



Universidad Nacional  
**Federico Villarreal**

**Vicerrectorado de  
INVESTIGACIÓN**

**ESCUELA UNIVERSITARIA DE POSGRADO**

**“ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y SU RELACIÓN CON LOS PROBLEMAS DE  
FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES DEL DEPARTAMENTO DE  
NEUROLOGÍA DE LA CONDUCTA DEL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS  
NEUROLÓGICAS”**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADEMICO DE:  
DOCTORA EN SALUD PÚBLICA**

**AUTORA**

**JAQUELINE GENOVEVA CORTEZ ESCALANTE**

**ASESOR**

**DR. JUAN BARRETO MONTALVO**

**JURADO**

**DR. EDGAR JESÚS MIRAVAL ROJAS**

**DR. GLENN ALBERTO LOZANO ZANELLY**

**DR. CARLOS GERMÁN MEDINA SORIANO**

**LIMA-PERÚ**

**2020**

## ÍNDICE

RESUMEN .....	IV
ABSTRACT .....	V
I. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. Planteamiento del problema.....	2
1.2. Descripción del problema .....	5
1.3. Formulación del problema .....	6
1.3.1. Problema general .....	6
1.3.2. Problemas específicos.....	6
1.4. Antecedentes .....	7
1.5. Justificación de la investigación .....	17
1.6. Limitaciones de la investigación.....	17
1.7. Objetivos.....	18
1.7.1. Objetivo general.....	18
1.7.2. Objetivo específicos.....	18
1.8. Hipótesis .....	18
1.8.1. Hipótesis general.....	18
1.8.1. Hipótesis específicas .....	19
II. MARCO TEÓRICO.....	20
2.1. Marco Conceptual.....	20
III. MÉTODO .....	52
3.1. Tipo de investigación.....	52
3.2. Población y muestra.....	52
3.2.1. Población.....	52
3.2.2. Muestra .....	53

3.3.	Operacionalización de variables .....	53
3.4.	Instrumentos.....	59
3.5.	Procedimientos.....	59
3.6.	Análisis de datos .....	60
IV.	RESULTADOS.....	61
4.1.	Análisis descriptivo.....	61
4.2.	Análisis inferencial .....	75
V.	DISCUSIÓN DE RESULTADOS .....	78
VI.	CONCLUSIONES .....	80
VII.	RECOMENDACIONES .....	81
VIII.	REFERENCIAS.....	82
IX.	ANEXOS .....	89
	Anexo 1. Cuestionario autoaplicado .....	89

## RESUMEN

La presente investigación es correlacional – Retrospectiva – Prolectiva y transversal. a muestra en estudio estuvo constituida por 128 pacientes del departamento de Neurología de la conducta del Instituto nacional de Ciencias Neurológicas. La técnica de recolección de datos empleada fue la encuesta y el instrumento que se utilizó en la presente investigación fue el cuestionario, el cual estuvo constituido por un conjunto de ítems orientado a recabar información importante. Las características sociodemográficas refieren que el 46.8% tienen de 62 a 79 años y el 31.2% tienen de 80 a 90 años. El 76% de pacientes residen en Lima. El 15.6% de pacientes son analfabetos y el 84.3% tienen estudios primarios y/o secundarios. El 39.1% de pacientes son casados, el 30.5% son viudos. El análisis inferencial demostró que la Enfermedad Alzheimer y sus dimensiones deterioro de la memoria, funciones cognitivas, alteración de las funciones mentales superiores y tipos de síntomas se relacionan con los problemas de funcionalidad familiar. Como conclusión se obtuvo que la Enfermedad de Alzheimer se relaciona significativamente con los problemas de funcionalidad familiar en pacientes del Departamento de Neurología de la Conducta del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas.

Palabras clave: Alzheimer, funcionalidad familiar.

## ABSTRACT

The present investigation is correlational - Retrospective - Prolective and transversal. The study sample consisted of 128 patients from the Department of Neurology of the behavior of the National Institute of Neurological Sciences. The data collection technique used was the survey and the instrument used in the present investigation was the questionnaire, which consisted of a set of items aimed at gathering important information. The sociodemographic characteristics refer that 46.8% have 62 years until 79 years and 31.2% have 80 years until 90 years. The 76% patients live in Lima. The 15.6% patients are illiterate and the 84.3% have primary and/or high school. The 39.1% patients are married, the 30.5% are widowers. The inferential analysis shows that Alzheimer Disease and its disturbance domains memory, cognitive functions, superior mental functions and syntoms are related to the problems of family functionality. As a conclusion it was obtained that Alzheimer's Disease is significantly related to the problems of family functionality in patients of the Department of Neurology of the Behavior of the National Institute of Neurological Sciences.

Keywords: Alzheimer's, family functionality.

## **I. INTRODUCCIÓN**

El presente trabajo titulado “Enfermedad de alzheimer y su relación con los problemas de funcionalidad familiar en pacientes del departamento de neurología de la conducta del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas”, busca fundamentalmente Determinar la relación entre la Enfermedad de Alzheimer y los problemas de funcionalidad familiar en pacientes del Departamento de Neurología de la Conducta del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas.

Los capítulos I y II, están orientados a describir la realidad del objeto en estudio, así como los problemas y objetivos para el presente trabajo; de igual modo se presenta un sólido marco teórico de las variables componentes de la investigación.

El capítulo III, enfoca de manera clara el planteamiento metodológico aplicado en la investigación: desde el tipo de investigación, hasta las técnicas e instrumentos de recolección de datos.

Los capítulos IV y V están abocados hacer un cuidadoso Análisis; para pasar con ésta amplia información, a formular la conclusiones y recomendaciones para la presente investigación.

## 1.1. Planteamiento del problema

Las demencias afectan entre un 5% y un 10% de la población mayor de 65 años, y entre un 20% y un 30% de las personas mayores de 85 años. En los países en desarrollo la demencia es la cuarta causa de años de vida perdidos por discapacidad en mayores de 60 años, sólo la superan el accidente cerebro vascular, las cardiopatías y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Quiroga y Gustav, 2006).

Según distintos estudios realizados la prevalencia se duplica cada 5 años de edad, pero su crecimiento se modera después de los 90 años (Quiroga y Gustav, 2006). Sin embargo otros estudios como los de Molsa indican continuo aumento por encima de los 85 años. Las últimas evidencias indican que el aumento de la prevalencia se verifica en todos los rangos etáreos, con mayor o menor intensidad.

En España las cifras varían entre un 10% y 20% para la población adulta mayor que está en esta situación. Los estudios epidemiológicos en Sudamérica son escasos. En Uruguay un estudio en población general mostró una prevalencia de 4,03/1000 (60% EA, 15% Demencias vasculares). En Brasil con población sobre 65 años se encontró que 7,1% de los individuos mostraban signos compatibles con el diagnóstico de demencia (EA 55,1%). En Cuba en 1999 se encontró un 8,2% en mayores de 60 años, sobre una muestra de 799 personas (DSM IV). En Argentina las cifras de 1999 (DSM IV) dan cuenta de un 11.5% sobre los 65 años. En Colombia el año 2000 los datos indican un 1,8% sobre los 65 años (DSM IV). En Perú el año 2007 se encontró un 6,7% sobre los 65 años (DSM IV) y en Venezuela el año 2002 las cifras eran de 10.3% sobre los 65 años (DSM IV).

Teniendo en cuenta que la expectativa de vida de la población mundial es cada vez mayor, es necesario conocer el impacto en los sistemas de salud de las enfermedades

degenerativas de la población de la tercera edad, y la demencia es uno de los principales problemas. En países desarrollados, la prevalencia cruda de demencia en pobladores mayores de 65 años de edad es de 6% a 9% (Kawas, Katzman, 1999 y Berr, 2005); siendo más baja en China, África e India (Ferry et al; 2005 y Zhang et al; 2005).

En América Latina, los estudios basados en población son escasos; sin embargo, han servido de base para establecer la prevalencia de demencia, la cual fluctúa entre 4,03% y 8,2%. Ketzoian y colaboradores, en 2 731 individuos mayores de 65 años de edad encontraron una prevalencia de 4,03%, en la población de Villa del Cerro, Montevideo, Uruguay (Ketzioian, et al; 1997). En Cuba, Llibre y colaboradores, en 1 139 individuos de la misma edad hallaron una prevalencia de demencia de 8,2%, en la población de La Habana (Llibre, 1999). Herrera y colaboradores, en Catanduva, Sao Paulo, Brasil, en 1 656 individuos mayores de 65 años de edad encontraron una prevalencia de demencia de 7,1% (Herrera, et al; 2002). En el Perú, no existen estudios basados en población.

La clasificación tanto del DSM como CIE coinciden en que la característica central de una demencia está dada por el desarrollo de una serie de déficits cognitivos que incluyen primariamente el deterioro de la memoria y uno o más de los siguientes dominios: afasia, apraxia, agnosia o alteración de las funciones ejecutivas. Esta alteración debe ser lo suficientemente grave como para interferir de forma significativa las actividades laborales y sociales y representar un déficit respecto al nivel previo de actividad del sujeto.

Inicialmente los problemas que se observan se relacionan con la memoria para acontecimientos recientes. Aparecen dificultades para recordar lo que ocurrió en el curso de los últimos días, horas o minutos. Si los déficits cognitivos se presentan exclusivamente durante un episodio de delirium, no es posible realizar el diagnóstico de demencia. La demencia puede estimarse etiológicamente relacionada con una

enfermedad médica, con los efectos persistentes del consumo de sustancias psicotropas (incluyendo la exposición a tóxicos) o con la combinación de ambos factores.

Los sujetos con demencia tienen deteriorada la capacidad para aprender información nueva y olvidan el material aprendido recientemente, aunque a veces en el curso de la enfermedad puede ser difícil demostrar la pérdida del material previamente aprendido. Pueden ser similares al olvido causado por la depresión o ansiedad, o por estar el individuo sometido a un elevado grado de estrés. Pueden perder objetos indispensables para su funcionamiento en la vida diaria y a medida que la enfermedad progresa, el individuo llega a desorientarse en relación con el tiempo, espacio y personas.

En las fases avanzadas de la demencia se puede perder por completo la capacidad para hablar o presentar un patrón de lenguaje deteriorado caracterizado por perseveraciones verbales del tipo ecolalia, que tienden a invadir todo el discurso en el que se repite, de manera automática, lo que acaba de decir otra persona, o palilalia, caracterizado por la repetición involuntaria y monótona de la misma palabra, sonido o de la misma frase.

Entre un 20% y un 50% de los pacientes con demencia primaria desarrollan un trastorno depresivo en algún momento de su evolución. La prevalencia es aún mayor en población institucionalizada, en la demencia vascular es más frecuente que en la enfermedad de Alzheimer. El diagnóstico diferencial entre demencia y depresión muchas veces no es fácil, ya que existe un solapamiento de síntomas entre los dos trastornos: problemas de apetito, peso, sueño, motricidad, emotividad y sociabilidad son frecuentes en ambas entidades; en otras ocasiones la tristeza y la anhedonia son evidentes. La clave la da la rapidez de instauración de los síntomas, más que la presencia de los propios síntomas en sí, aunque es necesario valorar los síntomas vegetativos, cambios en los ritmos biológicos, en el apetito o peso entre otros, no hay que olvidar

los síntomas intrapsíquicos, en este sentido, se ha de investigar los sentimientos de tristeza o desesperanza, así como la ideación de muerte.

En la demencia, según algunos estudios el 63% de los cuidadores son frecuentemente de sexo femenino con una edad promedio de 62 años, además la edad media del paciente con demencia de 73 años. El número medio de años de cuidado es de 3.1 años. Los cuidadores tienden a ser con más probabilidades de ser los esposos (61%) que los hijos (29%) u otros parientes (11%). A pesar que los cuidadores divulgaron que sus parientes eran moderadamente incapacitados, percibieron más recompensa que carga. Los cuidadores que divulgaron un funcionamiento pobre de familiar tenían grados más altos de tensión y de carga. El funcionamiento familiar en estos cuidadores era el más pobre de las dimensiones de sensibilidad afectiva, solución de problemas y comunicación pero estuvo también deteriorado en la implicación afectiva (Alison, et al, 2004).

La evaluación del funcionamiento familiar puede ser un factor importante en el cuidado del paciente con demencia, en este sentido las familias se ven seriamente afectadas por problemas de demencia en este sentido muchas familias se desintegran o abandonan al paciente con demencia y este estudio pretender determinar la relación entre esta enfermedad y los problemas de funcionalidad familiar.

## **1.2. Descripción del problema**

La Organización Mundial de la Salud advierte que unos 50 millones de personas que padecen demencia en el mundo, y cada año se registran cerca de 10 millones de nuevos casos. La demencia supone ya una de las principales causas de discapacidad y dependencia. a Enfermedad de Alzheimer la forma más extendida de demencia (entre el 60% y 70% de los casos), y su impacto tanto en los cuidadores, como en la familia y

la sociedad puede afectar a la esfera física, psicológica, social y económica. La OMS recalca que la demencia se caracteriza por el deterioro de la función cognitiva que afecta, entre otras funciones, a la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje o el juicio. La OMS también advierte en esta infografía que el deterioro de la función cognitiva suele ir precedido o acompañado por un deterioro del control emocional, del comportamiento social o de la motivación. (Ceafa, 2018)

En el Perú, solo en el Ministerio de Salud, del total de pacientes con demencia, el 70% corresponde a personas que padecen Alzheimer. De acuerdo a cifras del Ministerio de Salud, hay al menos 200,000 personas que viven con alzhéimer. Del total de pacientes que padecen este problema y que son recibidos por los nosocomios del ministerio, el 63% son mujeres y 37% varones.

### **1.3. Formulación del problema**

#### **1.3.1. Problema general**

¿En qué medida la Enfermedad de Alzheimer se relaciona con los problemas de funcionalidad familiar en pacientes del Departamento de Neurología de la Conducta del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas? Periodo junio 2017 – mayo 2018?

#### **1.3.2. Problemas específicos**

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los pacientes del Departamento de Neurología de la Conducta del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas?
- ¿Existe relación entre la Enfermedad de Alzheimer en la dimensión de deterioro de la memoria y los problemas de funcionalidad familiar?

- ¿Existe relación entre la Enfermedad de Alzheimer en la dimensión de funciones cognitivas y los problemas de funcionalidad familiar?
- ¿Existe relación entre la Enfermedad de Alzheimer en la dimensión de alteración de las funciones mentales superiores y los problemas de funcionalidad familiar?
- ¿Existe relación entre la Enfermedad de Alzheimer en la dimensión de tipos de síntomas y los problemas de funcionalidad familiar?

#### **1.4. Antecedentes**

Se han revisado las investigaciones relacionadas al tema tanto de demencia como de funcionalidad familiar con el fin de darle las bases científicas al presente proyecto.

Por ejemplo Santos y colaboradores realizaron un estudio con el objetivo de caracterizar a los cuidadores de ancianos con alteraciones cognitivas viviendo bajo diferentes contextos de vulnerabilidad social y evaluar la funcionalidad familiar de tales ancianos según la percepción de los cuidadores. La funcionalidad familiar fue evaluada utilizando el instrumento APGAR de familia, durante entrevistas domiciliarias con 72 cuidadores de ancianos. Todos los cuidados éticos fueron observados. Se utilizó la correlación de Spearman y e test de Mann-Whitney, con nivel de significatividad de 5% ( $p < 0,05$ ). Los resultados muestran que el 82% de los cuidadores refieren buena funcionalidad familiar, el 14% moderada disfunción familiar y el 4% elevada disfunción familiar. Existió correlación estadísticamente significativa entre el APGAR de Familia y el número de personas residentes en el domicilio ( $p = 0,048$ ). Investigaciones futuras podrían verificar la relación entre funcionalidad familiar y

sobrecarga del cuidador en el contexto de ancianos afectados por demencia (Santos Pavarini, 2007).

