

Factores de riesgo asociados a pacientes con enfermedad de Alzheimer y sus cuidadores principales

Risk Factors Associated to Patients with Alzheimer's Disease and their Main
Caregivers

Julio Cesar Espín Falcón^{1*} <https://orcid.org/0000-0001-7801-6377>

Facultad de Ciencias Médicas “General Calixto García”. La Habana, Cuba.

* Autor para la correspondencia: jcespin@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: La demencia es una enfermedad crónica, y la enfermedad de Alzheimer su causa más frecuente, ambas asociadas a factores genéticos y ambientales. La enfermedad de Alzheimer es un trastorno exclusivo del sistema nervioso central en el que se produce una lenta destrucción y atrofia de la corteza cerebral.

Objetivo: Caracterizar los principales factores de riesgo asociados a los pacientes con enfermedad de Alzheimer y a sus cuidadores principales.

Métodos: Se realizó un trabajo de revisión bibliográfica, que se llevó a cabo en la Facultad de Ciencias Médicas “General Calixto García”, entre mayo y junio del 2019, para lo cual se tuvieron en cuenta criterios de inclusión que delimitaron la búsqueda en relación a la enfermedad de Alzheimer. La pesquisa se inició a través de las plataformas virtuales (Scielo, Medline y Google Schrome). Se seleccionaron 31 artículos, de ellos, 18 artículos originales, 11 trabajos de revisión, una carta al editor y un debate. Los artículos fueron publicados en idioma español y/o en portugués.

Conclusiones: Es de gran importancia el conocimiento de los factores de riesgo que están asociados a la enfermedad de Alzheimer y sus cuidadores, lo que permitirá evitarlos mediante acciones de salud que promuevan estilos de vida saludables y así intentar prevenir y controlar la evolución de esta enfermedad que cada día afecta de forma dramática a más personas.

Palabras clave: enfermedad de Alzheimer; factores de riesgo; cuidadores; disfunción cognitiva.

ABSTRACT

Introduction: Dementia is a chronic disease, and Alzheimer's disease is its most frequent cause, both associated with genetic and environmental factors. Alzheimer's disease is a disorder only manifested in the central nervous system and in which a slow destruction and atrophy of the cerebral cortex appears.

Objective: To characterize the main risk factors associated with patients with Alzheimer's disease and their main caregivers.

Methods: A literature review was carried out in General Calixto García School of Medical Sciences, between May and June 2019, and for which inclusion criteria were taken into account that delimited the search in relation to Alzheimer's disease. The research began through virtual platforms (*SciELO, Medline, and Google Scholar*). 31 articles were selected, of which 18 were original articles, 11 were review papers, there was one letter to the editor, and one debate. The articles were published in Spanish or Portuguese.

Conclusions: Knowledge about the risk factors associated with Alzheimer's disease and its caregivers is of great importance, which will allow avoiding them by means of health actions that promote healthy lifestyles and thus trying to prevent and controlling the evolution of this disease, which dramatically affects more people every day.

Keywords: Alzheimer's disease; risk factors; caregivers; cognitive dysfunction.

Recibido: 23/05/2019

Aceptado: 02/10/2019

Introducción

El proceso de envejecimiento ha adquirido gran relevancia en el contexto social moderno, debido al crecimiento continuo y exponencial responsable de ocasionar innumerables cambios en los ámbitos social, económico y político.⁽¹⁾

Es conocido el impacto que sobre la sociedad tiene el envejecimiento progresivo de la población, aún más si se suma la morbilidad que este fenómeno conlleva. Los ancianos constituyen el grupo de población que está en mayor crecimiento, con significativos avances

tecnológicos para el cuidado de la salud, cambios demográficos y epidemiológicos presentes a nivel mundial.⁽²⁾

El envejecimiento comienza con la vida misma, es parte de ella y con ella termina. Es la transformación de cualquier aspecto de la realidad que acontece en el proceso de interacción con el medio. La ancianidad es la fase final de la vida, es un proceso progresivo, intrínseco y universal que con el tiempo ocurre en todo ser vivo a consecuencia de la interacción de la genética del individuo y su medio ambiente.⁽³⁾

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el envejecimiento como: “El deterioro de las funciones progresivo y generalizado, que produce una pérdida de respuesta adaptativa al estrés y un mayor riesgo de sufrir enfermedades relacionadas con la edad”.⁽³⁾

En el mundo, el grupo de edad que registra el crecimiento más rápido es el de mayores de 80 años. En los próximos decenios se registrará un envejecimiento más rápido de la población en los países en desarrollo que el que se registró en los desarrollados y en los países con economías en transición. Para el 2050, la proporción de niños disminuirá en un 29 %, y la de envejecidos aumentará en un 10 %.⁽²⁾ Por primera vez en la historia de la humanidad, el número de personas con 60 y más años de edad irá superar el número de niños menores de catorce años, correspondiendo, respectivamente, al 22,1 % y 19,6 % de la población mundial.^(4,5)

