



Asociación Mexicana de de Tanatología, A. C

DUELO EN FAMILIARES CON DEMENCIA TIPO ALZHEIMER

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMADO EN TANATOLOGÍA

PRESENTA:

DAVID RAÚL ESCARCEGA SANTOS

GENERACION 2013-2014



Asociación Mexicana de Educación Continua y a Distancia

Dedicatoria

A Dios sin el cual no existiera.
A mis padres que han marcado mi vida con su amor.
Tamara G. Gracias por el empuje.

Índice

Justificación	pág. 1
Objetivos	pág. 2
Alcances	pág. 2
1 er Tema: Vejez	pág. 3 a 5
2 do Tema: Demencia y Alzheimer	pág. 6 a 10
3 ro Tema: Duelo Familiares con Demencia Alzheimer	pág. 7 a 18
Conclusiones	pág. 19 a 21
Bibliografías	pág. 22 y 23

Justificación

Las sociedades están sujetas a transformaciones dinámicas constantes, los procesos de industrialización y desarrollo científico han traído como resultado mayores condiciones de vida.

Estos cambios, repercuten en la estructura poblacional enfrentando uno de los mayores retos del siglo XX el “Envejecimiento Poblacional”; este fenómeno determinado por la disminución en índices de natalidad y fecundidad principalmente. La vejez sobrepasa el interés puramente demográfico para afectar directamente la economía, la política, así como la población en general.

La fundación de Alzheimer México (FAM), menciona que la demencia tipo Alzheimer aumentara su prevalencia, aunque no hay estadísticas confiables al respecto, se calcula que en México el 10% de los adultos mayores padecen esta enfermedad, proyecciones que aumentarían en 2020, teniendo como principal factor de riesgo la edad avanzada, convirtiéndose en un problema de salud pública.

Hablar de Alzheimer necesariamente hace referencia a la familia, pues esta demencia requiere del apoyo familiar por la dependencia en las actividades de la vida diaria (AVD). Existe escasa información de los tipos de duelo que experimenta un familiar con demencia tipo Alzheimer, esta investigación revisa diferentes referencias enfocando como columna vertebral las pérdidas en los familiares o cuidador primario en paciente con Alzheimer.

Para mantener una fluidez en la información se realizara un contexto breve en el tema de envejecimiento, demencia y duelo en enfermos con Alzheimer, terminando con un análisis que desarrolle herramientas de sensibilización para profesionales en el área de salud, personas interesadas en el tema y claro familiares con pacientes con demencia Alzheimer.

Objetivos General

Conocer los duelos de familiares en la Demencia de Alzheimer

Objetivo Especifico

Analizar el contexto del envejecimiento poblacional

Especificar el término de demencia

Alcances

Facilitar a familiares que tienen pacientes con Demencia Alzheimer, un documento de consulta identificando el tipo de duelo por el cual están atravesando y afrontarlo de forma propositiva y proactiva.

Crear en un futuro una investigación que incluya la participación de familiares de paciente con Demencia Alzheimer, para conocer posibles abordajes en población mexicana en este tipo de enfermedad.

Vejez

Durante la segunda mitad del siglo pasado, la mayoría de los países disminuyeron en menor o mayor grado su nivel de fecundidad y aumentaron su sobrevivencia; estas tendencias han incidido en un proceso de envejecimiento que caracteriza la dinámica poblacional de gran parte del planeta. Este fenómeno es conocido como transición demográfica, que repercute en un aumento poblacional principalmente de las edades más avanzadas a un ritmo acelerado, los índices de natalidad y mortalidad disminuyen y por ultima la fecundidad hasta alcanzar niveles históricos bajos y sostenidos.

En 2010 El Instituto Nacional de Estadística y Geografía informó que el número de personas de 60 años y más es de 10.1 millones, lo que representa el 9% de la población total. En nuestro país, el proceso de envejecimiento se hizo evidente a partir de la última década del siglo pasado.

Durante el Siglo XX México experimento transformaciones desde el punto de vista demográfico, de acuerdo con los datos censales la población creció de 17 a 26 millones de habitantes en 1930 a 1950, que se multiplico en dos en 1980 y se multiplico de nuevo en los dos decenios siguientes. En la actualidad, México cuenta con más de 100 millones de habitantes.

A partir de 1930 se presento un descenso en la mortalidad, posibilitado por el mejoramiento de las condiciones de vida y los avances logrados en la educación, infraestructura sanitaria, avances médicos y control ambiental. En consecuencia, si hoy uno de cada veinte mexicanos se encuentra en el grupo de edad de 60 años y más, en el 2030 será uno de cada ocho y en el 2050 uno de cada cuatro. La esperanza de vida se incremento en el decenio de 1930 era de 36 años, paso a 50 casi en 1950, a 62 para 1970, en el año 2000 de 74 años y en 2014 es de casi 75 años.

La vejez es un fenómeno heterogéneo, cumple con características distintas entre hombres y mujeres, en la pirámide poblacional, resultado de la mayor esperanza de vida, aumenta el volumen de la población femenina denominada “Feminización de la Vejez”.

El estudio de la vejez no es nuevo, a lo largo de la historia existen diferentes datos, los cuales citan el desarrollo del tema con en el arte, literatura, pintura, pero los discursos o imágenes en el envejecimiento se alteran en diferentes momentos históricos. La vejez no es únicamente un hecho biológico (enfermedades, pérdidas, declive, etc.) es una construcción social determinada por un contexto histórico, económico, político y cultural.

Analizar la evolución de las imágenes del envejecimiento y de la vejez a través de la historia nos ayuda a comprender los factores históricos, económicos y políticos que favorecen la construcción de dos grandes visiones a partir de las cuales se han realizado interpretaciones y se ha problematizado la situación del viejo:

- Una etapa más de la vida favorecida por la experiencia
- Una etapa de pérdidas considerándola sinónimo de enfermedad

Las visiones positiva y negativa del envejecimiento y la vejez han estado en pugna a lo largo de la historia, por un lado Platón y Cicerón interpretaba al envejecimiento como un proceso natural determinado por la historia, condiciones de vida y percepción del sujeto sobre sí mismo y, por el otro lado, Seneca y Aristóteles, quienes entendían la vejez como una enfermedad incurable, como un problema y castigo.

Cada sociedad segrega un modelo de humano ideal, y de este modelo depende la imagen de la vejez. Las sociedades primitivas encuentran el problema de la ambigüedad de la vejez, a la vez fuente de sabiduría y de imperfección, de experiencia y decrepitud, de prestigio y de sufrimiento.