Bocanegra y colaboradores desarrollaron una investigación sobre el insight, la cual ha concluido que se trata de una variable multidimensional, que se relaciona con otras variables como la sintomatología psicótica, el deterioro cognitivo y la depresión. En el presente estudio, realizado con una muestra de 136 sujetos diagnosticados de esquizofrenia, los autores plantean verificar un estudio anterior en el que establecían la existencia de dos factores del insight: un factor psicótico y un factor cognitivo. El primero hace referencia a un conocimiento general de la enfermedad, que correlaciona con la sintomatología psicótica. El factor cognitivo se refiere a un conocimiento más amplio y específico de la enfermedad y requiere el funcionamiento preservado de ciertas áreas cognitivas. Asimismo, se plantea estudiar la relación entre las diferentes dimensiones del insight y variables como la depresión, la ansiedad y las ideas de suicidio. Los resultados obtenidos corroboran la existencia de ambos factores. El factor psicótico se relacionó con la depresión y la ansiedad, mientras que el factor cognitivo no. Se discuten las consecuencias terapéuticas de estos resultados. (Bengochea et al; 2011)

Zanetti y colaboradores hicieron el presente trabajo con la finalidad de describir las etapas de adaptación cultural del Family Questionnaire para a la lengua portuguesa. Se trata de un estudio descriptivo que utilizó una escala breve y autoaplicable para evaluar la emoción expresada en el entorno familiar de los pacientes con esquizofrenia. El proceso de adaptación cultural ha seguido las fases siguientes: traducción de la escala para el idioma portugués; obtención del primero consenso de las versiones en portugués; evaluación por el comité de expertos; back-translation; obtención del

consenso de las versiones germánicas y comparación con la versión original; evaluación semántica de los elementos de prueba y preteste. Los participantes del preteste fueron 30 familiares de pacientes con esquizofrenia. Los datos fueron recolectados durante noviembre de 2009, en un servicio secundario de salud mental en una ciudad del estado de São Paulo-Brasil. Se concluye que este instrumento está apropiado para someterse a la validación.(Zanetti et al. 2012)

Delgado manifiesta que la demencia precoz o esquizofrenia, psicosis frecuente en la edad juvenil y condicionada fundamentalmente por factores hereditarios, se distingue por aparecer sin causa exterior notoria y manifestar un conjunto especial de síntomas orgánicos y mentales. Entre los últimos se encuentran algunos característicos. De ahí el interés del estudio psicopatológico de esta psicosis. Las manifestaciones psicopatológicas más importantes de la esquizofrenia son las siguientes: 1| En el campo de la actividad perceptiva: la impresión de extrañeza del mundo, las pseudoalucinaciones verbales de la sensibilidad corporal, las alucinaciones o pseudoalucinaciones verbales y verbomotrices, sobre todo el pensamiento, las voces dialogantes y las de comentario de la propia acción. En general, las pseudopercepciones genuinamente esquizofrénicas se distinguen por ser experiencias que el sujeto vive sin asimilarlas en su existir autónomo. 2| En materia de pensamiento: la disgregación, la forma precategorial (simbolismo arcaico, autismo, participación en el ser ajeno), los pensamientos hechos, la substracción, la publicación y el bloqueo del pensamiento y las delusiones o delirios primarios (por falla directa del juicio, estableciendo relaciones sin motivo). En conjunto, el pensamiento esquizofrénico se puede caracterizar así: descabal el contenido concreto, frustráneo el aliento de la función activa, impersonal y mediata la substancia primaria. 3| El sentimiento se apaga hasta el vacío afectivo con alguna frecuencia y manifiestas anormalidades cualitativas, como las siguientes:

anafectividad, de imposición, de privación, etc. 4<sup>l</sup> En materia de instinto, lo más significativo es la emergencia de obscuras fuerzas titánicas a la vez que la reanimación desconcertada de actitudes afectivas y valorativas del pasado personal, manifestándose las infantiles no como infantiles e inocentes sino, adulteradas, como actuales y perversas, a causa de que la conciencia del adulto enfermo. (Delgado, 2001)

Moreno y colaboradores realizaron un estudio con el objetivo de: 1) Conocer las necesidades más y menos importantes que reportan un grupo de 73 cuidadores de personas con demencia que asisten a la Clínica de la Memoria del Hospital Central de la Policía en Bogotá, Colombia, 2) Describir las principales características psicosociales y 3) Determinar si existe una relación entre dichas necesidades y las características psicosociales. Se administró un cuestionario de necesidades familiares, el cuestionario de depresión PHQ-9, el cuestionario de sobrecarga de Zarit, la escala de apoyo social, y la escala de satisfacción con la vida. Se encontró que las necesidades más importantes para los cuidadores fueron la necesidad de recibir información sobre la enfermedad, la necesidad de recibir apoyo emocional y la necesidad de recibir apoyo de la comunidad. La mayoría de cuidadores reportaron tener altos niveles de sobrecarga, depresión y problemas de salud. La necesidad de ayuda para mejorar la salud física fue la que mejor predijo la depresión y la sobrecarga en los cuidadores de personas con demencia. Las necesidades de tiempo para descansar y de apoyo psicológico fueron las que mejor predijeron la satisfacción con la vida. (Moreno et al; 2010)

Guerra refiere que el actual incremento de ancianos con demencia trae consigo la presencia de síntomas psicológicos y conductuales. Con el objetivo de conocer el comportamiento de los síntomas psicológicos y conductuales en pacientes con síndrome demencial, evaluados en la Consulta de Trastornos Cognitivos y Psicogeriatría del

Hospital Carlos J. Finlay, realizamos un estudio descriptivo de corte transversal en 68 pacientes con diagnóstico de demencia, de acuerdo con los criterios del DSM IV de la Sociedad Psiquiátrica Americana, seleccionados por un muestreo probabilístico de selección aleatoria simple, de un universo de 180 pacientes con demencia, quienes fueron evaluados en dicha consulta, en el año 2006. En 100 % de los pacientes se presentó este tipo de sintomatología, en los que predomina la demencia tipo Alzheimer y como síntoma el trastorno de la actividad. Los trastornos de la actividad, del sueño y la agresividad sobresalieron en relación con el grado de deterioro mental. Se concluye acerca de la necesidad de profundizar en el estudio de este tipo de síntomas, los factores a los que se asocian y de su conocimiento por el equipo de atención primaria de salud (Guerra et al; 2009).

Oliveira hizo un trabajo con el objetivo de identificar, entre padres de esquizofrénicos, elementos de su convivencia diaria con el trastorno y la atención recibida a través del sistema de salud. Investigación de campo, vertiente historia oral temática. Participó una pareja, padres de cuatro esquizofrénicos. Se realizaron entrevistas, grabadas y transcritas, utilizando tres instrumentos (dos cuestionarios específicos y diario de campo). Se identificaron tres categorías que retratan dificultades experimentadas cotidianamente, comprensión de la esquizofrenia con sentido de limitaciones, cansancio y sobrecarga con perjuicio de calidad de vida, incertidumbre relativa al futuro y resiliencia fortalecida por la fé en Dios. La concepción de cuidado se asoció a procedimientos técnicos, mostrándose satisfacción con la atención recibida. Se concluye en que el sufrimiento derivado de la convivencia con esquizofrénicos es intenso, los profesionales necesitan estar preparados para enfrentar las experiencias de dolor y sufrimiento del enfermo mental y de sus familiares. (Oliveira, 2012)

Pérez refiere que la enfermedad de Alzheimer no solo afecta a la persona que la padece, sino que también repercute de manera muy importante en la familia. Son los familiares cuidadores los que, de forma mayoritaria, se hacen cargo de la atención de estos enfermos con una dedicación de 24 horas. El propósito de este estudio fue describir las características socio-demográficas y el nivel de sobrecarga de los cuidadores informales de adultos mayores con demencia leve y moderada. Se realizó un estudio descriptivo que incluyó a 75 cuidadores de adultos mayores con demencia leve y moderada, que asistieron a la Consulta de Trastornos Cognitivos del Hospital «Carlos J. Finlay». Entre las características socio-demográficas predominaron los cuidadores del sexo femenino, el grupo de edad entre 40 y 49 años y los cuidadores con grado de consanguinidad con el anciano. Además, predominó entre los cuidadores el estado civil casado y la mayoría de los cuidadores tienen vínculo laboral. Además, los cuidadores de los adultos mayores demencia moderado evidenciaron mayor nivel de sobrecarga que los cuidadores de los adultos mayores con demencia leve o en estadios iniciales de la enfermedad. (Pérez et al; 2010)

Mondéjar refiere que las demencias en general y la enfermedad de Alzheimer en particular, se han convertido en un problema creciente, es un trastorno degenerativo del cerebro y llega a afectar severamente las actividades de la vida diaria de quienes la padecen. Se realizó un estudio de intervención educativa pre-experimental de tipo antes-después a cuidadores de adultos mayores con demencia de Alzheimer del área norte de Morón, de enero a julio del 2009, con el objetivo de elevar el nivel de conocimientos de éstos sobre el manejo de los pacientes portadores de esta enfermedad mediante la aplicación de una estrategia de intervención educativa. El universo estuvo constituido por 30 cuidadores. Predominaron los cuidadores de 50 a 59 años para un 59.9 por ciento, sexo femenino en un 93.3 por ciento, el 80 por ciento eran amas de casa

anteriormente; el 90 por ciento tenían vínculos consanguíneos con los enfermos. Se evaluaron antes y después de la intervención los conocimientos sobre los temas: qué hacer ante un cuadro de agitación o agresividad en el adulto mayor, qué capacidades (pérdidas o conservadas) se deben enfatizar en el paciente con demencia, así como la frecuencia de alimentación y baño de este. Al concluir la intervención se comprobó que los cuidadores elevaron el nivel de conocimientos sobre los temas tratados. (Mondéjar et al; 2011)

Mayo realizó un estudio pre-experimental con el objetivo determinar la efectividad de un Programa de intervención educativa en el nivel de conocimientos sobre depresión en el adulto mayor, en familias con adultos mayores diagnosticados con este problema en el Consultorio del Médico de Familia No. 3 del área de salud Camilo Cienfuegos, de junio del 2008 a mayo del 2009, en Chambas. El universo del estudio lo conformaron familiares de 175 adultos mayores que representan el total de ancianos del consultorio. La muestra la integraron familiares de 32 ancianos diagnosticados con trastornos afectivos, seleccionados en correspondencia con cada adulto mayor, previa discusión de la necesidad de la intervención educativa y de la aprobación del trabajo por la familia; se les aplicó un cuestionario que midió su nivel de conocimientos antes y después de la intervención educativa, sobre cambios generales en el adulto mayor, trastornos del equilibrio y marcha, cambios en los aspectos mentales y signos de demencia, trastornos afectivos y su prevención y transferencia al especialista. Los resultados muestran diferencias significativas entre las medias obtenidas por los familiares, antes y después de la intervención educativa. Se observaron niveles altos de conocimiento después de ejecutado el programa de intervención educativa, lo que demuestra la efectividad del mismo.(Mayo et al; 2011)

Borghi realiza un trabajo con el objetivo de identificar la calidad de vida (CV) del cuidador y la del anciano con Enfermedad de Alzheimer (EA). Estudio descriptivo-exploratorio realizado en Maringá, Paraná, Brasil, junto a 50 ancianos y cuidadores. Los datos fueron recogidos en el período de noviembre de 2010 a enero de 2011 con aplicación de la Escala de Evaluación de la Calidad de Vida en la Enfermedad de Alzheimer. El promedio de los resultados totales para pacientes y cuidadores fue respectivamente, 26,36 y 35,04 puntos. Los ítems vivienda (98 por ciento) y familia (72 por ciento) presentaron mayor satisfacción de los cuidadores y ancianos y los ítems memoria y tareas (92 por ciento) a los cuidadores y ocio (52 por ciento) a los ancianos alcanzaron mayores índices de insatisfacción. Se considera que la CV del cuidador refleja directamente en el cuidado prestado y, por lo tanto, también debe ser considerada en el planeamiento e implementación de la asistencia al anciano con EA. (Borghi et al; 2011)

Tartaglino realizó una investigación con el objetivo de describir los factores de riesgo psicosocial en cuidadores familiares de pacientes con demencias. El Método constó de un diseño descriptivo-correlacional de corte transversal. Respecto a los instrumentos, se emplearon el cuestionario de datos sociodemográficos y psicosociales, el cuestionario de Estilos y Estrategias de Afrontamiento, el inventario de recursos sociales y escala de sobrecarga. Los instrumentos fueron administrados a 200 cuidadores residentes en C.A.B.A. y Gran Bs. As., Argentina. Se encontró como resultados que la percepción negativa del cuidador del estado de salud del paciente, el mayor número de días dedicados al cuidado, la utilización inadecuada de los estilos y estrategias de afrontamiento, la insatisfacción con el apoyo percibido de la red social, la existencia de un vínculo desfavorable con el familiar asistido, y la actitud negativa de este último hacia el tratamiento, se presentan como factores de riesgo psicosocial de

los cuidadores familiares entrevistados. Los cuidadores son calificados como pacientes ocultos. Para referirse al conjunto de patologías que los afecta se utiliza el concepto de síndrome del cuidador. Por lo tanto se recomienda realizar la evaluación psicosocial del cuidador, considerando los factores de riesgo señalados, con el propósito de evaluar si el cuidador está en condiciones de asistir al paciente, sin que se vea afectado su bienestar ni el del enfermo.(Tartaglino et al; 2011)

Tartaglino con el objetivo de evaluar la influencia del género y edad en las percepciones de relaciones familiares, entre ancianos con alteraciones cognitivas que vivían en contextos de pobreza. Se trata de un estudio transversal con enfoque cuantitativo. La funcionalidad familiar fue evaluada utilizando el instrumento Apgar de familia, durante una entrevista domiciliar con 45 ancianos con alteraciones cognitivas que vivían en contextos de pobreza. Los resultados revelan que el 62 por ciento de las mujeres y el 95 por ciento de los hombres evaluaron la funcionalidad de su familia "buena"; el 21 por ciento de las mujeres y el 5 por ciento de los hombres presentaron moderada disfunción y solamente las mujeres (17 por ciento) señalaron elevada disfunción familiar. Estos resultados fueron significativamente diferentes, según el test de Mann-Whitney ( $Z=-2,559$ ;  $p=0,01$ ). No hubo correlación significativa, por el coeficiente de Spearman, entre edad y funcionalidad familiar ( $p>0,05$ ). Así que, en el desarrollo de servicios públicos de atención al anciano con alteraciones cognitivas, es importante considerar diferencias con respecto al género en la percepción de las relaciones familiares (Santos et al: 2011).

Almeida en Brasil, refiere que con el movimiento de la Reforma Psiquiátrica, un nuevo actor emerge en el cuidado de la salud mental: el cuidador, a quien el sistema de salud deben considerar para llegar a un proceso terapéutico completo y eficaz. Así, buscamos comprender las representaciones sociales de los cuidadores de pacientes con

esquizofrenia, en relación a la atención recibida en un CAPS de Minas Gerais. Teniendo en cuenta la perspectiva de la investigación cualitativa, mediante entrevistas semi-estructuradas, entrevistamos 15 cuidadores de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que utilizaban el CAPS de la ciudad de Lagoa da Prata-MG. El discurso de los entrevistados identificó tres categorías: la desinstitucionalización, la atención por un equipo multidisciplinario y el tratamiento de drogas. Se concluye que los profesionales de la salud deben implementar prácticas a fin de informar e integrar el cuidador en el proceso de atención, dando la bienvenida a su participación. (Almeida et al; 2010)

Wagner realiza un trabajo que pretende conocer la percepción de personas que sufren esquizofrenia y de sus cuidadores respecto a los cuidados ofrecidos por profesionales y servicios de salud en distintos contextos socioculturales. Se trata de un estudio cualitativo con grupos focales. Los participantes (303 individuos) provenían de servicios primarios y secundarios de salud de Argentina, Brasil, Chile, España, Inglaterra y Venezuela. Los datos fueron explorados a través del proceso de análisis de contenido, con el auxilio del programa Qualitative Solutions and Research/Non-numerical Unstructured Data Indexing (QSR NUD\*IST 4.0). La percepción sobre la calidad del cuidado es influenciada por la relación profesional-paciente y por la disponibilidad de recursos. La precariedad de la atención también es entendida como discriminación. Personas con esquizofrenia en general se perciben desvalorizadas por profesionales y servicios y sienten falta de un cuidado más humanizado. En los contextos en que el cuidado comunitario es poco desarrollado, las quejas se centran en la falta de recursos y servicios. Mientras en los contextos más desarrollados las críticas están más relacionadas con la actitud de los profesionales y a la relación médico-

paciente. Más allá de la necesidad de recursos y servicios, personas esquizofrenia requieren un cuidado más humanizado (Wagner et al; 2011).

### **1.5. Justificación de la investigación**

La Enfermedad de Alzheimer genera un fuerte impacto sobre la familia, a pesar de ello, la mayoría de las veces, únicamente recibe tratamientos y terapias la persona que sufre la enfermedad, quedando su entorno al margen de una atención especializada necesaria. Comprender la Enfermedad de Alzheimer y abordarla fuera del contexto familiar es negar que la enfermedad conlleva necesariamente, alteraciones en el sistema familiar.

Se entiende que para las familias que se enfrentan a la enfermedad y discapacidad sería adecuado como procedimiento de rutina, hacer una reunión familiar en el momento del diagnóstico, así como estar disponibles durante el curso de la enfermedad. Tradicionalmente, la ayuda profesional prestada a la familia ha sido a un único miembro, el cuidador principal. Sin embargo, consideramos que la unidad de evaluación e intervención ha de ser la familia como sistema, interesándonos por sus interacciones y relaciones. De esta forma, parece que las intervenciones tempranas que reconocen la importancia del dolor de todos los miembros de la familia, movilizan su potencial como poderosa unidad psicosocial en el proceso de tratamiento y podría dar oportunidad a que todos puedan expresarse y reciban la misma información y se maneje de mejor forma el problema de la Enfermedad de Alzheimer.

### **1.6. Limitaciones de la investigación**

La investigación no presentó limitaciones significativas que representaran un riesgo a la viabilidad del proyecto.

## **1.7. Objetivos**

### **1.7.1. Objetivo general**

Determinar la relación entre la Enfermedad de Alzheimer y los problemas de funcionalidad familiar en pacientes del Departamento de Neurología de la Conducta del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas. Periodo junio 2017 – mayo 2018.

### **1.7.2. Objetivo específicos**

- Identificar las características sociodemográficas de los pacientes del Departamento de Neurología de la Conducta del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas.
- Determinar la relación entre la Enfermedad de Alzheimer en la dimensión de deterioro de la memoria y los problemas de funcionalidad familiar.
- Determinar la relación entre la Enfermedad de Alzheimer en la dimensión de funciones cognitivas y los problemas de funcionalidad familiar.
- Determinar la relación entre la Enfermedad de Alzheimer en la dimensión de alteración de las funciones mentales superiores y los problemas de funcionalidad familiar.
- Determinar la relación entre la Enfermedad de Alzheimer en la dimensión de tipos de síntomas y los problemas de funcionalidad familiar.