Dos terceras partes de todas las personas con 65 años o más y una similar cantidad de personas con demencia viven en estos países con un rápido incremento.⁽⁶⁾

En el 2013 se estimaron 44 millones de personas que sufren de demencia a nivel mundial, con 7,6 millones de nuevos casos anualmente. El número de personas con demencia se duplicará cada 20 años, para alcanzar los 76 millones en el 2030 y los 135 millones en el 2050 en todo el mundo, incremento que será más marcado en las regiones en vías de desarrollo que en las regiones desarrolladas.⁽⁷⁾

Según la OMS, de 3,4 millones de personas con demencia en América Latina y el Caribe en la actualidad, la cifra se incrementará a 4,1 millones para el 2020 y a 9,1 millones en el 2040. 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 (6,0 %).⁽⁷⁾

Cuba es uno de los países más envejecidos de América Latina y se prevé que hacia el 2050 sea uno de los más envejecidos del mundo. La Habana, Villa Clara y Sancti Spíritus son las provincias más envejecidas y el municipio Plaza de la Revolución se confirma como el más

envejecido del país. Por su parte, la Oficina Nacional de Estadísticas e Información (ONEI) estima que para el 2035 unos 3,6 millones de personas, un tercio de la población cubana, superará esa edad.⁽⁸⁾

La prevalencia de síndrome demencial en Cuba, según los diferentes estudios publicados, se sitúa entre 6,4 % y 10,2 % en la población de 65 años y más, con un predominio en el sexo femenino, constituyendo la enfermedad de Alzheimer (EA) su causa más frecuente.⁽⁹⁾

Si tenemos en cuenta el acelerado envejecimiento de la población cubana, se estima una cifra de 130 000 personas con EA u otro tipo de demencia, cifra que debe duplicarse para el 2020. El estudio longitudinal prospectivo sobre envejecimiento y Alzheimer realizado en las provincias de La Habana y Matanzas, con un periodo de seguimiento de 4,1 años en personas de 65 años y más, mostró una incidencia de demencia de 21,2 por 1000 personas/año. Según el Anuario Estadístico de Salud del Ministerio de Salud Pública (MINSAP), la demencia ocupa el sexto lugar como causa de muerte, con una tasa de 31,4 por 1000 para todas las edades. En la población cubana, una de cada cuatro personas de 65 años y más fallece por esta enfermedad u otra forma de demencia.⁽¹⁰⁾

La demencia es una enfermedad crónica; es un término amplio para un síndrome que describe un conjunto de síntomas que se desarrollan como resultado de daños en el cerebro, caracterizado por una declinación progresiva de la memoria, de las funciones ejecutivas, lenguaje y de otras áreas de la cognición, asociada a síntomas conductuales, que repercuten en el normal desenvolvimiento del individuo en su medio familiar y social.^(7,11)

Esta enfermedad es particularmente devastadora no solo por el deterioro progresivo de la persona que la padece, sino también por el impacto en la familia. Dentro de la familia, la prestación de cuidados no acostumbra a repartirse por igual entre sus miembros, sino que existe un cuidador principal, quien tiene mayor afinidad y responsabilidad por el enfermo y se ve obligado a reorganizarse para esta tarea, redistribuyendo los roles familiares y sufriendo un elevado estrés a medida que avanza la enfermedad.^(2,12)

La mayoría de los expertos están de acuerdo que al igual que otras condiciones crónicas, la EA probablemente se desarrolle como resultado de múltiples factores más que una simple causa.⁽⁶⁾

El proceso de envejecimiento incluye cambios estructurales y funcionales cardiovasculares que incrementan el riesgo de enfermedades en el anciano que no solo se ven en la demencia vascular sino también en la demencia de Alzheimer, pero se desconoce qué factores de riesgo

causan la enfermedad y cómo estos cambios impactan a la persona que la padece y al cuidador principal, sobre el que recae la mayor responsabilidad del cuidado.

La revisión bibliográfica tuvo como objetivo caracterizar los principales factores de riesgo que están asociados a los pacientes con EA y a sus cuidadores principales.

Métodos

Se realizó un trabajo de revisión bibliográfica, que se llevó a cabo en la Facultad de Ciencias Médicas “General Calixto García” de La Habana, entre mayo y junio del 2019; para lo cual se tuvieron en cuenta criterios de inclusión que permitieron delimitar la búsqueda en relación al tema de investigación, como son: ¿se relaciona el estudio con el proceso de envejecimiento, demencia y/o EA?; ¿abarca el estudio algunos de los factores de riesgo que se asocian a la EA y a sus cuidadores principales?; ¿el estudio fue publicado en los idiomas español y portugués? La pesquisa de la referencia bibliográfica se inició a través de las plataformas virtuales Scielo, Medline y Google Schrome principalmente. Se utilizaron las palabras claves: enfermedad de Alzheimer, factores de riesgo, cuidadores y disfunción cognitiva.