Pero otras sociedades profundamente religiosas la vejez se relaciona con el mundo de lo sagrado. El simple hecho de llegar a los setenta u ochenta años era una hazaña que solo los dioses podían alcanzar.

En México en la época prehispánica se reconocía a la senectud o a la vejez y se le denominaba “huehuyolt” y a las personas que alcanzaban esta etapa o condición se le reconocía como “huehuetain” (reverenciado anciano) o “llamantzin” (reverenciada anciana). Así mismo se apoyaba de los sobrevivientes de la guerra, a los que padecían enfermedad o perdían su trabajo a quienes se les llamaba “ueutques” otorgándoles una pensión. El dios viejo con una longevidad máxima de 104 años “Huehueteriliztli” (cumplimiento de la vejez).

De acuerdo con López (1996) se distinguía entre quienes llegaban a la ancianidad en pleno uso de sus facultades mentales y los que se habían convertido en una carga social. Los hombres del primer grupo (lúcidos) eran conocidos como dueños del fuego y se les consideraban como los transmisores de valores y conocimientos familiares del grupo, expresados mediante el papel de instructores. Quienes perdían sus facultades mentales eran llamados “oppa piltontli” quien es niño por segunda vez.

Si bien el sentido de la vejez varía según las sociedades, no por eso deja de ser un hecho trans histórico, que suscita en su mayoría reacciones negativas, caracterizadas por rechazo, desprecio, abandono, marginación, segregación y discriminación.

El siglo XIX marca un parte aguas en el concepto anciano, vejez y envejecimiento, las revoluciones burguesas aceleraron la transformación de las condiciones de vida de los viejos. Al ser aceptadas las premisas revolucionarias de la individualización de la propiedad y que esta daba derechos políticos, el viejo de las clases desposeídas se encontró en condiciones peores. En el siglo XX el modelo capitalista entra en la mayoría de los países del mundo, el viejo dejó de ser la persona que monopolizaba el conocimiento derivado de la experiencia, el sujeto merecedor de respeto y con capacidad de tomar decisiones.

Esto implica que el neoliberalismo propone “educar” a la sociedad para que, en un momento dado, asuma la invisibilización como algo natural, en el sentido de que se nos inculca el consumo individual, tanto de productos y servicios, como de políticas públicas, ya que no promueven la participación social en su diseño. Por lo tanto, con el ascenso, consolidación y evolución del capitalismo, la visión de la vejez que resulta como vencedora es la negativa que se asigna al viejo, la palabra viejo se utiliza para referirse a lo feo, inservible o inútil y se usa adulto mayor como eufemismo para referirse al viejo, la persona anciana. (Mendoza, 2008)

En las últimas décadas más allá de mirar al viejo como un sujeto activo, se le ha percibido como un objeto de necesidades de atención física, psicológica y social, sin considerar su individualidad y su potencial social y económico para la sociedad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002), propone en el envejecimiento activo como proceso de optimización de las oportunidades de la salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen. El envejecimiento activo se aplica a todos los grupos de población y edad, y permite a las personas realizar su potencial de bienestar físico, mental, emocional y social a lo largo de todo el ciclo vital y, así, participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, mientras que les proporcionan protección, seguridad y cuidados adecuados cuando lo necesitan.

Bajo esta premisa y constantes cambios enfocados a elevar la calidad de vida de los ancianos en todo el mundo, México presenta avances significativos y propositivos para mejorar en atención, calidad y seguridad a este grupo de 60 años y más. Aun que el paradigma académico esta en desarrollo surgen ciencias (Geriatría, Gerontología) que empiezan a tomar importancia para la creación de un marco que asegure el desarrollo de este grupo etario y consoliden oportunidades para uno de los países que envejece con mayor velocidad en el mundo.

Demencias y Alzheimer

La Demencia es definida por el CIE 10 como un síndrome secundario a disfunción cerebral, usualmente crónica y progresiva, en la cual existen alteraciones en distintas funciones corticales, que incluyen alteraciones en la memoria, pensamiento, orientación, comprensión, calculo, capacidades de aprendizaje, lenguaje y juicio.

Existen pocos estudios epidemiológicos que documentaron una prevalencia de demencia del 1% entre la población de 60 a 65 años, del 13% de la población de 80 a 85 años y de 32% en la población entre 90 y 95 años; a partir de la cual se tiene una prevalencia global de 5% en personas de 65 años que se eleva al 20% en adultos de más de 80 años.

La encuesta de salud y envejecimiento de Latinoamérica (SABE, 2001) revelan que el 11% de la población de 60 años y mas padece algún grado de deterioro cognoscitivo. En México la prevalencia general de deterioro cognoscitivo en la población mayor de 65 años es del 8% (ENASEM, 2007). En la mayoría de estudios las mujeres parecen tener una mayor incidencia.

Tipos de demencia:

- Demencia asociada al VIH (SIDA).
- Demencia por alcoholismo.
- Demencia por multi-infartos.
- Demencia por hidrocefalia (Síndrome de Hakim-Adams).
- Enfermedad de Pick.
- Enfermedad de Huntington.
- Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob.
- Enfermedad de Alzheimer.

Todas las demencias se parecen mucho entre si, por los signos y síntomas que presentan, todas presentan daños en funciones cognoscitivas, las diferencias en los síntomas son mas de tipo anatómico que clínico.

La enfermedad de Alzheimer es una enfermedad irreversible y progresiva del cerebro que lentamente destruye la memoria y las aptitudes del pensamiento, y con el tiempo, hasta la capacidad de llevar a cabo las tareas de la vida diaria. En la mayoría de las personas afectadas con esta enfermedad, los síntomas aparecen por primera vez después de los 60 años de edad.

El Alzheimer es la causa más común de demencia en las personas mayores de 60 años. La enfermedad toma su nombre del Dr. Alois Alzheimer. En 1906, el Dr. Alzheimer notó cambios en los tejidos del cerebro de una mujer que había muerto de una rara enfermedad mental. Sus síntomas incluían pérdida de la memoria, problemas de lenguaje y comportamiento impredecible. Después que la mujer murió, el Dr. Alzheimer examinó su cerebro y descubrió varias masas anormales (actualmente llamadas placas amiloideas) y bultos retorcidos de fibras (actualmente llamados ovillos o nudos neurofibrilares).

Las placas y los ovillos en el cerebro son dos de las características principales de esta enfermedad, la tercera característica es la pérdida de las conexiones entre las células nerviosas (las neuronas) y el cerebro.

