HMPAO u otras técnicas de imagen como SPECT y FDG con marcadores de dopamina o PET con marcadores de dopamina ⁽⁵⁾.

Los criterios diagnósticos más comúnmente utilizados para la demencia son los del DSM, e incluye ⁽⁶⁾:

- a) La presencia de déficit cognitivos en, al menos, un dominio cognitivo (memoria, lenguaje, atención).
- b) El cambio da como resultado una disminución significativa de la independencia en la vida diaria con respecto a los niveles anteriores.

La demencia constituye una de las principales causas de dependencia y discapacidad en el mundo, sobre todo en personas mayores, teniendo un impacto significativo tanto en las personas que se encuentran afectadas directamente como también en sus cuidadores y familiares, así como a la comunidad y la sociedad en la que viven ⁽⁴⁾.

La prevalencia de la demencia se estima en un 6% entre las personas de 60 años o más, pero aumenta significativamente con la edad. Se estima que al 43% de los adultos de 85 años o más se les ha diagnosticado demencia. La demencia es, por ello, un fuerte predictor de ingreso institucional ⁽⁷⁾.

La prevalencia de demencia en España es del 0.05% para las personas de 40 a 65 años y del 39.2% para las personas de 90 años y más. Aplicando los datos de población existentes del Instituto Nacional de Estadística (INE), se espera que el número de personas entre los mayores de 40 años supere las 700.000 y alcance los 2 millones para 2050 ⁽⁶⁾.

Según datos de la OMS, a nivel mundial representa casi el 12% de los años vividos con discapacidad debido a enfermedades no transmisibles (ENT) y aumenta los gastos para los individuos, las familias, las comunidades y los gobiernos, así como el trabajo y una reducción de la productividad de la economía. Aproximadamente el 85% de los costes se relacionan con la atención familiar y social, y no con la atención médica ⁽⁴⁾.

En las últimas dos décadas, varios ensayos han probado que la evolución del deterioro cognitivo y la demencia está asociada con el nivel educativo y factores de riesgo del estilo de vida, como pueden ser el sedentarismo, el tabaquismo, una dieta poco saludable y el consumo excesivo de alcohol. También, ciertas afecciones médicas como la hipertensión arterial (HTA), la diabetes mellitus (DM), la hipercolesterolemia, la depresión y la obesidad, entre otras, se asocian con un mayor riesgo de desarrollar demencia. Otros factores que sí son modificables pueden incluir la inactividad cognitiva y el aislamiento social ⁽⁴⁾.

La mayor parte de los sistemas sanitarios no disponen de suficientes equipos o recursos para satisfacer las actuales necesidades de las personas con demencia. Por ello, es probable que el envejecimiento de la población y la creciente prevalencia de la demencia tengan importantes implicaciones para los servicios sanitarios en la atención y cuidado de estas personas, así como en el apoyo a las familias afectadas por la demencia ⁽⁴⁾.

En la actualidad no existe cura para la demencia, por lo que la prevención se considera muy importante. Implicarse en el control de los factores de riesgo puede retrasar la aparición o la progresión de la enfermedad, reducir la incidencia y aportar importantes ahorros de costes al sistema de atención sanitaria ⁽⁶⁾.

Por esta razón, las intervenciones deben variar ampliamente según la etapa en la que se encuentre. En estadios leves o moderados, el objetivo es principalmente mejorar el deterioro de la memoria y frenar la progresión de la enfermedad, mientras que en etapas posteriores o más avanzadas, se tratará de optimizar la calidad de vida y tratar los trastornos de conducta y los síntomas psiquiátricos, la hospitalización, las instituciones, la influencia o impacto en la familia, etc ⁽⁴⁾.

Dicho todo esto, la demencia es uno de los problemas de vitalidad pública más importantes a los que se enfrenta actualmente la sociedad. Su adhesión a la alta prevalencia entre la población de edad avanzada, el envejecimiento, la falta de tratamientos y la alta dependencia de los pacientes, las consecuencias sanitarias, familiares, personales, sociales y económicas son enormes. El diagnóstico temprano y preciso, el tratamiento tanto farmacológico como no farmacológico, la evaluación social adecuada y la asignación de recursos para la dependencia que genera y los cuidados son elementos clave de un enfoque integral de la demencia ⁽⁸⁾.

Ante ello, la comunidad debe elaborar estrategias para acercarse a la enfermedad que es la demencia desde un punto de vista mundial, atendiendo a las necesidades sanitarias, sociales, económicas y legales, teniendo en cuenta de igual modo al cuidador y las consecuencias sobre él. Más aún, sabiendo que dentro de las demencias, la enfermedad de Alzheimer es de los tipos más comunes, y actualmente los casos siguen creciendo ⁽⁸⁾.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Comienzo y descubrimiento

Alois Alzheimer fue un neuropsiquiatra que nació en Baviera en junio del año 1864. Su nombre ha sido asociado a una devastadora afección que afecta a las personas sobre todo en la vejez (enfermedad que en sus etapas más severas nos hace no reconocer a las personas que queremos o, incluso, no reconocernos). Esta es la conocida enfermedad de Alzheimer, que fue descubierta por este pionero científico en el año 1901 ⁽⁹⁾.

En 1901 Alois comienza a trabajar en un asilo de Frankfurt para Dementes y Epilépticos, donde conoció a la persona que hizo que adquiriera fama a nivel internacional: Auguste Deter ⁽⁹⁾.

Poco a poco, el estado de esta mujer fue empeorando, con pérdidas periódicas de memoria, llegando a olvidar completamente algunos eventos y hechos de su vida, presentándose su muerte en 1906 ⁽⁹⁾.

A Alzheimer se le asignó el puesto de jefe de laboratorio y de anatomía patológica en una clínica psiquiátrica de Múnich, donde le llevaron los historiales médicos y el cerebro de Auguste para su estudio. Recogió muestras y descubrió que la corteza cerebral era más fina de lo normal, además de la existencia de atrofia cortical significativa, hidrocefalia y cambios cerebrovasculares discretos, fibras nerviosas y placas seniles a sus 51 años de edad ⁽⁹⁾.

Todos estos descubrimientos no habían sido descritos anteriormente, y esta anomalía central fue lo que ayudó a definir esta nueva enfermedad ⁽⁹⁾.

A finales de 1906, en el XXXVII Congreso de Psiquiatría en Alemania, Alois Alzheimer presentó su investigación "*Sobre una enfermedad específica de la corteza cerebral*", constituyendo el primer estudio que describió una enfermedad anormal de la corteza cerebral, siendo característica la pérdida de memoria, la desorientación, las alucinaciones y, al final, la muerte ⁽⁹⁾.

2.2. Definición

La enfermedad de Alzheimer (EA) es una enfermedad progresiva e incurable del sistema nervioso (SN) y es la causa más común de demencia. Se estima que afecta alrededor del 5% de los hombres y al 6% de las mujeres mayores de 60 años en todo el mundo. A medida que las personas envejecen, la prevalencia de la EA aumenta, afectando al 1% de las personas de 60 a 64 años y entre el 24% y el 33% de las personas de 85 años o más. Con el envejecimiento de la población mundial, se espera que el número de personas con la enfermedad aumente ⁽¹⁰⁾.

La EA es una proteinopatía que produce un patrón generalizado pero específico de una región de placas de beta amiloide intraneuronales y difusas y ovillos intracitoplasmáticos que luego se convierten en fibras extracelulares, fibras nerviosas y pérdida de sinopsis y gliosis en las células ⁽¹¹⁾.

A nivel histopatológico, esta enfermedad se caracteriza por la existencia de ovillos fibrilares neuronales (formaciones en el interior de las células nerviosas debidas a la fosforilación de la proteína Tau), así como placas seniles o amiloide en la corteza del hipocampo (siendo su componente principal el péptido beta amiloide) ⁽¹²⁾.

Uno de los síntomas más tempranos y evidentes es el deterioro de la memoria. Por lo general, la condición del paciente empeora gradualmente y se desarrollan problemas de percepción, del lenguaje y de la expresión de los sentimientos ⁽¹³⁾.

La duración de la enfermedad va a variar en función de cada paciente, aunque la media aproximada es de unos 10-12 años. Desgraciadamente, esta enfermedad se define clínicamente cuando la afección subyacente ha llegado a una etapa avanzada y, posiblemente, inalterable. Es por ello que dentro de los principales obstáculos de la investigación de la EA se encuentra identificar objetivos y estrategias para una temprana intervención, que pueda disminuir significativamente la morbilidad y los gastos asociados al tratamiento ^(13, 14).

El costo económico de la demencia y de la enfermedad de Alzheimer se estima en unos 820 millones al año, lo que provoca que su prevención sea primordial para la salud pública en una sociedad que envejece ⁽¹⁵⁾.

Poco a poco esta enfermedad se ha convertido en un grave problema social para millones de personas y sistemas nacionales de salud mundiales. Constituye la segunda causa de muerte en países desarrollados, después de las enfermedades cardiovasculares y el cáncer. Además, el hecho de que esta enfermedad tenga un impacto sobre el sistema sanitario y sobre la sociedad se debe a la falta de tratamiento curativo y su carácter irreversible, así como a la carga que supone para las familias afectadas ⁽¹³⁾.

2.3. Epidemiología

Según la OMS, la enfermedad de Alzheimer es el tipo más frecuente de demencia y abarca aproximadamente del 60% al 70% de los casos. Se estima que entre el 5% y el 8% de la población de 60 años o más padece esta enfermedad, lo que significa que había unos 82 millones de casos en el año 2023 y se esperan 152 millones para el año 2050 ⁽¹⁶⁾.

La demencia en general y la EA en particular se están convirtiendo en un problema sanitario, social y económico cada vez mayor, especialmente en zonas con elevada esperanza de vida como es Cuba. Alrededor del 0.5% de la población a nivel mundial padece demencia y esta cifra aumenta a ritmo acelerado ⁽¹¹⁾.

En el año 2014, 850.000 personas en el Reino Unido padecían EA, lo que costó a la economía más de 26.000 millones de libras anuales. A medida que la población envejece, se espera un aumento de más de 1.1 millones de personas para el 2025 ⁽¹⁷⁾.

En España hay actualmente más de 4.000 personas menores de 65 años y 300.000 personas mayores con esta enfermedad. Para 2025, se estima que los pacientes aumenten casi un 30% en comparación con el año 1980. Este incremento afectará a personas mayores de 60 años, por lo que se espera una incidencia en aumento en los siguientes años. Hay investigadores que consideran este acontecimiento como el comienzo de una epidemia de demencia. Afortunadamente, esta tendencia irá acompañada de mejoras en los tratamientos para la enfermedad ⁽¹⁸⁾.

Un 75% de la población que vive con demencia a nivel mundial sigue sin diagnosticarse, lo que equivale a unas 40 millones de personas ⁽¹¹⁾.

2.4. Etiopatogenia

Actualmente la causa de esta enfermedad es desconocida. Además, es hereditaria en aproximadamente el 19% de los casos, debido a una transmisión autosómica dominante ⁽¹³⁾.