Selección de estudios y análisis

Fue necesario el desarrollo de varias etapas de trabajo; una primera que se inició con la pesquisa de los estudios, a través de las plataformas virtuales y palabras claves identificadas, obteniéndose un total de 56 posibles referencias bibliográficas. En una segunda etapa se realizó lectura exploratoria de los títulos y resúmenes de las investigaciones y de manera preliminar se identificaron 42 estudios de interés.

Una tercera etapa comprendió la lectura selectiva y analítica de los estudios y se descartaron aquellos que no aportaban información relevante o no se correspondían directamente con el objeto de estudio. Finalmente se seleccionaron 31 artículos para la realización del estudio, publicados en idioma español o en portugués, de ellos, 18 artículos originales y 11 trabajos de revisión. Se consideraron, además, dos publicaciones (una carta al editor y un debate), referentes teóricos de un prestigioso autor del Centro de Estudios de Alzheimer en Cuba; esenciales para el abordaje de la investigación. La lectura interpretativa fue la última etapa del proceso de selección y análisis del texto, donde se realizó la identificación de la información, la cual fue organizada mediante un cuadro sinóptico que incluyó la referencia bibliográfica.

Desarrollo

Definición de la enfermedad de Alzheimer

Actualmente las demencias se han convertido en un desafío para los sistemas de salud del mundo. La EA es definida como: “entidad clínico-patológica de naturaleza degenerativa y evolución progresiva, que se caracteriza por deterioro cognitivo (...). En más del 90 % de los casos, se desarrolla después de los 65 años, con una prevalencia que se duplica cada década sucesiva de la vida, desde un 10 % entre los 60-70 años a un 40 % en grupos de 80 o más años”.⁽¹³⁾

La EA es incurable y terminal; sus síntomas, como una entidad nosológica definida, fueron identificados por Emil Kraepelin, mientras que la neuropatología característica fue observada por primera vez por Alois Alzheimer en 1906. Así pues, el descubrimiento de la enfermedad fue obra de ambos psiquiatras que trabajaban en el mismo laboratorio, en Munich, Alemania. Sin embargo, dada la gran importancia que Kraepelin daba a encontrar la base neuropatológica de los desórdenes psiquiátricos, decidió nombrar la enfermedad Alzheimer en honor a su compañero.⁽⁸⁾

La enfermedad de Alzhéimer constituye un problema sanitario y social de gran magnitud: en el enfermo, altera de forma dramática niveles anteriores de autonomía e independencia, 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.^(5,12,14)

Krüger y otros plantean que la EA puede llevar al paciente al comprometimiento físico, mental y social, induciendo a la dependencia parcial y total, siendo que esta última, principalmente en estadios más avanzados de la enfermedad, exija cuidados mayores.⁽¹⁵⁾

En correspondencia con la literatura estudiada, la EA constituye un importante problema de salud pública, teniendo en cuenta su repercusión sobre el paciente, sus familiares y cuidadores, quienes experimentan consecuencias psicológicas, físicas y sociales considerables.

Factores de riesgo asociados a pacientes con enfermedad de Alzheimer

La etiología de la EA es desconocida. En este sentido, investigadores como *Llibre y Gutiérrez* coinciden con *Fontán* cuando estiman que se produce por una combinación de susceptibilidad genética sumada a la exposición a factores ambientales, donde interactúan factores de riesgo y factores protectores, en una ventana temporal prolongada y con efecto diferente de acuerdo

a la carga genética. Un ambiente de elevado riesgo contribuye a la expresión clínica o comienzo más temprano de la enfermedad.^(7,16)

Evidencias epidemiológicas, biológicas y sociales apoyan la hipótesis de que los factores de riesgo operan durante toda la vida (gestación, infancia, adolescencia, la vida adulta temprana y tardía) y actúan de forma independiente, acumulativa e interactiva para causar la enfermedad. Esta teoría relacionada con el enfoque epidemiológico del curso de la vida, enfatiza en el orden temporal de la exposición y en la interacción entre gen-ambiente y ambiente-ambiente.⁽⁷⁾

El riesgo de demencia y EA, comienza desde la vida intrauterina. La malnutrición fetal, el bajo peso al nacer y la no lactancia materna incrementan la susceptibilidad a diversas enfermedades crónicas en la edad media de la vida, que a su vez constituyen factores de riesgo de demencia, particularmente la enfermedad cardiovascular y sus factores de riesgo.⁽⁷⁾

Diversas investigaciones sugieren que en la edad media de la vida los factores de riesgo de enfermedades vasculares, entre estos: hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (DM), hábito de fumar, dislipidemia, obesidad, síndrome metabólico (SM) y cardiopatía isquémica (CI), predisponen tanto a la EA como a las demencias vasculares por diversos mecanismos que incluyen: el daño vascular, producción por el tejido adiposo de sustancias que son importantes en el metabolismo (adipocinas), la inflamación (citocinas), la resistencia periférica a la insulina y la hiperinsulinemia.⁽⁷⁾