## **1.8. Hipótesis**

### **1.8.1. Hipótesis general**

La Enfermedad de Alzheimer se relaciona significativamente con los problemas de funcionalidad familiar en pacientes del Departamento de Neurología de la Conducta del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas.

### **1.8.1. Hipótesis específicas**

- La Enfermedad de Alzheimer en la dimensión de deterioro de la memoria se relaciona con los problemas de funcionalidad familiar.
- La Enfermedad de Alzheimer en la dimensión de funciones cognitivas se relaciona con los problemas de funcionalidad familiar.
- La Enfermedad de Alzheimer en la dimensión de alteración de las funciones mentales superiores se relaciona con los problemas de funcionalidad familiar.
- La Enfermedad de Alzheimer en la dimensión de tipos de síntomas se relaciona con los problemas de funcionalidad familiar.

## II. MARCO TEÓRICO

### 2.1. Marco Conceptual

#### **La Demencia**

Los trastornos que hoy incluimos en el concepto de demencia han sufrido muy distinta consideración por parte de los estudiosos y de la propia sociedad a lo largo de la Historia. Pasamos a recordar, muy brevemente, las épocas de la Historia en las que se mostró más interés por la demencia (De La Vega y Zambrano, 2012).

#### **Imperio Romano**

La palabra demencia aparece ya en el Imperio Romano, significando —literalmente— «locura, fuera de la mente de uno». Así la encontramos por primera vez en la obra *De Rerum Natura*, de Titus Lucrecius, en el siglo I antes de Cristo, y es en la Enciclopedia de Celsus —también del siglo I antes de Cristo— cuando se usa por primera vez en un contexto médico.

Cicerón defendió en su obra *De Senectute* que la pérdida de memoria en la vejez era consecuencia de una enfermedad ajena al propio envejecimiento.

Un siglo más tarde, Areteo de Capadocia habla ya de demencia senil. En esa época, cualquier tipo de trastorno intelectual o de la conducta era denominado demencia, y es preciso tener en cuenta que entonces la esperanza media de vida al nacer era de unos 30 años.

## **Edad Media**

Durante la Edad Media, los médicos del Islam siguieron manteniendo criterios similares a los del Imperio Romano, tanto en lo relativo a la demencia como en lo relativo al envejecimiento cerebral.

## **Renacimiento**

Las ideas comunes de esta época eran la inevitable decrepitud intelectual y el carácter melancólico del anciano. Thomas Willis, en su obra *De Anima Brutorum*, incluyó bajo los epígrafes de «estupidez» y «locura» lo que hoy conocemos como demencia.

## **Siglo XVIII**

La palabra demencia aparece por vez primera en lengua vernácula en el *Physical Dictionary* de Blancard, en 1726, con los significados de «Deficiencia mental extrema. Sin mente. Extinción de la imaginación y el juicio». El *Diccionario Español-Francés* de Sobrino (1791) la define como «Locura, extravagancia, extravío, alienación del espíritu».

La raíz latina *demens* adquiere ya connotación médica a mediados de este siglo, como se aprecia en la *Enciclopedia Francesa* de Diderot y D'Alembert de 1754, distinguiéndose ya bien aquí la demencia de la manía y del delirium, y aceptándose además su reversibilidad en algunos casos, la posibilidad de presentación a cualquier edad y su carácter plurietiológico.

## **Siglo XIX**

Es en este siglo cuando se empieza a perfilar con claridad la organicidad de la demencia. En 1822, Bayle presentó su trabajo clínico-patológico, en el que demostraba que los

síntomas físicos y mentales de la parálisis general progresiva (PGP), enfermedad infecciosa tratable que cursa con demencia y que había sido traída por los españoles de Colón desde Haití, eran debidos a una aracnoiditis crónica. Esto hizo cambiar el concepto de demencia, que empezó a considerarse el resultado de una enfermedad orgánica.

En el Tratado de Psiquiatría de Wilhelm Griesinger (1845) se hace mención a una clasificación de la demencia apática, bajo el título general de Estados de Debilidad Mental. La demencia senil era un ejemplo de tal condición que, se creía, estaba originada por enfermedad de las arterias cerebrales.

Binswanger introdujo en 1898 el término demencia presenil. El término demencia empezaba a delimitarse: aparecía tanto en la edad senil como antes de ella, y estaba causada por una enfermedad orgánica cerebral, lo que la diferenciaba de las neurosis (Bennett et al; 1990).

Hacia 1900 estaban ya bien individualizadas la demencia senil, la demencia arterioesclerótica y algunas formas de demencia subcortical, entre ellas la descrita por George Huntington en Long Island en 1872.

Sin embargo, no se ubicaban en esa clasificación enfermedades tan clásicas como la PGP, la demencia precoz, las demencias alcohólicas, las postraumáticas, la debida a envenenamiento por plomo, etc.

## **Siglo XX**

Alois Alzheimer describió por completo en 1904 la neuropatología de la PGP, y fue Kraepelin quien señaló que «la infección sifilítica es esencial para su aparición». En

1906, Alzheimer presenta ante la Sociedad Médica Alemana el primer caso de la enfermedad que lleva su nombre, el de la famosa Augusta D.

En el primer cuarto de este siglo ya se había constituido el clásico cuarteto de la demencia presenil: enfermedad de Huntington, enfermedad de Pick, enfermedad de Alzheimer y enfermedad de Creutzfeldt–Jakob. Sin embargo, no había un interés evidente por estas enfermedades, especialmente en la literatura anglosajona, y no es hasta los años 50 cuando comienza en el mundo occidental un desarrollo importante del estudio de las demencias (Masters et al; 1979).

A partir de entonces se inicia una febril actividad investigadora sobre las demencias en todos los campos. Neurólogos, psiquiatras, geriatras, internistas, infectólogos, epidemiólogos y expertos en biología molecular y genética forman, entre otros, la legión de especialistas volcados en la investigación y problemática general de las demencias, y se describen algunas de nueva aparición, como la del complejo demencia–sida y la de la nueva variante de la enfermedad de Creutzfeldt–Jakob.

## **Siglo XXI**

Continúan el interés y la intensa actividad investigadora iniciadas en la segunda mitad del siglo XX. Se asientan los criterios diagnósticos de consenso para las demencias más prevalentes, y se sientan las bases para un diagnóstico más precoz de las mismas, especialmente para la demencia debida a la enfermedad de Alzheimer, para cuyo tratamiento hay abiertas en la actualidad varias vías de investigación bastante prometedoras en el campo de la inmunoterapia (Martínez y Láines, 2000).

## **Definición de demencia**

Las demencias son enfermedades en las que se deterioran las funciones cognitivas, la memoria y otras capacidades intelectuales con respecto al estado mental previo de una persona. El diagnóstico de demencia debe reunir unos criterios para poder establecerse. Los más utilizados son los de la cuarta edición del manual diagnóstico y estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV), que se detallan a continuación (De La Vega y Zambrano, 2012).

### **Criterios de demencia de DSM-IV**

1. Deterioro de la memoria a corto y largo plazo: hechos, fechas, dato.
2. Al menos una de las siguientes alteraciones cognitivas:
  - Afasia, con alteraciones del lenguaje como comprender, denominar
  - Apraxia, con deterioro de la capacidad para llevar a cabo actividades motoras pese a que la función motora en sí misma esté conservada.
  - Agnosia, con fallos en el reconocimiento o la identificación de objetos pese a que la función sensorial está intacta.
  - Alteración de la función ejecutiva, con fallos en la planificación, abstracción, organización.
3. Repercusión significativa de estos trastornos en la vida social y/o laboral del paciente.
4. Ha de suponer una merma o declive con respecto a la funcionalidad previa del paciente.

5. Los déficits no aparecen exclusivamente durante un estado de delirium, aunque éste puede superponerse a la demencia.
6. Existe una relación etiológica con una causa orgánica, con los efectos persistentes de una sustancia tóxica, o con ambas cosas (De La Vega y Zambrano, 2012).

Este deterioro provoca incapacidad tanto mental como física en la mayor parte de los casos; lo que se conoce como declive de las funciones cognitivas.

Según la clasificación DSM-IV la demencia debe mostrar deterioro sobre el nivel de funcionamiento previo del sujeto en los siguientes aspectos:

1) Trastorno de la memoria:

- a) Se inicia como un trastorno de la memoria reciente
- b) Dificultad para retener nueva información ya sea por un fallo en el registro o en la evocación.
- c) Posteriormente puede afectar otras formas de memoria incluyendo la memoria remota o antigua.

2) Presencia de uno o más de los siguientes trastornos cognitivos: afasia, agnosia, apraxia o funciones ejecutivas.

**-La Afasia:**

- Se inicia como un trastorno en la denominación manifestado por olvido de palabras, especialmente nombres propios y nombres de objetos.
- Inicialmente se olvidan las palabras de baja frecuencia de uso pero el curso de la evolución afecta también a las de alta frecuencia
- Más tarde aparecen trastornos en la comprensión, expresión incoherente, trastornos en la repetición, baja espontaneidad verbal y finalmente mutismo.

**-La Apraxia (Ardilla y Rosselli, 1986)**

- Se inicia como una dificultad en habilidades constructivas gráficas (especialmente las representaciones o dibujos tridimensionales, se conoce como apraxia constructiva)
- Seguida de dificultad para realizar planes de acción motores secuenciales (EJ: pasos para tomar un café con leche)
- En casos más avanzados son incapaces de realizar gestos simples como decir “hola” con la mano o indicar gestualmente el uso de un objeto (deterioro de la mímica) (Ardilla y Rosselli, 1986).

**-La Agnosia**

- Dificultad en el reconocimiento por cualquier modalidad sensorial a pesar de un buen funcionamiento de los sistemas sensoriales.

- Se inicia como una dificultad para el reconocimiento del espacio o de los lugares; en estados más avanzados puede afectar el reconocimiento de las personas o de los objetos comunes.

### **-Los trastornos en la función ejecutiva**

- Se manifiestan como una dificultad para planear, iniciar, corregir y terminar la realización de una actividad compleja.
- Generalmente se asocia a una dificultad en el razonamiento abstracto y categorial.

Existen tres tipos de síntomas en las demencias:

1. Cognitivos o neurológicos: Amnesia, afasia, apraxia, agnosia, trastornos del aprendizaje, desorientación, contracturas musculares, alteraciones de los reflejos, temblor, incoordinación motora
2. Funcionales: Dificultad para caminar, comer, asearse , vestirse, realizar las tareas del hogar y en general de la vida diaria.
3. Conductuales: paranoia, ideación delirante, reacciones catastróficas, cuadros de furor, episodios maníaco-depresivos, violencia, apatía, vagabundeo, trastornos del juicio, inadaptación social.
4. Síntomas asociados: Delirium, alteraciones sensoriales (auditivas, visuales, gustativas, olfativas), otras patologías(cardiopatías, artritis, artrosis, diabetes ,osteoporosis).

Progresivamente se van desintegrando conductas personales y sociales del sujeto que padece la enfermedad (tomar decisiones, recordar, desarrollar razonamientos, retener nuevas informaciones....).

Esta degradación de la capacidad intelectual, llega a anular la capacidad de realizar cualquier tipo de actividad de la vida diaria.

El desarrollo de nuevas tecnologías permitió a científicos como Lishman y Ron (1990), determinar que la demencia debe diferenciarse de otros procesos como por ejemplo (Lishman, 1987 y Ron et al; 1979):

- Las reacciones orgánicas agudas, tales como el delirium, o el síndrome confusional.
- Los síndromes cerebrales focales, como la amnesia o el síndrome frontal.
- Los trastornos “funcionales” “psiquiátricos” que son los que se conocen como “pseudodemencias” y entre los que se podría destacar la depresión, la esquizofrenia, la histeria, la neurosis y otras.
- Y la vejez normal, una de cuyas características es la pérdida de memoria.

Por tanto, no se deben clasificar como demencia los cuadros que sólo tengan afectación de la memoria (AMAE) y los que no afecten a las actividades diarias del paciente (DECAE).

No debe ser confundida con el síndrome confusional, definido por un trastorno de la atención y la alerta, aunque en ocasiones ambos (demencia y síndrome confusional) pueden coexistir.

La alteración de la memoria asociada a la edad (AMAE) se corresponde con un “deterioro cognitivo muy leve” en personas de 50 años que se quejan de pérdida de memoria con normalidad en los test neuropsicológicos breves (por ejemplo el MEC, la versión española del Mini Mental).

Se habla de deterioro cognitivo asociado a la edad (DECAE) en caso de “deterioro cognitivo leve” con quejas de pérdida de memoria y alteración discreta en, al menos, una de las siguientes áreas: atención y concentración, lenguaje, pensamiento y función visuoespacial; la puntuación del MEC está alrededor de 24. En los dos supuestos, AMAE Y DECAE, se entiende que no afectan a las actividades de la vida diaria del paciente (como sí lo hace la demencia) y que los déficits son estables, no se demuestra un empeoramiento hacia la demencia en las visitas de seguimiento (Satz et al; 1987).

También es conveniente diferenciar la demencia de la pseudodemencia depresiva, en ésta última se dan las siguientes características, que suelen diferenciarla claramente de la demencia (Satz et al; 1987):

- Historia familiar de depresión
- Preocupación familiar por la memoria del paciente
- Los familiares pueden acompañar o no al paciente a la consulta
- Antecedentes personales de depresión
- Inicio preciso
- Progresión rápida
- Consulta pronto

- La depresión precede al deterioro cognitivo
- Síntomas depresivos persistentes, tristeza
- Buena respuesta a antidepresivos
- Detalla sus molestias
- Preocupado por sus síntomas
- Trastornos del apetito
- Delirios somáticos
- Autoacusaciones
- Responde con frecuencia "no lo sé" o "no puedo"
- Pérdida de memoria reciente y remota
- Se queja de más trastornos cognitivos que los objetivables
- No se pierde por los sitios
- No tiene afasia, apraxia ni agnosia
- Test de depresión alterados
- Test cognitivos normales o poco alterados.

### **Tipos de Demencia**

La demencia tiene un origen multicausal. Si atendemos a sus causas, encontramos dos tipos de demencia (Kaszniak et al; 1981):

- Las enfermedades que son en sí mismas un tipo de demencia
- Las enfermedades que no son una demencia por sí mismas, pero terminan por desarrollar algún tipo de demencia.

A las primeras, se las denomina demencias de tipo primario y a las segundas demencias de tipo secundario.

Las demencias de tipo primario se dan con mayor incidencia entre la población que las secundarias, y tienen como principal característica estar causadas por enfermedades neuronales progresivas, aunque de evolución lenta y ser de naturaleza degenerativa.

Las demencias de tipo primario son:

- La enfermedad de Alzheimer
- La demencia vascular
- La enfermedad de Pick
- Corea de Huntington
- Enfermedad de Creutzfeld-Jacob
- Enfermedad de Binswanger
- Enfermedad de Parkinson

El diagnóstico sobre qué tipo de demencia nos permite identificar los problemas concretos que presenta y si éstos pueden tener o no tratamiento.

## **La Demencia Vascular**

Se conoce también como “multi-infártica”, ya que un área del tejido cerebral queda destruida como consecuencia de un infarto del cerebro y las neuronas de esa zona sufren un daño irreversible, que provoca la demencia. Sólo se destruyen algunas células del cerebro, mientras otras sólo sufren un deterioro temporal. Las células que sólo han sufrido un daño temporal pueden llegar a recuperarse, el nivel de discapacidad de un enfermo dependerá de la zona del cerebro que sí haya sido lesionada (Ferrer, 1998).

- Su principal diferencia con el Alzheimer es que se puede identificar perfectamente el momento concreto en que la persona mostró el mayor deterioro en el desarrollo de la enfermedad
- En algunos casos una misma persona puede sufrir Demencia Vascular y el Alzheimer: a ese tipo de demencia se la denomina demencia Mixta
- La demencia Mixta, suele ser de lenta evolución, con un deterioro uniforme y las funciones mentales quedan más dañadas que en las sensitivomotoras.

## **La enfermedad de Pick**

Descubierta a principios de siglo por Arnold Pick, la enfermedad de Pick es una forma rara e irreversible de demencia que ocasiona cambios de personalidad, pérdida de las habilidades sociales, pérdida de la función intelectual y trastornos en el habla.

La aparición temprana de cambios personalidad es lo que ayuda a diferenciar a ésta enfermedad de la enfermedad de Alzheimer (la pérdida de memoria es el síntoma principal de la enfermedad de Alzheimer). Estos pacientes tienden a comportarse de manera inapropiada en diversos escenarios sociales. Los cambios en el comportamiento

continúan empeorando y con frecuencia son uno de los síntomas más perturbadores de esta enfermedad.

La edad de inicio promedio es de 54 años aunque puede presentarse en personas hasta 20 años, aunque generalmente comienza entre las edades de 40 y 60 años. Este hecho supone una diferencia fundamental respecto la enfermedad de Alzheimer (Folstein y McHugh, 1978).

Se da más en mujeres que en hombre y es poco común. Con el tiempo, los tejidos en dos partes del cerebro (lóbulos frontal y temporal) se encogen, lo cual se denomina atrofia.

Las personas que padecen enfermedad de Pick tienen anomalías llamadas cuerpos de Pick y células de Pick dentro de las células nerviosas en las áreas dañadas del cerebro. Estos cuerpos y células de Pick contienen una forma anormal de una proteína llamada tau. La causa exacta de estas anomalías se desconoce.