El principal rasgo detectado a nivel cerebral en estos pacientes son las placas seniles formadas por el depósito extracelular de péptido beta-amiloide y ovillos Tau neurofibrilares en el interior o fuera de las neuronas, lo que puede llevar a una disminución significativa de la memoria, la cognición y la función motora. Esta acumulación puede provocar una alteración de la homeostasis del calcio, inflamación neuronal y degeneración vascular, lo que en última instancia puede llevar a la muerte neuronal. La pérdida de neuronas, la disfunción de las sinopsis y de las fibras nerviosas están fuertemente relacionadas con la enfermedad de Alzheimer ^(19, 20).

En condiciones patológicas, los astrocitos experimentan cambios tanto en su forma como en su función, conocidos como astrocitos reactivos. Estos astrocitos reactivos favorecen los cambios neuroinflamatorios en la enfermedad de Alzheimer al liberar citoquinas, mediadores inflamatorios, óxido nítrico y especies reactivas de oxígeno, y al promover, además, un desequilibrio en el estado redox ⁽²¹⁾.

Diversos estudios han probado que los astrocitos reactivos pueden aparecer antes de las características patológicas tempranas de la EA, como A β y tau, durante el desarrollo de la enfermedad ⁽²¹⁾.

También hay ensayos que indican que la microbiota intestinal juega un papel importante en enfermedades neurodegenerativas como la enfermedad de Alzheimer y varios tipos de demencia, ya que las bacterias anaeróbicas que componen la microbiota gastrointestinal participan en el eje microbiota-intestino-cerebro mediante conectividad bidireccional en las vías neuronales ⁽²²⁾.

Desde el aspecto bioquímico, el Alzheimer se asocia con una reducción del nivel de acetilcolina en el cerebro. La ausencia de esta materia disminuye el número de estímulos que deben transmitirse entre las células, lo que es la base de la función de los circuitos de las neuronas que nos permiten registrar recuerdos, aprender y recordar acontecimientos nuevos, así como realizar otro tipo de actividades y funciones ⁽¹⁸⁾.

Además, el origen étnico desempeña también un papel en el desarrollo de la enfermedad: los afroamericanos y los latinos tienen más probabilidad de desarrollar Alzheimer que las personas de raza blanca. Mientras los afroamericanos tienen el doble de probabilidad de desarrollar Alzheimer que los blancos, los latinos tienen una probabilidad más de desarrollar la enfermedad y otros tipos de demencia. Aunque se necesita más investigación para entender los mecanismos subyacentes a estas diferencias, el mejor manejo de los factores de riesgo podría disminuir la posibilidad de desarrollar la enfermedad en mujeres, latinos y afroamericanos ⁽²³⁾.

Varias investigaciones apuntan que un factor de riesgo genético para la EA podría ser el alelo épsilon 4 (ApoE4), la apolipoproteína E, y la herencia de una o dos copias de éste, podría llegar a aumentar el riesgo de EA considerablemente. Si nos basamos en evidencias recientes, encontramos que la ApoE4 parece funcionar como transcriptor y se une a genes implicados en diversos procesos relacionados con la patogénesis de esta enfermedad ⁽²³⁾.

También se ha descubierto que las personas con Alzheimer tienen dificultades para dormir, y la falta de sueño puede afectar a los cambios cerebrales relacionados con la enfermedad que ocurre años antes de la aparición de la pérdida de memoria y otros síntomas. La escasez de sueño o la privación del mismo pueden provocar la acumulación de β -amiloide en áreas del cerebro como el tálamo y el hipocampo, que son vulnerables al daño en las primeras etapas de la enfermedad de Alzheimer ⁽²³⁾.

Además, las autopsias de los cerebros de pacientes con esta enfermedad muestran concentraciones significativas de ciertos iones (Zn^{2+} , Cu^{2+} , y Fe^{2+}), lo que sugiere que los metales pueden desempeñar un papel relevante en el desarrollo de Alzheimer ⁽¹⁹⁾.

2.5. Tipos y factores de riesgo

En función del momento de aparición de los síntomas, se puede clasificar ⁽¹³⁾:

- *EA de inicio precoz*: antes de los 65 años.
- *EA de inicio tardío*: después de los 65 años.

Además, existen varios subtipos ⁽¹³⁾:

- *Familiar*: si existe historia familiar de la enfermedad.
- *Esporádica*: si no hay existencia de antecedentes familiares.

Dentro de los factores de riesgo de la enfermedad, se encuentran ⁽¹³⁾:

- Hipertensión arterial (HTA) por mucho tiempo.
- Existencia de traumatismo craneal o antecedentes del mismo.
- Presencia de altos niveles de homocisteína.
- Género femenino, debido a la mayor esperanza de vida.
- Historial médico familiar de síndrome de Down o demencia.

Otros factores de riesgo que pueden ser incluidos y tenidos en cuenta, son: la genética, el envejecimiento, el nivel educativo, las afecciones cardiovasculares, la diabetes y la obesidad, el sedentarismo, la depresión y el aislamiento social, los hábitos tóxicos (alcohol y tabaco) y, también, las infecciones ⁽²⁴⁾.

2.6. Cuadro clínico

Gracias a diversos criterios publicados por el Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos y Comunicativos y Accidentes Cerebrovasculares (NINCDS) y por el Grupo de la enfermedad de Alzheimer y Trastornos Relacionados (ADRDG) en el año 1984, han podido ser clasificados los síntomas de la EA ⁽¹⁷⁾.

Se pueden distinguir clínicamente cinco etapas: comienza con la fase preclínica; luego viene el deterioro cognitivo leve; después se presenta una demencia leve, que suele ser diagnosticada como EA con mayor frecuencia; a continuación se desarrolla la fase moderada debido a la afectación en las actividades diarias; por último, se encuentra la etapa o fase avanzada, en la que hay una dependencia significativa o total y se pierde la capacidad de interactuar socialmente ⁽¹⁶⁾.

Otros investigadores clasifican la sintomatología en 3 etapas o fases ⁽¹³⁾:

- *Inicial*: síntomas leves, existe mantenimiento de autonomía y únicamente necesidad de ayuda y supervisión para actividades complejas.
- *Intermedia*: síntomas con gravedad moderada, necesitando ayuda de un cuidador para actividades cotidianas.
- *Terminal*: estado avanzado, siendo el paciente completamente dependiente para cualquier actividad.

La existencia de una disminución generalizada del tamaño del hipocampo está asociada con problemas en la función ejecutiva y la memoria en pacientes con enfermedad de Alzheimer. A medida que la enfermedad avanza, esta disminución se extiende al resto de la región de la formación del hipocampo, donde se produce la pérdida de tejido cerebral en la circunvolución parahipocampal y fusiforme, y la corteza cerebral inferior ⁽²⁵⁾.

La enfermedad de Alzheimer también afecta a otras estructuras límbicas como la amígdala, el bulbo olfatorio, la corteza cerebral y el tálamo. La pérdida de sangre en estas áreas se relaciona con disfunción cognitiva y síntomas neuropsiquiátricos. A medida que avanza la enfermedad, la atrofia muscular se extiende a las áreas corticales. La pérdida de volumen ocurre en las regiones frontal, parietal y temporal del cerebro ⁽²⁵⁾.

En la EA se ha observado un incremento de la densidad de materia encefálica en las regiones frontal, occipital, parietal y temporal, incluyendo el hipocampo. También se ha detectado una disminución de la densidad en el cíngulo, cuerpo caloso, fascículo lateral superior, fascículo inclinado, así como en toda la sustancia blanca de las regiones temporal, occipital y frontal ⁽²⁵⁾.

Los síntomas neuropsiquiátricos, como la falta de interés, la tristeza y la inquietud, son frecuentes en individuos con enfermedad de Alzheimer, junto con los síntomas cognitivos más reconocidos, como la pérdida de memoria, los problemas de percepción espacial y las dificultades para llevar a cabo tareas ejecutivas ⁽¹⁰⁾.

Pueden surgir dificultades con el lenguaje, como nombrar a familiares o amigos, o utilizar las palabras adecuadas en una conversación, lo que en etapas graves conduce a una reducción de la capacidad de hablar con fluidez y puede, incluso, provocar mutismo ⁽¹¹⁾.

Las dificultades visuales-espaciales son habituales, las personas pueden llegar a perderse en lugares familiares, en sus propias casas, en la calle, buscando el coche o mientras conducen. A menudo surgen dificultades con los cálculos y las cuentas. El paciente tiene problemas con la función ejecutiva, para planificar y realizar algunas actividades o gestionar sus gastos y finanzas. La dispraxia ocurre al vestirse y/o preparar alimentos o realizar actividades cotidianas ⁽¹¹⁾.

En conclusión, los cambios neuropsicológicos de la enfermedad de Alzheimer que se suelen producir, son ⁽¹³⁾:

- *Memoria*: daño de la memoria reciente, remota, inmediata, verbal, visual, episódica y semántica.
- *Afasia*: deterioro de las habilidades de comprensión, denominación, habla, lectura y escritura.
- *Apraxia*: deterioro de la capacidad de realizar tareas y/o movimientos.
- *Agnosia*: cambios perceptivos y espaciales.

Este perfil neuropsicológico se denomina Triple A o tríada afasia-apraxia-agnosia. No todos estos síntomas aparecen desde el comienzo, sino que suceden a medida que progresa la enfermedad ⁽¹³⁾.

2.7. Diagnóstico

A día de hoy, no existe una prueba diagnóstica concreta para este tipo de enfermedad. Es por ello que se debe realizar una evaluación completa (física, psíquica y neurológica) y anamnesis detallada. Además, se debe incluir: examen médico detallado, analítica sanguínea completa, prueba neuropsicológica, electrocardiograma (ECG) y electroencefalograma (EEG) y tomografía computarizada (TAC) ⁽¹³⁾.

La única forma de ratificar el diagnóstico consiste en examinar el tejido cerebral después de la muerte del paciente ⁽¹³⁾.

El método ideal para diagnosticar la EA sería aquel que pudiera establecer de forma fiable la enfermedad en el tiempo suficiente antes de que aparezcan los síntomas para que el tratamiento sea eficaz, además de que fuese mínimamente invasivo, económico y fácil de realizar en el cribado masivo ⁽¹⁷⁾.

Los métodos actuales para diagnosticarla implican fundamentalmente pruebas cognitivas, de neuroimagen y descubrimiento de biomarcadores. Otras pruebas de diagnóstico publicadas de forma más reciente incluyen patrones de beta amiloide retiniano, cambios en la estructura de la retina y modificación en el olfato ⁽¹⁷⁾.

En imágenes in vivo de neuropatología, la resonancia magnética (RM) ha jugado un papel importante en la identificación clínica de DCL y EA. Los criterios de diagnóstico aconsejan considerar anomalías estructurales en la resonancia magnética estructural ⁽²⁵⁾.

Dentro de los objetivos fundamentales a la hora de realizar el examen clínico de un paciente para intentar establecer un diagnóstico de demencia, encontramos ⁽¹¹⁾:

1. Examen neurológico y físico general, buscando síntomas que pueden indicar otras causas de demencia y registrar cualquier síntoma que esté relacionado con la demencia.
2. Examen del estado mental para identificar algún déficit cognitivo que respalde el diagnóstico, determinando la gravedad de la enfermedad y, si corresponde, pruebas psicológicas neurológicas más completas para determinar con mayor precisión el nivel de demencia en las primeras etapas.