Romero citado por Solórzano y otros, en su estudio realizado en el 2010 destaca a la HTA como factor de riesgo más frecuente (17,9 %), seguido de la DM (12,8 %) y la CI (5,1 %). Resultados similares obtuvieron Moreno Cervantes y otros en su estudio sobre factores asociados a la demencia, cuando observaron mayor frecuencia de DM, HTA, dislipidemia y antecedentes de enfermedades cerebrovasculares, donde la HTA se mostró con una mayor fuerza de asociación.^(6,17)

En relación a la DM, Mejía y Zúñiga, en su estudio realizado en la población mexicana, constataron que los pacientes con DM tipo 2 presentaron el doble de riesgo de demencia que los no diabéticos; este riesgo también se vio modificado por el tipo de tratamiento que recibían, siendo no significativo en los diabéticos que no tomaban tratamiento médico, mientras que en el grupo que tomaba medicación oral y en el que recibía insulina el riesgo se duplicó y triplicó respectivamente. Uno de los mecanismos señalado como responsable es la alteración en la sensibilidad a la insulina.⁽¹⁸⁾

En este sentido, *Ardizone* coincide con investigadores de la Clínica Mayo citados por *Mejía y Zúñiga*, quienes encontraron que el 80 % de los pacientes con EA tenían DM tipo 2 y en sus cerebros encontraron una mayor acumulación de proteína b-amiloide y mayor densidad de placas neuríticas.^(18,19)

El hábito de fumar es controvertido como factor de riesgo para la aparición de demencias, aunque en algunos estudios se ha visto asociación del 100 %.⁽⁶⁾

La dislipidemia y la obesidad se asocian a un acelerado declinar cognitivo hasta los 75 años. En edades más avanzadas la dislipidemia se relaciona con un reducido riesgo de demencia, declinar cognitivo y muerte, un índice de masa corporal bajo se relaciona con un incremento del riesgo de EA.⁽⁶⁾

El síndrome metabólico, según reportaron en su estudio Von Bernhardt y otros, parece inducir directamente un aumento en el depósito de A β amiloidogénico, como también la hiperfosforilación y agregación de tau, las dos lesiones anatomopatológicas características de la EA. A la vez destacan un posible efecto cooperativo en la generación de condiciones de hipoperfusión cerebral y lesiones isquémicas como contribución principal al deterioro cognitivo y demencia tardía, lo que favorecería la vulnerabilidad del cerebro a la disfunción neuronal y los procesos neurodegenerativos.⁽²⁰⁾

Fong y otros plantean que existen otros factores de riesgo relacionados con la EA, tales como: edad avanzada, sexo femenino, historia familiar de demencia o Síndrome de Down, antecedentes de trauma craneal, enfermedad tiroidea, episodios isquémicos, alcoholismo y arteriosclerosis, a la vez que concuerdan con Fontán cuando resaltan que la frecuencia de la EA aumenta proporcionalmente con la edad y se duplica cada 5 años a partir de los 65 y alcanza entre 40 % y 50 % en los ancianos mayores de 85 años. La asociación entre varios factores de riesgo del síndrome y la disfunción cognitiva parecen variar con la edad.^(6,16,21)

La OMS plantea que aunque la edad es el principal factor de riesgo de demencia, la enfermedad no es una consecuencia inevitable del envejecimiento y no afecta exclusivamente a personas mayores. La demencia de inicio temprano (aparición de los síntomas antes de los 65 años) representa hasta un 9 % de los casos.⁽²²⁾

En relación al sexo como factor de riesgo para la EA, *Barranco* constató en su estudio estimaciones mayores de prevalencia en las mujeres; y añade que se ha demostrado una capacidad protectora de los estrógenos en las mujeres premenopáusicas, al influir sobre las enzimas colinérgicas y el factor de crecimiento nervioso y actuar como antioxidantes, además de prevenir la muerte celular inducida por el péptido β amiloide.⁽²³⁾

Concerniente a la historia familiar de demencia, alrededor de un 40 % de los sujetos afectados de EA presentan una incidencia familiar de demencia que alcanza el 50 % si los afectados son muy longevos (85-90 años). Se constata un sensible aumento del riesgo, entre dos y siete veces en familiares de los afectados con EA, con comienzo antes de los 70 años.⁽²³⁾

El papel que puede desempeñar el antecedente de trauma craneal en la patogénesis de la EA es controvertido. Se ha demostrado que las personas portadoras del alelo ε4 de la apolipoproteína E presentan una menor respuesta después de un trauma craneal, y un mayor riesgo de demencia tras los traumatismos crónicos, como los que se dan en los boxeadores.⁽²³⁾ Se considera que numerosos agentes ambientales, que incluyen metales como el aluminio y mercurio, plaguicidas y factores dietéticos, pueden contribuir a la aparición de la enfermedad; la exposición al aluminio estimula a los fagocitos y genera gran cantidad de especies reactivas de oxígeno, todo lo cual produce daño neuronal. *Costa* otros, al hacer una evaluación de 34 artículos seleccionados para su investigación, identificaron que 23 de ellos (80 %) establecieron una relación entre el aluminio y la EA y lo presentan como uno de los factores de riesgo para la enfermedad.^(8,21,24)