El Alzheimer es un problema de salud pública en México al ser la principal causa de demencia en la vejez, debido al deterioro progresivo de las capacidades intelectuales y cognitivas que llegan a generar una gran dependencia, por ser **neurodegenerativa**. Entre los síntomas principales del padecimiento; son: la pérdida de memoria y del olfato, problemas con el habla y el sueño, dificultad para desempeñar tareas habituales, cambios repentinos en la personalidad, así como desorientación en tiempo y lugar; por ello, la necesidad de la comprensión ya que la vida del familiar es afectada por la enfermedad mental.

El Alzheimer se puede diagnosticar de manera definitiva únicamente después de ocurrida la muerte. El diagnóstico se hace vinculando la trayectoria clínica de la enfermedad con un examen de los tejidos cerebrales y una patología durante una autopsia. Para diagnosticar la enfermedad de Alzheimer, se han desarrollado pruebas de tamizaje, las cuales han facilitado el abordaje en cada una de las funciones superiores cerebrales.

Estas pruebas se refieren a la medición del área física, mental y social, así como la percepción de la calidad de vida y detección de factores de riesgo para la presencia de enfermedades crónico-degenerativas o limitación en las actividades básicas de la vida diaria e instrumentales durante la vejez, con la finalidad de establecer estrategias de intervención a nivel individual, familiar y comunitario, con el fin de mantener, prolongar y recuperar la funcionalidad integral de los ancianos.

La evaluación por medio de instrumentos de tamizaje permite en corto tiempo evaluar con objetividad diversas áreas de interés, de una manera sistematizada, rápida y global. Su función consiste en identificar dentro de un universo extensos casos cuya confirmación requiere una evaluación más extensa.

Los instrumentos de mayor aplicación para identificar algún tipo de demencia son:

- Mini Examen del Estado Mental (Minimental de Folstein): El objetivo de este estudio es establecer la presencia de probable deterioro cognoscitivo mediante la entrevista a la persona adulta mayor. Dicho instrumento está integrado por 30 preguntas las cuales exploran diversos dominios cognoscitivos. Los ítems de esta escala se dividen en 5 funciones mentales superiores: 1ª orientación en tiempo y lugar, 2ª memoria a corto plazo, 3ª atención y cálculo, 4ª memoria diferida y 5ª lenguaje oral y escrito.
- Prueba de reloj: Se trata de un test sencillo que valora el funcionamiento cognitivo global, principalmente la apraxia constructiva, la ejecución motora, la atención, la comprensión y el conocimiento numérico, mediante la orden de dibujar un reloj (un círculo, las 12 horas del reloj) y marcar una hora concreta.
- Cuestionario del Informante sobre Deterioro Cognoscitivo en la Vejez (IQCODE): El objetivo de este cuestionario es establecer el estado cognoscitivo del adulto mayor con referencia a los últimos 10 años mediante la entrevista al informante. El cuestionario está integrado por 16 preguntas que exploran cambios relevantes en los diversos dominios cognoscitivos durante los últimos 10 años, tales como la memoria, orientación, atención, juicio y cálculo.
- Cognistad: es una prueba de evaluación cognoscitiva, está diseñada para proporcionar una evaluación que distingue un mayor número de funciones cognoscitivas en comparación con otras pruebas más sencillas que muestran un funcionamiento global de dichas funciones. Evalúa el lenguaje (lenguaje espontáneo, comprensión, repetición y denominación), la construcción, memoria, el cálculo, el razonamiento (analogías y juicio); también evalúa el nivel de atención, conciencia y orientación.

Estas pruebas pueden ser repetidas para darles a los profesionales de la salud información sobre cómo la memoria de la persona está cambiando a través del tiempo. Es importante señalar que los instrumentos no sustituyen el quehacer clínico tradicional; su función es complementar la evaluación médica o auxiliarla.

Obtener un diagnóstico anticipado e iniciar el tratamiento en las etapas tempranas de la enfermedad puede ayudar a preservar el funcionamiento de una persona desde meses hasta años, a pesar de que el proceso subyacente de la enfermedad no puede ser cambiado. Obtener un diagnóstico anticipado también ayuda a las familias a planear para el futuro, hacer arreglos de vivienda, ocuparse de asuntos financieros y legales, y desarrollar redes de apoyo. Además, un diagnóstico anticipado puede brindar una mayor oportunidad para que las personas se involucren en investigaciones clínicas.

En la demencia por Alzheimer generalmente hay degeneración de neuronas, van perdiendo progresivamente su estructura y su función. Se acumula en el cerebro cantidades anormales de una sustancia llamada proteína beta-amiloide. Por otra parte, los esqueletos de las neuronas se enredan y forman ovillos. Muchas neuronas van muriendo a una velocidad exageradamente rápida y el cerebro se atrofia.

Los síntomas comunes de la enfermedad de Alzheimer relacionados al comportamiento incluyen insomnio, agitación, deambulacion, ansiedad, enojo y depresión. Tratar los síntomas relacionados al comportamiento a menudo hace que las personas con Alzheimer se sientan más cómodas y hace más fácil el trabajo de las personas encargadas de cuidarlas.

Cuidar a una persona que padece de la enfermedad de Alzheimer puede tener altos costos físicos, emocionales y financieros. Las demandas del cuidado diario, el cambio en las funciones de la familia y las duras decisiones relacionadas a la colocación del enfermo en un centro de cuidados pueden ser muy difíciles de manejar.

Los programas que instruyen a las familias sobre las diferentes etapas de la enfermedad de Alzheimer y sobre estrategias flexibles y prácticas para manejar situaciones difíciles cuando se proporcionan cuidados, proveen una ayuda vital a aquellas personas que cuidan a individuos afectados con esa enfermedad.

Desarrollar tácticas útiles para enfrentar las dificultades y una sólida red de apoyo que incluye a familiares y amigos, también son maneras importantes por medio de las cuales las personas encargadas de proporcionar cuidados pueden ayudarse a sí mismas a manejar el estrés de cuidar a un ser querido que padece de Alzheimer.

En el libro *El cuidador: Una Vida Con Alzheimer*, narra la vivencia de Aarón el cuidador de su esposa Stella con demencia tipo Alzheimer: Aarón nos brinda un bosquejo en los cambios que empezó a identificar en su esposa, en su alrededor y en el mismo.