Independientemente del criterio que se utilice para establecer el diagnóstico de la enfermedad, debe existir la presencia de tres factores ⁽¹¹⁾:

1. Disminución progresiva en al menos dos áreas de la función cognitiva, incluida la memoria.
2. Este trastorno altera significativamente el funcionamiento a nivel social y familiar de una persona.
3. No existe otra explicación para el trastorno.

2.8. Evolución y pronóstico

La enfermedad de forma genérica progresa lentamente pero de forma irreversible ⁽¹³⁾.

Suele presentarse incapacidad de forma total y, generalmente, acaba siendo fatal en un plazo de unos 15 años, bien causado por una infección (neumonía por aspiración) o por trastornos de los sistemas del cuerpo ⁽¹³⁾.

2.9. Tratamiento

Actualmente no existe cura para la enfermedad de Alzheimer, por lo que la afección se trata de forma sintomática en base a los informes de los pacientes y los cuidadores. La calidad de vida es uno de los aspectos más importantes a evaluar tanto para los pacientes como para los cuidadores, especialmente en las últimas etapas de la enfermedad cuando las capacidades cognitivas del paciente están gravemente deterioradas ⁽²⁶⁾.

El tratamiento debe incluir todas las dimensiones, debe ser continuo, además de interdisciplinario e individualizado, priorizando los objetivos del tratamiento, valorando los beneficios y efectos secundarios, además de evaluar los enfoques y procesos de tratamiento relacionados ⁽¹¹⁾.

El objetivo terapéutico de la farmacoterapia es frenar la progresión de la enfermedad y aumentar la calidad de vida tanto del paciente como de su familia. Es por ello que el plan de cuidados debe incluir el apoyo social y familiar, la gestión del estrés, la promoción de la actividad mental, la práctica diaria de ejercicio y la actividad física ⁽¹¹⁾.

Según datos recientes de varias investigaciones, la EA es única para cada individuo que la padece, por lo que hay diferencias en genética, epigenética, subtipos bioquímicos y, por tanto, diferencias en la respuesta al tratamiento interpersonal ⁽²³⁾.

Cada vez hay más evidencia que sugiere mejorar la bioenergética del metabolismo cerebral, lo que lleva a una disminución del estrés oxidativo y/o la inflamación neuronal, al igual que se piensa que la disfunción mitocondrial y la deficiencia de energía celular juegan papeles importantes en la fisiopatología del envejecimiento y la EA ⁽¹⁴⁾.

2.9.1. Tratamiento farmacológico

Varios de los fármacos utilizados para el tratamiento de esta enfermedad son el donepezilo, la rivastigmina y la galantamina.

El *donepezilo* es un fármaco perteneciente a la familia de los inhibidores de la colinesterasa, usado generalmente para tratar la demencia (leve, moderada y/o grave) causada por la EA. Se encuentra en forma líquida, en comprimidos y también viene preparado para la administración transdérmica. La dosis de inicio es de 5 mg/día y, tras mínimo un mes de tratamiento, puede pasar a administrarse 10 mg/día ⁽²⁷⁾.

La *rivastigmina* es otro fármaco que forma parte de la familia de inhibidores de la colinesterasa ya que mejora la función al provocar un incremento de la producción de esta sustancia a nivel cerebral. Se usa para tratar la demencia en la enfermedad de Alzheimer. Está disponible en forma de cápsulas y en solución (líquido). La forma de administración suele ser con las comidas, dos veces al día ^(28, 29).

La *galantamina* es un fármaco inhibidor de la acetilcolinesterasa, usado para paliar los síntomas de la EA. Su presentación es líquida y en cápsulas. La pauta suele basarse en la administración oral 1 vez al día ^(30, 31).

2.9.2. Tratamiento no farmacológico

Las intervenciones no medicamentosas han recibido cada vez más atención como una alternativa de tratamiento adicional para controlar los síntomas neuropsiquiátricos en la enfermedad de Alzheimer. Estas terapias incluyen el entrenamiento mental y la terapia musical, que han sido utilizados durante muchos años para mejorar los síntomas de la demencia. La terapia musical o musicoterapia consiste en utilizar la música para satisfacer las necesidades físicas, emocionales, cognitivas y sociales de las personas ⁽¹⁰⁾.

Las estrategias dietéticas de manejo saludable incluyen patrones de alimentación y suplementos que pueden formar parte de un plan eficaz para llegar a prevenir el deterioro cognitivo leve o el relacionado con la EA. Debido a que el microbioma del intestino y otras afecciones gastrointestinales (GI), los síntomas metabólicos (obesidad y diabetes), la enteritis y el estrés se han llegado a considerar factores importantes que podrían producir deterioro cognitivo. Es por ello esencial incidir en la dieta de los pacientes y, no sólo de ellos, sino también de la población sana ⁽²³⁾.

Se ha comprobado que el ejercicio físico (EF) es beneficioso para prevenir y tratar el deterioro cognitivo. Varios artículos de investigación han probado que mantener una actividad física constante está relacionada con un menor riesgo cardiovascular y las

personas físicamente activas tienen menor probabilidad de desarrollar demencia en un futuro. La investigación a nivel celular y molecular ha sugerido que la actividad física afecta a la salud cerebral ya que regula y mejora los genes, las proteínas y otros factores que influyen directamente a nivel de la memoria, el estado anímico, la capacidad de aprendizaje y el desarrollo ⁽²³⁾.

Una estrategia integral que abarque modificaciones en la alimentación, el ejercicio físico y otros cambios en el modo de vida puede resultar más efectiva para mejorar el deterioro cognitivo y generar un efecto beneficioso a largo plazo, que es más notable que una intervención individual ⁽²³⁾.

2.10. Cuidador/a

El cuidado de un familiar con dependencia provoca cambios significativos en roles y tareas, como la obligación de satisfacer nuevas demandas económicas y reorganizar la vida familiar diaria. En el momento en que se diagnostica la enfermedad, las relaciones familiares cambian. Actualmente se ha comprobado que el apoyo familiar es un factor importante en el desarrollo de esta afección, ya que los pacientes tienen que pasar por diversas fases en las que tienen que aceptar los cambios que conlleva su situación. Si la red de apoyo de un paciente no sabe con qué está luchando, la progresión de esta afección neurológica puede volverse más grave ⁽¹⁶⁾.

Algunas organizaciones de salud ofrecen programas de apoyo y formación a los cuidadores principales de pacientes con Alzheimer. Estos programas son dirigidos por profesionales de la salud y proporcionan recursos a las familias para prevenir el avance de la enfermedad. El objetivo es que los cuidadores adquieran conocimientos sobre el Alzheimer y puedan brindar cuidados terapéuticos de manera más afectiva, fomentando la conciencia social sobre la importancia de la prevención de esta enfermedad ⁽¹⁶⁾.

Cuando se empieza a producir el deterioro de la persona afectada por Alzheimer, los cambios en los roles y los ajustes familiares aumentan la probabilidad de que el cuidador comience a experimentar un duelo anticipado, que es un fenómeno que sucede cuando una persona anticipa el fallecimiento de un ser querido o su propia muerte, permitiéndole entender que esta pérdida es un proceso natural y evolutivo, desarrollando así estrategias de afrontamiento para hacer la pérdida menos dolorosa ⁽³²⁾.

2.11. Enfermería

La intervención por parte de la enfermera cuando trabaja con un paciente diagnosticado de Alzheimer resulta de la implementación de varias tareas que deben ser abordadas para mejorar la calidad de vida del paciente. Dentro de los objetivos o metas a conseguir se encuentra el hecho de ayudar a los pacientes en las actividades de autocuidado que les faltan debido a la debilidad, la falta de control motor y la pérdida de memoria ⁽¹⁸⁾.

El objetivo de enfermería es mantener la rutina de autocuidado del paciente mientras lo permita la enfermedad. Una vez identificadas las deficiencias, la enfermera brindará intervenciones directas tanto al paciente como al cuidador y a la familia, para así promover la independencia en las tareas ⁽¹⁸⁾.

Una de las tareas de la enfermera es disminuir los conflictos familiares y mejorar la capacidad de los cuidadores, se debe alentar a las familias y a los cuidadores a expresar las frustraciones, preocupaciones y sentimientos; brindar apoyo, seguridad y comprensión a los miembros de la familia; ayudar a los cuidadores a analizar las responsabilidades que acaban de asumir, así como aconsejar para que continúen manteniendo relaciones y participando en eventos sociales y que busquen atención sanitaria cuando sea necesario ⁽¹⁸⁾.

La atención básica al paciente, la prevención de complicaciones, los procedimientos de tratamiento, el uso de medicamentos, la comprensión de los efectos secundarios de la medicación y el asesoramiento a las familias sobre este tema son aspectos extremadamente importantes del trabajo diario de las enfermeras que tienen como objetivo mejorar la calidad de vida de los pacientes ⁽¹⁸⁾.

Las enfermeras juegan un papel importante y fundamental en el cuidado de las personas con EA y en el asesoramiento a los familiares sobre el desarrollo y progresión de la enfermedad. Sus responsabilidades incluyen enseñar al personal de enfermería cómo cuidar a los adultos mayores con la enfermedad de Alzheimer. En este contexto, se enfatizan las actividades relacionadas con la planificación del enfermero de apoyar a las familias en el logro de las metas establecidas ⁽¹⁸⁾.

3. ANTECEDENTES

En la década de 1950, la enfermedad de Alzheimer era considerada una afección característica de las personas de edad media y, cuando se presentaba en la vejez, era considerada una demencia senil o propia de la edad ⁽³³⁾.

Sin embargo, fue en torno a 1970 el momento en que los científicos comenzaron a reconocer la enfermedad como la causa más común de demencia en las personas de edad avanzada. Aún así, el desvanecimiento de la memoria se pensaba como una parte del proceso de envejecer ⁽³³⁾.

La investigación sobre los orígenes de las proteínas se ha intensificado desde la década de 1980, punto en que los científicos se interesaron en su vínculo con el desarrollo de esta afección ⁽³³⁾.

Luego, hacia los 90, se reconocieron los genes implicados: el gen precursor de la proteína beta-amiloide (APP) y los que actúan como factor de riesgo (APOE) ⁽³³⁾.

Desde el año 2000, se han producido avances significativos en las técnicas de imagen utilizadas para diagnosticar e investigar la enfermedad de Alzheimer, y la resonancia magnética se ha vuelto popular. En el año 2004 se introdujo el primer radiofármaco que permitía visualizar las placas mediante tomografía por emisión de positrones (PET) ⁽³³⁾.

Allá en el 2010 fue cuando se identificó la etapa preclínica de la afección, que es un largo período silencioso que precede entre 15 y 20 años a la aparición de sus síntomas, y esto brindó oportunidades de investigación para la detección y prevención temprana ⁽³³⁾.

En 2014 diseñaron el primer ensayo clínico de prevención en los Estados Unidos, el “Estudio A4”, para evaluar si la reducción de los niveles de proteína podría retardar la pérdida de memoria que lleva asociada ⁽³³⁾.

Al año siguiente, en el 2015, nace el Consorcio EPAD. A nivel mundial es una de las iniciativas más importantes en investigación para la prevención de la enfermedad, en la cual participaron instituciones del continente europeo, universidades, centros de investigación, etc., con objetivo de encontrar tratamientos dirigidos a prevenir o retrasar la aparición de los síntomas de la enfermedad ⁽³³⁾.