Otros metales como el cobre y el zinc, al combinarse con el beta amiloide, incrementan las concentraciones de peróxido de hidrógeno y originan radicales libres que producen daño oxidativo en el cerebro.⁽²¹⁾

Constituyen factores de riesgo potencialmente modificables para la EA: el bajo nivel educativo, la depresión, el aislamiento social y la inactividad cognitiva.⁽²²⁾

El bajo nivel educacional se asocia de forma consistente con incremento del riesgo de deterioro cognitivo y demencia, pues se ha observado que el aprendizaje estimula un mayor crecimiento de neuronas; por tanto, crea una reserva mayor y retrasa la destrucción de las células.^(7,21)

El equipo de salud que labora en la comunidad debe ejecutar, con enfoque multifactorial, estrategias de promoción y prevención de salud en el control de los factores de riesgo asociados a la EA. Entre estas acciones destaca promover la realización de actividades físicas, tales como: caminatas, paseos acompañados de mascotas, ejercicios de relajación, ciclismo, yoga, natación, bailes de salón, así como las propias tareas del hogar, según las capacidades físicas del adulto mayor lo permitan.

Llibre y Gutiérrez plantean que una reducción conjunta del 10-25 % en siete factores de riesgo en la población (DM, HTA y obesidad en la edad media de la vida, depresión, hábito de fumar,

inactividad física y mental) pudieran prevenir potencialmente de 1,1 a 3 millones de casos de EA en el mundo.⁽⁷⁾

En consonancia con lo planteado, es necesario incrementar estudios de intervención en salud para promover estilos de vida saludables que favorezcan la reducción del número de personas con demencias, o intentar retardar en el tiempo el comienzo clínico de la enfermedad, si tenemos en cuenta la edad como su principal factor de riesgo.

Factores de riesgo genéticos

Se han identificado factores de riesgo genéticos para la EA. Los principales genes de susceptibilidad para la EA de inicio temprano (menos de 65 años de edad) son presenilina 1 y 2, y proteína precursora de amiloide (APP). Las mutaciones en cada gen alteran el metabolismo de APP, lo que resulta en una mayor producción de una forma tóxica del péptido amiloide.⁽²⁵⁾

El principal gen de susceptibilidad para la EA tardía (mayores de 65 años) es el gen APOE, particularmente el alelo $\epsilon 4$. La presencia de este alelo, principalmente en forma homocigota, se asocia con un aumento en el riesgo de enfermedad (una copia aumenta el riesgo tres veces y dos copias, 15 veces) y una menor edad de inicio; sin embargo, su presencia no es necesaria ni suficiente para el desarrollo de la EA.⁽²⁵⁾

La predisposición genética puede tener también un papel modulador en la asociación entre diabetes y demencia. Varios estudios muestran que los sujetos con diabetes que son portadores del genotipo APOE $\epsilon 4$ tuvieron un doble riesgo de demencia comparado con aquellos que no tenían este factor de riesgo.⁽⁶⁾

Factores de riesgo asociados a cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer

El cuidador es aquella persona que de forma cotidiana se hace cargo de las necesidades básicas y psicosociales del enfermo o lo supervisa en su domicilio durante su vida diaria. Además, en muchas ocasiones, estas personas tienen que interrumpir su ritmo habitual y limitar su vida social, sufriendo un elevado estrés a medida que avanza la enfermedad. Consecuentemente, este cuidado puede generar repercusiones negativas para los cuidadores, asociándose constantemente al propio proceso de cuidar.^(2,12,26)

Pedraza, citado por *Pérez* y otros, caracteriza al síndrome del cuidador como una respuesta inadecuada a un estrés emocional crónico, cuyos rasgos principales son el agotamiento físico y/o psicológico y no necesariamente tiene que aparecer en los cuidadores.⁽¹²⁾

Según *Zambrano*, citado por *Pérez* y otros, la relación entre la acumulación de estresores y la falta de estrategias adecuadas de afrontamiento para adaptarse a la situación de cuidado tiene un papel importante en la génesis del síndrome del cuidador. También asocia otros factores favorecedores como el escaso o nulo control sobre la situación adversa en repetidas ocasiones, el interés social, el sexo femenino, el patrón de personalidad tipo A y el aumento de demandas emocionales.⁽¹²⁾

El cuidador responsable por el cuidado de un adulto mayor con EA enfrenta demandas extensas en su propia salud física y mental, tiempo personal e importantes cambios del estilo de vida. A medida que las actividades de sobrevivencia del adulto mayor se tornan comprometidas, la nueva situación vivenciada asume demandas más complejas sobre la persona que presta el cuidado integral. De esta forma, una vez que el modo de vivir del cuidador es modificado con base a las necesidades de la persona cuidada, la dinámica de funcionamiento de la dupla es afectada considerablemente.^(5,27)