Stella una persona culta y concertista de violonchelo empezó a presentar fallos en la memoria, los cuales se podrían considerar normales por no poner atención, sin embargo, cuando Aaron noto los cambios en su forma de conducir (no saber qué velocidad poner, no recordar la dirección del lugar que visitaba, no recordar donde se colocaba la llave para encender el coche, no encender el coche, etc.), en la cocina (olvidar los condimentos, abrir y cerrar cajones, no recordar donde están los utensilios, en la preparación y elaboración de los alimentos), la desubicación en el tiempo y espacio (prepara la cena en el desayuno, levantarse en la madrugada). A partir de este contexto Aarón toma la decisión de acudir al médico para conocer si algo está fallando con su esposa, la respuesta del médico se enfoco a asumir la pérdida de memoria como algo natural, sin realizar una entrevista minuciosa para indagar en la problemática de Stella, este prejuicio está naturalizado en los profesionales de salud, asumiendo que la vejez es sinónimo de pérdida de memoria, achaques de la edad y por estar viejo únicamente hay declives.

Cuando pide la opinión de un segundo médico, menciono la pérdida de memoria reciente, enfocada en recuperar información que aconteció en un periodo breve, por ejemplo que día es hoy, que comió, el artículo de un libro, las tareas que realizó horas antes, el médico utilizó un instrumento que valoraba las áreas superiores del cerebro (memoria, lenguaje, cálculo), dando

Como posible diagnóstico el Alzheimer o algún tipo de demencia. Aarón no tenía mucha información en la enfermedad, por tal motivo busca información en la biblioteca local. Encontrando el término de “demencia senil”, Aarón encontró diferentes fases, signos y síntomas que desarrolla esta enfermedad, la primera respuesta psicológica mencionada por Aarón fue: “nada de esto me pareció que tuviera que ver con Stella”, asumiendo que ella no podía tener una demencia, por ser una persona lucida. La última parada al doctor fue con un neurólogo después de la recomendación de su segundo médico, realizando una resonancia magnética; el diagnóstico fue: Demencia Tipo Alzheimer”, para llegar a este diagnóstico pasaron año y medio desde la primera visita médica Aarón menciona “Estaba llegando un año y medio tarde y además tomándomelo con calma. Sentí sobre mi todo el peso del fracaso y de la responsabilidad”

Esta narración nos brinda características que los familiares tienen que afrontar con pacientes en este tipo de demencia, aunque cada caso es distinto y se presenta con diferentes matices la enfermedad de Alzheimer tiene un impacto directo en el cuidador o familiares a cargo.

Los estados de estrés producen en el cuidador o familiares respuestas generales de adaptación frente a estímulos que se presentan como amenazantes. Las respuestas ante estas situaciones son de dos tipos de huida o de afrontamiento. Si el estímulo permanece, la persona no vuelve a su estado libre de estrés.

Las actuales definiciones del estrés incluyen una mirada biospsicosocial del fenómeno mencionando los procesos fisiológicos y psicológicos que se producen cuando existe la percepción de un exceso de demandas ambientales sobre las capacidades percibidas por el sujeto para poder satisfacerlas o cuando su percepción de no lograr responderlas se transforma en sensación de fracaso. Se presenta en personas que se ocupan de un enfermo, se denomina síndrome del cuidador o síndrome del quemado.

El síndrome del cuidador se trata de una reacción a la tensión emocional crónica creada por el contacto continuo con otros seres humanos en particular si estos tienen problemas o motivos de sufrimiento. Este síndrome consiste en deterioro o agotamiento, pérdida de la autoestima y reducción de la capacidad personal producidos por la demanda excesiva de recursos físicos y emocionales del ejercicio emocional. Algunas características en los familiares que presentan este síndrome son: mal humor, malos entendidos, incompreensión del paciente, rechazo, fatiga física y psicológica, se convierte en una extensión del enfermo invalidando en la toma de decisiones, clima de tensión e insatisfacción, depresión y ansiedad.

Duelo en Familiares con Alzheimer

El cuidador primario es la persona familiar o no, que contiene contacto con la persona enferma la mayor parte del tiempo, le satisface las necesidades básicas, lo mantiene vinculado a la sociedad y le provee afecto. Esta responsabilidad la mayoría de veces la asume un solo familiar, las mujeres de mayor o menor edad y de parentesco, hijas. Las tareas que desarrolla un cuidador primario están orientadas a la ayuda en la casa (lavar, limpiar, cocinar, planchar, etc.), ayuda para el transporte fuera del domicilio (visita al médico), ayuda para desplazamiento en el interior del domicilio, ayuda para la administración de dinero y bienes e higiene (bañarse y peinarse).

El cuidador primario de un paciente con Alzheimer se enfrentan con una serie de duelos, que caracterizan una enfermedad neurodegenerativa, la carga emocional influye de forma negativa, por tal motivo es importante brindar herramientas que ayuden a adaptarse a los cambios que presentan las personas con Alzheimer.

Algunas pérdidas que experimenta el cuidador son invisibilizadas por los demás miembros de la familia, tales como cambio de papeles, reacciones emociones (dualidad amor-odio), consecuencias sobre la salud como es el cansancio, consecuencias laborales ausentismo o impuntualidad, dificultades emocionales aumento de los gastos o disminución de horas de trabajo y disminución en las actividades de ocio.

El duelo es el proceso de dolerse. Es una respuesta física, mental y emocional ante una pérdida significativa de vida ya sea pasada o que se prevé en el futuro cercano, se considera una reacción normal de desconcierto debido a una pérdida. Es el proceso de reorganización interna para poder enfrentar el mundo después de un cambio significativo, recuperar la confianza en uno mismo, después de una sacudida importante.

Una pérdida es un cambio no deseable pero inevitable en la vida del ser humano. Sin cambio, no es posible el crecimiento.

El duelo cumple con la función de aprender la lección de que solo a través de la comprensión, aceptación y del perdón es la única forma de vivir en paz. Vivir un duelo no es olvidar, es poder vivir con la ausencia y recordarlo con amor y sin destruirnos, es aprender a recordar no por lo que fue, sino todo lo bello que nos dio y por los que nos hizo ser: padre, amigo, hijo, etc. “es comprender que en medio del dolor es como el ser humano crece y se fortalece. Por lo tanto es aprender a crecer en medio del dolor” (Domínguez, 2013)

Existen diferentes tipos de duelo:

Duelo normal: dependiendo de la cercanía emocional dura un máximo de dos años, permite la incorporación en actividades rutinarias, es un proceso de asimilación propositiva y la sintomatología física desaparece en poco tiempo.