4. JUSTIFICACIÓN

Los seres humanos, como personas que son, nacen, crecen y envejecen. Cada etapa tiene diferentes características y procesos, y el envejecimiento lleva consigo distintas situaciones asociadas. No sólo cambian nuestros sentidos y nuestra salud, sino que puede acarrear la aparición de distintas enfermedades, afectándonos tanto a nosotros como también a los que nos rodean.

Actualmente las enfermedades mentales son cada vez más reconocidas, algo que hace años era inaudito. Cada día se diagnostican nuevos casos de las mismas a nivel mundial, por lo que la información y el conocimiento es fundamental.

Europa es un continente con un número elevado de personas afectadas por una de estas enfermedades, la enfermedad de Alzheimer. Concretamente, España, diagnostica más de 40.000 personas cada año según datos oficiales de la Sociedad Española de Neurología, pero cerca de un 80% de la población sigue sin diagnosticar.

A día de hoy, se ha diagnosticado a unas 20.000 personas con Alzheimer en Canarias, cifra que sigue subiendo, y esto es preocupante. Además, existe todavía mucho desconocimiento sobre esta enfermedad, lo que provoca que muchas veces comiencen el seguimiento en etapas avanzadas.

El hecho de ser diagnosticado de Alzheimer supone un cambio radical en la vida de la persona, con un aumento de los miedos y de la incertidumbre, donde poco a poco se ve afectada su calidad de vida y su capacidad vital. Pero no solo se produce un cambio en ellos, sino también en sus cuidadores y sus familiares, que van viendo el progreso de la enfermedad y lo que puede llegar a provocar.

En islas menores como la isla de La Palma, donde el número de población total y de afectados es "reducido", sería interesante poder realizar intervenciones con este tipo de usuarios, tanto con las personas con diagnóstico nuevo como con las de diagnóstico crónico, así como con sus familiares y/o cuidadores, donde se les pueda explicar lo que es la enfermedad, el progreso, las actividades que se pueden realizar, así como resolver todas las dudas que puedan surgir y servir de apoyo.

Por ello, realizar este tipo de talleres sería muy beneficioso para ambas partes, ya que les ayudaría a compartir tiempo juntos, a entenderse, lo que favorecería la obtención de habilidades que puedan ser utilizadas diariamente, así como también el desarrollo de estrategias para afrontar el duro proceso del progreso de la enfermedad.

5. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

5.1. Hipótesis

La intervención realizada sobre el afrontamiento ante la enfermedad de Alzheimer proporcionada tanto a pacientes como familiares ayudará al manejo de esta enfermedad en esta población.

5.2. Objetivo principal

Evaluar la efectividad de una intervención para la obtención de estrategias de afrontamiento para los pacientes con diagnóstico de Alzheimer y sus familiares y/o cuidadores.

5.3. Objetivos específicos

- Identificar los miedos e incógnitas existentes entre los participantes en la intervención.
- Concienciar a los pacientes y sus familiares de la importancia del seguimiento del tratamiento, tanto farmacológico como no farmacológico.
- Promover la importancia de la actividad, tanto física como cognitiva.
- Enseñar técnicas y actividades para mejorar la calidad de vida, así como el desarrollo de estrategias de afrontamiento.
- Fomentar la comunicación y el apoyo entre los pacientes y sus familiares.
- Analizar el impacto y los efectos de la intervención.

6. METODOLOGÍA

Se realizará una investigación cuantitativa, con un estudio cuasi-experimental prospectivo, donde se aplicarán encuestas y escalas antes y después de realizar la intervención con los grupos de participantes para poder evaluar la efectividad de la misma.

La información que se ha utilizado para poder realizar este estudio ha sido obtenida tras realizar búsquedas en diferentes bases de datos como son Pubmed, Dialnet, Scielo, Biblioteca Cochrane y Google Scholar. También se ha recurrido a la búsqueda a través del Instituto Nacional de Estadística (INE) y al contacto con la Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer y otras Demencias de La Palma (AFA) para complementar y completar la información obtenida.

Los filtros que se han escogido y los tipos de publicaciones obtenidos, son los siguientes:

Pubmed	<p><u>Tipo de artículo:</u> libros y documentos, meta-análisis, revisión sistemática.</p> <p><u>Fecha de publicación:</u> 5 años.</p> <p><u>Número de artículos en relación con las palabras clave utilizadas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Demencia → 20 resultados. ● Alzheimer → 2.615 resultados. ● Enfermedad de Alzheimer → 29 resultados. ● Afrontamiento → 2 resultados.
Dialnet	<p><u>Documentos:</u> artículo de revista.</p> <p><u>Número de artículos en relación con las palabras clave utilizadas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Demencia → 3.176 resultados. ● Tipos de demencia → 639 resultados. ● Alzheimer → 3.029 resultados. ● Enfermedad de Alzheimer → 1.741 resultados. ● Tratamiento del Alzheimer → 492 resultados. ● Afrontamiento ante el Alzheimer → 50 resultados.
Biblioteca Cochrane	<p><u>Tipo de artículo:</u> revisiones Cochrane.</p> <p><u>Traducciones disponibles:</u> español.</p> <p><u>Fecha de publicación:</u> últimos dos años.</p> <p><u>Número de artículos en relación con las palabras clave utilizadas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Demencia → 21 resultados. ● Tipos de demencia → 8 resultados. ● Alzheimer → 7 resultados. ● Tratamiento del Alzheimer → 7 resultados.
Google Scholar	<p><u>Tipo de artículo:</u> artículos de revisión.</p> <p><u>Fecha de publicación:</u> desde 2020.</p> <p><u>Número de artículos en relación con las palabras clave utilizadas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Demencia → 1.940 resultados. ● Tipos de demencia → 2.960 resultados. ● Enfermedad de Alzheimer → 4.350 resultados. ● Tratamiento del Alzheimer → 2.130 resultados. ● Afrontamiento ante el Alzheimer → 208 resultados.

Scielo	<p><u>Tipo de artículo</u>: artículo de revisión.</p> <p><u>Idioma</u>: inglés.</p> <p><u>Fecha de publicación</u>: 2019, 2020, 2021, 2022, 2023.</p> <p><u>Número de artículos en relación con las palabras clave utilizadas</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Demencia → 90 resultados. ● Tipos de demencia → 4 resultados. ● Alzheimer → 79 resultados. ● Enfermedad de Alzheimer → 38 resultados. ● Tratamiento del Alzheimer → 9 resultados. ● Afrontamiento → 29 resultados.
INE	<p><u>Demografía y población</u>: padrón.</p> <p><u>Islas</u>: La Palma, El Hierro, La Gomera, Tenerife, Gran Canaria, Fuerteventura, Lanzarote.</p> <p><u>Municipios</u>: Barlovento, Breña Alta, Breña Baja, Fuencaiente de La Palma, Garafía, Los Llanos de Aridane, El Paso, Puntagorda, Puntallana, San Andrés y Sauces, Santa Cruz de La Palma, Tazacorte, Tifarufe, Villa de Mazo.</p> <p><u>Sexo</u>: hombres, mujeres.</p>

6.1. Población diana

La población total de Canarias en el año 2023, incluyendo a personas de todas las edades y ambos sexos (hombres y mujeres), fue de 2.213.016 habitantes. Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), 15.500 personas de esta población tenía diagnóstico de enfermedad de Alzheimer ⁽³⁴⁾.

La población total en la Isla de La Palma en el año 2023, incluyendo todas las edades y ambos sexos, fue de 83.875 habitantes ⁽³⁵⁾.

A fecha de diciembre de 2023, la población con diagnóstico de enfermedad de Alzheimer en la isla de La Palma fue de más de 4000 personas, según datos aportados por la asociación AFA (**ANEXO I**).

Por tanto, la población en la que se centrará esta intervención será en aquellas personas que hayan sido diagnosticadas de Alzheimer hasta diciembre de 2023 y sus familiares y/o cuidadores.

6.2. Criterios de inclusión

- Pacientes residentes en la isla de La Palma.
- Pacientes con diagnóstico de enfermedad de Alzheimer hasta 2023.
- Personas que ejercen como cuidadores/as y/o son familiares de una persona con enfermedad de Alzheimer.

6.3. Criterios de exclusión

- Pacientes con diagnóstico de otra enfermedad cognitiva.
- Personas que rechazaron participar en la intervención.
- Personas que no dieron su consentimiento para participar.
- Personas menores de 18 años.

6.4. Variables

6.4.1. Variable independiente

Convivencia ante la enfermedad de Alzheimer (EA).

6.4.2. Variables dependientes

Cambios de conducta y afrontamiento, rol del cuidador, nivel de satisfacción con la intervención.

6.4.3. Variables sociodemográficas

- Edad (variable cuantitativa discreta): mayor de 18 años.
- Género (variable cualitativa nominal): hombre, mujer.
- Nivel de estudios (variable cualitativa ordinal): sin estudios, estudios primarios, ESO, bachillerato, formación profesional, grado, postgrado.
- Situación laboral (variable cualitativa nominal): empleado, desempleado, baja laboral.

6.5. Herramientas

Se realizó una búsqueda bibliográfica para encontrar encuestas, escalas y cuestionarios validados que permitieran realizar un cribado sobre el Alzheimer además de obtener información sobre el afrontamiento de sus familiares ante la enfermedad.

Las escalas y cuestionarios seleccionados fueron los siguientes:

- Para pacientes: “Escala de convivencia con un proceso crónico” ⁽³⁶⁾ (**ANEXO II**), “Test de Pfeiffer” ⁽³⁷⁾ (**ANEXO III**), “Escala de Barthel” ⁽³⁸⁾ (**ANEXO IV**).
- Para familiares: “Cuestionario de Zarit” ⁽³⁹⁾ (**ANEXO V**).

6.5.1. Instrumentos de medida

- **Escala de convivencia con un proceso crónico:** es una medida genérica cuyo objetivo es medir el grado de convivencia de la persona con un proceso crónico. Valora 5 ítems (aceptación, afrontamiento, automanejo, integración y adaptación) dando un valor de 0 a 4, donde 0 es nunca/nada y 4 es siempre/mucho ⁽³⁶⁾.
- **Test de Pfeiffer:** fue creado por Pfeiffer en el año 1975, siendo una variación del Cuestionario de Estado Mental (MSQ). Es un cuestionario útil para detectar el deterioro cognitivo, sobre todo en personas mayores, y determinar su grado (ninguno o mínimo, moderado o grave). Consta de 10 preguntas breves ⁽³⁷⁾.
- **Escala de Barthel:** también se conoce como Índice de Discapacidad de Maryland. Fue diseñada por Mahoney y Barthel en el año 1955. Se utiliza para valorar el nivel de dependencia del paciente al realizar actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Evalúa 10 actividades, a las cuales se les puede asignar valores de 0, 5, 10 o 15 puntos. Así, se obtiene el grado de independencia, pudiendo ir desde completamente independiente hasta completamente dependiente ⁽³⁸⁾.
- **Cuestionario de Zarit:** fue elaborada por Stefan H. Zarit. Es utilizado para medir la sobrecarga del cuidador. Consta de 22 preguntas y los resultados obtenidos se pueden asignar como ausencia de sobrecarga, sobrecarga ligera y/o sobrecarga intensa ⁽³⁹⁾.

