

## Cuidado del paciente con enfermedad de Alzheimer

### Care of the patient with Alzheimer's disease

Ydalsys Naranjo-Hernández <sup>1\*</sup> <http://orcid.org/0000-0002-2476-1731>

Lay Yamila Pérez -Prado <sup>2</sup> <https://orcid.org/0000-0002-9716-5367>

<sup>1</sup> Universidad de Ciencias Médica de Sancti Spíritus. Dirección Ciencia e Innovación Tecnológica. Sancti Spíritus, Cuba.

<sup>2</sup> Universidad Ciencias Médicas de Sancti Spíritus. Departamento de Enfermería. Sancti Spíritus, Cuba.

\*autor por correspondencia (email): [ydalsisn@infomed.sld.cu](mailto:ydalsisn@infomed.sld.cu)

#### RESUMEN

**Fundamento:** la enfermedad de Alzheimer constituye una de las demencias más frecuente. Es una enfermedad devastadora que afecta la calidad de vida del paciente y de sus familiares.

**Objetivo:** argumentar qué evidencia científica existe acerca de los cuidados del paciente con enfermedad de Alzheimer.

**Métodos:** se realizó una revisión bibliográfica sistemática para desarrollar un análisis crítico reflexivo de documentos durante los meses de septiembre-octubre de 2019. Se utilizaron las bases de datos bibliográficas: PubMed, CUMED, CINAHL, CUIDEN PLUS, Lilacs y Metabuscador Google Scholar. Los términos de búsqueda incluyeron las palabras clave en inglés y en portugués, para su delimitación se utilizó el tesoro de Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS). El operador booleano utilizado fue el AND. Se siguieron los principios de análisis de contenido, la identificación de significados que se señalaban de forma más repetitiva, la consistencia, explicaciones y relaciones de estos, a través de todos los estudios incluidos en la revisión.

**Resultados:** el modelo de Kristen M. Swanson necesita ser aplicado por el personal de Enfermería a los adultos mayores que padecen de enfermedad de Alzheimer para brindar cuidados de calidad a estos adultos mayores.

**Conclusiones:** la sistematización y el análisis de los documentos identificados sirvieron para comprender la definición y caracterización de la enfermedad de Alzheimer. El abordaje y los enfoques de otros autores en el contexto internacional y nacional, permitieron adaptar el Modelo de Kristen M. Swanson para el cuidado de enfermería en adultos mayores con enfermedad de Alzheimer.

**DeCS:** ENFERMEDAD DE ALZHEIMER/enfermería; ATENCIÓN DE ENFERMERÍA; COMODIDAD DEL PACIENTE; ANCIANO; CALIDAD DE VIDA.

---

## ABSTRACT

**Background:** Alzheimer's disease is one of the most frequent dementias. It is a devastating disease that affects the quality of life of patients and their families.

**Objective:** to argue the care of the patient with Alzheimer's disease.

**Methods:** a systematic bibliographic review was carried out to develop a critical reflexive analysis of documents during the months of September-October 2019. Bibliographic databases were used: PubMed, CUMED, CINAHL, CUIDEN PLUS, Lilacs and Google Scholar Metasearch Engine. The search terms included the keywords in English and Portuguese, for their definition the Thesaurus of Descriptors in Health Sciences (DeCS) was used. The Boolean operator used was AND. The principles of content analysis were followed, including the identification of meanings that were pointed out more repetitively, the consistency, explanations and relationships of these, through all the studies included in this review.

**Results:** Kristen Swanson's model needs to be applied by Nursing staff to older adults with Alzheimer's disease to provide quality care to these older adults.

**Conclusions:** the systematization and analysis of the documents identified served to understand the definition and characterization of Alzheimer's disease, the approach and the approaches of other authors in the international and national context, allowed adapting the Kristen M. Swanson Model for the care of Nursing in older adults with Alzheimer's disease.

**DeCS:** ALZHEIMER DISEASE/nursing; NURSING CARE; PATIENT COMFORT; AGED; QUALITY OF LIFE.

---

Recibido: 06/01/2020

Aprobado: 06/03/2020

Ronda: 1

---

## INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Alzheimer (EA) es la primera causa de demencia en la ancianidad y constituye un problema sanitario y social de gran magnitud. En el enfermo provoca progresivo deterioro cognitivo y funcional que limita la capacidad para el desarrollo de las actividades de la vida diaria y repercute de forma importante en la familia porque el paciente demanda supervisión y cuidados continuos a medida que evoluciona la enfermedad. <sup>(1)</sup>

La EA es una demencia progresiva y degenerativa de las células cerebrales que provoca un deterioro de la memoria, del pensamiento y de la conducta de la persona afectada, provoca una disminución de las funciones intelectuales, lo que dificulta el aprendizaje de nuevos conceptos e interfiere en la capacidad de llevar a cabo las actividades de la vida diaria. <sup>(2)</sup>

Algunos de sus síntomas habituales son típicos del envejecimiento normal como olvidos, pérdida de la

concentración, problemas motrices y del lenguaje, al provocar dificultad para hablar y caminar, lo que puede llegar a confundir la enfermedad con los signos naturales del envejecimiento. <sup>(3)</sup>

Con el tiempo los síntomas de la EA empeoran como la pérdida de memoria que se relaciona con el inicio de la enfermedad con una alteración de la memoria inmediata, es decir, olvida los recuerdos recientes. Sufre frecuentes olvidos y tiene dificultades para retener información. La orientación temporal se ve alterada, al ser un indicador de deterioro.

En el lenguaje se produce una pérdida de vocabulario, de manera habitual no encuentra la palabra exacta para expresar lo que quiere, cambia nombres de objetos. De esta forma presenta dificultades para construir frases, lo que provoca que el paciente evite las conversaciones largas. Utiliza frases cortas incluso mezcla ideas y palabras sin sentido. En definitiva la capacidad de expresión y comprensión quedan afectadas. <sup>(4)</sup>

El paciente con Enfermedad de Alzheimer presenta praxis con dificultades para realizar actividades de la vida diaria como vestirse, manejar objetos habituales entre otros. <sup>(5)</sup>

La gnosis es decir el enfermo padece dificultades para reconocer la información que obtiene a través de los sentidos como identificar objetos comunes, colores, olores, además de alteración del sentido de la percepción, confunde izquierda con derecha, partes del cuerpo, situación en el espacio. <sup>(6,7)</sup>

Se producen cambios en su carácter y en el comportamiento al mostrar síntomas no cognitivos como agitación, inquietud, nerviosismo, depresión, irritabilidad, agresión. <sup>(7,8)</sup>

Los síntomas no cognitivos o síntomas conductuales y psicológicos son los que más carga ejercen sobre el cuidador y demandan mayor intervención farmacológica, lo que precipita en muchos casos a los familiares a ingresar al paciente en centros residenciales. El diagnóstico es imprescindible para lograr una adecuada atención a estos pacientes.