Las sensaciones físicas asociadas a las pérdidas más frecuentes son:

- Vacío en el estómago
- Opresión en el pecho
- Opresión en la garganta
- Hipersensibilidad al ruido
- Sensación de despersonalización o irrealidad
- Falta de aire
- Debilidad muscular
- Falta de energía
- Sequedad de boca

Los sentimientos asociados a las pérdidas más frecuentes son:

- Tristeza es el sentimiento más común, se manifiesta a través de llorar y es una señal que evoca una reacción de comprensión y protección.

Otros sentimientos que se experimentan:

- Enfado resultado de no poder detener los cambios que conlleva la evolución de la enfermedad, en este caso los enfocados a la demencia de Alzheimer.
- Culpa se experimenta cuando se menciona el clásico “hubiera”, me hubiera dado cuenta antes de que estuviera mal, porque no puse atención, no lo cuide bien, etc.
- Ansiedad o fuertes ataque de pánico, como resultado del temor que implica la responsabilidad del enfermo y la conciencia de la muerte personal reflejada en el otro.
- Soledad se presenta como respuesta a sobrevivir, principalmente cuando la pérdida es de un cónyuge.
- Fatiga se manifiesta como apatía o indiferencia, puede llegar hacer demasiado molesto para personas activas.
- Impotencia por no controlar lo los sucesos.
- Shock como experiencia al no estar preparados ante los cambios.

Duelo complicado: la sintomatología física tiene un impacto negativo en la calidad de vida aun con tratamiento médico, dura más de 2 años, aunque realice actividades rutinarias no se incorpora a una vida independiente, pensamientos de frustración y de culpa la mayoría de tiempo.

Se experimentan los mismos sentimientos que en el duelo normal, la diferencia es la permanencia prolongada en estos sentimientos.

Factores de riesgo en un duelo complicado:

- Asuntos “no resueltos”
- Pérdidas anteriores sin procesar o resolver (huellas de abandono o de rechazo “abiertas” o sin resolver).
- Nivel de autoestima bajo.
- Temperamento depresivo o melancólico.
- Personalidad inestable emocionalmente.
- Personalidad agresiva o culpígena.
- Situación económica limitada.
- Conflictos no resueltos con otros miembros de la familia (emocionales o legales).
- Soledad real o acompañada (no tener con quien compartir su dolor aunque viva con alguien más).
- Vivir solo (comer y dormir solo).
- Incapacidad de relacionarse afectivamente con los demás.
- Estado de salud deficiente.
- Ideación suicida o intentos de suicidio previos.
- Falta de contacto con su propia espiritualidad o nivel de fe en algo superior. Entre otros.

Duelo anticipado: se desarrolla cuando existe el diagnóstico de una enfermedad que no tiene cura. Es un período de tiempo durante el cual la familia y la persona enferma experimentarán diversos sentimientos y emociones que los preparará emocional e intelectualmente para la inevitable muerte del ser querido. Este tipo de duelo es usual en el caso de enfermedades crónicas en las que transcurre un largo camino desde que llega la noticia de la enfermedad hasta que se produce la muerte.

Cuando se conoce el diagnóstico de la enfermedad se produce un sentimiento de aturdimiento y de que nada de lo que está sucediendo es real, es decir, que esta noticia lejos de ser asimilada desde el primer momento pasará por varios días de procesamiento que llevarán luego a aceptar el diagnóstico de la enfermedad. También es usual mostrar grandes sentimientos de ira contra el médico que estableció el diagnóstico. Se trata de un shock emocional por la familia, en el que se mezcla una sensación de pena y depresión. La incredulidad y los intentos de revertir el desenlace, se suele dar un especial interés por la persona que se morirá y se buscará resolver conflictos y sentimientos inconclusos.

A medida que la enfermedad avanza, los familiares se van adaptando lentamente a esta nueva situación aunque nunca se pierden todas las esperanzas. Aquí se entra en una tentativa para adaptarse a la ausencia del ser querido, se intenta aprender cómo serán las cosas sin la otra persona y a asumir la soledad.

En el duelo anticipado es necesario recordar que cada persona experimentará el duelo de forma única y personal. Sin embargo, este duelo anticipado nos permite prepararnos para una despedida emocional y física de aquel ser querido que sufre una enfermedad crónica y cuyo desenlace es inevitable.

Se trata de un largo camino en el que se mezclarán sentimientos contrapuestos hasta que finalmente intentaremos adaptarnos a esta nueva realidad. La armonía del sistema familiar se puede ver afectada cuando uno de sus miembros persiste la vivencia de un duelo demasiado prolongado. En la enfermedad de Alzheimer se establecen fuertes lazos emocionales, por tal motivo el duelo se produce por las reacciones emocionales que se producen cuando estos se ven amenazados o rotos. Cuando una persona no elabora un duelo existen complicaciones físicas, mentales y emocionales, a través de la culpa, el enojo y los resentimientos acumulados. El resultado puede ser depresión, comportamientos autodestructivos o en el peor de los casos ideas suicidas.

Los apegos provienen de la necesidad que tenemos de protección y seguridad, se desarrollan desde una edad temprana y se dirige esta necesidad durante todo el ciclo de la vida en personas específicas. Los apegos generan un lazo afectivo, las situaciones que ponen en peligro este lazo suscitan reacciones específicas. Cuanto mayor es el potencial de pérdidas más intensas son estas reacciones y más variables.

Bowlby (1993) definió la conducta de apego como “cualquier forma de comportamiento que hace que una persona alcance o conserve proximidad con respecto a otro individuo diferenciado y preferido. En tanto que la figura de apego permanezca accesible y responda, la conducta puede consistir en una mera verificación visual o auditiva del lugar en que se halla y en el intercambio ocasional de miradas y saludos. Empero, en ciertas circunstancias se observan también seguimiento o aferramiento a la figura de apego, así como tendencia a llamarla o a llorar, conductas que en general mueven a esa figura a brindar sus cuidados”

Cuando en una familia uno de sus miembros enferma de Alzheimer toda la familia padece esta dolencia en menor o mayor medida. La vida de todos, incluso de los que no van a colaborar, se ve afectada. En el caso de los que aportan su ayuda, porque tienen menos tiempo, y en el caso de los que permanezcan al margen, porque sienten inquietud, miedo, rechazo.

El cambio de papeles en la familia comienza desde el inicio del diagnóstico. El enfermo no puede seguir dirigiendo el hogar, trabajando, llevando responsabilidades anteriores, así que poco a poco los familiares irán tomando nuevas funciones como: administrar la economía del hogar, ayudar en la limpieza, atender al enfermo, aportar un dinero, como se mencionó anteriormente en las características del cuidado primario.