Aún no se ha determinado una base genética para la enfermedad y la mayoría de los casos de enfermedad de Pick no son hereditarios.

### **La enfermedad de Creutzfeld-Jacob**

- Es muy poco frecuente, no llega a un caso entre un millón de personas. Generalmente es una enfermedad contagiosa, debido a priones; sin embargo el riesgo de contagio es insignificante, sólo se produce a través de instrumentos quirúrgicos o a través de hormonas de crecimiento.
- Otra de sus principales características, es que suele darse en personas muy jóvenes.

### **Corea de Huntington**

- La característica principal es que las extremidades sufren de movimientos involuntarios, corea, ocasionando una discapacidad todavía mayor que la propia demencia. La demencia no suele aparecer en la fase inicial de esta enfermedad, sino más tarde.

La persona afectada sufre una profunda incapacidad para realizar cualquier actividad de la vida diaria, y es además una enfermedad con un condicionante genético muy elevado.

### **La enfermedad de Parkinson**

Esta enfermedad afecta de manera determinante al control del movimiento, posteriormente desarrollan demencia.

### **Las demencias de tipo secundario**

Las demencias de tipo Secundario se diferencian de las Primarias fundamentalmente en dos aspectos (Gray et al; 1986):

- El origen de la demencia es otra enfermedad, que provoca un posterior desarrollo de la demencia. Estas enfermedades que dan lugar a la demencia suelen ser de tipo neurológico, de tipo metabólico o endocrino.
- La segunda diferencia fundamental es que algunas de estas demencias si pueden abordarse, tienen un tratamiento.

Algunas de las demencias de tipo Secundario serían las siguientes:

- Las demencias tóxicas son las que están relacionadas con el alcoholismo o consumo de drogas.
- Las demencias producidas por la Inhalación de productos tóxicos, como las emanaciones de metales o productos industriales
- Las demencias producidas por haber contraído alguna enfermedad de tipo infeccioso, por ejemplo la sífilis del sistema nervioso central, la enfermedad de Lyme, la encefalitis por Herpes Virus, o el síndrome de la insuficiencia humana(SIDA).
- Derivadas por algunos tipos de Trastornos endocrinos, como la Enfermedad de Cushing, la hipoglucemia o el hipotiroidismo.
- Las demencias ocasionadas por los golpes o traumáticas.
- Los tumores cerebrales ocasionan demencias Neoplásicas
- Demencias ocasionadas por carencias de ciertas vitaminas (B12),o déficits nutricionales.
- Las disfunciones renales crónicas también suelen ocasionar demencias (demencias metabólicas).

### **La enfermedad de Binswanger**

La enfermedad de Binswanger se inicia alrededor de los 60-70 años. Afecta por igual a hombres y mujeres. Es una enfermedad neurológica rara, lentamente progresiva caracterizada por la degeneración de la materia blanca del cerebro, que aumento su frecuencia en relación con la edad, la hipertensión arterial y la severidad de la

enfermedad cerebro vascular. Se desconoce la causa exacta de la enfermedad de Binswanger, aunque las lesiones de sustancia blanca se atribuyen a naturaleza isquémica (déficit de riesgo) (Bernard, 1997).

Los pacientes con enfermedad de Binswanger tienen mayor riesgo para desarrollar arteriosclerosis, la hipertensión está presente en el 95% de los casos y puede acompañarse de diabetes y enfermedad coronaria; un tercio de los pacientes inician su sintomatología con déficit neurológico focal agudo debido a un accidente cerebro vascular.

### **La Enfermedad de Alzheimer**

La enfermedad de Alzheimer fue descubierta a principios de siglo por el Doctor Alois Alzheimer, que analizó el cerebro de una paciente de 51 años, encontrando una atrofia general sin tumores pero con importantes cambios en la red neuronal.

Sin demasiada repercusión entre la comunidad científica de la época, hoy día se ha reconocido al Alzheimer como la cuarta causa de muerte (tras enfermedades cardiovasculares, el cáncer y los accidentes vasculares cerebrales)

Actualmente se diagnostica la enfermedad con un alto índice de acierto diferenciándola de otras demencias y procesos propios de envejecimiento. No afecta más a las mujeres que a los hombres, que haya más mujeres enfermas se debe a que ellas tienen mayor esperanza de vida, y el principal factor de riesgo y determinante para padecer la enfermedad es la EDAD.

La esperanza de vida tras diagnosticar la enfermedad va de 5 a 10 años, la predicción se hace en base al deterioro funcional: los pacientes con peor memoria y lenguaje tienen peor pronóstico (Kaszniak, 1985).

## **Características**

El Alzheimer casi siempre tiene un comienzo insidioso, con cambios sutiles de humor, pérdida de interés y deterioro de la memoria. El paciente no se da cuenta de sus déficits, aunque se muestra confundido en situaciones que no le resultan familiares.

Las principales alteraciones cognitivas en la Enfermedad de Alzheimer son las de memoria y las funciones cognitivas: afasia, apraxia y agnosia.

### **Cambios en la memoria:**

- Desorientación en el espacio y en el tiempo, no puede relatar hechos pasados, falso reconocimiento, identificación errónea.
- Fallo para integrar pasado y presente de cara a anticipar el futuro.
- La desorientación y los problemas de memoria pueden dar lugar a episodios de pérdida: al principio lugares nuevos y más tarde incluso en sitios conocidos, en su propia casa, etc...

### **Cambios en lenguaje:**

- El lenguaje se vuelve elíptico, se emplean muchas palabras para sustituir la adecuada, alteración de redes semánticas.
- Se empobrece el vocabulario, falta de fluidez, se da ecolalia(repetición de palabras)o palilalia(repetición compulsiva de palabras).Se altera la sintaxis
- La comprensión y expresión son muy dificultosas, por lo que la comunicación se hace casi imposible

**Cambios en las capacidades prácticas:**

- Problemas con el aseo, para ponerse y quitarse la ropa; y con actividades domésticas como coser, cocinar, limpiar. Finalmente el paciente muestra una total incapacidad para realizarlas.
- No puede copiar dibujos aunque sean sencillos, dificultad para copiar gestos sencillos o simbólicos. El paciente en estadios finales no sabe cómo realizar actividades básicas.

**Dificultad al integrar percepciones:**

- En el campo visual: dificultad en percibir formas tridimensionales, especialmente si son pequeñas, no reconoce a familiares o su propia casa, se pierde orientación temporal (no recuerda en que día está, mes, año o si es de tarde o madrugada). Pérdida de capacidad de cálculo, por lo que no puede manejar dinero.

**Cambios de personalidad:**

- Neuroticismo, introversión, mayor vulnerabilidad psicológica al estrés, ansiedad, depresión, falta de conciencia, la aparición de estos síntomas se suele dar en los primeros estadios.

**Síntomas psiquiátricos:**

- Alucinaciones visuales y auditivas, falsas e ideas paranoides a pesar de evidencia contraria, ideación persecutoria, robo.

### **Alteraciones de la conducta**

- Agresión, deambulaci3n, incontinencia urinaria, desinhibici3n sexual, comer sin apenas masticar los alimentos.

### **Alteraciones neurol3gicas**

- P3rdida de la expresi3n facial, rigidez, dificultad para comenzar a caminar, rigidez de brazos, agitaci3n de extremidades, mirada fija, muecas de la cara (especialmente la boca).

### **Clasificaci3n de la evoluci3n de la enfermedad**

Para clasificar la evoluci3n de la enfermedad y en qu3 estadio se encuentra, se suele utilizar la Escala de Reisberg (1982), en base al deterioro conductual que va adquiriendo el enfermo. Se establecen 7 estadios (Satz et al; 1987):

**Estadio 1:** Es el inicio de la enfermedad y no existen evidencias claras de la enfermedad, las funciones intelectuales est3n preservadas.

**Estadio 2:** Comienza a producirse el deterioro, la persona se inquieta porque no es capaz de recordar el nombre de personas, sitios o cosas conocidas. Tiene ligeras p3rdidas de memoria como olvidarse de ciertos compromisos y citas sociales, se observan ligeras p3rdidas de memoria.

**Estadio 3:** Comienza a darse un deterioro m3s real; comienza a perderse en entornos familiares, no recuerda nombres de personas que acaba de conocer, disminuye el rendimiento en su trabajo y labores dom3sticas, no retiene lo que lee, dificultad de atenci3n y concentraci3n, pueden producirse p3rdida de objetos, muestra ansiedad por todo este tipo de dificultades.

**Estadio 4:** El deterioro es cada vez más evidente y el enfermo se da cuenta de este hecho. No recuerda acontecimientos de su vida, le cuesta estar al corriente de lo que pasa, tiene serias dificultades para concentrarse, le resulta muy complicado administrarse y viajar solo.

**Estadio 5:** El paciente no puede vivir sin ayuda. No recuerda su dirección y teléfono, no recuerda el nombre de todos sus familiares, se siente desorientado en tiempo y espacio.

**Estadio 6:** Deja de ser consciente de su entorno. Sólo puede distinguir a las personas más allegadas y depende totalmente de los demás para cualquier aspecto de su vida cotidiana. Se puede producir incontinencia, mostrarse agresivo, ansioso y sufrir cambios bruscos de personalidad y en el humor.

**Estadio 7:** La demencia es profunda. No habla, es incontinente, su dependencia de los demás es total, y sólo puede permanecer en la cama.

Otra forma de analizar la enfermedad es teniendo en cuenta los cambios cognitivos, emocionales y sociales que presenta el enfermo a lo largo de la evolución de la enfermedad, (Strub y Black, 1998).

- En la primera y segunda fase: los cambios emocionales ponen de relevancia mayor ansiedad y depresión, los cambios sociales reflejan cambios de conducta y actitud como pasar de la depresión a la euforia. En cuanto a los cambios cognitivos, hay que centrarse en las alteraciones de memoria.
- En la tercera fase: Empiezan a manifestarse signos de afasia, agnosia y apraxia.
- En la cuarta fase: el paciente se encuentra en los estadios finales de la enfermedad.

## **Características neuropatológicas**

La enfermedad de Alzheimer es una demencia de tipo primario, degenerativa y progresiva, es la más importante debido a la gran cantidad de casos. Aunque su etiología es incierta, se observa una muerte progresiva de neuronas.

Son dos los elementos patológicos fundamentales (Heston y Mastri, 1982):

- La aparición de placas seniles o neuríticas ricas en amiloide, que reemplazan las terminales nerviosas degeneradas en las regiones cerebrales de la memoria (hipocampo), y con el pensamiento (la corteza).
- La aparición de nódulos u ovillos neurofibrilares, que se localizan en el interior de las neuronas impidiendo que trabajen de forma eficaz. En un cerebro normal, existen unas fibras muy delgadas que son las que facilitan el buen funcionamiento de las neuronas, en el caso del Alzheimer, esos neurofilamentos o fibras se enrollan entre sí en forma de espiral provocando esos ovillos que acabarán destruyendo las neuronas.

## **Criterios diagnósticos**

Para realizar un correcto diagnóstico de Alzheimer, se debe tomar una perspectiva global a partir de diversas pruebas que van a permitir la exclusión de otras posibles enfermedades (Heston y Mastri, 1982).

Entrevista con el paciente o familiar que arroje datos sobre:

- Pruebas y diagnósticos previos
- Presencia de antecedentes familiares de Alzheimer

- Datos educativos y laborales
- Historial médico (presión arterial, diabetes, medicación, etc)
- Problemas actuales (quejas del paciente, atención y concentración, cambios de personalidad, timidez, orientación, etc)

### **Áreas a explorar**

- Cambios de conducta
- Cambios graduales (más propios del AD) o alteraciones bruscas escalonadas (caso de demencia multi-infarto), cambios de conducta, cambios emocionales, cambios en la conducta social, cambios en la conducta intelectual.

Una vez diagnosticado, para determinar el estado de la enfermedad se emplea (French, 1985):

**La escala de Hachinski:** permite averiguar el origen de la enfermedad (vascular, degenerativo o mixto)

**Test de Folstein:** mide la capacidad cognitiva en relación a algunos aspectos (orientación temporoespacial, memoria inmediata y remota, atención, lenguaje y capacidad visual). Presenta un alto porcentaje de error en personas mayores con bajo nivel de formación.

**Escala de Blessed:** Permite medir con precisión la evolución del deterioro intelectual del enfermo.

**Escala de Reisberg:** Describe en siete estadios la evolución de la enfermedad.

**Índice de Barthel:** Mide el estado funcional del enfermo (capacidad del enfermo para bañarse, alimentarse, control de esfínter...)

## **Funcionalidad familiar**

### **Definición y Características de la Familia**

La familia como unidad antropológicamente considerada, es constante en todos los tiempos y en todas las culturas. Siempre dispone de un transcurrir dinámico dirigido a la multiplicación y a la preparación de nuevos individuos para la permanencia de la especie humana (Forselledo, 1988 y Forselledo, 1990).

Para ello, ha debido adaptarse a cada presente histórico, por intermedio de complejos mecanismos por los cuales trata de mantenerse equilibrada y así ser el brote en el infinito proceso de la vida.

La familia es un sistema socionatural organizado en roles fijos (padre, madre, hermanos, tíos, etc.), con vínculos que pueden ser consanguíneos o no, con un modo de existencia económico, social y cultural común, con una matriz afectiva aglutinante y un funcionamiento unitario que le da identidad.

Naturalmente la familia pasa por un proceso evolutivo dinámico que marca su nacimiento, crecimiento, multiplicación, decadencia y trascendencia en pro de una finalidad: Generar nuevos individuos para la sociedad.

Para cumplir con la finalidad este sistema necesita cumplir una serie de objetivos intermedios que son:

Dar a todos y cada uno de sus miembros "Seguridad Afectiva" y "Seguridad Económica", dar a todos y cada uno de sus miembros un "Modelo Sexual" firme y

vivenciado, así como "Modelos de Comportamiento" apropiados para el contexto social y que contengan los valores propios de la familia.

En términos sistémicos la finalidad de la familia es una "Equifinalidad" ya que, puede alcanzarse desde diferentes puntos de partida y en diversas circunstancias, siempre que los objetivos intermedios estén contemplados y se cumplan lo mejor posible.

De esta manera, frente a diferentes perturbaciones, obstáculos o problemas, la familia como sistema adecuará sus mecanismos internos para asegurar el cumplimiento de la finalidad.

En cuanto a la estructura de la familia, la organización en roles fijos nos habla de las leyes universales que rigen en términos globales dicha estructura. A su vez, cada familia, como cada sistema vivo, tiene su propia singularidad e historia.

Para alcanzar sus objetivos y cumplir su finalidad, la familia se ha estructurado con particulares divisiones del trabajo y del poder, a través de relaciones complementarias. Esto refiere a la diferenciación de funciones para la supervivencia del conjunto, lo que deriva en la constitución de subsistemas familiares (parental, fraternal, parento-filial, etc.) (Forselledo, 1990 y Ithurralde et al; 1985).

Estos subsistemas son dinámicos y se transforman con el correr del tiempo, reestructurándose para seguir funcionando adaptativamente. Para diferenciar cada uno de los subsistemas, existen límites entre ellos, los que están constituidos por las reglas que los rigen. En estas, se definen quienes entran o salen de un subsistema al otro, quienes participan activamente o no, etc. Las reglas son redundancias de interacción, que regulan la vida intrafamiliar y por medio de las cuales se ponen en vigencia los valores, las creencias y los mitos familiares.

La estructura familiar, con su compleja red de interacciones, no es estática sino que posee una identidad en el curso del proceso evolutivo dinámico ontogenético.

Otro concepto importante en relación a la familia como sistema, es el de "Homeostasis" que, según la definición de Cannon (1929) (Ithurralde et al; 1985), corresponde a la regulación y mantenimiento de un medio interno constante.

La familia dispone de una cantidad de mecanismos por los que trata de mantenerse en equilibrio. Desde el punto de vista de los intercambios de materiales energía e información con el medio circundante (suprasistema social y suprasistema ecológico), la familia es un sistema abierto. Al igual que un organismo vivo, su equilibrio es un estado estable de flujo entre el medio interno familiar y el medio externo social y ecológico.

Cuando se alcanza la homeostasis, la familia conserva o mantiene sus pautas preferidas tanto tiempo como le es posible; poniendo resistencias a los cambios mediante mecanismos de regulación llamados "homeostáticos" (MMHH).

En realidad se habla de un "gradiente de apertura" para la disminución o el aumento de los intercambios de energía e información por medio de las comunicaciones. En este sentido las posibilidades de crecimiento de la familia (morfogénesis) van a estar dados por un tipo y grado de apertura que genere un balance positivo, ahorrando para sí energía y cumpliendo los objetivos intermedios y la finalidad (neguentropía).

El decrecimiento, la decadencia, la patología, el cierre del sistema, va a originar pérdidas y desgastes energéticos mayores a los insumos (entropía positiva). Por ejemplo, la pérdida del empleo de alguno de los miembros, la muerte de algún miembro, la enfermedad de alguno de los integrantes del núcleo, etc. más toda la energía puesta

por el resto del grupo para compensar estas alternativas. Todo ello determina un aumento de la entropía y el deterioro del sistema.

Como se desprende, el nivel comunicacional es fundamental para la regulación de la homeostasis, la puesta de límites familiares, la administración de las reglas, la transmisión de los valores y las normas, las creencias y los mitos.

La comunicación, como vehículo interpersonal primario, también puede canalizarse inadecuadamente y presentarse perturbada, bloqueada, desplazada, generando respuestas inapropiadas y promoviendo la disfuncionalidad familiar.