El número de personas con EA a nivel mundial crece con rapidez y se pronostica que 65,7 millones de personas la padecerán en el 2030. Estudios epidemiológicos estiman que en Asia la padecerán entre ocho y 10 millones, en Europa alrededor de 15 millones y en América del Sur 1,5 millones de personas. <sup>(9,10)</sup>

En la actualidad existen 3,4 millones de personas con EA en América Latina y el Caribe la cifra se incrementará a 4,1 millones para el 2020 y a 9,1 millones en el 2040, es decir será similar al de Norteamérica. Europa Occidental y Norteamérica presentan las mayores prevalencias de demencia en la población de 60 años o más (7,2 y 6,9 % respectivamente), seguidas por el Caribe Insular (6,5 %) y Latinoamérica (6 %). <sup>(11)</sup>

En Cuba la EA ocupa un lugar importante entre las enfermedades crónicas no transmisibles. Según datos del anuario estadístico del año 2017 ocupó el séptimo lugar entre las primeras 35 causas de muerte, con una prevalencia del sexo femenino, género que tiene mayor vulnerabilidad social, física y psicológica. <sup>(12)</sup>

Muchos de los enfermos con demencia en Cuba son cuidados por personas en edad laboral o por adultos mayores con limitaciones y cambios asociados a la edad, los que ya están enmarcados en un período vulnerable la dependencia derivada de la enfermedad de su familiar incrementa las exigen-

cias de cuidado diario, que ocasiona en el cuidador trastornos del sueño y el descanso, el agotamiento físico y mental, ansiedad, angustia, depresión y desinterés por el bienestar, abrumación y sobrecarga. El objetivo de la investigación es argumentar qué evidencia científica existe acerca de los cuidados del paciente con EA.

## MÉTODOS

Se realizó una revisión sistemática en fuentes bibliográficas sobre temas relacionados con educación interprofesional y su relación con los valores de responsabilidad, humanismo en estudiantes de Enfermería, para desarrollar un análisis crítico reflexivo del contenido de documentos, donde se consideraron tesis doctorales, artículos originales y de revisión.

La estrategia de búsqueda adoptada fue la utilización de las palabras clave o descriptores conectados por intermedio del operador booleano OR y AND.

Se utilizaron como palabras claves: Enfermería, Alzheimer, cuidados, ancianos, las cuales fueron identificadas a través de DeCS. La búsqueda fue realizada en la base de datos SciELO y Google Académico desde primero de octubre al 31 de diciembre de 2019.

Los criterios de inclusión para la selección de los artículos fueron: artículos en español, inglés y portugués disponibles en los portales de datos seleccionados que presentaban adherencia a la temática, publicados entre 2012 y 2019, que presentaran de manera clara el referencial teórico seleccionado. Los criterios de exclusión fueron: pesquisas que se encontraron repetidas en las bases de datos, cartas editoriales y artículos publicados en idiomas no seleccionados.

Tras la identificación de los estudios se llevó a cabo la lectura de los títulos de las publicaciones, resumen y palabras clave, comprobando la pertinencia con el estudio, al estar adherido a la temática abordada. Para describir el enfoque metodológico de los resultados se muestra el diagrama de flujo (Figura 1).

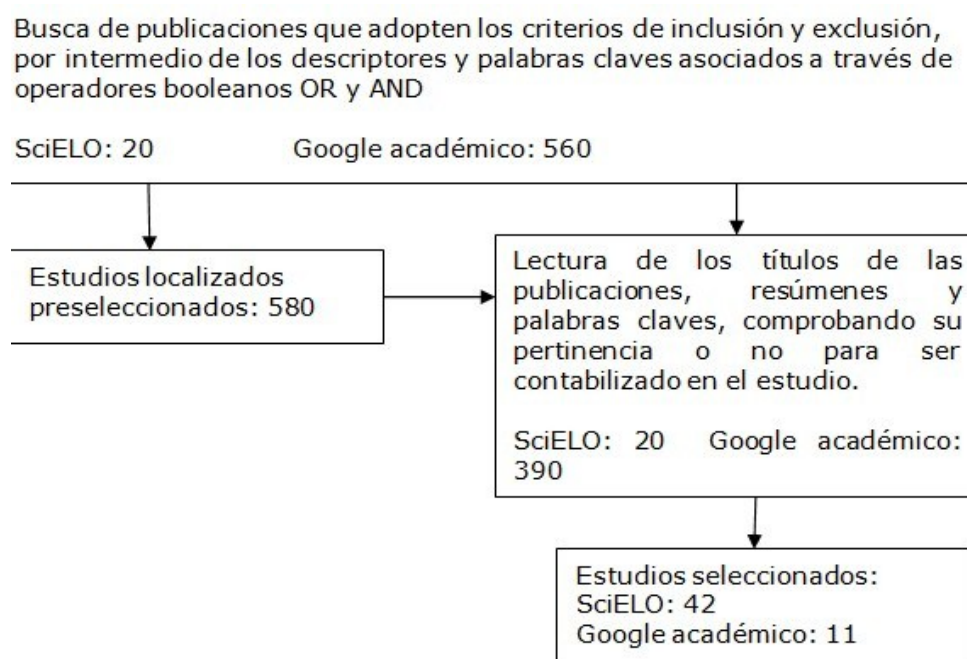


Figura 1. Diagrama de flujo.