6.6. Procedimiento

La intervención se llevará a cabo en el Centro de día de Atención Social a Mayores de Santa Cruz de La Palma en forma de talleres y actividades, donde las personas participantes serán divididas en grupos. La intervención se repartirá en 4 talleres que se llevarán a cabo por las tardes, con una duración aproximada de 1 hora por cada taller.

Para recopilar a los participantes, se contactará con la consulta de Neurología del Hospital Universitario de La Palma, donde se propondrá la idea de la intervención y se pedirá que se pase una solicitud y consentimiento a los pacientes que hayan sido diagnosticados hasta la fecha de diciembre de 2023.

Para poder realizar la selección, se utilizará un período de 1 mes para dar tiempo a que se vayan incorporando los participantes. Tras completar el número de personas, se repartirán en grupos de 5-10 personas, intentando separar a los participantes según la fase de la enfermedad o el tiempo que ha transcurrido desde que se ha establecido el diagnóstico.

Tras ello, se realizará el primer taller, donde se preparará una presentación con diapositivas explicando conceptos básicos de la enfermedad y facilitando la aclaración de dudas de los participantes. A continuación, se darán pautas y recomendaciones y se pasará un cuestionario, uno al paciente y otro al acompañante.

El segundo y tercer taller se basarán en la enseñanza de actividades y juegos interactivos para mantener la actividad cognitiva, así como distintas actividades que podrían ayudar a detectar la aparición del Alzheimer y otras demencias. También se proporcionarán técnicas y se informará de los distintos recursos y servicios disponibles en la sociedad que sirven de ayuda.

Por último, en el cuarto taller se hablará de la experiencia de personas famosas o con influencia en redes sociales que actualmente conviven con el Alzheimer a través de sus familiares (como es el caso de David Bisbal o Daniel (“Bear de Duck” en Tik Tok)) o han padecido la enfermedad (como Carmen Sevilla, Adolfo Suárez o Carme Elías). También se realizará una puesta en común sobre la intervención, aspectos a mejorar, sensaciones, así como la resolución de dudas. Se proporcionarán folletos (**ANEXO VI**) con pinceladas de lo visto durante la intervención.

6.6.1. Solicitud de permisos y colaboración

Se presentará en el Ayuntamiento de Santa Cruz de La Palma una instancia ⁽⁴⁰⁾ (**ANEXO VII**) explicando el proyecto y solicitando permiso para realizar la intervención, en este caso, en el Centro de Día de Atención Social a Mayores de Santa Cruz de La Palma.

A su vez, se contactará con la Gerencia del Hospital para explicar el proyecto que se quiere llevar a cabo y así permitan realizar la intervención. Hecho esto, se acudirá al centro de salud de Santa Cruz de La Palma para solicitar la ayuda de 1-2 enfermeras de atención primaria.

Una vez se haya concedido el permiso para disponer del local y se tenga el visto bueno por parte de la Gerencia, se establecerá comunicación con el área de Neurología del Hospital Universitario de La Palma, donde se explicará el proyecto que se quiere llevar a cabo y su objetivo. Posteriormente, se elaborará la autorización y se entregará (**ANEXO VIII**).

A continuación, se proporcionará un consentimiento a los pacientes y sus familiares para poder proceder a contar con su colaboración en la intervención. Este consentimiento se realizará por escrito y se garantizará en todo momento la intimidad, privacidad y confidencialidad de la información que se obtenga teniendo en cuenta la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales ⁽⁴¹⁾ (**ANEXO IX**).

Por último, se hablará con el catering Sano Sano de Los Llanos de Aridane, para que elabore meriendas sanas y saludables para los días de las intervenciones. (**ANEXO X**).

6.6.2 Cuestionario inicial

Tras obtener el número de personas que participarán en la intervención, se dividirán en grupos de 5-10 personas para poder llevar a cabo el proyecto de la forma más individualizada posible. Para ello, se realizará una primera reunión de unos 30 minutos de duración, que tendrá como objetivo explicar las metas que se quieren lograr además de las actividades que se realizarán. También se hablará sobre los cuestionarios que deberán contestar y se entregarán los cuestionarios pre-intervención para que los rellenen.

6.2.3. Intervención educativa

La intervención educativa se desarrollará en 4 talleres distintos.

Taller 1	<i>¿Qué es el Alzheimer?</i>
Duración	45 minutos - 1 hora
Desarrollo del taller	<p>Se comenzará a dar una charla, haciendo uso de distintas presentaciones con diapositivas, imágenes y vídeos interactivos. Se realizará una explicación general y sencilla sobre la enfermedad, sus síntomas principales y su probable evolución.</p> <p>Al finalizar, se realizará una ronda de preguntas y se procederá a realizar una pequeña merienda con todos los participantes.</p>

Taller 2	<i>Convivir con el Alzheimer</i>
Duración	1 hora aproximadamente
Desarrollo del taller	<p>En este taller se tendrá como objetivo realizar y enseñar distintos tipos de juegos y actividades interactivas tanto individuales como en grupo, con el objetivo de mantenerse cognitivamente activos.</p> <p>Se realizarán:</p> <ul style="list-style-type: none">● Juegos de memoria.● Bingo.● Sudokus y sopas de letras.● Manualidades. <p>Al finalizar el taller, se realizará una pequeña merienda.</p>

Taller 3	<i>Afrontar el proceso</i>
Duración	1 hora aproximadamente.
Desarrollo del taller	<p>El objetivo principal de este taller será aconsejar y adquirir técnicas para afrontar la enfermedad, así como reforzar los conocimientos adquiridos en los talleres anteriores.</p> <p>Se recalcará la importancia de:</p> <ul style="list-style-type: none">● Búsqueda de ayuda y orientación.● Estimulación cognitiva y sensorial.● Terapia ocupacional.

	<ul style="list-style-type: none"> • Terapia con animales: perros, caballos... • Musicoterapia. <p>Al finalizar el taller, se realizará una pequeña merienda.</p>
--	---

Taller 4	<i>Compartimos momentos</i>
Duración	1 hora aproximadamente
Desarrollo del taller	<p>En este taller se hablará de la experiencia y relación de personas famosas y conocidas con el Alzheimer, ya que ayudará a visibilizar que es una enfermedad que puede afectar a cualquier persona.</p> <p>Se realizará una puesta en común y una ronda de preguntas para poder resolver las dudas que hayan surgido durante la intervención, así como se hará entrega de folletos de todo lo visto anteriormente.</p> <p>Al finalizar, se entregará a cada usuario una encuesta de satisfacción con la intervención realizada (ANEXO XI) y se hará una merienda con todos los participantes.</p>

6.6.4. Cuestionario post intervención

Tras 6 meses después de haber realizado la intervención, nuevamente se volverán a pasar los cuestionarios iniciales a los grupos participantes en el proyecto y así evaluar si hay existencia o no de cambio, así como la efectividad de los talleres.

6.7. Consideraciones éticas y legales

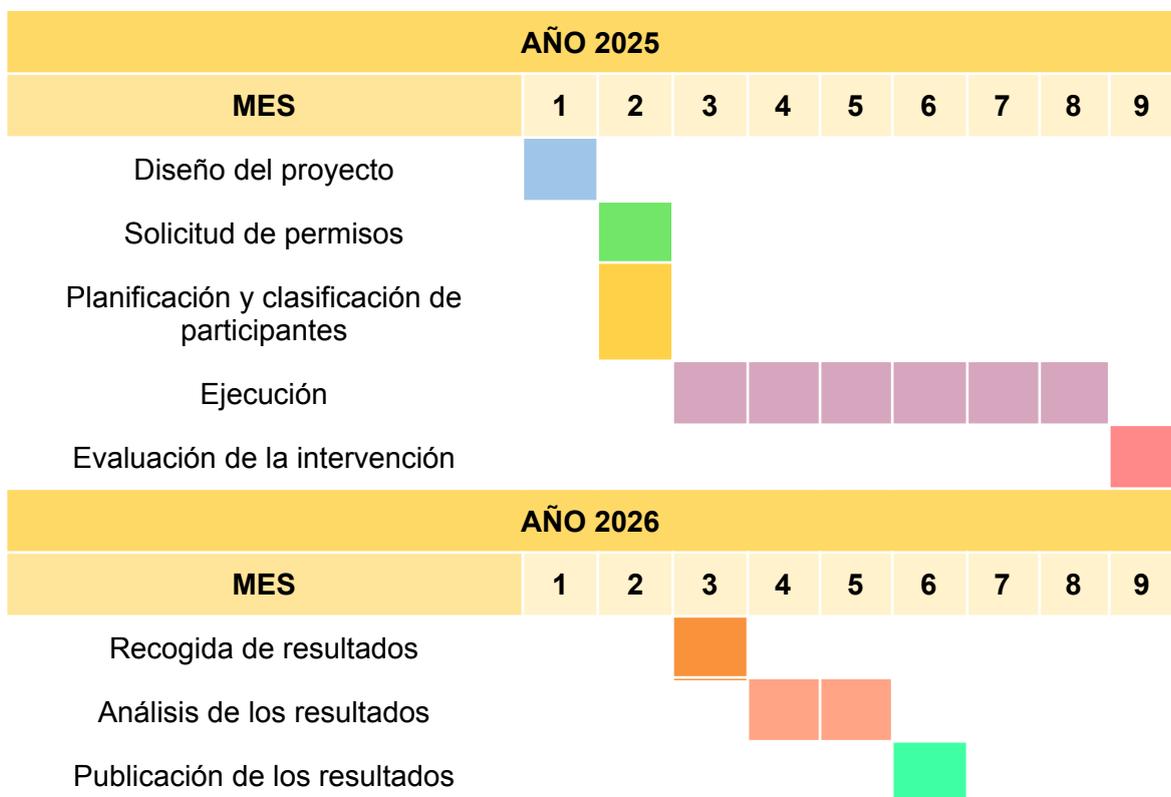
Para asegurar la privacidad y confidencialidad de cada participante, se utilizará un sistema de código de barras. Este sistema consiste en asignar a cada usuario una numeración que corresponderá a un código de barras único e intransferible, de forma que los datos personales aportados por el paciente serán tratados de forma anónima y con seguridad de que nadie ajeno a la intervención podrá acceder a ellos. El participante será el único que sabrá cuál es su numeración asignada.

Además, toda la información aportada por los mismos se registrará bajo la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y por el Reglamento General de protección de datos (RGPD) de la Unión Europea ^(41, 42).

Asimismo, se le explicará al integrante que podrá abandonar el proyecto en cualquier momento, sin ningún tipo de repercusión, y la información y datos obtenidos se usarán única y exclusivamente como objeto de estudio de la intervención.

6.8. Temporalización y cronograma

El diseño y la preparación/planificación del proyecto tendrá una duración de 3 meses, desde enero hasta marzo de 2025, y la intervención que se llevará a cabo tendrá una duración de 6 meses, sumando un total de 9 meses. Tras finalizar la intervención, a los 6 meses se recogerán los datos y se publicarán, teniendo una duración de 4 meses, desde marzo hasta junio de 2026. A continuación se presenta el cronograma del proyecto.