### **Funcionalidad y Disfuncionalidad Familiar**

Una familia funcional es aquella en la cual las comunicaciones se efectúan mediante respuestas apropiadas, a través de las reglas de la denominada "Mutualidad". Esta permite el reconocimiento mutuo de la identidad, de modo tal que cada identidad personal es positiva y significativamente considerada.

La mutualidad no solo tolera las divergencias de intereses individuales, sino que aprovecha el reconocimiento de esas divergencias naturales e inevitables. Tolera la complementariedad y la no complementariedad de los roles familiares, caso este último que opera como estímulo para su búsqueda.

Los miembros de la familia funcional se comunican espontáneamente, con mensajes claros y sin contradicciones gruesas, satisfaciendo la demanda implícita y el significado de los mensajes intercambiados.

En el paradigma teórico de la funcionalidad familiar, el sistema alcanza sus objetivos intermedios y su finalidad, mediante una homeostasis sostenida sin tensión, que fomenta y refuerza la identidad y la autoestima de sus miembros, con comunicaciones

fundadas en la mutualidad y en las respuestas apropiadas (Forselledo y Esmoris, 1991 y Forselledo y Esmoris, 1992).

Una familia disfuncional es aquella en la cual las comunicaciones aparecen francamente perturbadas. Estas son el referente semiológico que nos permite detectar cual es la perturbación y su gravedad en el sistema.

Distintas situaciones pueden generar perturbaciones en la familia, la disfuncionalidad mostrará dramáticamente la incapacidad para resolverlas.

La enfermedad de algún miembro, entradas extrañas de personas o información, la pérdida de algún componente de la familia, la transgresión de las reglas, etc. son perturbaciones que generarán tensiones en el sistema junto a la amenaza de la pérdida o la pérdida de la homeostasis familiar. Este proceso, denominado primario, puede o no percibirse directamente. El síntoma primario, por los riesgos que comporta, generará una respuesta familiar mediante mecanismos homeostáticos (MMHH) que tiendan a regular la dinámica interna y restablecer el equilibrio amenazado o perdido (Almeida et al; 2010).

Como consecuencia, surge en la interacción familiar un fenómeno diferente: el sintoma secundario. Como éste sí es ostensible, en él se pueden constatar las distorsiones relacionales que muchas veces se mantienen por largos períodos bajo una homeostasis tensa.

Por lo tanto, los fenómenos disfuncionales observados y su semiología, bloqueos comunicacionales, escaladas simétricas, complementaciones rígidas, dobles vínculos, pseudomutualidades, cierre de las comunicaciones, etc., no surgen de los conflictos en sí, sino de los mecanismos adoptados por la familia para solucionarlos.

## **Algunas Posibilidades de Disfuncionalidad Familiar.**

Existen tres grandes posibilidades para la disfuncionalidad familiar cuando existe un integrante consumidor con problemas de demencia.

### **1. Mantenimiento de la homeostasis sin tensiones.**

Es el caso de las estructuras familiares denominadas Dispersivas-Centrífugas (Canevaro, 1981), en las que puede tolerarse o incorporarse la demencia como una pauta más de la interacción familiar. Son grupos distantes afectivamente, con límites difusos, permisivos y desapegados, así como con escasas reglas de interacción.

En estos casos, la familia no se da cuenta de la demencia (no se entera), o no le interesa, o lo acepta, hasta que el caso se vuelve límite y aparecen trastornos de conducta graves, riesgo de vida, accidentes, y, a veces, la muerte.

De lo contrario, no hay preocupación, ni búsqueda de ayuda, ni consideración de la disfuncionalidad.

### **2. Mantenimiento de la homeostasis bajo tensión.**

Aquí pueden describirse algunas variantes semiológicas, en tanto el sistema pondrá en juego sus MMHH para mantener el equilibrio, una vez que ha percibido la Enfermedad de Alzheimer como una amenaza.

La respuesta tenderá siempre a revertir la situación, dramatizando, sancionando al paciente con Enfermedad de Alzheimer, condenándolo como e incrementando el rigor de las reglas, pero sin comprender ni resolver el problema y sin que el paciente pueda entender algo de lo que le pasa.

### **3. Ruptura de la homeostasis.**

En estos casos, las respuestas de la familia son caóticas, complicándose no solo el mantenimiento de la integridad familiar, sino el manejo del miembro paciente con Enfermedad de Alzheimer.

La tensión es tan elevada que las respuestas son del tipo todo o nada. Así, pueden observarse actos violentos, expulsiones, o la incapacidad total para dar respuestas a la crisis. La familia en estas circunstancias puede, incluso, fragmentarse y desintegrarse definitivamente.

#### **Respuestas del sistema familiar**

Por otra parte se han identificado, distintas respuestas del sistema familiar ante la aparición o descubrimiento del paciente con Enfermedad de Alzheimer.

1. Respuestas generales del sistema, Bachini y cols. (Bachini, 1985 y Bachini, 1985) describieron tres tipos de reacciones:

1.1. Hay familias que "Dramatizan" la situación del por parte de un integrante del grupo familiar. Escandalizan, condenan al miembro señalado, buscan culpables, pero sin posibilidades de resolver el problema.

1.2. Hay otras familias que "Minimizan" el problema. No consideran la enfermedad hasta que ésta se constituye como tal, Tampoco resuelven la situación y llegan al extremo de negarla.

1.3. El tercer tipo de reacción, correspondería a los grupos que "Utilizan" el problema para restablecer la comunicación intragrupal perdida o deteriorada y lograr una cohesión patológica en torno al mismo. El miembro identificado cumple así, una

función de comunicación y desempeña un rol sensitivo, mediante el cual incrementa las tensiones del sistema para asegurar su "integración".

En las tres modalidades, la homeostasis - cuando se mantiene -requiere de un monto energético muy elevado para el grupo familiar. Este desgaste no comporta la toma de conciencia ni la responsabilidad que todo el grupo tiene frente al problema.

### **Respuestas con semiología específica.**

Preconceptos. Frente al descubrimiento del paciente, la familia pone en práctica mecanismos de regulación que están ligados a circunstancias extrafamiliares. El lema sería: "La familia no tiene responsabilidad". Se percibe en estos grupos la repetición de ciertos esquemas de comportamiento ligados al exterior, que actúan como una necesidad apremiante de canalizar las tensiones hacia afuera.

Ceguera Familiar. Se denomina así al período de latencia que ocurre entre el problema de la Enfermedad de Alzheimer de un integrante de la familia y su objetivación dentro del sistema. Esta latencia es más o menos reservada de acuerdo con la actitud reservada o el diagnóstico del paciente y los mecanismos de negación puestos en práctica por el sistema para "no ver" el problema.

Mitos Familiares. Entre otros, se observan algunos de los siguientes ejemplos:

a. Mito del entendimiento familiar. Cuando se presenta, el grupo manifiesta la existencia de "equilibrio" en la familia. "Todos nos queremos", "todos nos llevamos bien". Cuando aparece el paciente con Enfermedad de Alzheimer, la culpa la tienen los de afuera, los amigos, los parientes, los educadores, el país, etc.

b. Mito de la locura familiar. La locura familiar transgeneracional es la responsable de la fragilidad de sus miembros. "Ya hay antecedentes en la familia de otros desequilibrados". Por lo tanto, el paciente con Enfermedad de Alzheimer es un desequilibrado más, que viene a confirmar el mito. Se unen los sentimientos de rechazo por la enfermedad y el respeto por la misma, pues cumple con el mito.

En realidad se trataría de una actitud permisiva, negadora del problema del "aquí y ahora".

Neurosis de Necesidad (Forselledo, 1988; Forselledo y Da Silva 1990 y Bachini et al; 1985). Indica que la familia necesita al paciente con demencia con sus reacciones, fallas y trastornos de conducta, como un mecanismo más de estabilización de una homeostasis bajo tensión. Forselledo y cols. han desarrollado con más detalle esta respuesta específica (Forselledo, 1991).

Codependencia. En familias con una madre depresiva, con importantes núcleos melancólicos y con una figura paterna débil, pusilánime, negadora, poco afectiva y que no reconoce exigencias; el o los hijos se verán sometidos a los imperativos afectivos de la madre, a pactos no visibles que terminan en la idea de convivencia dependiente.

Por otra parte, la estructura relacional del paciente con su familia, es tan estrecha, que muy pocas veces se distancia totalmente del sistema.

Neurosis de Conveniencia (Forselledo, 1988; Forselledo y Da Silva 1990 y Bachini et al; 1985). Es aportada a la dinámica familiar por el paciente. Él ha sido considerado por el sistema para su curación y se le han ofrecido una serie de cuidados y prerrogativas que no desea perder. De esta manera tratará de mantener sus propios síntomas y con ellos, los síntomas secundarios del sistema familiar.

### **III. MÉTODO**

#### **3.1. Tipo de investigación**

El tipo de estudio es correlacional – Retrospectivo – Prolectivo y transversal. Es correlacional, ya que, en primer lugar se describirá las diferentes circunstancias y factores de la enfermedad de Alzheimer (variable X) y luego se determinara si se relaciona con la funcionalidad familiar (variable Y). Es retrospectivo, dado los sujetos de la muestra ya presentan problemas de funcionalidad en sus respectivas familias. Es prolectivo, en razón que se recabará información a partir del momento de inicio del estudio. Es transversal, dado que los datos se recolectaran en un solo momento, en un tiempo único.

#### **3.2. Población y muestra**

##### **3.2.1. Población**

La población en estudio estuvo constituida por 128 pacientes con Enfermedad de Alzheimer del departamento de Neurología de la conducta del Instituto nacional de Ciencias Neurológicas.

##### **Características Generales:**

##### **Criterios de inclusión:**

- Pacientes con Enfermedad de Alzheimer que acuden a la consulta externa.
- Pacientes acompañados de algún familiar.

##### **Criterio de Exclusión:**

- Pacientes con diagnósticos diferentes a demencia por Enfermedad de Alzheimer.

### 3.2.2. Muestra

Dado el tamaño de la población, es que no se obtuvo muestra de la misma. El estudio se realizó con toda la población, es decir los 128 pacientes con Enfermedad de Alzheimer del departamento de Neurología de la conducta del Instituto nacional de Ciencias Neurológicas.

### 3.3. Operacionalización de variables

**Variable independiente**

Enfermedad de Alzheimer

Variable	Tipo	Escala	Indicador	Fuente de Verificación	Código
<b>Enfermedad de Alzheimer</b>					
<b>Deterioro de la memoria</b>					
Deterioro de memoria de corto plazo	Cualitativa	Nominal	Si No	Cuestionario	0 1
Deterioro de memoria de largo plazo	Cualitativa	Nominal	Si No	Cuestionario	0 1
Olvido frecuente de hechos, fechas y datos.	Cualitativa	Ordinal	Siempre A veces Nunca	Cuestionario	0 1 2
<b>Alteraciones Cognitivas</b>					
Afasia	Cualitativa	Nominal	a) Olvido de nombres de personas b) Olvido de palabras c) Olvido de nombres de objetos d) Trastornos en la comprensión e) Expresión incoherente f) Trastornos en la repetición g) Baja espontaneidad verbal h) Mutismo.	Cuestionario	1 2 3 4 5

Apraxia	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Dificultad en habilidades constructivas graficas</li> <li>b) Dificultad para realizar planes de acción motores secuenciales</li> <li>c) Incapaces de realizar gestos simples</li> </ul>	Cuestionario	<ul style="list-style-type: none"> <li>1</li> <li>2</li> <li>3</li> </ul>
Agnosia	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Dificultad en el reconocimiento sensorial.</li> <li>b) Dificultad para realizar planes de acción motores secuenciales.</li> <li>c) Dificultad para el reconocimiento del espacio o de los lugares.</li> <li>d) Dificultad del reconocimiento de las personas o de los objetos comunes.</li> </ul>	Cuestionario	<ul style="list-style-type: none"> <li>1</li> <li>2</li> <li>3</li> <li>4</li> </ul>
Alteración de la función ejecutiva	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Dificultad para planear una actividad compleja.</li> <li>b) Dificultad para iniciar una actividad compleja.</li> <li>c) Dificultad para corregir una actividad compleja.</li> <li>d) Dificultad para terminar la realización de una actividad compleja.</li> <li>e) Dificultad en el razonamiento abstracto.</li> </ul>	Cuestionario	<ul style="list-style-type: none"> <li>1</li> <li>2</li> <li>3</li> <li>4</li> <li>5</li> </ul>
Trastornos en la vida social	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Reacciones Violentas contra otros.</li> <li>b) Agresividad contra los demás</li> <li>c) Poco contacto social</li> <li>d) Aislamiento</li> <li>e) Sociable con conocidos y desconocidos</li> <li>f) Sociable</li> </ul>	Cuestionario	<ul style="list-style-type: none"> <li>1</li> <li>2</li> <li>3</li> <li>4</li> <li>5</li> <li>6</li> </ul>

Trastornos en la vida laboral	Cualitativa	Nominal	<p>a) Problemas para hacer el trabajo de siempre</p> <p>b) Reducción de la productividad</p> <p>c) Incremento del tiempo para hacer las tareas</p> <p>d) Imposibilidad de terminar las tareas.</p>	Cuestionario	1 2 3 4
Declive con respecto a la funcionalidad previa del paciente	Cualitativa	Nominal	<p>a) La persona tiene un funcionamiento mejor a su estado normal.</p> <p>b) La persona tiene un funcionamiento igual a su estado normal.</p> <p>c) La persona tiene un funcionamiento peor a su estado normal.</p>	Cuestionario	1 2 3
Estado de delirium	Cualitativa	Nominal	<p>a) Si</p> <p>b) No</p>	Cuestionario	1 0
<b>Alteración de las funciones mentales superiores</b>					
El lenguaje	Cualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leve</li> <li>• Moderado</li> <li>• Severo</li> <li>• No</li> </ul>	Cuestionario	1 2 3 0
La Memoria	Cualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leve</li> <li>• Moderado</li> <li>• Severo</li> <li>• No</li> </ul>	Cuestionario	1 2 3 0
El juicio	Cualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leve</li> <li>• Moderado</li> <li>• Severo</li> <li>• No</li> </ul>	Cuestionario	1 2 3 0
El cálculo	Cualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leve</li> <li>• Moderado</li> <li>• Severo</li> <li>• No</li> </ul>	Cuestionario	1 2 3 0

La abstracción	Cualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leve</li> <li>• Moderado</li> <li>• Severo</li> <li>• No</li> </ul>	Cuestionario	1 2 3 0
Las capacidades visuoespaciales	Cualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leve</li> <li>• Moderado</li> <li>• Severo</li> <li>• No</li> </ul>	Cuestionario	1 2 3 0
La emotividad	Cualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leve</li> <li>• Moderado</li> <li>• Severo</li> <li>• No</li> </ul>	Cuestionario	1 2 3 0
Las características de la personalidad	Cualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leve</li> <li>• Moderado</li> <li>• Severo</li> <li>• No</li> </ul>	Cuestionario	1 2 3 0
<b>Tipos de síntomas</b>					
Cognitivos o neurológicos	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Amnesia</li> <li>b) Afasia</li> <li>c) Apraxia</li> <li>d) Agnosia</li> <li>e) trastornos del aprendizaje</li> <li>f) desorientación</li> <li>g) contracturas musculares</li> <li>h) alteraciones de los reflejos</li> <li>i) temblor</li> <li>j) incoordinación motora</li> </ul>	Cuestionario	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Funcionales	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Dificultad para caminar.</li> <li>b) Dificultad para comer</li> <li>c) Dificultad para asearse</li> <li>d) Dificultad para vestirse</li> <li>e) Dificultad para realizar las tareas del hogar y en general de la vida diaria</li> </ul>	Cuestionario	1 2 3 4 5

Conductuales	Cualitativa	Nominal	a) Paranoia b) Ideación delirante c) Reacciones catastrófica d) Cuadros de furor e) Episodios maníaco-depresivos f) Violencia g) Apatía h) Vagabundeo i) Trastornos del juicio j) Inadaptación social	Cuestionario	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Síntomas asociados	Cualitativa	Nominal	a) Delirium b) Alteraciones sensoriales (auditivas, visuales, gustativas, olfativas), c) Otras patologías (cardiopatías, artritis, artrosis, diabetes , osteoporosis).	Cuestionario	1 2 3

**Variable dependiente** Funcionalidad familiar

Variable	Tipo	Escala	Indicador	Fuente de Verificación	Código
<b>Respuestas del sistema familiar</b>					
Hay familias que "Dramatizan" el problema	Cualitativa	Nominal	Si NO	Cuestionario	1 0
Familias que "Minimizan" el problema	Cualitativa	Nominal	Si NO	Cuestionario	1 0

Familias que "utilizan" el problema para restablecer la comunicación intragrupal perdida o deteriorada	Cualitativa	Nominal	Si NO	Cuestionario	1 0
<b>Respuestas con semiología específica.</b>					
Preconceptos	Cualitativa	Nominal	a) La familia no tiene responsabilidad b) La familia si tiene responsabilidad	Cuestionario	1 2
Ceguera Familiar	Cualitativa	Nominal	a) No ven el problema b) Ven parcialmente el problema c) Ven claramente el problema	Cuestionario	1 2 3
Mitos Familiares	Cualitativa	Nominal	a) Mito del entendimiento familiar b) Mito de la locura familiar c) Ningún mito	Cuestionario	1 2 3
Neurosis de Necesidad	Cualitativa	Nominal	a) Familia necesita al paciente con demencia b) Familia necesita al paciente tratado de la demencia c) Familia desea deshacerse del paciente con demencia	Cuestionario	1 2 3
Codependencia	Cualitativa	Nominal	a) Madre depresiva e imperativa b) figura paterna débil, pusilánime, negadora	Cuestionario	1 2
Neurosis de Conveniencia	Cualitativa	Nominal	a) Tratan de mantener los síntomas de la demencia b) Tratan de mejorar los síntomas de la demencia c) Tratan de tratar medicamento los síntomas de la demencia	Cuestionario	1 2 3

### **3.4. Instrumentos**

La técnica a emplear es la entrevista personal a los familiares, siendo los instrumentos a emplear, un cuestionario semiestructurado, que recogerá información acerca de las variables en estudio. Además se completaran datos diagnósticos de la historia clínica.