Cambios en la vida del cuidador se pueden tornar un peso o desafío de orden multidimensional, que es físico, emocional, financiero y que también interfiere en sus relacionamientos sociales y de recreo. Cuando el cuidador asume la misión de cuidar al adulto mayor, sin tiempo adecuado de intervalo o descanso, situaciones de desgaste y sobrecarga ocurren frecuentemente; lo que tiende a empeorar si el cuidador está solo y sin ayuda de otras personas en el cuidado del paciente.^(5,28)

El estrés en la persona que cuida al enfermo de Alzheimer surge, sobre todo, a raíz de los sentimientos de culpa, la falta de apoyo social, los problemas económicos, la dedicación en tiempo y recursos y el abandono de actividades placenteras. Además, la falta de conocimientos adecuados sobre técnicas y estrategias eficaces a la hora de proporcionar cuidados informales a los enfermos de Alzheimer hace que se sientan desbordados y agotados ante los problemas, y puede dar lugar al síndrome del cuidador.⁽¹¹⁾

Espin destaca en su investigación que el cuidador presenta una serie de alteraciones físicas y de su salud como son: quejas somáticas, dolor crónico del aparato locomotor, cefalea tensional, astenia y fatiga crónica, alteración del ciclo sueño-vigilia, deterioro de la función inmune y una mayor predisposición a úlcera péptica y a enfermedades cardiovasculares, entre otras. En este sentido, refiere la investigadora, que el cuidador puede presentar problemas

psíquicos como depresión, ansiedad, insomnio, y una tasa alta de automedicación, además de problemas de índole socioeconómicos, como son: conflictos familiares, problemas laborales, dificultades económicas y disminución de actividades sociales y de ocio.⁽²⁹⁾

Fontán obtuvo resultados comparables a los de *Espín* cuando resalta en su artículo de revisión que los cuidadores de pacientes con Alzheimer padecen frecuentemente depresión, otros trastornos psiquiátricos, problemas de salud por inmunodepresión relativa y utilizan más recursos médicos y medicación, aumentando a su vez los costos asignables a la enfermedad.^(16,29)

Pérez y otros, al analizar en su investigación las afectaciones psicológicas del cuidador, destacan el estudio de *Vargas*, donde se observó predominio de la angustia (89,6 %), el temor (81,2 %) y la ansiedad (69,3 %). En este sentido, *Espín* encontró que los principales trastornos afectivos de sus encuestados fueron la angustia, la ira, el miedo y la desesperanza.⁽¹²⁾

El riesgo de malestar emocional es mayor para cuidadores de personas con demencia que para cuidadores de personas con problemas físicos de salud y muestras mixtas. Estudios han mostrado incluso que los cuidadores de personas con demencia en situación de estrés tienen un riesgo de mortalidad 63 % mayor que el de no cuidadores, si bien es cierto que existen datos que sugieren lo contrario; el malestar emocional se mantiene relativamente estable para los cuidadores a lo largo de años, siendo dicha estabilidad especialmente consistente para las mujeres cuidadoras.⁽³⁰⁾

Por tanto, cuidar de un adulto mayor con EA configura una responsabilidad y desafío de carácter multidimensional. Además de la voluntad de querer cuidar, teniendo en cuenta la complejidad que el cuidado exige, envuelve conocimientos, desarrollo de habilidades, iniciativas que exigen paciencia, amor y algunas veces renuncia de su proyecto de vida. Estos hechos contribuyen a que los familiares cuidadores vivencien sobrecarga física, emocional y social en el cotidiano de los cuidados.^(5,28)

En consonancia con el criterio de los investigadores, el autor considera que el ámbito familiar constituye el escenario esencial para desarrollar acciones que aborden con prioridad la preocupación por la salud del cuidador y garantizar así su calidad de vida.

El equipo compuesto por el binomio enfermo y cuidador demanda del apoyo cercano, por parte del equipo de salud de la comunidad. Encuentros profesionales deben ser guiados para apoyar, escuchar, informar, proporcionar, planificar, monitorear y evaluar estrategias direccionadas a gerenciar el cuidado y los cambios de comportamiento de las personas con Alzheimer.⁽⁵⁾

Algunos estudios han demostrado las dificultades encontradas en cuidadores de enfermos con Alzheimer. ^(21,31)

Pascual Cuesta destaca resultados de otras investigaciones que ponen de manifiesto la presencia de enfermedades en los cuidadores, por ejemplo, *González* demostró que el 100 % de la muestra era portadora de enfermedades, por su parte *Espín*, en su estudio realizado en La Habana, evidenció que el 75 % de los cuidadores principales presentaba alguna afección, tales como: óseas y musculares, psíquicas, cefaleas, hipertensión arterial y problemas cardíacos. ⁽²⁾

El autor coincide con *Pascual Cuesta* cuando agrega en su investigación que las enfermedades se agudizan con la labor del cuidador y traen como consecuencia la aparición de otras que deterioran en mayor medida su salud.