## DESARROLLO

Enfermedad Alzheimer y sus cuidados de Enfermería:

En 1906 Alois Alzheimer neurólogo alemán, con una nueva técnica tintorial, identificó los ovillos neurofibrilares y los cambios histológicos más notables de lo que hoy se conoce como EA descritos por primera vez en la historia por este autor, describió esta nueva enfermedad que producía pérdida de memoria, desorientación, alucinaciones y por último la muerte. La enfermedad fue diagnosticada por primera vez en una mujer de 51 años, que había ingresado en 1901 en el Hospital de Frankfurt a causa de un cuadro clínico caracterizado por un delirio de celos, seguido de una rápida pérdida de memoria acompañada de alucinaciones, desorientación temporo-espacial, paranoia, alteraciones de la conducta y un grave trastorno del lenguaje. <sup>(13)</sup>

Se decidió llamar a la nueva enfermedad patológica, enfermedad de Alzheimer en honor a su descubridor y el término fue utilizado por primera vez por Kraepelin en la octava edición del Manual de Psiquiatría en 1910. Lo que en aquel momento se pensaba que era una enfermedad rara luego se demostró que era la causa más frecuente de demencia. <sup>(14)</sup>

En los últimos años algunos famosos como Rita Hayworth, Ronald Reagan o Charlton Heston han reconocido padecer la enfermedad, lo que ha ayudado a un mayor conocimiento por parte del público y también a favorecer su estudio y fomentar la creación de asociaciones que dan apoyo a los pacientes y colaboran de forma económica en el estudio de la enfermedad y sus tratamientos. <sup>(15)</sup>

La enfermedad produce una atrofia cerebral progresiva que afecta a todas las partes del cerebro. Cuando se hacen estudios en pacientes que han fallecido y tenían el diagnóstico de mal de Alzheimer se ve que el cerebro está disminuido de peso y de volumen. Las neuronas se destruyen por la aparición de depósitos insolubles extracelulares (alrededor de las neuronas), cuyo elemento fundamental es una proteína llamada beta-amiloide (placas seniles y placas neuríticas) y depósitos intracelulares (dentro de las propias neuronas). Estos depósitos dan lugar a una degeneración neurofibrilar, cuyo principal componente es una proteína denominada *tau*. La presencia de acúmulos de proteínas (neurofibrillas) en las neuronas es el hallazgo anatomopatológico característico de la enfermedad y se considera un marcador de esta. Sin embargo, se desconoce el papel exacto que tienen estas estructuras a la hora del desarrollo de la enfermedad. <sup>(16)</sup>

Desde el punto de vista bioquímico la EA se asocia a una disminución de los niveles cerebrales de acetilcolina. La falta de esta sustancia reduce los estímulos que tienen que pasar de una célula a otra, base del funcionamiento de los circuitos neuronales que permiten fijar los recuerdos, aprender nuevas cosas y evocarlas, así como llevar a cabo otras actividades intelectuales. <sup>(17)</sup>

Rubio Acuña M, <sup>(18)</sup> plantea que existen muchas teorías que pretenden explicar la aparición del Alzheimer. Algunos autores creen que podría haber causas tóxicas que hagan que las neuronas vayan en degeneración y se acumulen proteínas en el cerebro. Otros piensan que puede ser una infección la que produce las alteraciones neurofibrilares y la muerte neuronal.

Por último para muchos autores consideran que la causa de la enfermedad es genética, bien por herencia familiar o bien por mutaciones que aparecen en individuos sin antecedentes de la enfermedad.

Los traumatismos y las reacciones autoinmunes también han sido considerados como posibles desencadenantes. Ninguna de las teorías excluye por completo a las otras y ninguna se considera todavía como definitiva.

La EA es la forma más común de demencia explicado hasta el 70 % de los casos, y constituye la cuarta causa de muerte en EE UU. En la actualidad se considera que unos 25 millones de personas padecen EA en el mundo y en los próximos 20 años, se registrarán unos 70 millones de nuevos casos. La incidencia global de demencia en Europa es del 6,9 por 1 000 de hombres y del 13,1 por 1 000 de mujeres. <sup>(19)</sup>

En España existen en la actualidad más de 4 000 afectados antes de 65 años y 300 000 personas ancianas. Para el año 2025 se calcula un incremento de casi el 30 % de la población con respecto a la que había en 1980. Este aumento se hará a expensas de los pacientes mayores de 60 años, lo que explica que se espere que la enfermedad vaya en aumento en los próximos años. Algunos han catalogado este fenómeno como la llegada de una epidemia de demencia. Por fortuna esta tendencia se acompañará de mejoras en los tratamientos para esta enfermedad lo que abre una puerta a la esperanza. <sup>(20)</sup>

No se sabe qué es lo que causa la EA. El envejecimiento del cerebro no se produce igual en todos los enfermos. Hay factores genéticos, ambientales y sociales que parecen influir en el desarrollo de la EA, pero no actúan por igual en todas las personas. <sup>(21)</sup>

Los dos factores de riesgo más importantes son la edad (mayores de 65 años tienen un 10 % de riesgo de tener la enfermedad, mientras que el riesgo se eleva a casi el 50 % en los pacientes mayores de 85 años) y los antecedentes familiares, aunque se han estudiado muchos otros, como el sexo relacionado con el hecho de que las mujeres viven más años que los varones, la raza es un factor poco estudiado en algunos estudios se observa mayor frecuencia de demencia en la población de color negro que en blancos y judíos nacidos en Europa o América que los nacidos en Asia o África. <sup>(22)</sup>

La forma de aparición de la enfermedad es muy variada, no existe un patrón único y en ocasiones puede no notarse nada hasta que la enfermedad ha evolucionado un poco. Los síntomas que pueden hacer pensar en la presencia de una EA son: pérdida de memoria, dificultades para realizar tareas habituales, problemas con el lenguaje, desorientación en tiempo y espacio, disminución del juicio, problemas con el pensamiento abstracto, descolocan las cosas, cambios de humor o comportamiento, cambios de personalidad y pérdida de la iniciativa. <sup>(23)</sup>

El diagnóstico de la EA se realiza por la historia clínica y algunas pruebas complementarias para la exclusión de otras causas de demencia, el test de Folstein es un instrumento sencillo de pesquizaje utilizado a nivel mundial con este fin. <sup>(24)</sup> La EA es la demencia más frecuente en la práctica clínica de Enfermería. <sup>(25)</sup>

La información sobre la enfermedad, su evolución y el proceso de cuidados que requiere el paciente, es una parte fundamental del tratamiento terapéutico; permitirá a los familiares conocer a qué se enfrentan, establecer acciones de adaptación para la situación, planificar el futuro del cuidado del paciente y desarrollar intervenciones para el control de los síntomas no cognitivos de la enfermedad. <sup>(26)</sup>

Una vez que se ha diagnosticado una demencia hay que establecer un plan de cuidados dirigido no solo al enfermo sino también a la familia. Para elaborar el plan de cuidados primero se hace una valoración completa que permitirá identificar los problemas de salud. Se valorará el estado cognitivo del paciente, deterioro de la comunicación verbal, el estado emocional, la relación-comunicación, la actividad y el ejercicio así como la nutrición, eliminación, sexualidad y sueño.