El autor del instrumento es el Neurólogo Nilton Custodio. El cuestionario tiene un total de 38 items dirigidos a los familiares de los pacientes con la enfermedad de Alzheimer.

El cuestionario está dividido en tres partes: La primera parte contiene 7 items sobre datos generales. La segunda parte contiene consta de 22 items sobre la enfermedad de Alzheimer dividido en sus cuatro indicadores (Deterioro de la memoria, alteraciones cognitivas, alteración de las funciones mentales superiores y tipos de síntomas) La tercera parte, consta de 9 items sobre la funcionalidad familiar dividido en sus 2 indicadores (Respuestas del sistema familiar y respuestas con semiología específica).

### **3.5. Procedimientos**

La captación de la muestra y la aplicación de las encuestas del estudio serán realizadas por la investigadora durante la consulta externa.

Se establecerán mecanismos de control de calidad y confiabilidad de la información, mediante el cruce de Ítems contradictorios para determinar sesgos en el llenado de instrumentos.

Para que este instrumento sea confiable se realizarán prueba de consistencia interna mediante el Software SPSS, en el cual se determinará las inconsistencias de respuestas múltiples, eliminando los instrumentos incorrectamente llenados.

### **3.6. Análisis de datos**

La información obtenida se presentó en cuadros y gráficos, a partir de las distribuciones de frecuencias encontradas. Para la prueba de hipótesis se empleó la prueba chi cuadrada. El recurso para el análisis de la información fue el software estadístico SPSS versión 25.0.

## IV. RESULTADOS

### 4.1. Análisis descriptivo

**Tabla 01**  
**Edad**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	45,00	10	7,8	7,8	14,8
	47,00	9	7,0	7,0	7,0
	56,00	9	7,0	7,0	21,9
	62,00	10	7,8	7,8	29,7
	65,00	10	7,8	7,8	37,5
	70,00	10	7,8	7,8	45,3
	72,00	10	7,8	7,8	53,1
	73,00	10	7,8	7,8	60,9
	79,00	10	7,8	7,8	68,8
	80,00	10	7,8	7,8	76,6
	84,00	10	7,8	7,8	84,4
	85,00	10	7,8	7,8	92,2
	90,00	10	7,8	7,8	100,0
	Total	128	100,0	100,0	

La tabla 01, muestran que el 7% de pacientes tiene 47 años de edad. Igual porcentaje tienen los pacientes que tienen 56 años de edad. Los pacientes de 45 años representan el 7.8%. Igual porcentaje presentan los pacientes que tienen 62, 65, 70, 72,73, 79, 80, 84, 85 y 90 años.

**Tabla 02**  
**Lugar de residencia**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Huancavelica	10	7,8	7,8	7,8
	Iquitos	10	7,8	7,8	15,6
	Lima	98	76,6	76,6	92,2
	Pativilca	10	7,8	7,8	100,0
	Total	128	100,0	100,0	

La tabla 02, muestra que el 76% de pacientes residen en Lima, el 7.8% reside en Huancavelica. El 7.8% en Iquitos y el otro 7.8 en Pativilca.

**Tabla 03**  
**Años de instrucción**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Analfabeto	20	15,6	15,6	15,6
	Primaria completa	20	15,6	15,6	31,3
	Primaria incompleta	20	15,6	15,6	46,9
	Secundaria completa	48	37,5	37,5	84,4
	Secundaria incompleta	20	15,6	15,6	100,0
	Total	128	100,0	100,0	

En la tabla 3, se observa que el 15.6% de pacientes son analfabetos, el 15.6% tienen primaria completa, el 15.6% tiene primaria incompleta, el 37.5% tienen secundaria completa y el 15.6% tienen primaria incompleta.

**Tabla 04**  
**Estado civil**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Casado	50	39,1	39,1	39,1
	Conviviente	9	7,0	7,0	46,1
	Divorciado	10	7,8	7,8	53,9
	Soltero	20	15,6	15,6	69,5
	Viudo	39	30,5	30,5	100,0
	Total	128	100,0	100,0	

En la tabla 04 se observa que el 39.1% de pacientes son casados, el 7% son convivientes, el 7.8% son divorciados, el 15.6% son solteros y el 30.5% son viudos

**Tabla 05**  
**Paciente con Enfermedad de Alzheimer**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	si	128	100,0	100,0	100,0

La tabla 5, muestra que el 100% de la pacientes tienen la enfermedad de Alzheimer.

**Tabla 06**  
**Años que tiene la enfermedad**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	2,00	10	7,8	7,8	7,8
	3,00	40	31,3	31,3	39,1
	4,00	19	14,8	14,8	53,9
	5,00	9	7,0	7,0	60,9
	6,00	10	7,8	7,8	68,8
	8,00	10	7,8	7,8	76,6
	10,00	10	7,8	7,8	84,4
	12,00	10	7,8	7,8	92,2
	14,00	10	7,8	7,8	100,0
	Total	128	100,0	100,0	

Las tabla 6, muestra que el 68.7% de pacientes tienen entre 2 y 6 años de con la enfermedad y el 31.2% tienen entre 8 y 14 años con la enfermedad

**Tabla 07**  
**Años que se trata la enfermedad**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1,00	10	7,8	7,8	7,8
	2,00	40	31,3	31,3	39,1
	3,00	60	46,9	46,9	85,9
	4,00	18	14,1	14,1	100,0
	Total	128	100,0	100,0	

En la tabla 7, se aprecia que el 7.8% de pacientes tienen un año tratándose la enfermedad, el 31.3% dos años, el 46.9% tres años y el 14.1% cuatro años.

**Tabla 08**  
**Hay deterioro de memoria de corto plazo**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	si	128	100,0	100,0	100,0

La tabla 8, muestra que el 100% de pacientes tienen deterioro de memoria a corto plazo.

**Tabla 09**  
**Deterioro de memoria de largo plazo**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No	68	53,1	53,1	53,1
	Si	60	46,9	46,9	100,0
	Total	128	100,0	100,0	

La tabla 9, muestra que el 53.1% de pacientes no presenta deterioro de memoria a largo plazo y el 46.9% si presenta deterioro.

**Tabla 10**  
**Olvido frecuente de hechos, fechas y datos**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	A veces	88	68,8	68,8	68,8
	Siempre	40	31,3	31,3	100,0
	Total	128	100,0	100,0	

La tabla 10, muestra que el 68.8% de pacientes a veces tienen olvido frecuente de hechos, fechas y datos. Asimismo, el 31.3% siempre tienen olvido frecuente de hechos, fechas y datos.

**Tabla 11**  
**El paciente tiene o tuvo antes del tratamiento alguno de estos síntomas (Afasia)**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	a	19	14,8	14,8	14,8
	a, b, c	20	15,6	15,6	30,5
	a, b, c, d, f, g	10	7,8	7,8	38,3
	a, c	59	46,1	46,1	84,4
	a, c, g	10	7,8	7,8	92,2
	b	10	7,8	7,8	100,0
	Total	128	100,0	100,0	

La tabla 11, muestra que el 14.8% de los pacientes presentó el síntoma “a”. El 15,6% presentó los síntomas “a, b y c”. El 7.8% presentó los síntomas “a, b, c, d, f y g”. El 46.1% presentó los síntomas “a y c”. El 7.8% presentó los síntomas “a, c y g”. El 7.8% presentó el síntoma “b”.

- a. Olvido de nombres de personas
- b. Olvido de palabras
- c. Olvido de nombres de objetos
- d. Trastornos en la comprensión
- e. Expresión incoherente
- f. Trastornos en la repetición
- g. Baja espontaneidad verbal
- h. Mutismo.

**Tabla 12**  
El paciente tiene o tuvo antes del tratamiento alguno de estos síntomas  
(Apraxia)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	a	79	61,7	61,7	61,7
	a, b	30	23,4	23,4	85,2
	a, b, c	10	7,8	7,8	93,0
	b	9	7,0	7,0	100,0
	Total	128	100,0	100,0	

La tabla 12, muestra que el 61.7% de los pacientes presentó el síntoma “a”. El 23.4% presentó los síntomas “a y b”. El 7.8% presentó síntomas “a, b y c”. El 7.0% presentó el síntoma “b”

- a. Dificultad en habilidades construccionales graficas
- b. Dificultad para realizar planes de acción motores secuenciales
- c. Incapaces de realizar gestos simples

**Tabla 13**  
El paciente tiene o tuvo antes del tratamiento alguno de estos síntomas  
(Agnosia)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	a	79	61,7	61,7	61,7
	a, c, d	10	7,8	7,8	69,5
	c	39	30,5	30,5	100,0
	Total	128	100,0	100,0	

La tabla 13, que el 61.7% de pacientes presentó el síntoma “a”,. El 7.8% presentó los síntomas “a, c, y d”. El 30.5% presentó el síntoma “c”

- a. Dificultad en el reconocimiento sensorial.
- b. Dificultad para realizar planes de acción motores secuenciales.
- c. Dificultad para el reconocimiento del espacio o de los lugares.
- d. Dificultad del reconocimiento de las personas o de los objetos comunes.

**Tabla 14**  
**El paciente tiene o tuvo antes del tratamiento alguno de estos síntomas (Alteración de la función ejecutiva)**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	a	78	60,9	60,9	60,9
	a, b, c	10	7,8	7,8	68,8
	a, b, c, d, e	30	23,4	23,4	92,2
	a, b, c, e	10	7,8	7,8	100,0
	Total	128	100,0	100,0	

La tabla 14, muestra que el 60.9% de pacientes presentó el síntoma “a”. El 7.8% presentó los síntomas “a, b y c”. El 23.4% presentó los síntomas “a, b, c, d y e”. El 7.8% presentó los síntomas “a, b, c y e”.

- a. Dificultad para planear una actividad compleja.
- b. Dificultad para iniciar una actividad compleja.
- c. Dificultad para corregir una actividad compleja.
- d. Dificultad para terminar la realización de una actividad compleja.
- e. Dificultad en el razonamiento abstracto.

**Tabla 15**  
**El paciente tiene o tuvo antes del tratamiento alguno de estos síntomas (Trastornos en la vida social)**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	a, b	10	7,8	7,8	7,8
	a, b, c, d	10	7,8	7,8	15,6
	c	40	31,3	31,3	46,9
	d	48	37,5	37,5	84,4
	e	10	7,8	7,8	92,2
	f	10	7,8	7,8	100,0
	Total	128	100,0	100,0	

La tabla 15, muestra que el 7.8% de pacientes presentó los síntomas “a y b”. El 7.8% presentó los síntomas “a, b, c y d”. El 31.3% presentó el síntoma “c”. El 37.5% presentó el síntoma “d”. El 7.8% presentó el síntoma “e”. El 7.8% presentó el síntoma “f”.

- a. Reacciones Violentas contra otros.
- b. Agresividad contra los demás

- c. Poco contacto social
- d. Aislamiento
- e. Sociable con conocidos y desconocidos
- f. Sociable

**Tabla 16**  
**El paciente tiene o tuvo antes del tratamiento alguno de estos síntomas**  
**(Trastornos en la vida laboral)**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	a	39	30,5	30,5	30,5
	a, b, c	9	7,0	7,0	37,5
	a, b, c, d	30	23,4	23,4	60,9
	b	10	7,8	7,8	68,8
	c	30	23,4	23,4	92,2
	d	10	7,8	7,8	100,0
	Total	128	100,0	100,0	

La tabla 16, muestra que el 30.5% de pacientes presentó el síntoma “a”. El 7.0% presentó los síntomas “a, b y c”. El 23.4% presentó los síntomas “a, b, c y d”- El 7.8% presentó el síntoma “b”. El 23.4% presentó e síntoma “c”. El 7.8% presentó el síntoma “d”.

- a. Problemas para hacer el trabajo de siempre
- b. Reducción de la productividad
- c. Incremento del tiempo para hacer las tareas
- d. Imposibilidad de terminar las tareas.

**Tabla 17**  
**Existió o existe declive con respecto a la funcionalidad previa del paciente**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Peor	128	100,0	100,0	100,0

En la tabla 17, se aprecia que el 100% de pacientes presenta calificativo de peor.

**Tabla 18**  
**Ha presentado estado de delirium**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No	128	100,0	100,0	100,0

En la tabla 18, se aprecia que el 100% de pacientes no ha presentado estado de delirium.

**Tabla 19**  
**Existen alteraciones del lenguaje**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Leve	30	23,4	23,4	23,4
	Moderado	58	45,3	45,3	68,8
	Severo	20	15,6	15,6	84,4
	No presenta	20	15,6	15,6	100,0
	Total	128	100,0	100,0	

En la tabla 19, se muestra que el 23.4% de pacientes presenta leve alteración del lenguaje, el 45.3% moderado, el 15.6% severo y el otro 15.6% no presenta alteraciones del lenguaje.

**Tabla 20**  
**Existen alteraciones de la memoria**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Leve	40	31,3	31,3	31,3
	Moderado	58	45,3	45,3	76,6
	Severo	30	23,4	23,4	100,0
	Total	128	100,0	100,0	

En la tabla 20, se muestra que el 31.3% de pacientes presenta leve alteración de la memoria, el 45.3% moderado y el 23.4% severo.

**Tabla 21**  
**Existen alteraciones del juicio**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Leve	40	31,3	31,3	31,3
	Moderado	58	5,3	45,3	76,6
	Severo	30	23,4	23,4	100,0
	Total	128	100,0	100,0	

En la tabla 21, se muestra que el 31.3% de pacientes presenta leve alteración del juicio, el 45.3% moderado y el 23.4% severo.

**Tabla 22**  
**Existen alteraciones del cálculo**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Leve	40	31,3	31,3	31,3
	Moderado	58	45,3	45,3	76,6
	Severo	30	23,4	23,4	100,0
	Total	128	100,0	100,0	

En la tabla 22, se muestra que el 31.3% de pacientes presenta leve alteración del cálculo, el 45.3% moderado y el 23.4% severo.

**Tabla 23**  
**Existen alteraciones de la abstracción**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Leve	40	31,3	31,3	31,3
	Moderado	58	45,3	45,3	76,6
	Severo	30	23,4	23,4	100,0
	Total	128	100,0	100,0	

En la tabla 23, se muestra que el 31.3% de pacientes presenta leve alteración de la abstracción, el 45.3% moderado y el 23.4% severo.

**Tabla 24**  
**Existen alteraciones de las capacidades**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Leve	40	31,3	31,3	31,3
	moderado	68	53,1	53,1	84,4
	Severo	20	15,6	15,6	100,0
	Total	128	100,0	100,0	

En la tabla 24, se muestra que el 31.3% de pacientes presenta leve alteración de las capacidades, el 53.1% moderado y el 15.6% severo.

**Tabla 25**  
**Existen alteraciones de la emotividad**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Leve	50	39,1	39,1	39,1
	Moderado	48	37,5	37,5	76,6
	Severo	30	23,4	23,4	100,0
	Total	128	100,0	100,0	

En la tabla 25, se muestra que el 39.1% de pacientes presenta leve alteración de la emotividad, el 37.5% moderado y el 23.4% severo.

**Tabla 26**  
**Existen alteraciones de las características de la personalidad**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Leve	50	39,1	39,1	39,1
	Moderado	48	37,5	37,5	76,6
	Severo	30	23,4	23,4	100,0
	Total	128	100,0	100,0	

En la tabla 26, se muestra que el 39.1% de pacientes presenta leve alteración de las características de la personalidad el 37.5% moderado y el 23.4% severo.

**Tabla 27**  
**Respecto a los signos y síntomas cognitivos o neurológicos, cuál de estos ha presentado el paciente**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	a, b, c, d, e, f	30	23,4	23,4	23,4
	a, c, d, e, f	20	15,6	15,6	39,1
	a, c, e	10	7,8	7,8	46,9
	a, c, e, f	10	7,8	7,8	54,7
	a, d	10	7,8	7,8	62,5
	a, d, e	10	7,8	7,8	70,3
	a, e	38	29,7	29,7	100,0
	Total	128	100,0	100,0	

La tabla 27, muestra que el 23.4% de los pacientes presentó los síntomas “a, b, c, d, e, f”. El 15.6% presentó los síntomas “a, c, d, e y f”. El 7.8% presentó los síntomas “a, c y e”. El 7.8% presentó los síntomas “a, c, e y f”. El 7.8% presentó los síntomas “a y d”. El 7.8% presentó los síntomas “a, d y e”. El 29.7% presentó los síntomas “a y e”

- a. Amnesia
- b. Afasia
- c. Apraxia
- d. Agnosia
- e. trastornos del aprendizaje
- f. desorientación
- g. contracturas musculares
- h. alteraciones de los reflejos

- i. temblor
- j. incoordinación motora

**Tabla 28**  
Respecto a los signos y síntomas funcionales, cuál de estos ha presentado el paciente

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido a, e	10	7,8	7,8	7,8
c, e	10	7,8	7,8	15,6
e	108	84,4	84,4	100,0
Total	128	100,0	100,0	

La tabla 28, muestra que el 7.8% presentó los síntomas “a y e”. El 7.8% presentó los síntomas “c y e”. El 84.4% presentó el síntoma “e”.