En este sentido se hace necesario el apoyo emocional e información a estos cuidadores acerca de la EA, con vistas a lograr adecuadas estrategias de enfrentamientos al problema para disminuir la incidencia del síndrome del cuidador. ^(2,12)

Plan de acción mundial sobre la respuesta de salud pública a la demencia

La OMS reconoce la demencia como una prioridad de salud pública. En mayo de 2017, la Asamblea Mundial de la Salud respaldó el Plan de acción mundial sobre la respuesta de salud pública a la demencia 2017-2025. El Plan es un marco integral de referencia para las instancias normativas; los asociados internacionales, regionales y nacionales, y la OMS en las siguientes esferas: la evaluación de la demencia como prioridad para la salud pública, la concienciación y la puesta en marcha de iniciativas para satisfacer las necesidades de las personas afectadas, la reducción de riesgos, el diagnóstico, el tratamiento y la atención, los sistemas de información, el apoyo a los cuidadores, la investigación y la innovación. ⁽²²⁾

Conclusiones

Se caracterizan los principales factores de riesgo asociados a los pacientes con enfermedad de Alzheimer, a predominio de la edad y de los factores de riesgo de enfermedades vasculares; el elevado estrés emocional incide en los cuidadores de enfermos con Alzheimer.

Es de gran importancia el conocimiento de los factores de riesgo que están asociados a la enfermedad de Alzheimer y sus cuidadores, lo que permitirá evitarlos mediante acciones de salud que promuevan estilos de vida saludables y así intentar prevenir y/o controlar la

evolución de esta enfermedad que cada día afecta de forma dramática a más personas, tanto por el padecimiento de la enfermedad como por sus cuidadores, los que enfrentan demandas extensas en su propia salud física y mental.

Referencias bibliográficas

1. Da Silva AP, Gomes R, Cavalcante FE, Alves R. O cuidado ao portador do Alzheimer fundamentado no princípio bioético da autonomia. Rev Ciencia e saberes. 2017 [acceso: 17/05/2019];3(1):416-421. Disponible en:
<http://www.facema.edu.br/ojs/index.php/ReOnFacema/article/view/168/94>
2. Pascual Y, Garzón M, Silva H. Características sociodemográficas de pacientes con enfermedad de Alzheimer y sus cuidadores principales. Rev Cubana Enfermer. 2015 [acceso: 17/05/2019];31(2). Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086403192015000200002&lng=es
3. Garzón M, Pascual Y. Síntomas psicológicos y conductuales en pacientes con enfermedad de Alzheimer leve y moderada. Rev Cubana Enfermer. 2015 [acceso: 17/05/2019];31(3). Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086403192015000300003&lng=es
4. Burlá C, Camarano AA, Kanso S, Fernández D, Nunes R. Panorama prospectivo das demências no Brasil: um enfoque demográfico. Ciên. Saúde Coletiva. 2013;18(10):2949-56.
5. Marins AMF, Hansel CG, Da Silva J. Mudanças de comportamento em idosos com Doença de Alzheimer e sobrecarga para o cuidador. Esc Anna Nery. 2016 [acceso: 17/05/2019];20(2):352-356. Disponible en:
<http://www.scielo.br/pdf/eann/v20n2/1414-8145-eann-20-02-0352.pdf>
6. Solórzano J, Gundián M, Díaz JP, Llibre JJ. Factores de riesgo de la enfermedad de Alzheimer. Rev Hosp Psiquiatr Habana. 2014 [acceso: 20/05/2019];11(3). Disponible en:
<http://www.revhosphab.sld.cu>

7. Llibre JJ, Gutiérrez RF. Demencias y enfermedad de Alzheimer en América Latina y el Caribe. Rev Cubana Salud Pública. 2014 [acceso: 20/05/2019];40(3):378-387.

Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662014000300008&lng=es

8. Albert MJ, Martínez R, Gutiérrez A, Hakim D, Pérez G. Patogenia y tratamientos actuales de la enfermedad de Alzheimer. Rev Cubana Farm. 2014 [acceso: 20/05/2019];48(3):508-518. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475152014000300016&lng=es

9. Llibre JJ, Valhuerdi A, Calvo M, García RM, Guerra M, López AM, et al. Epidemiología, diagnóstico e impacto de las demencias y otras enfermedades crónicas no transmisibles en adultos mayores cubanos, 2002-2012. Revista Anales de la Academia de Ciencias de Cuba. 2014 [acceso: 20/05/2019];4(2). Disponible en:

<http://www.revistaccuba.cu/index.php/acc/article/view/279>

10. Llibre JJ. Demencias y enfermedad de Alzheimer: una prioridad nacional. Rev Cubana Salud Pública. 2013 [acceso: 20/05/2019];39(4):804-06. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662013000400017&lng=es