6.9. Recursos humanos y materiales

Recursos humanos	Recursos materiales
Autora de la investigación	Ordenador
1-2 Enfermeros/as de Atención Primaria	Proyector
	Folios y cartulinas
	Bolígrafos, lápices, rotuladores
	Pizarra
	Encuestas impresas
	Reloj
	Programa estadístico
	Desplazamiento

7. PRESUPUESTO DE LA INTERVENCIÓN

Recursos humanos	
Autora de la investigación	0 €
1-2 Enfermeras de Atención Primaria	200 €
Recursos materiales	
Ordenador	0 €
Proyector	0 €
Folios y cartulinas	50 €
Bolígrafo, lápices, rotuladores	70 €
Pizarra	0 €
Encuestas	50 €
Reloj	0 €
Programa estadístico	0 €

Desplazamiento y comida	
Transporte	200 €
Merienda	150 €
TOTAL	720 €

8. SISTEMA DE EVALUACIÓN

Para poder evaluar la efectividad de la intervención sobre la mejora del afrontamiento ante la convivencia con el Alzheimer se entregarán cuestionarios antes de la intervención y a los 6 meses de finalizar, con lo que se podrá realizar una comparación de medias de los resultados obtenidos en los mismos y valorar su efectividad, así como la posibilidad de mejora para otra futura intervención.

Al hacer uso de los cuestionarios entregados a los pacientes (pre y post-intervención), se podrá medir el nivel de afrontamiento, la ansiedad ante el desarrollo de la enfermedad, así como la adquisición de nuevas estrategias y habilidades de afrontamiento.

9. CONCLUSIÓN FINAL

Actualmente no existe cura para la enfermedad de Alzheimer, y cada día se intenta buscar un tratamiento que mejore la situación de la enfermedad. Por ello es tan importante cumplir con el tratamiento farmacológico. Pero no sólo ello, sino también la importancia de la infinidad de actividades y ejercicios que se pueden realizar para mantenerse activo frente a esta enfermedad.

Es por esto que la intervención que se plantea es tan importante, y con la que se espera que se cumplan todos los objetivos que se han desarrollado, además de que podría demostrar la eficacia de interactuar con personas diagnosticadas de Alzheimer así como con sus cuidadores principales y/o familiares. También ayudaría a adquirir habilidades y destrezas para afrontarla y disfrutar de cada momento de la mejor manera y con la mayor calidad de vida posible, dentro de la condición de cada persona.

Finalizo expresando mi deseo de que se realicen actividades como estas con personas con demencia y diversidad funcional, para así poder ayudarlos no sólo a ellos, sino también a las personas que conviven con ellos. Realizar actividades juntos ayudaría a compartir momentos y vivencias, además de que mejoraría, en cierto modo, la calidad de vida y el estado anímico de cada uno y, a su vez, favorecería el hecho de adquirir habilidades y destrezas para convivir con la enfermedad.

10. BIBLIOGRAFÍA

1. Sarmento B, Caetano L, Serra MJ, Costa M. Health literacy of informal caregivers on Alzheimer's disease. *Millenium - J Educ, Technol Health* [Internet]. 2021 [Consultado el 10 de enero de 2024]; (17): 53-60. Disponible en: https://www.scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0873-30152022000100053&lang=es
2. Tolosa Ramírez D, Marbella D. Reserva cognitiva y demencias: Limitaciones del efecto protector en el envejecimiento y el deterioro cognitivo. *Rev Med Chil* [Internet]. 2019 [Consultado el 10 de enero de 2024]; 147 (12): 1594-612. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872019001201594&lng=en&nrm=iso&tlng=en
3. Demencia. Real Academia Española. Asociación de academias de la lengua española [Internet]. [Consultado el 10 de enero de 2024]. Disponible en: <https://dle.rae.es/demencia>
4. Directrices de la OMS para la reducción de los riesgos de deterioro cognitivo y demencia. Organización Panamericana de la Salud. National Library of Medicine [Internet]. 2020. [Consultado el 10 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK583452/>
5. Álvarez-Linera Prado J, Jiménez-Huete A. Neuroimagen en demencia. Correlación clínico-radiológica. *Radiología* [Internet]. 2019 [Consultado el 10 de enero de 2024]; 61 (1): 66-81. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0033833818301565>
6. González-Martínez P, Oltra-Cucarella J, Sitges-Maciá E, Bonete-López B. Revisión y actualización de los criterios de deterioro cognitivo objetivo y su implicación en el deterioro cognitivo leve y la demencia [Internet]. *Revista de Neurología*. 2021; 72: 288-295. [Consultado el 10 de enero de 2024]. Disponible en: <https://neurologia.com/articulo/2020626>
7. Sánchez Sánchez MM, González-Gil MT. Terapia de presencia simulada en pacientes con demencia. *Enferm Invasiva* [Internet]. 2021 [Consultado el 10 de enero de 2024]; 32 (2): 108-110. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130239921000304>

8. Castañedos Pinedo F, Cid Gala M, Duque San Juan P, Zurdo M. Abordaje integral de la demencia. Información terapéutica del Sistema Nacional de Salud. Gobierno Canario de Salud [Internet]. 2011; 35 (2). [Consultado el 10 de enero de 2024]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/en/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/infMedic/docs/vol35n2completo.pdf
9. Sadurní JM. Alois Alzheimer, el neuropsiquiatra que descubrió la demencia que lleva su nombre [Internet]. National geographic. 2023. [Consultado el 12 de enero de 2024]. Disponible en: https://historia.nationalgeographic.com/es/a/alois-alzheimer-neuropsiquiatra-que-descubrio-demencia-que-lleva-su-nombre_16883
10. Bleibel M, El Cheikh A, Sadier NS, Abou-Abbas L. The effect of music therapy on cognitive functions in patients with Alzheimer's disease: a systematic review of randomized controlled trials. Alzheimer's Res Ther [Internet]. 2023 [Consultado el 12 de enero de 2024]; 15 (1): 65. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s13195-023-01214-9>
11. Llibre-Rodríguez JJ, Gutiérrez Herrera R, Guerra Hernández MA. Enfermedad de Alzheimer: actualización en su prevención, diagnóstico y tratamiento. Rev habanera cienc médicas [Internet]. 2022 [Consultado el 12 de enero de 2024]; 21 (3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2022000300004&lang=es
12. Lozano-Tovar S, Monroy-Jaramillo N, Rodríguez-Agudelo Y. Las orexinas como biomarcadores para demencia tipo Alzheimer y relación con síntomas neuropsiquiátricos. Rev Chil Neuro-Psiquiatr [Internet]. 2022 [Consultado el 12 de enero de 2024]; 60 (3). Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272022000300313&lang=es
13. Romano MF, Nissen MD, Del Huerto Paredes NM, Parquet CA. Enfermedad de Alzheimer. Revista de Postgrado de la Vía Cátedra de Medicina [Internet]. 2007; 175. [Consultado el 12 de enero de 2024]. Disponible en: https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/37218372/3_175-libre.pdf?1428299286=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DENFERMEDAD_DE_ALZHEIMER.pdf&Expires=1705074049&Signature=PKP3kAvntNzVWge8fF~VvykU6z135G0W9Ht

[eL9miUSXseKIEEkudMPGz~6Hr7sZQfr7qPzPMIHYcN9Hla2muDi0-lq4Lt~Jh2BeSdy
iL4QDvOOGjCX2AhTQMZzcVFsgkGOsOleuPQI7pSxy6gKULRObldcmQqdX~9wyJT
0JCjO59zcz5LNHb3fUHXAlqtW1xiJLHPz0xFuJTZcPjFmeHPpwD3ftjl30ozR3idZvHx
uioPVZ8IY34Kfu6kkAs5DhmlacYf4wWstaWQ6J8ajpybO1sXoUbe~dmU9rrXedpJ29
L2-BGO4v7o9N2kL3QauEb7-S0XfbApPZh9YVaycdeQ_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF
5GGSLRBV4ZA](https://doi.org/10.1016/j.jalz.2021.01.001)

14. Song T, Song X, Zhu C, Patrick R, Skurla M, Santangelo I, et al. Mitochondrial dysfunction, oxidative stress, neuroinflammation, and metabolic alterations in the progression of Alzheimer's disease: A meta-analysis of in vivo magnetic resonance spectroscopy studies. *Ageing Res Rev* [Internet]. 2021 [Consultado el 12 de enero de 2024]; 72 (101503): 101503. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1568163721002506>
15. Iso-Markku P, Kujala UM, Knittle K, Polet J, Vuoksima E, Waller K. Physical activity as a protective factor for dementia and Alzheimer's disease: systematic review, meta-analysis and quality assessment of cohort and case-control studies. *Br J Sports Me* [Internet]. 2022 [Consultado el 12 de enero de 2024]; 56 (12): 701-9. Disponible en: <https://bjsm.bmj.com/content/56/12/701>
16. Castiblanco Montañez RA, Ángel Camelo LJ, Díaz Gómez JC, Martínez García LF, Moreno Giraldo PD, Salamanca Zamora VM. Influencia de las redes de apoyo social en la evolución de la enfermedad de Alzheimer. *Rev Univ Ind Santander Salud* [Internet]. 2021 [Consultado el 12 de enero de 2024]; 53 (1). Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072021000100401&lang=es
17. Swarbrick S, Wragg N, Ghosh S, Stolzing A. Systematic review of miRNA as biomarkers in Alzheimer's disease. *Mol Neurobiol* [Internet]. 2019 [Consultado el 12 de enero de 2024]; 56 (9): 6156-67. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s12035-019-1500-y>
18. Naranjo Hernández Y, Pérez Prado LY. Cuidado del paciente con enfermedad de Alzheimer. *Arch Méd Camagüey* [Internet]. 2021 [Consultado el 12 de enero de 2024]; 25 (1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552021000100014&lang=es

19. Ensuncho AE, Robles JR, Lafont JJ. Modelado molecular de los complejos de aluminio (III) con el péptido β -amiloide implicado en la enfermedad de Alzheimer. CIT Inform Tecnol [Internet]. 2020 [Consultado el 12 de enero de 2024]; 31 (5): 71-8. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-07642020000500071&lang=es
20. Naomi R, Embong H, Othman F, Ghazi HF, Maruthey N, Bahari H. Probiotics for Alzheimer's disease: A systematic review. Nutrients [Internet]. 2021 [Consultado el 12 de enero de 2024]; 14 (1): 20. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2072-6643/14/1/20>
21. Kim KY, Shin KY, Chang K-A. GFAP as a potential biomarker for Alzheimer's disease: A systematic review and meta-analysis. Cells [Internet]. 2023 [Consultado el 12 de enero de 2024]; 12 (9): 1309. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2073-4409/12/9/1309>
22. Chang C-H, Lin C-H, Lane H-Y. D-glutamate and gut microbiota in Alzheimer's disease. Int J Mol Sci (IJMS) [Internet]. 2020 [Consultado el 12 de enero de 2024]; 21 (8): 2676. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1422-0067/21/8/2676>
23. Rao RV, Subramaniam KG, Gregory J, Bredesen AL, Coward C, Okada S, et al. Rationale for a multi-factorial approach for the reversal of cognitive decline in Alzheimer's disease and MCI: A review. Int J Mol Sci (IJMS) [Internet]. 2023 [Consultado el 12 de enero de 2024]; 24 (2): 1659. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1422-0067/24/2/1659>
24. Gómez Virgilio L, Reyes Gutiérrez GS, Silva Lucero MC, López Toledo G, Cárdenas Aguayo MC. Etiología, factores de riesgo, tratamientos y situación actual de la enfermedad de Alzheimer en México. Gac Med Mex [Internet]. 2022 [Consultado el 12 de enero de 2024]; 158 (4): 244-51. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-38132022000400244&lang=es
25. Chandra A, Dervenoulas G, Politis M, for the Alzheimer's Disease Neuroimaging Initiative. Magnetic resonance imaging in Alzheimer's disease and mild cognitive impairment. J Neurol [Internet]. 2019 [Consultado el 12 de enero de 2024]; 266 (6): 1293-1302. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s00415-018-9016-3>