- a. Dificultad para caminar.
- b. Dificultad para comer.
- c. Dificultad para asearse.
- d. Dificultad para vestirse.
- e. Dificultad para realizar las tareas del hogar y en general de la vida diaria.

**Tabla 29**  
Respecto a los signos y síntomas conductuales, cuál de estos ha presentado el paciente

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido f	10	7,8	7,8	7,8
f, h, i	10	7,8	7,8	15,6
f, i	10	7,8	7,8	23,4
g	68	53,1	53,1	76,6
i	20	15,6	15,6	92,2
j	10	7,8	7,8	100,0
Total	128	100,0	100,0	

La tabla 29, muestra que el 7.8% de los pacientes presentó el síntoma “f”. El 7.8% presentó los síntomas “f, i y h”. El 7.8% presentó los síntomas “f y h”. El 53.1% presentó el síntoma “g”. El 15.6 presentó el síntoma “i”. El 7.8% presentó el síntoma “j”.

- a. Paranoia
- b. Ideación delirante
- c. Reacciones catastrófica

- d. Cuadros de furor
- e. Episodios maníaco-depresivos
- f. Violencia
- g. Apatía
- h. Vagabundeo
- i. Trastornos del juicio
- j. Inadaptación social

**Tabla 30**  
Respecto a los signos y síntomas asociados, cuál de estos ha presentado el paciente

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	b	10	7,8	7,8	7,8
	c	118	92,2	92,2	100,0
	Total	128	100,0	100,0	

La tabla 30, muestra que el 7.8% presentó el síntoma “b”. El 92.2% presento el síntoma “f”.

- a. Delirium
- b. Alteraciones sensoriales (auditivas, visuales, gustativas, olfativas),
- c. Otras patologías (cardiopatías, artritis, artrosis, diabetes, osteoporosis).

**Tabla 31**  
La familia que "dramatiza" el problema

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No	100	78,1	78,1	78,1
	Si	28	21,9	21,9	100,0
	Total	128	100,0	100,0	

En la tabla 31, se muestra que el 78.1% de pacientes pertenece a una familia que no dramatiza el problema y el 21.9% dramatiza.

**Tabla 32**  
La familia que "minimiza" el problema

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No	68	53,1	53,1	53,1
	Si	60	46,9	46,9	100,0
	Total	128	100,0	100,0	

En la tabla 32, se muestra que el 53.1% de pacientes pertenece a una familia que no minimiza el problema y el 46.9% minimiza.

**Tabla 33**  
**La familia "utiliza" el problema para restablecer la comunicación intragrupal perdida o deteriorada**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No	80	62,5	62,5	62,5
	Si	48	37,5	37,5	100,0
	Total	128	100,0	100,0	

En la tabla 33, se muestra que el 62.5% de pacientes pertenece a una familia que utiliza el problema para restablecer la comunicación intragrupal perdida o deteriorada y el 37.5% no utiliza.

**Tabla 34**  
**Existen preconceptos como :**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	La familia no tiene responsabilidad	119	93,0	93,0	93,0
	La familia si tiene responsabilidad	9	7,0	7,0	100,0
	Total	128	100,0	100,0	

La tabla 34, muestra que el 93.0% piensa que la familia no tiene responsabilidad y el 7.0% piensan que si tienen responsabilidad.

**Tabla 35**  
**Existe ceguera familiar**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No ven el problema	10	7,8	7,8	7,8
	Ven parcialmente el problema	89	69,5	69,5	77,3
	Ven claramente el problema	29	22,7	22,7	100,0
	Total	128	100,0	100,0	

En la tabla 35, se observa que el 7.8% no ven el problema, el 69.5% ven parcialmente el problema y el 22.7% ven claramente el problema.

**Tabla 36**  
**Existen mitos familiares**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Mito de un mejor entendimiento familiar	9	7,0	7,0	7,0
	Mito de la locura familiar	20	15,6	15,6	22,7
	Ningún mito	99	77,3	77,3	100,0
	Total	128	100,0	100,0	

En la tabla 36, se observa que el 7.0% tienen el mito de un mejor entendimiento familiar, el 15.6% tiene el mito de la locura familiar y el 77.3% no tiene ningún mito.

**Tabla 37**  
**Existen neurosis de necesidad**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Familia necesita al paciente tratado de la demencia	50	39,1	39,1	39,1
	Familia desea deshacerse del paciente con demencia	78	60,9	60,9	100,0
	Total	128	100,0	100,0	

En la tabla 37, se observa que el 39.1% opina que la familia necesita al paciente tratado de la demencia y el 60.9% opina que la familia desea deshacerse del paciente con demencia.

**Tabla 38**  
**Existe codependencia**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Existe madre depresiva e imperativa	49	38,3	38,3	38,3
	La figura paterna débil, pusilánime, negadora	40	31,3	31,3	69,5
	El padre es que tiene autoridad	39	30,5	30,5	100,0
	Total	128	100,0	100,0	

En la tabla 38, se observa que el 38.3% manifiesta que existe madre depresiva e imperativa, el 31.3% manifiesta que la figura paterna es débil, pusilánime, negadora y el 30.5% opina que el padre es que tiene autoridad.

**Tabla 39**  
**Existe neurosis de conveniencia**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Tratan de mejorar los síntomas de la demencia	10	7,8	7,8	7,8
	Tratan de tratar medicamente los síntomas de la demencia	118	92,2	92,2	100,0
	Total	128	100,0	100,0	

En la tabla 39, se observa que el 7.8% opina que tratan de mejorar los síntomas de la demencia y el 92.2% manifiesta que tratan de tratar medicamente los síntomas de la demencia.

## 4.2. Análisis inferencial

### Hipótesis general

**H<sub>1</sub>** La Enfermedad de Alzheimer se relaciona significativamente con los problemas de funcionalidad familiar en pacientes del Departamento de Neurología de la Conducta del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas.

**H<sub>0</sub>** La Enfermedad de Alzheimer no se relaciona significativamente con los problemas de funcionalidad familiar en pacientes del Departamento de Neurología de la Conducta del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas.

**Tabla 40**  
**Pruebas de chi-cuadrado / Enfermedad Alzheimer - problemas de funcionalidad familiar**

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	768,000 <sup>a</sup>	72	,000
Razón de verosimilitud	432,893	72	,000
N de casos válidos	128		

La  $\chi^2$  muestra que la sig. del análisis Enfermedad de Alzheimer - problemas de funcionalidad familiar es de 0,000. Por lo tanto, se determina que la Enfermedad de Alzheimer se relaciona significativamente con los problemas de funcionalidad familiar en pacientes del Departamento de Neurología de la Conducta del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas.

### Hipótesis específicas 1

**H<sub>1</sub>** La Enfermedad de Alzheimer en la dimensión de deterioro de la memoria se relaciona con los problemas de funcionalidad familiar.

**H<sub>0</sub>** La Enfermedad de Alzheimer en la dimensión de deterioro de la memoria no se relaciona con los problemas de funcionalidad familiar.

**Tabla 41**  
**Pruebas de chi-cuadrado / Deterioro de la memoria – Problemas de funcionalidad familiar**

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	692,245 <sup>a</sup>	60	,000
Razón de verosimilitud	407,939	60	,000
N de casos válidos	128		

La  $\chi^2$  muestra que la sig. del análisis deterioro de la memoria - problemas de funcionalidad familiar es de 0,000. Por lo tanto, se determina que la Enfermedad de Alzheimer en la dimensión de deterioro de la memoria se relaciona con los problemas de funcionalidad familiar.

### Hipótesis específicas 2

H<sub>1</sub> La Enfermedad de Alzheimer en la dimensión de funciones cognitivas se relaciona con los problemas de funcionalidad familiar.

H<sub>0</sub> La Enfermedad de Alzheimer en la dimensión de funciones cognitivas no se relaciona con los problemas de funcionalidad familiar.

**Tabla 42**  
**Pruebas de chi-cuadrado / Funciones cognitivas – Problemas de funcionalidad familiar**

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	370,902 <sup>a</sup>	30	,000
Razón de verosimilitud	277,074	30	,000
N de casos válidos	128		

La  $\chi^2$  muestra que la sig. del análisis funciones cognitivas - problemas de funcionalidad familiar es de 0,000. Por lo tanto, se determina que la Enfermedad de Alzheimer en la dimensión de funciones cognitivas se relaciona con los problemas de funcionalidad familiar.

### Hipótesis específicas 3

H<sub>1</sub> La Enfermedad de Alzheimer en la dimensión de alteración de las funciones mentales superiores se relaciona con los problemas de funcionalidad familiar.

H<sub>0</sub> La Enfermedad de Alzheimer en la dimensión de alteración de las funciones mentales superiores no se relaciona con los problemas de funcionalidad familiar.

**Tabla 43**  
**Pruebas de chi-cuadrado / Alzheimer – alteración de las funciones mentales superiores**

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	582,904 <sup>a</sup>	60	,000
Razón de verosimilitud	371,441	60	,000
N de casos válidos	128		

La  $\chi^2$  muestra que la sig. del análisis alteración de las funciones mentales superiores - problemas de funcionalidad familiar es de 0,000. Por lo tanto, se determina que la Enfermedad de Alzheimer en la dimensión de alteración de las funciones mentales superiores se relaciona con los problemas de funcionalidad familiar.

#### **Hipótesis específicas 4**

H<sub>1</sub> La Enfermedad de Alzheimer en la dimensión tipos de síntomas se relaciona con los problemas de funcionalidad familiar.

H<sub>0</sub> La Enfermedad de Alzheimer en la dimensión tipos de síntomas no se relaciona con los problemas de funcionalidad familiar.

**Tabla 44**  
**Pruebas de chi-cuadrado / Alzheimer – Tipos de síntomas**

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	690,939 <sup>a</sup>	66	,000
Razón de verosimilitud	405,167	66	,000
N de casos válidos	128		

La  $\chi^2$  muestra que la sig. del análisis tipos de síntomas - problemas de funcionalidad familiar es de 0,000. Por lo tanto, se determina que la Enfermedad de Alzheimer en la dimensión tipo de síntomas se relaciona con los problemas de funcionalidad familiar

## V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Las características sociodemográficas refieren que el 7% de pacientes tiene 47 años de edad. Igual porcentaje tienen los pacientes que tienen 56 años de edad. Los pacientes de 45 años representan el 7.8%, el 46.8% tienen de 62 a 79 años y el 31.2% tienen de 80 a 90 años. El 76% de pacientes residen en Lima, el 7.8% reside en provincias. El 15.6% de pacientes son analfabetos y el 84.3% tienen estudios primarios y/o secundarios. El 39.1% de pacientes son casados, el 7% son convivientes, el 7.8% son divorciados, el 15.6% son solteros y el 30.5% son viudos. Por otra parte, el análisis inferencial demostró que la enfermedad Alzheimer y sus dimensiones deterioro de la memoria, funciones cognitivas, alteración de las funciones mentales superiores y tipos de síntomas se relacionan con los problemas de funcionalidad familiar.

Pascual, Garzón y Silva (2015), realizaron un estudio cuyo objetivo fue determinar caracterizar a los pacientes con enfermedad de Alzheimer leve y moderada y a sus cuidadores principales, que concluyó que los pacientes con edad media de 77.06 años; el 80,00 %, mujeres; el 42.85 %, casados. Conclusión que guarda relación con los resultados en la presente investigación que concluyó que el 78% de los pacientes tienen entre 62 y 90 años y el 39.1% de pacientes son casados.

Guevara, García y Alvarado (2015), realizaron un estudio cuyo objetivo fue determinar cómo impacta el Alzheimer en el contexto familiar, que concluyó que dentro del entorno familiar se observa una gran cantidad de problemas a los que se enfrentan al tener algún miembro de la familia con Alzheimer, pero no solamente afecta el entorno familiar, en lo emocional sino que también en lo físico, social y económico. Conclusión que guarda relación con los resultados en la presente investigación que concluyó que La Enfermedad de Alzheimer se relaciona significativamente con los problemas de

funcionalidad familiar en pacientes del Departamento de Neurología de la Conducta del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas.

Ferrer (2008) realizó un estudio cuyo objetivo fue analizar el proceso de aprendizaje de cuidados familiares a pacientes con Alzheimer, que concluyó que los familiares asumen el cuidado por obligación moral, cumplimiento del deber y motivos afectivos. Las cuidadoras hijas manifiestan asumir la responsabilidad en el cuidado por el vínculo filial, la condición de ser mujer y por el afecto recíproco madre-hija. . Conclusión que guarda relación con los resultados en la presente investigación que concluyó que La Enfermedad de Alzheimer se relaciona significativamente con los problemas de funcionalidad familiar.

## **VI. CONCLUSIONES**

### **➤ Conclusión general**

La Enfermedad de Alzheimer se relaciona significativamente con los problemas de funcionalidad familiar en pacientes del Departamento de Neurología de la Conducta del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas.

### **➤ Conclusiones generales**

- a. La Enfermedad de Alzheimer en la dimensión de deterioro de la memoria se relaciona con los problemas de funcionalidad familiar.
- b. La Enfermedad de Alzheimer en la dimensión de funciones cognitivas se relaciona con los problemas de funcionalidad familiar.
- c. La Enfermedad de Alzheimer en la dimensión de alteración de las funciones mentales superiores se relaciona con los problemas de funcionalidad familiar.
- d. la Enfermedad de Alzheimer en la dimensión tipo de síntomas se relaciona con los problemas de funcionalidad familiar

## **VII. RECOMENDACIONES**

1. Diseñar programas de intervención sobre capacitación para el cuidado de pacientes con Alzheimer dirigido a los familiares de los pacientes.
2. Diseñar programas de intervención sobre capacitación, talleres, para el cuidado de pacientes con Alzheimer dirigido a los cuidadores de los pacientes.
3. Realizar otras investigaciones de mayor cobertura que abarque otras variables relacionadas a la Enfermedad de Alzheimer.
4. Brindar apoyo, orientación psicológica a familiares, cuidadores , para que éstos no se depriman, para conservar una buena funcionalidad familiar.
5. Manifestar a los familiares de los pacientes con Enfermedad de Alzheimer, que esta enfermedad actualmente no tiene tratamiento curativo, que se están realizando investigaciones, lo que existe actualmente son tratamientos que ayudan a mejorar la conducta y a mantener la funcionalidad de los pacientes.
6. Dada la mayor expectativa de vida de la población mundial, también aumentará la prevalencia de la Enfermedad de Alzheimer, por ello se deben implementar con mayor prontitud intervenciones en esta enfermedad.
7. Debe capacitarse a mayor personal de salud para que instruya a las familias, para que se cuide la estabilidad de la familia, se debe proteger a la familia ya que ésta es la base de nuestra sociedad.
8. Aplicare cuestionarios periódicamente para conocer la situación de los pacientes con Alzheimer y tomar medidas correctivas para mejorar la calidad de vida de los pacientes.

## VIII. REFERENCIAS

- Alison M., Christine E. y Asma I. (2004). Funcionamiento familiar en los cuidadores de pacientes con demencia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. Jun; 19(6):533 - 537.
- Almeida, M., Schall, V., Martins, A. y Modena, C. (2010). Representaciones sociales de los cuidadores sobre la atención en la esquizofrenia. *Psico (Porto Alegre)*;41(1):110-117, jan.-mar.
- Ardilla A. y Rosselli M. (1986). *La vejez: Neuropsicología del Fenómeno de Envejecimiento*. Prensa Creativa, Medellín (Colombia).
- Bachini O., Montenegro, A. y Forselledo, A.G. (1985). *La Comunicación en el Grupo Familiar*. Cuadernos de la Fundación Psiquiátrica "Mater Dei". Año 2. Nro. 2. Montevideo.
- Bachini, O. Montenegro, A. Forselledo, A.G. (1985). Papel de la Familia en el Tratamiento de los Farmacodependientes. *Boletín del IIN/OEA*, Tomo LIX Nro. 223. Enero-Junio.
- Bengochea R., Gil D., Arrieta M., Fernández Mar. y Lastra I. (2011). El insight en la esquizofrenia y su relación con variables afectivas, cognitivas y psicopatológicas. *Salud(i)cienc.*, (Impresa);18(7):627-630, nov. Tab
- Bennett DA., Wilson RS., Gilley DW. y Fox JH. (1990). Clinical diagnosis of Binswanger's disease. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*;53:961-5.
- Ber C., Wancata J, y Ritchie K. (2005). Prevalence of dementia in the elderly in Europe. *Eur Neuropsychopharmacol*.15:463-71.
- Bernard K. (1997). *Libro blanco sobre deterioro cognitivo en el envejecimiento y demencia en España*. Madrid

- Borghi, A., Sassá H., Matos, P., Decesaro M. y Marcon, S. (2011). Calidad de vida de los ancianos con enfermedad de Alzheimer y sus cuidadores. *Rev. gaúch. enferm*;32(4):751-758, dez. ilus, tab.
- Canevaro A. (1981). *El Contexto Trigeneracional en Terapia Familiar*. Buenos Aires, 1981.
- Castilla A., Requena M. y Rodríguez, Z. (2013). ¿Cómo impacta el Alzheimer en el contexto familiar? [Consulta: 30 enero 2019]. Disponible en: <https://es.slideshare.net/MateanitaRequena/cmo-impacta-el-alzheimer-en-el-contexto-familiar>
- CEAFA (2018). La OMS advierte que para el 2050 se triplicará la cifra de personas que padecen demencia. <https://www.ceafa.es/es/que-comunicamos/noticias/la-oms-advierte-que-para-el-2050-se-triplicara-la-cifra-de-personas-que-padecen-demencia>
- Cummings JL. y Benson DF. (1992). *Dementia: A clinical approach*. Butterworths, Londres, 2ª ed..
- De la Vega, R. y Zambrano, A. (2012). La demencia en la Historia [en línea]. *Circunvalación del Hipocampo*, junio <http://www.hipocampo.org/historia.asp>.
- De la Vega, R. y Zambrano, A. (2012). Las demencias [en línea]. *Circunvalación del Hipocampo*, junio <http://www.hipocampo.org/menudemencias.asp>.
- Delgado, H. (2001). Psicopatología y delimitación clínica de la esquizofrenia. *An. salud ment*;17(1/2):46-63, 2001.
- Feinberg, T., & Goodman, B. (1984). Affective illness, dementia, and pseudodementia. *Journal of Clinical Psychiatry* 45, 99-103.
- Ferrer, I. (1998). Morfopatología de la enfermedad de Alzheimer. En: R. Alberca y S. López-Pousa (eds): *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias*, Barcelona, Editorial Médica Panamericana: 189-203.