11. Garzón M, Pascual Y, Collazo EC. Malestar psicológico en cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer. Rev Cubana Enfermer. 2016 [acceso: 20/05/2019];32(3). Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086403192016000300012&lng=es

12. Pérez M, Álvarez T, Martínez EJ, Valdivia S, Borroto I, Pedraza H. El síndrome del cuidador en cuidadores principales de ancianos con demencia Alzheimer. Gac Méd Espirit. 2017 [acceso: 20/05/2019];19(1):38-50. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S160889212017000100007&lng=es

13. Sánchez M, Veja JC. La enfermedad de Alzheimer desde un análisis métrico de la producción científica de Cuba. Rev. cuba. inf. cienc. Salud. 2016 [acceso: 20/05/2019];27(1):35-55. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S230721132016000100004&lng=es
14. 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.
15. Krüger A, da Silveira A, Silveira HK, Lucca C, dos Santos FR. Gerenciamento do cuidado de enfermagem ao idoso com Alzheimer. Rev Cubana Enfermer. 2015 [citado 2019 Mayo20];31(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086403192015000400009&lng=es
16. Fontán L. La Enfermedad de Alzheimer: elementos para el diagnóstico y manejo clínico en el consultorio. Rev. Biomedicina. 2012 [acceso: 22/05/2019];7(1):34-43. Disponible en: <http://www.um.edu.uy/docs/alzheimer.pdf>
17. 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. 2017 [acceso: 20/05/2019];32(5):309-315. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213485316000189>
18. Mejía Arango S, Zúñiga Gil C. Diabetes Mellitus como factor de riesgo de demencia en la población adulta mayor mexicana. RevNeurol. 2011;53(7):397-405.
19. Ardizzone Jiménez B. Diabetes y Alzheimer [tesis]. Madrid: Universidad Complutense, Facultad de Farmacia; 2016.
20. Von Bernhardt R, Zanlungo S, Arrese M, Arteaga A, Rigotti A. El síndrome metabólico: De factor agravante a principal factor de riesgo patogénico en diversas enfermedades crónicas. Rev. méd. Chile. 2010 [acceso: 22/05/2019];138(8):1012-1019. Disponible en: http://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003498872010000800012&lng=es

21. Fong JA, Collejo Y, Poll M, Lam M, Guzmán S. Evaluación psicológica en adultos mayores con factores de riesgo para la enfermedad de Alzheimer. MEDISAN. 2013 [acceso: 22/05/2019];17(12):9118-9123. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192013001200012&lng=es
22. OMS. Demencia. 2019 [acceso: 23/05/2019]. Disponible en:
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
23. Barranco Quintana JL, Allam MF, Del Castillo AS, Navajas RFC. Factores de riesgo de la enfermedad de Alzheimer. Rev Neurol. 2005 [acceso: 23/05/2019];40(10):613-8.
24. Ferreira PC, Piai KA, Takayanagui AMM, Segura Muñoz SI. Aluminio como factor de riesgo para la enfermedad de Alzheimer. Rev Latino-am Enfermagem. 2008 [acceso: 23/05/2019];16(1). Disponible en:
<https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/16931>
25. Aranda M, Calabria A. Impacto económico-social de la enfermedad de Alzheimer. Neurología Argentina. 2019 May 23. DOI: 10.1016/j.neuarg.2018.11.001
26. Mendes CFM, Santos ALS. O cuidado na doença de Alzheimer: as representações sociais dos cuidadores familiares. SaudeSoc. 2016 [acceso: 23/05/2019];25(1):121-32. Disponible en:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902016000100121&lng=pt
27. Manoel MF, Decesaro MN, Teston EF, Marcon SS, Waidman MAP. As relações familiares e o nível de sobrecarga do cuidador familiar. Esc Anna Nery. 2013 [acceso: 23/05/2019];17(2):346-353. Disponible en:
<http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n2/1414-8145-ean-17-02-0346.pdf>
28. Ilha S, Backes DS, Santos SSC, Gautério-Abreu DP, Silva BT, Pelzer MT. Doença de Alzheimer na pessoa idosa/família: Dificuldades vivenciadas e estratégias de cuidado. Esc Anna Nery. 2016 [acceso: 22/05/2019];20(1):138-46. Disponible en:
<http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n1/1414-8145-ean-20-01-0138.pdf>
29. Espín Andrade AM. “Escuela de Cuidadores” como programa psicoeducativo para cuidadores informales de adultos mayores con demencia. Rev. Cubana Salud Pública. 2009 [acceso: 23/05/2019];35(2). Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662009000200019&lng=es

30. Losada A, Márquez M, Romero R, López J, Fernández V, Nogales 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. *Clínica y Salud*. 2015 [acceso: 23/05/2019];26(1). Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113052742015000100006>
31. Borghi AC, Castro VC, Marcon SS, Carreira L. Sobrecarga de familiares cuidadores de idosos com doença de Alzheimer: um estudo comparativo. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2013;21(3):876-883.

Conflicto de intereses

El autor declara no tener conflicto de intereses.