Las consecuencias en los diferentes miembros de la familia dependen del parentesco que guarden con el enfermo:

El cónyuge del enfermo, si vive, se encuentra angustiado ante la enfermedad de la persona con la que ha compartido su vida tantos años. En ocasiones no acepta la enfermedad, se niega a informarse sobre ella y adopta un papel secundario aunque no por ello se siente menos involucrado en el problema; suele requerir la colaboración de algún hijo o hija que le ayude para evitar principalmente la angustia de sentirse solo con el problema. Otros cónyuges, por el contrario, participan activamente en el cuidado del enfermo, dándose con frecuencia el caso de que ahora permanecen juntos mucho más que antes. Los hijos vigilan el proceso y brindan las ayudas asistenciales que la enfermedad va requiriendo. Los familiares más directos suelen ser hijos o hijas que a veces viven lejos de los padres, complicando así su colaboración con el cuidado del enfermo.

Cuando a la familia se le comunica el diagnóstico de demencia Alzheimer, sufre una impactante alteración psicoemocional y pasa por un periodo de estrés, ya que debe afrontar la enfermedad y muerte de su ser querido, y anticipar el dolor que se presentara tras la pérdida. El impacto emocional dependerá de las siguientes características:

- Como afrontan las situaciones de estrés
- Tipo de relación con el ser querido y relación con los demás miembros familiares.
- Pérdidas anteriores
- Recursos económicos

La respuesta más común ante el conocimiento del diagnóstico por parte de la familia es de shock, aturdimiento e incredulidad.

Para poder manejar estos sentimientos, la estructura familiar entra en un periodo de negación que le permite mantener el control y la integridad emocional. No todos los miembros de la familia mantienen la negación con la misma intensidad ni durante el mismo tiempo; los miembros más realistas se vuelven críticos e intolerantes con los negadores.

Después la familia entra en un periodo de negociación, lo cual significa una mayor asimilación de la enfermedad. Esto contribuye a establecer la conspiración del silencio. Se establece un acuerdo de no hablar sobre la verdad, aunque tanto la familia como el paciente estén informados sobre la enfermedad. El objetivo de la familia, es el deseo de proteger al paciente del sufrimiento, relegándolo al aislamiento emocional y dejándolo sólo con sus sentimientos, ansiedades y temores.

Asimilar el duelo ocasionado por la pérdida del progenitor o compañero que aún está físicamente presente pero en estado de lento deterioro, o con los consiguientes deseos y fantasías (inconscientes) respecto a su pronto fallecimiento. La situación de duelo que se da en el caso de una demencia difiere de dos maneras importantes respecto al duelo inducido por la muerte en sí:

- la persona sigue viva y puede estar muy saludable físicamente
- y, además, el proceso puede abarcar largos períodos de tiempo.

La pérdida de motricidad se acentúa en fases avanzadas del Alzheimer, sin embargo limitan las actividades básicas de la vida diaria, esta pérdida invierte el papel del padre cuando cuida al hijo, para los familiares representa un acto de pudor que en ocasiones causa desagrado. En los familiares existe una esperanza de recuperar la capacidad mental o que sea reversible; la enfermedad de Alzheimer se caracteriza por tener momentos de lucidez o respuestas funcionales ante cuestionamientos.

Las actividades básicas de la vida diaria (bañarse, asearse, deambular, vestirse y control de esfínter); representa para los familiares una carga física en la cual no se sienten capaces de desarrollar, debido a la falta de preparación.

En la actualidad existen diferentes instituciones las cuales están enfocadas en el diagnóstico de la demencia de tipo Alzheimer, las cuales trabajan en equipo con la familia facilitando diferentes programas dirigidos a la funcionalidad del paciente en el hogar. Esta opción es viable cuando los familiares no son capaces de desarrollar el tipo de cuidado en el hogar o las demandas requieren un cuidado profesional, la limitante es el alto costo que en ocasiones los familiares no pueden solventar.

Las diferentes instituciones que tiene en sus programas intervenciones enfocadas al tratamiento de Alzheimer, enfocan la terapia farmacológica y no farmacológica. La terapia farmacológica está enfocada a la medicación para enlentecer el avance del deterioro neuronal, con la finalidad de prolongar la vida, aunque no existe un tratamiento eficaz ayuda a controlar la conducta, la terapia no farmacológica está dirigida a las personas que dependiendo las capacidades que cognitivas que manejan en actividades de plasticidad cerebral o actividades que los mantengan ocupados con finalidades terapéuticas.

Las instituciones manejan grupos de ayuda mutua o sesiones de información en la enfermedad de Alzheimer para los familiares, la dinámica la mayoría de veces está dirigida por un profesional que maneja un tema y al final existe una retroalimentación por el grupo. En los grupos se manejan diferentes temáticas favoreciendo a disminuir la ansiedad en el grupo, aun así muy pocos grupos desarrollan intervenciones para afrontar las pérdidas que los familiares presentan en esta enfermedad.

Como se mencionó con anterioridad, la familia es la encargada de realizar un trabajo en equipo con el paciente y los profesionales a cargo para mantener el mayor tiempo la funcionalidad del paciente, el esfuerzo físico, psicológico y económico que se realiza tiene como resultado un agotamiento emocional.

El agotamiento es un proceso de desarrollo gradual que comienza con niveles cada vez más prolongados de estrés. Se requiere que la familia está informada de la existencia de las diferentes pérdidas que se pueden experimentar, a través de instituciones enfocada al trabajo con pacientes con este tipo de demencia. Nadie puede combatir lo que no conoce.

Existen diferentes dimensiones que el familiar o cuidador primario deben conocer para identificar el agotamiento:

1. Sentirse emocionalmente exhausto: disminución del interés y preocupaciones por los enfermos, incapacidad para darse o entregarse, distanciamiento del paciente, ausentismo conflicto interpersonales y uso de alcohol.
2. Despersonalización o Deshumanización: tratar al enfermo como un objeto, sentimientos negativos y cínicos hacia el paciente, sentimientos de frustración e incompreensión y culpar al paciente.
3. Bajos logros personales: autoevaluación negativa, sentimientos de insatisfacción o fracaso, sentimientos de culpa.

Los factores físicos se caracterizan por dolores de cabeza intensos, insomnio, trastornos gastrointestinales, dificultades sexuales y síntomas que no aparecen por una razón orgánica, los factores psicológicos se presentan como distanciamiento o irritabilidad, aburrimiento y cinismo, toma de riesgos innecesarios dificultad para tomar dediciones.