- Ferrer, M. (2018). El aprendizaje de cuidados familiares a pacientes con Alzheimer. [Consulta: 30 enero 2019]. Disponible en:
- Ferri CP., Prince M., Brayne C., Brodaty H., Fratiglioni L. y Ganguli M. (2005). Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *Lancet*. 366:2112-7.
- Folstein, M. F. y McHugh, P. R. (1978). Dementia syndrome of depression. In R. Katzman, R. Terry & K. Brick (Eds.), *Alzheimer's disease: Senile dementia and related disorders*. New York Raven Press.
- Forselledo, A.G. y DA Silva, F. (1990). Familia y Riesgo de Farmacodependencia - Aspectos Funcionales y Disfuncionales. *FORO- Boletín*. Año 3. Nro. 8 IIN/OEA-OPTAR. Montevideo, julio.
- Forselledo, A.G. y Esmoris, V. (1991). Enfoque de Riesgo y Farmacodependencia. Factores vinculados a la oferta y la demanda. Un Taller de Riesgo Familiar. *FORO-Boletín*. Año 4. Nro. 10 IIN/OEA- OPTAR. Montevideo, junio.
- Forselledo, A.G. (1991). Alcohol y Drogas. Un problema, una respuesta: Participación y Compromiso. En "Infancia y drogas en América Latina - Tomo I. IIN/OEA Publicación Especial. Montevideo.
- Forselledo, A.G. (1988). Introducción a los aspectos funcionales y disfuncionales de la familia del farmacodependiente". Curso de Formación de Terapeutas Familiares. OPTAR-IIN/OEA. Montevideo.
- Forselledo, A.G. y Esmoris, V. (1992). Familia y Consumo de Alcohol y Drogas. Programa de Prevención de las Farmacodependencias IIN/OEA. Montevideo. Para Encuentro Piloto de Prevención para las Etnias Indígenas del Ecuador.
- French, L. R., Schnman, L. M., Mortimer, J. A., Hutton, J. T., Boatman, R. A. y Christians, B. (1985). A case-control study of dementia of the Alzheimer type. *American Journal of Epidemiology*, 321,414-421.

- Gray, J. W., Rattan, A. I., y Dean, R. S. (1986). Differential diagnosis of dementia and depression in the elderly using neuropsychological methods. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 1, 341-349.
- Guerra M., LLibre J. y Perera E. (2009). Síntomas psicológicos y conductuales en pacientes con demencia. *Rev. habanera cienc. méd*;8(1), ene.-mar.
- Herrera E, Caramelli P., Barreiros AS. y Nitrini R. (2002). Epidemiologic survey of dementia in a communitydwelling Brazilian population. *Alzheimer Dis Assoc Disord*.16:103-8.
- Heston, L. y Mastri, A. R. (1982). Age at onset of Pick's and Alzheimer's dementia: Implications for diagnosis and research. *Journal of Gerontology*, 37.422-424.
- <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/319/119>
- [https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/9664/1/tesis\\_elena\\_ferrer.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/9664/1/tesis_elena_ferrer.pdf)
- Ithurralde, J., Forselledo A.G. y Rodriguez, M. (1985). La Familia. Un marco de referencia y un abordaje terapéutico. Cuadernos de la Fundación Psiquiátrica "Mater Dei". Año 2. Nro.2 Montevideo, 1985.
- Kaszniak, A. W. (1985). Personality and emotional change in dementia of the Alzheimer's type: Issues in the investigation of individual differences. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 7,611 (abstract).
- Kaszniak, A. W., Wilson, R. S., Lazarus, L., Lessor, J. y Fox, J. H. (1981, February). Memory and depression in dementia Paper presented at the Annual Meeting of the International J Neuropsychological Society, Atlanta, GA.
- Kawas CH. y Katzman R. (1999). Epidemiology of dementia and Alzheimer's disease. En: Terry RD, Katzman R, Bick KL, Sisodia SS, eds. *Alzheimer's disease*. 2nd ed. Philadelphia: Lippincot Williams Wilkins. p. 95-116.
- Ketzoian C., Rega I. y Caseres R. (1997). Estudio de prevalencia de las principales enfermedades neurológicas en una población del Uruguay. *La Prensa Médica Uruguaya*.17:9-26.

- Lishman, W. A. (1987). *Organic Psychiatry*. Oxford: Blackwell Scientific Publications.
- Llibre JJ., Guerra MA., Perez-Cruz H., Bayarre H., Fernandez S. y Gonzales M. (1999). Dementia syndrome and risk factors in adults older than 60 years old residing in Habana. *Rev Neurol*.29:908-11.
- Martínez JM. y Láinez A.(2000). *El Alzheimer: teoría y práctica*. Aula médica ediciones, Madrid 2000.
- Masters CL., Harris JO., Gajdusek DC., et al. (1979). Creutzfeldt-Jakob disease: patterns of worldwide occurrence and the significance of familial and sporadic clustering. *Annals of Neurology*. 5:177-188.
- Mayo M., Rubén C., López Keidis., García A. (2011). Intervención educativa para elevar el nivel de conocimientos sobre depresión en familiares de adultos mayores diagnosticados con esta patología. *Mediciego*;17(Supl. 1), jul. tab.
- Mondéjar M., Junco G- y Hernández N. (2011). Intervención educativa a cuidadores de pacientes con demencia de Alzheimer del área norte de Morón. *Mediciego*;17(Supl. 1), jul. 2011. tab.
- Moreno J., Arango-Lasprilla, J. y Rogers, H. (2010). Necesidades familiares y su relación con las características psicosociales que presentan los cuidadores de personas con demencia. *Psicol. Caribe*;(26):1-35, dic. ilustrado, tab.
- Oliveira R. y Furegato, A. (2012). Una pareja de ancianos y su larga convivencia con cuatro hijos esquizofrénicos. *Rev. Esc. Enferm. USP*;46(3):618-625, jun. tab.
- Pascual., Y. Garzón., M y Silva, H. (2015). Características sociodemográficas de pacientes con enfermedad de Alzheimer y sus cuidadores principales. [Consulta: 30 enero 2019]. Disponible en:

- Pérez M. y Llibre J. (2010). Características sociodemográficas y nivel de sobrecarga de cuidadores de ancianos con Enfermedad de Alzheimer. *Rev. cuba. enferm;*26(3):110-122, sep.-dic.
- Quiroga, P. y Gustav, R. (2002). *Psicogeriatría. Bases conceptuales. Clínica y Terapéutica Integral*. Ediciones de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía. Chile.
- Ron, M. A., Toone, B. K., Garralda, M. E., y Lishman, W. A. (1979). Diagnostic accuracy in presenile dementia. *British Journal of Psychiatry*, 134, 161-168.
- Santos, A. y Pavarini, S. (2007). Funcionalidad familiar de ancianos con alteraciones cognitivas: la percepción del cuidador. *Rev. Esc. Enferm. USP;*46(5):1141-1147.
- Santos, A., Pavarini, S. y Barham, E. (2011). Percepción de ancianos pobres con alteraciones cognitivas sobre funcionalidad familiar. *Texto & contexto enferm;*20(1):102-110, jan.-mar. graf, tab.
- Satz, P., VanGorp. W. G., Soper, H. V., y Mitrushma, M. (1987). A WAIS-R marker for dementia of the Alzheimer type? An empirical and statistical induction test. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 9,767-774.
- Satz, P., VanGorp. W. G., Soper, H. V., y Mitrushma, M. (1987). A WAIS-R marker for dementia of the Alzheimer type? An empirical and statistical induction test. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 9,767-774.
- Satz, P., VanGorp. W. G., Soper, H. V., y Mitrushma, M. (1987). A WAIS-R marker for dementia of the Alzheimer type? An empirical and statistical induction test. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 9,767-774.
- Satz, P., VanGorp. W. G., Soper, H. V., y Mitrushma, M. (1987). A WAIS-R marker for dementia of the Alzheimer type? An empirical and statistical induction test. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 9,767-774.

- Shaji S., Bose S. y Verghese A. (2005). Prevalence of dementia in an urban population in Kerala, India. *Br J Psychiatry*. 186:136-40..
- Tartaglino, M., Ofman, S., Hermida, P. y Stefani, D. (2011). Factores de riesgo psicosocial en cuidadores familiares de pacientes con demencia. *Investig. psicol*;16(2):131-149, set. 2011. tab.
- Wagner, L., Runte A., Torres-González, F. y King, M. (2011). Cuidado en salud mental: percepción de personas con esquizofrenia y sus cuidadores. *Ciênc. saúde coletiva*;16(4):2077-2087, abr.
- Zanetti, A., Giacon, B. y Galera, S. (2012). Adaptación cultural del Family Questionnaire para evaluación de la emoción expresada. *Rev. enferm. UERJ*;20(1):90-97, jan.-mar. ilus.
- Zhang ZX., Zahner GE., Roman GC., Liu J, Hong Z., QuQM, et al. (2005). Dementia subtypes in China: prevalence in Beijing, Xian, Shanghai and Chengdu. *Arch Neurol*. 2005;62:447-53.

## IX. Anexos

### Anexo 1. CUESTIONARIO AUTOAPLICADO

El instrumento será aplicado a los familiares de los pacientes con demencia y de ser necesario se corroborarán datos de la historia clínica.

#### DATOS PERSONALES

Referido al paciente con demencia.

1. Edad: \_\_\_\_
2. Lugar de residencia: .....
3. Años de instrucción del paciente: .....
4. Estado civil:  
Soltero[ ] Conviviente [ ]  
Casado [ ] Divorciado [ ] Otro [ ]
5. Paciente con Enfermedad de Alzheimer  
Si [ ] No [ ]
6. Años que tiene la enfermedad:.....
7. Años que se trata la enfermedad:.....

#### Enfermedad de Alzheimer

##### Deterioro de la memoria

8. Hay deterioro de memoria de corto plazo  
Si ( )  
No ( )
9. Deterioro de memoria de largo plazo  
Si ( )  
No ( )
10. Olvido frecuente de hechos, fechas y datos.  
Siempre ( )  
A veces ( )  
Nunca ( )

#### Alteraciones Cognitivas

11. El paciente tiene o tuvo antes del tratamiento alguno de estos síntomas (Afasia).

- a) Olvido de nombres de personas
  - b) Olvido de palabras
  - c) Olvido de nombres de objetos
  - d) Trastornos en la comprensión
  - e) Expresión incoherente
  - f) Trastornos en la repetición
  - g) Baja espontaneidad verbal
  - h) Mutismo.
12. El paciente tiene o tuvo antes del tratamiento alguno de estos síntomas (Apraxia).
- a) Dificultad en habilidades construccionales graficas
  - b) Dificultad para realizar planes de acción motores secuenciales
  - c) Incapaces de realizar gestos simples
13. El paciente tiene o tuvo antes del tratamiento alguno de estos síntomas (Agnosia).
- a) Dificultad en el reconocimiento sensorial.
  - b) Dificultad para realizar planes de acción motores secuenciales.
  - c) Dificultad para el reconocimiento del espacio o de los lugares.
  - d) Dificultad del reconocimiento de las personas o de los objetos comunes.
14. El paciente tiene o tuvo antes del tratamiento alguno de estos síntomas (Alteración de la función ejecutiva)
- a) Dificultad para planear una actividad compleja.
  - b) Dificultad para iniciar una actividad compleja.
  - c) Dificultad para corregir una actividad compleja.
  - d) Dificultad para terminar la realización de una actividad compleja.
  - e) Dificultad en el razonamiento abstracto.
15. El paciente tiene o tuvo antes del tratamiento alguno de estos síntomas (Trastornos en la vida social)
- a) Reacciones Violentas contra otros.
  - b) Agresividad contra los demás
  - c) Poco contacto social
  - d) Aislamiento
  - e) Sociable con conocidos y desconocidos

f) Sociable

16. El paciente tiene o tuvo antes del tratamiento alguno de estos síntomas (Trastornos en la vida laboral )

- a) Problemas para hacer el trabajo de siempre
- b) Reducción de la productividad
- c) Incremento del tiempo para hacer las tareas
- d) Imposibilidad de terminar las tareas.

17. Existió o existe declive con respecto a la funcionalidad previa del paciente

- a) La persona tiene un funcionamiento mejor a su estado normal.
- b) La persona tiene un funcionamiento igual a su estado normal.
- c) La persona tiene un funcionamiento peor a su estado normal.

18. Ha presentado estado de delirium

- Si ( )
- No ( )

.

### **Alteración de las funciones mentales superiores**

19. Existen alteraciones del lenguaje

- a) Leve
- b) Moderado
- c) Severo
- d) No

20. Existen alteraciones de la Memoria

- a) Leve
- b) Moderado
- c) Severo
- d) No

21. Existen alteraciones del juicio

- a) Leve
- b) Moderado
- c) Severo
- d) No

22. Existen alteraciones del cálculo
- a) Leve
  - b) Moderado
  - c) Severo
  - d) No
23. Existen alteraciones de la abstracción
- a) Leve
  - b) Moderado
  - c) Severo
  - d) No
24. Existen alteraciones de las capacidades visoespaciales
- a) Leve
  - b) Moderado
  - c) Severo
  - d) No
25. Existen alteraciones de la emotividad
- a) Leve
  - b) Moderado
  - c) Severo
  - d) No
26. Existen alteraciones de las características de la personalidad
- a) Leve
  - b) Moderado
  - c) Severo
  - d) No

### **Tipos de síntomas**

Respecto a los signos y síntomas cognitivos o neurológicos, cuál de estos ha presentado el paciente.

- a) Amnesia
- b) Afasia
- c) Apraxia
- d) Agnosia

- e) trastornos del aprendizaje
- f) desorientación
- g) contracturas musculares
- h) alteraciones de los reflejos
- i) temblor
- j) incoordinación motora

27. Respecto a los signos y síntomas Funcionales, cuál de estos ha presentado el paciente

- a) Dificultad para caminar.
- b) Dificultad para comer
- c) Dificultad para asearse
- d) Dificultad para vestirse
- e) Dificultad para realizar las tareas del hogar y en general de la vida diaria

28. Respecto a los signos y síntomas Conductuales, cuál de estos ha presentado el paciente

- a) Paranoia
- b) Ideación delirante
- c) Reacciones catastrófica
- d) Cuadros de furor
- e) Episodios maníaco-depresivos
- f) Violencia
- g) Apatía
- h) Vagabundeo
- i) Trastornos del juicio
- j) Inadaptación social

29. Respecto a los signos y síntomas asociados, cuál de estos ha presentado el paciente

- a) Delirium
- b) Alteraciones sensoriales (auditivas, visuales, gustativas, olfativas),
- c) Otras patologías (cardiopatías, artritis, artrosis, diabetes , osteoporosis).

### **Funcionalidad familiar**

#### **Respuestas del sistema familiar**

30. La familia que "Dramatiza" el problema

Si ( )

NO( )

31. La Familia "Minimiza" el problema

Si ( )

NO( )

32. La familias "utiliza" el problema para restablecer la comunicación intragrupal perdida o deteriorada

Si ( )

NO( )

**Respuestas con semiología específica.**

33. Existen preconceptos como :

- a) La familia no tiene responsabilidad
- b) La familia si tiene responsabilidad

34. Existe Ceguera Familiar

- a) No ven el problema
- b) Ven parcialmente el problema
- c) Ven claramente el problema

35. Existen Mitos Familiares

- a) Mito de un mejor entendimiento familiar
- b) Mito de la locura familiar
- c) Ningún mito

36. Existen neurosis de Necesidad

- a) Familia necesita al paciente con demencia
- b) Familia necesita al paciente tratado de la demencia
- c) Familia desea deshacerse del paciente con demencia

37. Existe Codependencia

- a) Existe madre depresiva e imperativa
- b) La figura paterna débil, pusilánime, negadora
- c) El padre es que tiene autoridad

38. Existe neurosis de Conveniencia

- a) Tratan de mantener los síntomas de la demencia
- b) Tratan de mejorar los síntomas de la demencia
- c) Tratan de tratar medicamente los síntomas de la demencia