Se debe realizar una evolución minuciosa y continuada de las capacidades del enfermo, no solo las que han perdido y se pretenden recuperar, sino de las que aún conserva y se intentan mantener o mejorar, actuar según pautas de intervención adaptada a cada situación. Se debe tener en cuenta que el objetivo del enfermero no será nunca eliminar la causa de la demencia sino controlar y delimitar los procesos secundarios y mejorar la calidad de vida de la persona enferma y su familia. <sup>(27)</sup>

Las autoras consideran que las personas que brindan cuidados a pacientes con enfermedad de Alzheimer están expuestas a una situación estresante. Por otra parte, los síntomas conductuales y psicológicos de la demencia representan un importante desafío en el cuidado de estos pacientes. Estos síntomas afectan la salud y la calidad de vida del cuidador y de los familiares. La falta de tratamiento provoca agotamiento en los cuidadores, la necesidad de internación en un hogar de cuidados especiales, el tratamiento inadecuado y un costo excesivo para el sistema de salud.

La intervención de la enfermera en el paciente con diagnóstico de EA esta dada por el cumplimiento de una serie de objetivos a cumplir para mejorar la calidad de vida de los pacientes con esta enfermedad. Uno de los objetivos es ayudar al paciente a realizar las tareas de autocuidado, las cuales se encuentran deficitarias por la debilidad, el deterioro del control motor y la pérdida de memoria que presentan.

Sus objetivos es mantener en el paciente los hábitos de autocuidado, mientras la enfermedad se lo permita. La enfermera una vez identificados su déficit, propone actividades dirigidas al paciente, cuidador primario y familia, para fomentar su autonomía en las actividades relacionadas con el baño, la higiene, evacuación y vestuario. <sup>(28)</sup>

Estudios revisados muestran de forma consistente que el hecho de que las personas que padecen la EA se enfrenten de manera diaria a la pérdida progresiva de la capacidad para llevar a cabo las actividades habituales de la vida cotidiana, tiene un efecto importante sobre la calidad de vida de los pacientes y de sus familiares. Si bien muchos pacientes con EA la mayoría son cuidados por sus familias y a medida que los pacientes se hacen menos independientes, recae una mayor responsabilidad sobre el cuidador, que por su parte está expuesto a un alto riesgo de enfermedades físicas y psicológicas. <sup>(29)</sup>

Uno de los objetivos del personal de enfermería es la de reducir el conflicto familiar y aumentar la capacidad del cuidador, se debe estimular a la familia y al cuidador a expresar sus sentimientos, frustraciones y problemas; ofrecer apoyo, comprensión y seguridad a los familiares; ayudar al cuidador a aprender las responsabilidades que acaba de asumir; aconsejar a los cuidadores que sigan manteniendo sus amistades y que acudan a los actos sociales y que soliciten ayuda médica cuando lo necesiten. <sup>(30,31)</sup>



Los cuidados básicos del enfermo, la prevención de complicaciones, las conductas terapéuticas, el manejo de los medicamentos, el conocimiento de sus efectos adversos así como la asesoría a los familiares sobre estos temas, son aspectos de suma importancia en el quehacer diario del enfermero para mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

En una revisión de los autores Marins AMF et al. <sup>(32)</sup> consideran que el paciente con EA no muere por la enfermedad, sino por infecciones secundarias en estadios posteriores y deletéreos de la enfermedad a nivel del estado de postración como son: las lesiones por presión (LPP), infecciones respiratorias, neumonías por aspiración, descompensación de las enfermedades de base, entre otras. En las demencias avanzadas la enfermedad trae deterioro de masa muscular donde se pierde la movilidad, lo que lleva al enfermo a un estado de encamamiento que junto a la desnutrición por la incapacidad de alimentarse a si mismo, empeoran el pronóstico de estos pacientes.

La enfermera tiene una acción importante en el cuidado de los adultos mayores con EA, así como en la orientación de los miembros de la familia con respecto a la evolución y progresión de la enfermedad. Depende de este profesional capacitar al personal de Enfermería con temas relacionados con la atención brindada a los ancianos con EA. En este contexto se destaca la actividad de planificación, ejecución y evaluación de la atención prestada a los ancianos responsabilidad inherente a la enfermera que apoya a la familia para lograr los objetivos deseados. <sup>(32)</sup>

La atención a pacientes con EA requiere un abordaje multidisciplinar en el que participarán tanto profesionales como familiares de los pacientes. También ha de ser una atención integrada que garantice un tratamiento individualizado, es decir, según cada caso por las particularidades de cada paciente y fase de la enfermedad. <sup>(33)</sup>

Otra intervención importante en los cuidados del paciente o usuario para enfermería es la higiene del paciente con EA se realizará en el momento del día más adecuado, siempre con respeto de su intimidad. La temperatura ambiente deberá ser de 22 °C y ha de prestarse especial atención al cuidado de la piel y las uñas. En las primeras fases se recomienda respetar en lo posible la autonomía del paciente, lo que favorece algunas ayudas específicas: esponjas con mango largo, plato de ducha frente a bañera, silla de ducha con barras de sujeción y alfombra externa antideslizante, entre otras. <sup>(34)</sup>

En cuanto a la alimentación se recomienda una dieta variada y equilibrada, al fraccionar las comidas, lo que modifican la textura (se pueden espesar con harinas) de los alimentos según la fase de la EA y mejorar el sabor de la comida. Lo más adecuado es que estos pacientes utilicen platos y vasos irrompibles con asas, así como cubiertos con mangos más gruesos de lo habitual para facilitar su sujeción. La posición del paciente debe ser de *fowler* para prevenir el bronco-aspirado, siempre respetar el tiempo de deglución y valorar al final la presencia de restos de alimentos en la boca. <sup>(35)</sup>

Los pacientes con EA presentan también cierto grado de dificultad a la hora de vestirse, ya que para ellos es una actividad compleja. Se recomienda la utilización de ropa con velcro (en vez de botones), sobre todo en fases avanzadas y también debe evitarse el uso de cinturones; es decir se recomiendan prendas de vestir que sean fáciles de poner, pero también de quitar. Los zapatos deberán ser de punta redondeada, con sujeción de velcro o cremallera, evitar los cordones y los tacones muy altos. <sup>(36)</sup>



En estos pacientes es habitual que surjan problemas de incontinencia, lo que puede llevar a la infección del tracto urinario (uretritis y cistitis). Por tanto, deberán tomarse las medidas necesarias para mantener la piel seca, evitar la exposición a la orina durante mucho tiempo (con la posible aparición de dermatitis). La colocación de pañales nocturnos debe combinarse con una exhaustiva inspección de la piel y de los puntos de aparición de lesiones por presión. También debe limitarse la ingestión excesiva de líquidos antes del descanso nocturno. Asimismo, para evitar los problemas descritos con anterioridad, es aconsejable que estos pacientes se acostumbren a ir al baño y orinar antes de acostarse y cuando se levanten. <sup>(37)</sup>