Hay varias formas de prevenir el agotamiento emocional, se requiere primeramente de un profesional que este informado de la existencia de la dinámica familiar que se está desarrollando, tiempo de evolución de la enfermedad de Alzheimer, características de síntomas y conductas, reconocer la carga emocional que produce sentimientos que aflijan, estado emocional del cuidador y conocer las expectativas que se han planteado en el cuidado. En lo individual pueden utilizarse diferentes estrategias para reducir sus efectos:

1. No negar la carga emocional.
2. Reconocer cuales son los síntomas que causan el agotamiento emocional o físico
3. Tener conocimiento de cómo manejar el estrés
4. Discriminar que puede cambiarse: si los estresores puede eliminarse o evitarse. Si es posible reducir la intensidad o la exposición a ellos.
5. Preguntarse si los extrusores se están percibiendo de forma crítica o exagerada.
6. Compartir pensamientos o sentimientos.

7. Reconocer que uno solo puede cambiar y no podemos cambiar al otro.
8. Pedir ayuda.
9. Proponerse metas realistas.
10. Construir reservas afectivas con familia, amigos y ámbito laboral.
11. Construir reservas físicas: hacer ejercicio físico con regularidad y deportes no competitivos, aumentar el tiempo de ocio deslindando responsabilidades de cuidado.

Las respuestas a los problemas que se usan con mayor frecuencia son del orden de las llamadas respuestas reactivas, que suelen nutrir los conflictos, agravarlos y dar sensación de sin salida, la propuesta es que los familiares puedan optar por respuestas proactivas, es decir reemplazar la eterna queja por alternativas que suelen existir como posibilidad y que no pueden encontrarse porque se encuentran ocultas tras el fervor de la queja. Es un cambio de actitud ante el mismo problema.

Una actitud proactiva facilita la organización de actividades enfocadas al cuidado sin una carga emocional excesiva, genera caminos de resolución diferentes y alivian las situaciones que se perciben como de encierro y que hacen sentir que nada se puede cambiar.

Un error frecuente en la enfermedad de Alzheimer es concientizar al paciente que presenta dicha enfermedad. La Doctora Becerra (2010) menciona que en esta enfermedad se presenta el síntoma de “anosognosia” desconocimiento de la enfermedad por quien presenta una demencia, por la muerte neuronal; esto quiere decir que existirá una eterna lucha por las quejas del paciente en no necesitar ayuda, no recordar acuerdos, tener alguna discusión o comportamiento agresivo o pensar que las cosas las hace por llamar la atención.

En la anosognosia es recomendable no contradecir al paciente, sin embargo buscar de forma personal de salvar el desajuste o la situación que produce estrés, no exigir que entienda que la acción le causa daño, sino encontrar alternativas o dirigir la atención en una circunstancia que disminuya la ansiedad.

Conclusiones

Analizar el contexto de la vejez, conocer las imágenes que han predominado en la historia nos da la pauta de aterrizar en pleno siglo XXI la estigmatización negativa que viven los ancianos en la mayoría de los países que han adoptado el modelo capitalista, esta visión repercute cuando se asume la pérdida de memoria como un hecho natural de la edad, diferentes profesionales de salud no asumen la responsabilidad de realizar una valoración integral en la persona anciana.

Como se menciona en pasados capítulos el diagnóstico de Demencia Alzheimer se da cuando el deterioro en ocasiones es muy avanzado, marcado por conductas que al principio se consideraban como “normales de la edad” o “por ser viejo se olvidan las cosas”, como se menciona en el libro de El cuidador de Aarón Terra los familiares únicamente son conscientes de la enfermedad cuando presentan cambios en ubicación y orientación, olvidos más frecuentes y en el peor de los casos por no controlar la situación de estrés.

No hay que deslindar responsabilidad a los profesionales de salud que en ocasiones no cuentan con el conocimiento científico en el tema de demencias y no toman en cuenta la opinión de los familiares, asumiendo posturas de indiferencia dejando que la evolución de la enfermedad se desarrolle y cause un colapso en toda la familia.

La reacción ante el diagnóstico en una enfermedad donde el paciente se puede encontrar de forma saludable físicamente durante un periodo prolongado de tiempo, pero la disminución marcada de la memoria pone en aprietos a la familia pasando por una fase de aturdimiento o shock, los familiares con Alzheimer saben que la persona física es la conocida, pero la interior se está perdiendo. Esta ambigüedad tiene como resultado una respuesta emocional, de no asumir que la persona que está enfrente está perdiendo capacidades cognitivas y que si no se tiene un tratamiento farmacológico y no farmacológico se puede presentar un síndrome del cuidador.

El síndrome de cuidador se presenta en gran parte de las familias con demencia de tipo Alzheimer, principalmente se acude como con un profesional cuando las conductas del paciente marcan un elevado agotamiento emocional, este fenómeno se caracteriza porque la familia niega que su familiar presente algún tipo de demencia menciona Aarón “Estella no es posible que tuviera eso, ella es una persona lucida”. El cuidador primario debe de desarrollar un ojo crítico para conocer los signos tempranos en esta demencia, resultado de la visión negativa la sociedad no está interesada en obtener información o conocer del tema. Esta perspectiva se mantiene en el colectivo, aunque se realicen menciones como: “tienes Alzheimer, si estás bien joven”, “parece que se me pego el Alzheimer ya no recuerdo las cosas” o “finges demencia cuando te conviene”; hoy en pleno siglo XXI no existe la conciencia por los profesionales de salud y mucho menos por los familiares cuando es una demencia.

Los cambios que presenta la familia desarrollan un proceso de readaptación ante tales circunstancias, cambio de papeles, la economía y el tiempo libre, generan pérdidas las cuales no se tiene preparación para realizarlos de forma propositiva, sino todo lo contrario generan ira, desconcierto y sentimientos polarizados (amor-odio).

Cuando se acentúa el deterioro físico en el paciente de Alzheimer, disminuyen actividades básicas de la vida diaria e instrumentales, se presenta un intercambio de papeles de cuidar el padre al hijo, ahora el hijo cuida al padre, esta reto rompe el esquema natural de la vida, por tal motivo el cuidador realiza actividades las cuales le generan pudor, molestia, enojo o desagrado que en ocasiones no se realizan por respeto al cuerpo. El familiar a cargo cuenta con diferentes alternativas con la finalidad de brindar un cuidado que mantenga las actividades básicas de la vida diaria la mayor parte de tiempo, disminuyendo la dependencia, alguna de las alternativa es capacitarse en algún curso de enfermería o cuidados a domicilio, expresar sentimientos y emociones que generan realizar dichas actividades y deslindar responsabilidades, no sentirse culpable por no ayudar (cuando lo realiza un profesional).