26. Klaassen P. G, Werlinger E. E, Contreras E. L, González B. A, Vera C. A, Juica A. S, et al. Calidad de vida en demencia Alzheimer: un nuevo desafío. Rev Chil Neuro-Psiquiatr [Internet]. 2021 [Consultado el 12 de enero de 2024]; 59 (4); 361-7. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272021000400361&lang=es
27. Birks JS, Harvey RJ. Donepezil for dementia due to Alzheimer's disease. Cochrane Libr [Internet]. 2018 [Consultado el 12 de enero de 2024]; 2018 (6). Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/es/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001190.pub3/full/es?highlightAbstract=alzheimer%7Ctratamient%7Ctratamiento%7Calzheimer>
28. Birks JS, Chong L-Y, Grimley Evans J. Rivastigmine for Alzheimer's disease. Cochrane Libr [Internet]. 2015 [Consultado el 12 de enero de 2024]; (9). Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/es/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001191.pub4/full/es?highlightAbstract=alzheimer%7Cdel%7Ctratamient%7Ctratamiento%7Calsheim>
29. Rivastigmina [Internet]. Medlineplus.gov. [Consultado el 12 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.medlineplus.gov/spanish/druginfo/meds/a602009-es.html>
30. Loy C, Schneider L. Galantamine for Alzheimer's disease and mild cognitive impairment. Cochrane Libr [Internet]. 2006 [Consultado el 12 de enero de 2024]; 2009 (1). Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/es/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001747.pub3/full/es?highlightAbstract=alzheimer%7Cdel%7Ctratamient%7Ctratamiento%7Calzheimer>
31. Galantamina [Internet]. Medlineplus.gov. [Consultado el 12 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.medlineplus.gov/spanish/druginfo/meds/a699058-es.html>
32. Juan Calabuig K, Lacomba Trejo L, Pérez Marín M. Duelo anticipado en familiares de personas con Alzheimer: análisis del discurso. Av Psicol Latinoam [Internet]. 2021 [Consultado el 12 de enero de 2024]; 39 (2). Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-47242021000200203&lang=es
33. Maragall FP. Historia del Alzheimer: cronología de la enfermedad y su investigación [Internet]. Fpmaragall.org. Fundación Pasqual Maragall; 2019 [Consultado el 12 de enero de 2024]. Disponible en: <https://blog.fpmaragall.org/historia-del-alzheimer>

34. Enfermedades crónicas diagnosticadas por CCAA y sexo. Población de 6 y más años con discapacidad [Internet]. INE. [Consultado el 10 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?tpx=51400>
35. Santa Cruz de Tenerife: Población por municipios y sexo [Internet]. INE. [Consultado el 12 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=2892>
36. Ambrosio L, Navarta-Sánchez MV, Meneses A, Rodríguez-Blázquez C. Escala de convivencia con un proceso crónico: estudio piloto en pacientes con enfermedades crónicas. Aten Primaria [Internet]. 2020 [Consultado el 12 de enero de 2024]; 52 (3): 142-50. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2018.08.008>
37. Cribado de deterioro cognitivo - Test de Pfeiffer versión española [Internet]. Ome.es. Fundación para el desarrollo de la Enfermería. [Consultado el 12 de enero de 2024]. Disponible en: https://www.ome.es/media/docs/Novedad_Test_Pfeiffer.pdf
38. Índice de Barthel. Actividades básicas de la vida diaria [Internet]. Gva.es. [Consultado el 12 de enero de 2024]. Disponible en: <https://alicante.san.gva.es/documents/4479657/4640869/Indice+Barthel.pdf>
39. Cuestionario Zarit. Escala de sobrecarga del cuidador. [Internet]. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. [Consultado el 12 de enero de 2024]. Disponible en: https://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwiu-raM8L6FAxUoVqQEHRW5CQsQFnoECAYQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.huvn.es%2Farchivos%2Fcms%2Fenfermeria-en-huvn%2Farchivos%2Fpublico%2Fcuestionarios%2Fcuestionarios-3%2Fcuestionario_zarit.pdf&usg=AOvVaw3XT0Na1tNSbXlmUJ6EWnYO&opi=89978449
40. Instancia [Internet]. Santacruzdelapalma.es. [Consultado el 12 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.santacruzdelapalma.es/sclapalma/sites/default/files/instancia%20gral%20y%20convivencia%20%281%29.pdf>
41. BOE-A-2018-16673 Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales [Internet]. Boe.es. [Consultado el 12 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2018-16673>
42. Reglamento general de protección de datos (RGPD) [Internet]. Europa.eu. [consultado el 12 de enero de 2024]. Disponible en:

<https://eur-lex.europa.eu/ES/legal-content/summary/general-data-protection-regulation-gdpr.html>

11. ANEXOS

ANEXO I. Población aproximada con diagnóstico de Alzheimer en la isla de La Palma.

ESTUDIO DE LA PREVALENCIA APROXIMADA DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN LA ISLA DE LA PALMA 2023 (datos ISTAC)

(* Según porcentaje de prevalencia en la población del Plan Integral Alzheimer Gobierno de España octubre 2019)



Población La Palma 2022: 83.439
 Porcentaje mayores de 65: 21,52%
 Población mayor de 65: **17.959**

Grupos edad:	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95-99	100 o más	40-65
Población:	4730	4117	3497	2413	1982	882	251	87	33314
Porcentaje:	1,07%	3,40%	6,90%	12,10%	20,10%	39,20%	39,20%	39,20%	0,05%
Enfermos:	51	140	241	292	398	346	98	34	17

TOTAL ESTIMACIÓN PREVALENCIA PERSONAS ENFERMAS: **1.617**

ESTIMACIÓN PERSONAS AFECTADAS: **4.042** (* nº enfermos x 2,5 cuidadores)

ANEXO II. Escala de convivencia con un proceso crónico.

		0 = Nunca/nada	1 = Raramente/casi nada	2 = A veces/algo	3 = Casi	4 = Siempre/mucho
ACEPTACIÓN	1. Me disgusta cada vez que pienso que tengo Alzheimer	0	1	2	3	4
	2. Me avergüenzo del Alzheimer y la oculto ante los demás	0	1	2	3	4
	3. Me enfada tener los síntomas de la enfermedad	0	1	2	3	4
	4. Me molesta tener que cambiar mi forma de vivir y sacrificar cosas importantes de mi vida por la enfermedad	0	1	2	3	4
	5. Intento hacer frente y luchar contra la enfermedad	0	1	2	3	4
	6. Tengo interés en buscar cosas que me motiven para no centrar mi vida solo en la enfermedad	0	1	2	3	4
AFRONTAMIENTO	7. Intento ver el lado positivo de la enfermedad	0	1	2	3	4
	8. Intento apoyarme en las cosas que son importantes en mi vida (por ejemplo, mis creencias espirituales, mis valores, mi familia, mis amigos, etc.)	0	1	2	3	4
	9. Tengo esperanza de que la situación mejore	0	1	2	3	4

AUTOMANEJO	10. Tengo a alguien que me escucha y comprende lo que estoy viviendo con el Alzheimer	0	1	2	3	4
	11. Expresé mis sentimientos para que otras personas sepan cómo me siento y me ayuden	0	1	2	3	4
	12. Utilizado recursos (por ejemplo, información, apoyo, asociaciones, etc.) para controlar y mejorar mi situación con el Alzheimer	0	1	2	3	4
	13. Conozco la enfermedad y sé lo que tengo que hacer en todo momento para controlarla	0	1	2	3	4
	14. Hago todo lo que está en mis manos para que mi estado de salud no empeore	0	1	2	3	4
	15. Participo en la toma de decisiones sobre la enfermedad junto con mi médico/enfermero	0	1	2	3	4
	16. He integrado en mi día a día el Alzheimer y todas las cosas relacionadas con ella (como, por ejemplo, el tratamiento, los síntomas, los cambios que genera, etc.)	0	1	2	3	4
INTEGRACIÓN	17. A pesar del Alzheimer llevo una vida lo más normal posible	0	1	2	3	4
	18. Tengo en cuenta mi enfermedad a la hora de hacer actividades, tareas y/o planes	0	1	2	3	4
	19. Estoy tan interesado y tengo la misma ilusión en las actividades de ocio como antes de tener la enfermedad (por ejemplo, jugar a las cartas, pasear, hacer deporte, coser, etc.)	0	1	2	3	4
	20. Aunque tengo Alzheimer, me siento satisfecho con mi vida	0	1	2	3	4
	21. Gracias a el Alzheimer, ahora doy importancia a las cosas que verdaderamente tienen valor	0	1	2	3	4
ADAPTACIÓN	22. El Alzheimer ha cambiado mi forma de ser para bien	0	1	2	3	4
	23. He encontrado el bienestar y armonía en mi vida	0	1	2	3	4
	24. A pesar del Alzheimer, me siento una persona igual de valiosa que sin la enfermedad	0	1	2	3	4
	25. A pesar de los problemas que la enfermedad genera, he encontrado un nuevo sentido en mi vida	0	1	2	3	4
	26. El Alzheimer me ha ayudado a descubrir	0	1	2	3	4

ANEXO III. Test de Pfeiffer

1	¿Cuál es la fecha de hoy? (1)
2	¿Qué día de la semana?
3	¿En qué lugar estamos? (2)
4	¿Cuál es su número de teléfono? Si no tiene, ¿cuál es su dirección completa?
5	¿Cuántos años tiene?
6	¿Dónde nació?
7	¿Cuál es el nombre del presidente?
8	¿Cuál es el nombre del presidente anterior?
9	¿Cuál es el nombre de soltera de su madre?
10	Reste de tres en tres desde 29 (3)

- (1) Día, mes y año
 (2) Vale cualquier descripción correcta del lugar
 (3) Cualquier error hace errónea la respuesta

Errores	Resultados
0 - 2	Valoración cognitiva normal
3 - 4	Deterioro leve
5 - 7	Deterioro moderado
8 - 10	Deterioro severo

- Si el nivel educativo es bajo (estudios elementales) se admite un error más para cada categoría.
- Si el nivel educativo es alto (universitario) se admite un error menos.