La relación de la persona con EA con su entorno es primordial y supone para ellos un beneficio físico y psíquico. El entorno en este caso el hogar del paciente ha de cumplir con una serie de características se debe de tener en cuenta: muebles imprescindibles y sencillos, buena luz natural, orden de todos los utensilios, pasamanos en escaleras y otras zonas necesarias, reloj con números grandes entre otros. <sup>(38)</sup>

Adaptación del Modelo de Kristen M. Swanson para el cuidado de enfermería en adultos mayores con enfermedad de Alzheimer:

La teoría descrita por Kristen M. Swanson, es una teoría de mediano rango que se derivó de forma empírica mediante investigación fenomenológica en tres contextos de enfermería perinatal, donde se experimentó el fenómeno de los cuidados. <sup>(39)</sup>

Kristen M. Swanson identificó y descubrió cinco categorías o procesos de cuidado: conocer, estar con, hacer por, capacitar y mantener la confianza. Según esto, el cuidado requiere en lo específico conocer o tratar de entender un hecho con significado en la vida del otro; estar con el otro, es decir, estar de manera emocional presente con el otro; hacer por el otro o hacer cuanto el sujeto haría por sí mismo (a) si fuera posible; ayudar a o facilitar el paso del otro por transiciones de la vida o por situaciones desconocidas; capacitar o lograr que el otro esté informado o conozca acerca de su estado de salud y de los procedimientos que se le deben realizar y por último, mantener la confianza, que se refiere a la capacidad del otro de salir adelante a través de un hecho o transición y dar la cara a un futuro pleno. Además, derivó de manera inductiva la definición de cuidado como una forma sustentadora de relacionarse con otro, hacia quien uno tiene un sentimiento personal de compromiso y responsabilidad. <sup>(40)</sup>

Los adultos mayores con EA tienen necesidad de ser cuidado, es visible sobre todo cuando el adulto mayor está postrado en cama deja de desempeñar algún rol social al interior de la familia o en la comunidad o padece una enfermedad incurable como la enfermedad de Alzheimer en el estado en que se encuentra. Las especificidades en los ámbitos emociones, sentimientos, pensamientos, cultura. <sup>(41)</sup>

La práctica de Enfermería se ocupa más allá del qué del cuidado y el cómo de la interacción persona-enfermera, implica crear un cuidado que recurra a: la reflexión, la integración de creencias y valores, el análisis crítico, la aplicación de conocimientos, el juicio clínico, la intuición, la organización de los recursos y la evaluación de la calidad de las intervenciones como una profesional involucrada. Es decir la relación interpersonal enfermera-paciente favorece la expresión de sentimientos, actitudes y creen-

cias de la persona, permitiendo la identificación de aspectos que llevan a explorar y comprender necesidades humanas lo que ayuda a la adaptación a la enfermedad y a un mejor afrontamiento. <sup>(42)</sup>

El primer proceso de cuidado en el diagnóstico es mantener las creencias, que significa para Kristen M. Swanson mantener la fe en la capacidad de la vida y de los acontecimientos o transición y enfrentarse al futuro con significado, al creer en la capacidad del otro y al tenerlo con alta estima, al mantener una actitud llena de esperanza, lo que ofrece un optimismo realista, al ayudar a encontrar el significado y estar al lado de la persona cuidada en cualquier situación. <sup>(43)</sup>

Al seguir la metodología de su teoría para mantener las creencias en la relación enfermera-adulto mayor con EA, se precisa comprender la vida de los adultos mayores, indagar sobre lo que les acontece, conocer qué significa ser adulto mayor, identificar los problemas de salud que torna vulnerable a esta población, para de esta forma ser empáticos en el proceso de cuidado.

Además, se tiene que indagar sobre el significado del cuidado, y conocer el contexto en el que se desenvuelven. Estos aspectos van a permitir obtener la confianza y reconocimiento por parte de la persona que se cuida, al acceder a resignificar el cuidado hacia una actitud de bienestar, detectar de forma precoz los primeros síntomas y ejercitar la memoria y la función intelectual. Además mantener una dieta equilibrada baja en grasas protege frente al deterioro cognitivo. El ejercicio de la memoria y de la actividad intelectual no tiene por qué ir parejo al nivel de educación o al nivel cultural de la persona. <sup>(44)</sup>

El segundo proceso de cuidado dentro del diagnóstico, es conocer, que significa esforzarse por comprender el significado de un suceso de la vida del otro, evitar conjeturas, centrándose en la persona a la que se cuida, al buscar claves, valorar y encontrar un proceso de compromiso entre el que cuida y el que es cuidado. <sup>(45)</sup>

A través del diálogo, el conocimiento mutuo, la empatía, compartir experiencias y emociones, ser vínculo afectivo en la relación enfermera-adulto mayor con EA, lo que a su vez genera mayor compromiso y seguridad para las siguientes fases del cuidado, para lograr resultados que impacten de forma pertinente en el bienestar de los adultos mayores. <sup>(46)</sup>

En este modelo se muestran las acciones terapéuticas en las que se presentan los procesos de cuidado, estar con y hacer por, de forma simultánea, entendiéndose por Estar con, estar de manera emocional presente con el otro. Incluye estar allí en persona, transmitir disponibilidad y compartir sentimientos sin abrumar a la persona cuidada. El hacer por es hacer por otros lo que se haría para uno mismo, si fuera posible, incluye adelantarse a las necesidades, confortar, actuar con habilidad y competencia y proteger al que es cuidado, al respetar su dignidad. <sup>(47)</sup>

La comunicación en un enfermo con Alzheimer queda alterada. Se producen pérdidas de memoria, dificultad para procesar información, déficit de atención y concentración, deterioro de funciones específicas del lenguaje, pérdida del control motor, que afecta al habla y a la voz. <sup>(48)</sup>

Las dificultades de comunicación con personas con EA son distintas. Los enfermos tienen dificultad para expresarse y para comprender; olvidan con rapidez lo que se le dice; repiten lo mismo una y otra vez; cuentan historias que no tienen lógica; es posible que no recuerden los nombres de los

nombres de los familiares ni sepan quiénes son estos; pueden describir un objeto, pero sin saber su nombre; dicen que han comprendido lo que les piden, pero no lo hacen. <sup>(49)</sup>