Los familiares experimentan una serie de emociones y sentimientos resultado de los cambios psicológicos que se presentan en la demencia de Alzheimer, como se explico existen diferentes tipos de duelos, los duelos son un proceso natural de cambio que conlleva dolor es prioritario no negar las pérdidas, asumir el dolor aceptando el proceso progresivo de la demencia.

La ventaja en esta demencia es la posibilidad de despedirse de forma física y emocional, la demencia de Alzheimer presenta un avance por fases, a partir del diagnostico temprano se puede brindar un acompañamiento y vivir el proceso de forma propositiva brindando el máximo confort para la persona que presenta la demencia, como el familiar trabajando de forma propositiva los diferentes sentimientos que se encuentran.

La finalidad es mantener un equilibrio en sus vidas, a través de ser conscientes de las pérdidas que se desarrollan en la enfermedad de Alzheimer. La tarea no es nada sencilla, pero no imposible.

A partir de la información recopilada es necesario trabajar con cada uno de los sentimientos que se experimentan, que pueden causar un problema en nuestra salud. Despertar, es sentir y asumir la responsabilidad de nuestra propia vida, los familiares pueden encontrar trabajando cada uno de los duelos la fortaleza para ayudar al otro y así, ayudarse así mismo.

Manejar el síntoma de “anosognosia” en Alzheimer representa para los familiares una constante resistencia de los pacientes para recibir ayuda, por tal motivo genera diferentes conflictos, es importante no caer en este error y pensar que lo hacen con dolo, sino se debe a la muerte neuronal; cuando ocurre algún acontecimiento que niega el paciente de Alzheimer es real, por tal motivo es importante crear un ambiente de seguridad en el domicilio.

En ocasiones se presentan episodios de delirium (estado confusional agudo) como buscar documentos o papeles, buscar algún objeto (bolsa) o pérdida de dinero, es importante la intervención de un médico especialista para una correcta medicación y actividades que disminuyan la ansiedad, las actividades tiene que estar enfocados a los gustos de cada uno de las personas que presentan demencia Alzheimer.

México cuenta con un amplio abanico de posibilidades para brindar cuidados a personas que presentan demencia, en este año se desarrollo el XIX Congreso Nacional de Alzheimer “Cuidar con una sonrisa es compromiso de todos” donde se dio la oportunidad a familiares en talleres y conferencias dirigidas exclusivamente a ellos, brindando una agenda de instituciones que brindan servicios en diferentes modalidades como es estancia diurna, cuidados en el hogar y estancias permanentes.

Una institución no significa abandonar al familiar que presenta Alzheimer, sino se convierte en una extensión y una ayuda para disminuir la carga física y emocional que presenta la familia, existen prejuicios los cuales no permiten deslindar esta responsabilidad por los familiares, sin embargo es una posibilidad cuando no existe el tiempo para brindar un cuidado de calidad.

La poca información limita el afrontar la demencia de Alzheimer con diferentes herramientas, ahora resta realizar investigaciones que ayuden a conocer objetivamente las pérdidas que se experimentan en la demencia de Alzheimer en México, que brinden un marco de referencia y nos ayuden a manejar un duelo normal, aumentando la calidad de vida en el cuidado de pacientes con Alzheimer y en el propio familiar.

Bibliografía

1. Mendoza, Víctor (2008) Viejismo: Prejuicios y estereotipos de la Vejez: Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM unidad de investigación de Gerontología
2. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA, GEOGRAFIA E INFORMATICA (2005). Los Adultos Mayores en México. Perfil Socio demográfico al inicio del siglo XXI. Distrito Federal México: INEGI
3. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA, GEOGRAFIA E INFORMATICA (2008). Mujeres y hombres en México 2008. Distrito Federal México: INEGI
4. Mena, Raúl; Lozano, María (2012). Principios del Abordaje Gerontológico en la persona adulta mayor e intervenciones básicas.
5. Consejo para prevenir la discriminación (2010). Escuela Nacional sobre Discriminación En México, Resultado sobre personas adultas mayores.
6. Organización Mundial de la Salud (2002). Envejecimiento Activo: Un marco político. Revista española de Geriatria y Gerontología.
7. Gascón, Delia (2012) Genero y Vejez de la Naturalización a la Diversidad, Ed. Académica Española.
8. María Esther Lozano, Dávila. Transición Demográfica en México. En Trujillo, Z., Becerra, M. y Rivas, M Ed. Mc Graw Hill
9. Mercedes María, Acuña, de Bary. Evaluación Neuropsicología. En Trujillo, Z., Becerra, M. y Rivas, M Ed. Mc Graw Hill
10. Larisa Nainudel. Síndrome del cuidador. En Trujillo, Z., Becerra, M. y Rivas, M Ed. Mc Graw Hill
11. Consejo Nacional de salubridad. Guía de práctica Clínica Diagnostico y Tratamiento en la Demencia en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención. México: Secretaria de Salud.
12. Joan Vilalta Franch. (2004). Depresión y Demencia Neurología de la Conducta y las Demencias. Sociedad Española de Neurología
13. XIII Congreso Nacional de Neurología Murcia (2005). Ponencia de Tipos de Demencias. Instituto de Neurología de la Conducta y las Demencias. Sociedad Española de Neurología
14. ENASEM. Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México: Disponible en <http://www.upenn.edu/mhas/>
15. Mendoza, Víctor Manuel (2007). Manual para la Evaluación Gerontológica Integral en la Comunidad. Facultad de estudios Superiores "Zaragoza" Unidad de Investigación en Gerontología. Ed. PAPIME
16. SECRETARIA DE SALUD (2012). Principios del Abordaje Gerontológico en la Persona Adulta Mayor e Intervenciones Básicas www.cenevace.salud.gob.mx
17. Jonh Bowlby (1993). El Apego. Ed. Paidós Ibérica

18. Duelo Anticipado www.manejodelduelo.com/que-es-el-duelo-anticipado-y-cuales-son-sus-etapas/
19. González García (2011), Victoria. El Cuidador Primario. Instituto Nacional de Geriátría Subdirección de Enseñanza www.geriatria.salud.gob.mx
20. Fernández-Ballesteros, Roció (2000). Gerontología Social. Ed. Pirámide Universidad Autónoma de Madrid.