ANEXO IV. Escala de Barthel

Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
Total		
Comer	Totalmente independiente	10
	Necesita ayuda para cortar carne, pan, etc	5
	Dependiente	0
Lavarse	Independiente: entra y sale solo del baño	5
	Dependiente	0
Vestirse	Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	Necesita ayuda	5
	Dependiente	0
Arreglarse	Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc	5
	Dependiente	0
Deposiciones (valórese la semana previa)	Continencia normal	10
	Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	Incontinencia	0
Micción (valórese la semana previa)	Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta	10
	Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	Incontinencia	0
Usar el retrete	Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa	10
	Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	5
	Dependiente	0
Trasladarse	Independiente para ir del sillón a la cama	15
	Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo	10
	Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	5
	Dependiente	0

Deambular	Independiente, camina solo 50 metros	15
	Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	10
	Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	Dependiente	0
Escalones	Independiente para bajar y subir escaleras	10
	Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo	5
	Dependiente	0

Máxima puntuación: 100 puntos (90 si va en silla de ruedas)

Resultado	Grado de independencia
< 20	Total
20 - 35	Grave
40 - 55	Moderada
≥ 60	Leve
100	Independiente

ANEXO V. Cuestionario de Zarit

Instrucciones para la persona cuidadora: A continuación se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se sienten, a veces, las personas que cuidan a otra persona. Después de leer cada afirmación, debe indicar con qué frecuencia se siente. Vd. así: nunca, raramente, algunas veces, bastante a menudo y casi siempre. A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan sólo su experiencia.	NUNCA	RARA VEZ	ALGUNAS VECES	BASTANTES VECES	CASI SIEMPRE
1. ¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?					
2. ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?					
3. ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?					

4. ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?					
5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?					
6. ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?					
7. ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?					
8. ¿Piensa que su familiar depende de usted?					
9. ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?					
10. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?					
11. ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?					
12. ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familiar?					
13. ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?					
14. ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?					
15. ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					
16. ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?					
17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?					
18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?					
19. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?					
20. ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?					
21. ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?					
22. Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?					

ANEXO VI. Folletos de la intervención

¿QUÉ ES EL ALZHEIMER?

01 DEFINICIÓN
Es una enfermedad que afecta al funcionamiento del cerebro y a la forma de pensar de las personas, y esto conlleva, además, a la pérdida de memoria.

02 SÍNTOMAS

- Olvidos
- Pérdida de interés por las cosas
- Cambios en el estado de ánimo
- Irra o agresividad
- Cambios en el hábito del sueño
- Desorientación

03 DIAGNÓSTICO

- Evaluación de antecedentes médicos detallados
- Evaluación del estado mental y el humor
- Examen físico y neurológico
- Exploración por imagen

04 TRATAMIENTO

- Farmacológico
- Actividad física
- Actividad mental y cognitiva
- Alimentación saludable
- Relaciones sociales
- Descansar y dormir

05 NO OLVIDAR
No sólo cuenta con la ayuda de su cuidador, sino también:

- Enfermera
- Psicólogo
- Grupos de apoyo
- Amigos

CONVIVIR CON EL Alzheimer

Juegos de memoria
Ayudan a reforzar la memoria y a mantener la atención y la concentración, con lo que favorece a mantener la mente en forma.

Bingo
Ayuda a la coordinación de nuestro cuerpo y de la visión, favorece la risa y el humor a través de pasar un buen rato y se promueve la salud mental.

Sudokus y sopas de letras
Mejoran la capacidad cognitiva. También potencian el lenguaje, la capacidad lógica, la matemática y la concentración.

Manualidades
Disminuye el riesgo de deterioro cognitivo, mejora las habilidades motoras, favorece pasar tiempo con nuestros seres queridos y amigos, reducen el estrés.

Afrontar el PROCESO

- BÚSQUEDA DE AYUDA Y ORIENTACIÓN**
Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer y otras Demencias de La Palma (AFA)
- ESTIMULACIÓN COGNITIVA Y SENSORIAL**
Ejercicio físico, manualidades, juegos, relaciones sociales, buena alimentación, actividades cognitivas
- TERAPIA OCUPACIONAL**
Aumenta la memoria y las habilidades cognitivas, aumenta la autonomía y la confianza, previene la discapacidad, potencia las capacidades
- TERAPIA CON ANIMALES**
Mejora el estado anímico, potencia la expresión emocional, disminuye la ansiedad, facilita las relaciones interpersonales
- MUSICOTERAPIA**
Mejora la autoestima y el ánimo, incentiva el movimiento, ayuda al aprendizaje de nuevas habilidades, favorece el equilibrio, permite que afluere emociones, mejora la coordinación

COMPARTIMOS MOMENTOS

Experiencias
Actualmente son muchas las personas que se encuentran afrontando esta enfermedad, y dentro de esas personas se encuentran también famosos, que intentan dar visibilidad a la misma.

Famosos
Dentro de los famosos, destacamos:

- David Bisbal (su padre tiene Alzheimer).
- Daniel "Bear de Duck" (su abuelo tiene Alzheimer).

Puesta en común
Tan importante es hablar con los demás como expresar nuestros miedos y experiencias con esta enfermedad. Exponer nuestras dudas ayuda a mejorar el afrontamiento.

Dudas
Buscar ayuda para resolver las dudas y dilemas que puedan surgir, ayuda a adquirir destrezas y habilidades para abordar el proceso de la enfermedad.

ANEXO VII. Modelo de Instancia para la solicitud del lugar para la intervención.

INSTANCIA

DATOS DEL SOLICITANTE			
Nombre o Razón social		NIF/CIF	
Representante		NIF/CIF	

DOMICILIO DE NOTIFICACIÓN							
C/Pl/Avda:l				Nº			
Piso:		Municipio		Provincia		CP	
Teléfono				Email			

EXPONE
Que,

SOLICITA
Que,
Que, teniendo por presentada esta solicitud, acceda a lo en ello expuesto, pues así procede en derecho, y pido en Santa Cruz de la Palma, a de de

Fdo:.....

De conformidad con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se le informa que sus datos personales serán incorporados y tratados a un fichero titularidad del Excmo. Ayuntamiento de Santa Cruz de La Palma. Podrán ser utilizados por el titular del fichero para el ejercicio de las funciones propias en el ámbito de sus competencias. Igualmente se informa que podrán ser cedidas de conformidad con la legislación vigente. Puede ejercitar sus derechos de acceso , rectificación, cancelación y, en su caso, oposición, mediante escrito dirigido al Excmo. Ayuntamiento de Santa Cruz de La Palma, Plaza España nº 6, 38700 Santa Cruz de La Palma.

ILTMO. SR. ALCALDE-PRESIDENTE

EXCMO. AYUNTAMIENTO DE SANTA CRUZ DE LA PALMA

ANEXO VIII. Solicitud de autorización y participación

Estimado/a Dº/Dª. [Nombre del participante].

Mi nombre es Alejandra Castro Rodríguez, estudiante de 4º de Enfermería de la Universidad de La Laguna, en la sede de La Palma. Mi intención con este documento es dirigirme a usted para ofrecerle ser partícipe de una intervención para mejorar el afrontamiento ante la enfermedad de Alzheimer.

Durante este proyecto se deberá contestar una encuesta anónima, que se realizará al comenzar y al finalizar la actividad, y con la que se recopilará información sobre las habilidades de afrontamiento frente al Alzheimer. Se impartirán talleres que se repartirán en 4 tardes distintas con merienda incluida. Durante los talleres se aportará información, se resolverán dudas y se realizarán distintas actividades.

Si acepta participar, podrá abandonar el proyecto en cualquier momento sin ningún tipo de repercusión, y la información y los datos recabados serán usados única y exclusivamente como objeto de estudio de la intervención, asegurando su anonimato a través de un código de barras que le será entregado.

Por ello, si está de acuerdo con formar parte de este proyecto, le ruego que rellene este formulario para autorizar su participación.

Cualquier duda o aclaración que necesite, podrá contactar conmigo.

Yo,.....,con DNI..... afirmo ser mayor de 18 años y:

Si autorizo
 No autorizo

A participar en la intervención descrita anteriormente, con carácter anónimo y bajo la protección de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

La Palma, a de de

Fdo:

ANEXO IX. Consentimiento informado

- **TÍTULO DEL ESTUDIO:** Intervención enfermera para mejorar el afrontamiento ante la enfermedad de Alzheimer.
- **INVESTIGADORES:** Alejandra Castro Rodríguez.
- **LUGAR:** Centro de día de Atención Social a Mayores de Santa Cruz de La Palma.

Este documento tiene como objetivo informarle sobre el proyecto de investigación en el que solicitamos su colaboración en el estudio “Intervención enfermera para mejorar el afrontamiento ante la enfermedad de Alzheimer”, dirigido a personas mayores de 18 años.

Para la obtención de información se valorarán variables como la edad, el género, el nivel de estudios, la situación laboral, la zona básica de salud, el grado de deterioro cognitivo, el rol de cuidador. Se realizará una valoración al comienzo y a la finalización de la intervención para valorar el grado de adquisición de habilidades de afrontamiento ante la enfermedad.

La colaboración en este proyecto es voluntaria. En caso de estar interesado en ello, deberá firmar el consentimiento informado que se le presenta. Una vez firmado, los datos sometidos a estudio estarán protegidos por la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

Yo,.....con D.N.I.....

- He leído la información aportada y autorizo la participación
- He leído la información aportada y NO autorizo la participación

La Palma, a..... de.....de

Fdo.....

ANEXO X. Carta de solicitud de merienda

Estimado/a Catering Sano Sano,

Mi nombre es Alejandra Castro Rodríguez, estudiante de 4º de Enfermería de la Universidad de La Laguna, con sede en La Palma. Me pongo en contacto con ustedes para proponerles ser partícipes de una intervención que se va a llevar a cabo y en la que estoy trabajando.

Actualmente me encuentro desarrollando un estudio, concretamente una “Intervención para mejorar el afrontamiento ante la convivencia con la enfermedad de Alzheimer”. Este proyecto consiste en realizar varios talleres, los cuales se repartirán en 4 tardes, en el municipio de Santa Cruz de La Palma.

Mi objetivo con esta carta es solicitar vuestro servicio para elaborar meriendas sanas y saludables adaptadas a todas las edades, para poder repartirlas en las tardes en las que se llevarán a cabo los talleres.

Agradezco de antemano su colaboración y quedo a la espera de su respuesta. Un cordial saludo.

Atentamente, Alejandra.

ANEXO XI. Encuesta de satisfacción

A continuación, se presenta una encuesta con una serie de preguntas a responder. Rodee el número que considere adecuado a la respuesta, siendo 1 el valor más bajo y 5 el valor más alto. La encuesta es totalmente anónima. En caso de tener alguna duda, consulte.

1. ¿Usted ha participado en la intervención que se ha llevado a cabo?

SI

NO

2. ¿Han sido comprensibles y adecuadas las charlas y actividades que ha recibido?

Nada comprensible y adecuado 1 2 3 4 5 Muy comprensible y adecuado

3. ¿Cómo valoraría las actividades que se han impartido?

Nada adecuado 1 2 3 4 5 Muy adecuado

4. ¿Se ha sentido a gusto durante las charlas?

Nada a gusto 1 2 3 4 5 Muy a gusto

5. ¿Repetiría la experiencia?

Nada de acuerdo 1 2 3 4 5 Totalmente de acuerdo

6. ¿Recomendaría a alguien participar en un estudio como este si se volviera a impartir?

Nada probable 1 2 3 4 5 Muy probable