Las complicaciones más frecuentes suelen ser la tendencia a confundir conceptos y objetos, a perder detalles, a utilizar un vocabulario reducido, así como la disminución de la comprensión del lenguaje, tanto escrito como oral y la capacidad de relatar hechos. <sup>(50)</sup>

Los enfermos pierden las habilidades de comunicación en grado severo. El paciente fragmenta las frases, padece anomia (desconocimiento del nombre de las cosas y personas), usa frases sin significado, es incapaz de producir secuencias de conceptos relacionados, no comprende nueva información. <sup>(51)</sup>

Las alteraciones en la comunicación suelen ir acompañadas de trastornos de conducta, tales como irritabilidad, hostilidad, deambulación, agitación entre otros. Todo ello complica la relación y el cuidado del enfermo de Alzheimer, al producir en el cuidador sentimientos de inseguridad, impotencia desesperanza. <sup>(52)</sup>

Tratar de comunicarse con una persona que tiene demencia puede ser un reto. Entender y ser entendido puede ser difícil. Sin embargo, una buena comunicación favorece la relación familiar, hace que el cuidador como la persona receptora de cuidados se sientan mejor, reduce la irritación o agitación, facilita la resolución de conflictos y fomenta la autonomía de la persona cuidada, lo que facilita las tareas del cuidado. <sup>(53)</sup>

Kristen M. Swanson en su modelo ofrece una clara explicación de lo que significa para las enfermeras el modo de cuidar en la práctica. Define los cuidados como una forma educativa de relacionarse con un ser apreciado, hacia el que se siente un compromiso y una responsabilidad personal.

Las autoras consideran que los cuidados de enfermería del paciente con enfermedad de Alzheimer presentan características especiales, son variados y complejos. Es fundamental la integración del componente clínico, epidemiológico, humanista e inclusivo. El cuidado de enfermería no solo debe quedarse en las acciones del personal, sino involucrar a la familia en el proceso de atención-recuperación.

Luego de sistematizar la obra de Kristen M. Swanson que abordó el cuidado de enfermería las autoras definen el cuidado de enfermería en pacientes con EA como: las relaciones que se establecen entre personal de enfermería y el equipo multidisciplinario el paciente y la familia manifiesto en el comportamiento que propicia las modificaciones del ambiente físico y social del paciente con EA, así como la contribución de procesos secuenciales creados por la propia actitud del enfermero mediante el análisis, la comprensión y las consecuencias del cuidado considerados muy complejos al ser atendidos desde una integración clínico, epidemiológico, humanista e inclusivo.

Las autoras consideran necesario trabajar en estandarizar los cuidados hacia la familia con personas con EA en la atención primaria, reconocer y ofrecer atención de las necesidades humanas afectadas con la proyección de orientar como vivir en situaciones de estrés físico y emocional diario, realizar actividades de promoción de salud y prevención de enfermedades, incentivar el autocuidado físico y mental, reconocer las situaciones de riesgo, mantener buenos hábitos de alimentación, organización

de la rutina diaria y la creación de entornos saludables. El cuidado orientado y fundamentado hacia el cuidador facilita el proceso de adaptación y disminuye las demandas y los sentimientos que lo agobian.

## CONCLUSIONES

Los adultos mayores con EA, en especial durante las primeras fases de desarrollo de la enfermedad, son cuidados en sus hogares por los familiares más próximos. Ser cuidador principal de un enfermo con Alzheimer genera situaciones que afectan la calidad de vida del paciente y del cuidador.

Los cuidados de enfermería más comunes en los adultos mayores con EA son la alimentación, el vestirse, la incontinencia y el entorno.

El modelo de Kristen M. Swanson adaptado al cuidado de enfermería en adultos mayores con EA se considera esencial en la atención a los sentimientos, las actitudes y las emociones; los cuidadores deben integrarse como facilitadores y mediadores en la calidad de su atención.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pascual Cuesta Y. Características sociodemográficas de pacientes con enfermedad de Alzheimer y sus cuidadores principales. Rev Cubana Enferm [Internet]. 2015 [citado 09 Dic 2019];31(2). Disponible en: <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/319>
2. Pascual Cuesta Y, Garzón Patterson M, Ravelo Jiménez M. Relación entre dependencia en pacientes con enfermedad de Alzheimer y sobrecarga en el cuidador principal. Rev Cubana Enferm [Internet]. 2018 [citado 20 Feb 2020];34(1):[aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1393>
3. Garzón Patterson M, Pascual Cuesta Y. Relación entre síntomas psicológicos-conductuales de pacientes con enfermedad de Alzheimer y sobrecarga percibida por sus cuidadores. Rev Cubana Enferm [Internet]. 2018 [citado 11 Feb 2020];34(2):[aprox. 12 p.]. Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1584>
4. Ministerio de Salud Pública. Anuario estadístico 2017. La Habana: Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud; 2018 [citado 11 Feb 2020]. Disponible en: <http://files.sld.cu/dne/files/2018/04/Anuario-Electronico-Espa%C3%B1ol-2017-ed-2018.pdf>
5. Armenteros Borrell FM. Enfermedad de Alzheimer y factores de riesgo ambientales. Rev Cubana Enferm [Internet]. 2017 [citado 11 Feb 2020];33(1):[aprox. 14 p.]. Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1024>
6. Llibre Rodríguez JJ. Síndrome demencial y factores de riesgo en adultos mayores e 60 años residentes en La Habana. Rev Neurol. 2014;32:22-6.
7. Garzón Patterson M, Pascual Cuesta Y, Collazo Lemus E. Malestar psicológico en cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer. Rev Cubana Enferm [Internet]. 2018 [citado

- 11 Feb 2020];34(3):[aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1052>
8. Terrado Quevedo SP, Serrano Durán C, Galano Guzmán ZG, Betancourt Pulsán A, Jiménez de Castro Morgado M. Enfermedad de Alzheimer: algunos factores de riesgo modificables. Rev inf cient [Internet]. 2018 [citado 11 Feb 2020];97(5):[aprox. 11 p.]. Disponible en: <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/2124>
9. Rodríguez Campo VA, Valenzuela Suazo S. Teoría de los cuidados de Swanson y sus fundamentos, una teoría de mediano rango para la enfermería profesional en Chile. Enfermería Global [Internet]. 2012 [citado 12 Jun 2019];28:316-22. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S169561412012004400116](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S169561412012004400116)
10. Escamilla Jiménez CI, Cuevas Martínez EY, Fonseca JG. Flavonoides y sus acciones antioxidantes. Rev Fac Med UNAM [Internet]. 2009 [citado 04 Feb 2020];52(2):73-75. Disponible en: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=6&sid=224cd0ca-b701-433d-a436-0255721>
11. Niu H, Alvarez Alvarez I, Guillén Grima F, Aguinaga Ontoso I. Prevalencia e incidencia de la enfermedad de Alzheimer en Europa: metaanálisis. Neurología. 2016; 32(8):523-532.
12. Losada A, Márquez González M, Romero Moreno R, López J, Fernández Fernández V, Nogales González C. Atendiendo a las variadas problemáticas de los cuidadores familiares de personas con demencia: aportaciones de la terapia cognitivo-conductual y de la terapia de aceptación y compromiso. Clín Salud [Internet]. 2015 [citado 02 Feb 2020];26(1):[aprox. 17 p.]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-52742015000100006&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-52742015000100006&script=sci_arttext)
13. Hsu DC, Marshall GA. Primary and Secondary Prevention Trials in Alzheimer Disease: Looking Back, Moving Forward. Curr Alzheimer Res [Internet]. 2017 [citado 04 Feb 2020];14(4):426-440. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5329133/>.
14. Moore B, Miskovski K, Stupar M, Ng H. Reducing the Prevalence of Alzheimer's Disease: modifiable risk factors or social determinants of health [Internet]. Sydney: Alzheimer's Australia NSW; 2015 [citado 04 Feb 2020]. Disponible en: [https://nsw.fightdementia.org.au/sites/default/files/NSW/documents/Discussion\\_Pap](https://nsw.fightdementia.org.au/sites/default/files/NSW/documents/Discussion_Pap)
15. Ngandu T, Lehtisalo J, Solomon A, Levalahti E, Ahtiluoto S, Antikainen R, et al. A 2 year multidomain intervention of diet, exercise, cognitive training, and vascular risk monitoring versus control to prevent cognitive decline in at-risk elderly people (FINGER): a randomized controlled trial. Lancet. 2015; 385:2255-63.
16. García Alberca JM. Las terapias de intervención cognitiva en el tratamiento de los trastornos de conducta en la enfermedad de Alzheimer. Evidencias sobre su eficacia y correlaciones neurobiológicas. Neurología. 2015; 30(1):8-15.
17. Suárez Cid L, Gross Tur R. Estimulación cognitiva y apoyo familiar hacia adulto mayor con deterioro cognitivo. Rev Inf Cient [Internet]. 2019 [citado 11 Feb 2020];98(1):88-97. Disponible en: <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/2120>
18. Rubio Acuña M. Comprendiendo la experiencia y las necesidades al ser cuidador primario de un familiar con enfermedad de Alzheimer: estudio de caso. Gerokomos [Internet]. Sep 2014 [citado 11

Feb 2020];25(3):98-102. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2014000300003&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2014000300003&lng=es)

19. Ramos AK, Silveira A, Hammerschmidt KS, Lucca DC. Gerenciamento do cuidado de enfermagem ao idoso com Alzheimer. Rev Cubana Enferm [Internet]. 2015 [citado 11 Feb 2020];31(4). Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/604>

20. Dudkowiak R, Gryglas A, Poniewierka E. The role of diet and antioxidants in the prevention of Alzheimer's disease. J Med Sci [Internet]. 2016 [citado 03 Feb 2020];85(3):205-212. Disponible en: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?sid=e89bfc39-9925-40fc-bafb>

21. Angulo Hurtado AM, Ramírez Quintana AS. Relación entre la calidad de vida en salud y la carga física en cuidadores de personas con enfermedad de Alzheimer. Rev Colomb Salud Ocup [Internet]. 2016 [citado 03 Feb 2020];6(1):20-26. Disponible en: <http://190.143.117.186/index.php/rcso/article/view/306>

22. Hernández Vergel LL. Caso clínico en Enfermería. Rev Cubana Enferm [Internet]. 2016 [citado 21 Feb 2020];32(3). Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1677>

23. Pozo Amador LM, Casanova Moreno M, González González G. Evaluación de la calidad de la atención en salud y enfermería en un Hogar de Ancianos. Rev Cubana Enferm [Internet]. 2018 [citado 21 Feb 2020];34(2):[aprox. 11 p.]. Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2780>

24. Blanco Martínez L, Simón Álvarez A, Sánchez Fernández A. Caracterización biopsicosocial de los cuidadores informales de pacientes con enfermedad crónica o terminal. Rev Cubana Enferm [Internet]. 2016 [citado 21 Feb 2020];32(3):[aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/943>

25. Oria Saavedra M, Elers Mastrapa Y, Mulens Ramos I. Anciano al final de la vida desde una perspectiva de la Enfermería. Rev Cubana Enferm [Internet]. 2019 [citado 21 Feb 2020];34(4):[aprox. 11 p.]. Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2308>

26. Marmol M, Muñoz Cruz R. Calidad subjetiva del sueño en ancianos institucionalizados y no institucionalizados de la ciudad de Jaén. Gerokomos [Internet]. 2016 [citado 21 Feb 2020];27(2):53-7. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v27n2/04\\_originales\\_03.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v27n2/04_originales_03.pdf)

27. Partezani Rodrigues RA. Contribuciones de la enfermería en el cuidar del anciano. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2014 [citado 21 Feb 2020];22(3):353-4. Disponible en: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n3/es\\_0104-1169-rlae-22-03-00353.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n3/es_0104-1169-rlae-22-03-00353.pdf)

28. Díaz Amador Y, da Costa Leites da Silva LL. Caracterización de hábitos alimentarios y estado nutricional de preescolares. Rev Cubana Enferm [Internet]. 2019 [citado 21 Feb 2020];35(2):[aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1973>

29. Techera MP, Ferreira AH, Sosa Cu Marco NV, Muñoz LA. Significados que le atribuyen al envejecimiento activo y saludable un grupo de personas mayores que viven en comunidad. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2017 [citado 21 Feb 2020];26(3):e1750016. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017001750016>



30. Espin Falcón JC. Factores de riesgo asociados a pacientes con enfermedad de Alzheimer y sus cuidadores principales. Rev cuba med gen integr [Internet]. 2020 [citado 20 Feb 2020];36(1):[aprox. 11 p.]. Disponible en: <http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/1138>
31. Da Silva AP, Gomes R, Cavalcante FE, Alves R. O cuidado ao portador do Alzheimer fundamentado no princípio bioético da autonomia. Rev Ciencia saberes [Internet]. 2017 [citado 20 Feb 2020];3(1):416-421. Disponible en: <http://www.facema.edu.br/ojs/index.php/ReOnFacema/article/view/168/94>
32. Marins AMF, Hansel CG, Da Silva J. Mudanças de comportamento em idosos com Doença de Alzheimer e sobrecarga para o cuidador. Esc Anna Nery [Internet]. 2016 [citado 20 Feb 2020];20(2):352-356. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n2/1414-8145-ean-20-02-0352.pdf>
33. Pérez M, Álvarez T, Martínez EJ, Valdivia S, Borroto I, Pedraza H. El síndrome del cuidador en cuidadores principales de ancianos con demencia Alzhéimer. Gac Méd Espirit [Internet]. 2017 [citado 20 Feb 2020];19(1):38-50. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S160889212017000100007&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S160889212017000100007&lng=es)
34. Sánchez M, Veja JC. La enfermedad de Alzheimer desde un análisis métrico de la producción científica de Cuba. Rev cuba inf cienc Salud [Internet]. 2016 [citado 20 Feb 2020];27(1):35-55. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S230721132016000100004&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S230721132016000100004&lng=es)
35. Seima MD, Lenardt MH, Caldas CP. Relação no cuidado entre o cuidador familiar e o idoso com Alzheimer. Rev Bras Enferm. 2014;67(2):233-40.
36. Krüger A, da Silveira A, Silveira HK, Lucca C, dos Santos FR. Gerenciamento do cuidado de enfermagem ao idoso com Alzheimer. Rev Cubano Enfermer [Internet]. 2015 [citado 20 Feb 2020];31(4). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S086403192015000400009&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086403192015000400009&lng=es)
37. Quintero A, Henao ME, Villamil MM, León J. Cambios en la depresión y el sentimiento de soledad después de la terapia de la risa en adultos mayores internados. Biomédica [Internet]. 2015 [citado 21 Feb 2020]; 35(1):90-100. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.7705/biomedica.v35i1.2316>
38. Arenas Cárdenas YM. Acompañamiento Paterno en el Trabajo de Parto bajo la teoría de Kristen Swanson. RNM [Internet]. 2018 [citado 21 Feb 2020];4(1):5-13. Disponible en: <https://journals.uninavarra.edu.co/index.php/navarramedica/article/view/23>
39. Rodríguez Campo VA, Valenzuela Suazo S. Teoría de los cuidados de Swanson y sus fundamentos, una teoría de mediano rango para la enfermería profesional en Chile Enferm glob [Internet]. 2012 [citado 2020 Feb 21];11(28):316-322. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412012000400016&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000400016&lng=es)
40. León Román CA. Nuevas teorías en enfermería y las precedentes de importancia histórica. Rev Cubana Enferm [Internet]. 2017 [citado 21 Feb 2020];33(4):[aprox. 11 p.]. Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1587>
41. Raile Alligood M. Modelos y teorías en enfermería. 8va ed. Barcelona: Elsevier; 2015.



42. Raile Alligood M. Introducción a las teorías en enfermería: historia, importancia y análisis. En: Raile Alligood M, Marriner Tomey A, editores. Modelos y teorías en enfermería. 7ma ed. Barcelona: Elsevier; 2011. p. 3-15.
43. García AJ, Troyano Y. Percepción de autoestima en personas mayores que realizan o no actividad física-deportiva. *Psy Writ* [Internet]. 2013 [citado 21 Feb 2020];6(2):34-41. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.5231/psy.writ.2013.1806>
44. Teoría de los cuidados de Kristen M. Swanson [Internet]. México: CC; 2012 [citado 21 Feb 2020]. Disponible en: <http://teoriakristenmswanson.blogspot.com.br/p/enfoque-de-la-teoria.htm>
45. Pokorny ME. Teorías en enfermería de importancia histórica. En: Raile Alligood M, Marriner Tomey A, editores. Modelos y teorías en enfermería. 7ma ed. Barcelona: Elsevier; 2011. p. 50-68.
46. León Román CA. Enfermería ciencia y arte del cuidado. *Rev Cubana Enfermer* [Internet]. Dic 2006 [citado 21 Feb 2020];22(4):[aprox. 5 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192006000400007&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192006000400007&lng=es)
47. Román XAS, Toffoletto MC, Sepúlveda JCO, Salfate SV, Grandón KLR. Factors associated to subjective wellbeing in older adults. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2017 [citado 21 Feb 2020];26(2):e5460015. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017005460015>
48. González OY. La enfermera experta y las relaciones interpersonales. *Aquichan* [Internet]. 2016 [citado 21 Feb 2020];7(2):130-8. Disponible en: <http://uaemex.redalyc.org/articulo.oa?id=74107205>
49. Swanson K. Teoría de rango medio. Modelos Teorías de Enfermería. España: Elsevier; 2008 [citado 21 Feb 2020]. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/7056/1/539576.2011.pdf>
50. Swanson K, Faan M, Danuta Wojnar M. Curación óptima, ambientes en Enfermería. *Rev de Medicina Alternativa y Complementaria*. 2004;10(Supl 1):S43-S48.
51. Ripani Rodrigues JL, Diaz FB, Ribeiro L, Carbogim F, Caçador BS, Rezende-Alves K. Intervencões não farmacológicas de manejo na agitação de idosos com demência em ambiente doméstico. *Rev Cubana Enferm* [Internet]. 2019 [citado 22 Ene 2021];35(4):[aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3035>
52. Varez S, López M, Santos S, Abril D. Perspectiva sobre modelos y teorías de enfermería en el ámbito de nefrología. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol*. 2008;11(3):178-3.
53. Moreno Cervantes C, Mimenza Alvarado A, Aguilar Navarro S, Alvarado Ávila P, Gutiérrez Gutiérrez L, Juárez Arellano S. Factores asociados a la demencia mixta en comparación con demencia tipo Alzheimer en adultos mayores mexicanos. *Rev Neurol* [Internet]. 2017 [citado 21 Feb 2020];32(5):309-315. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213485316000189>

## CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

## CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

I. Ydalsys Naranjo-Hernández (Conceptualización de Ideas. Formulación o evolución de los objetivos y metas generales de la investigación. Análisis formal – Aplicación de técnicas estadísticas, matemáticas, computacionales u otras técnicas formales para analizar o sintetizar datos de estudio).

II. Lay Yamila Pérez-Prado (Curación de datos. Actividades de gestión para anotar (producir metadatos), depurar datos y mantener los datos de la investigación (incluido el código de *software*, cuando sea necesario para interpretar los propios datos) para su uso inicial y su posterior reutilización. Adquisición de fondos y apoyo financiero para el proyecto que conduce a esta publicación. Realización de una investigación y proceso de investigación, realizando específicamente los experimentos, o la recolección de datos/evidencia).