



*Asesorías y Tutorías para la Investigación Científica en la Educación Puig-Salabarría S.C.  
José María Pino Suárez 400-2 esq a Lerdo de Tejada. Toluca, Estado de México. 7223898475*

RFC: ATI120618V12

**Revista Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores.**

<http://www.dilemascontemporaneoseduccionpoliticayvalores.com/>

**Año: VI    Número: 2    Artículo no.:65    Período: 1ro de enero al 30 de abril del 2019.**

**TÍTULO:** La dimensión humana y ética de la atención de salud a pacientes con Alzheimer.

**AUTORES:**

1. Máster. Kenia Peñafiel Jaramillo.
2. Máster. Marlene López Domínguez.
3. Máster. Lotty Ramírez López.
4. M.D. Enrique Rodríguez Reyes.
5. M.D. Raisa Rodríguez Duque.
6. Est. José José García Llori.

**RESUMEN:** La población humana se encuentra en un proceso de envejecimiento, lo que ha modificado el patrón epidemiológico de las enfermedades, y en la actualidad priman las enfermedades crónicas y las degenerativas como el Alzheimer, sobre las infecciosas. En este trabajo se abordarán aspectos que condicionan la atención a la salud de las personas con esta enfermedad, desde la perspectiva humana y ética. La literatura enfatiza sobre el papel de la ética y el humanismo como prácticas necesarias de la familia, los servicios de salud y la sociedad para la atención de los enfermos con demencia y en particular, de Alzheimer.

**PALABRAS CLAVES:** envejecimiento, ética, servicios de salud, pacientes con demencia, Alzheimer.

**TITLE:** Human and ethical dimensions of health care for patients with Alzheimer.

**AUTHORS:**

1. Máster. Kenia Peñafiel Jaramillo.
2. Máster. Marlene López Domínguez.
3. Máster. Lotty Ramírez López.
4. M.D. Enrique Rodríguez Reyes.
5. M.D. Raisa Rodríguez Duque.
6. Est. José José García Llori.

**ABSTRACT:** The human population is in a process of aging, which has modified the epidemiological pattern of diseases, and currently prevail chronic diseases and degenerative diseases such as Alzheimer's, on infectious diseases. This work will address aspects that condition the health care of people with this disease, from a human and ethical perspective. The literature emphasizes the role of ethics and humanism as necessary practices of the family, health services and society for the care of patients with dementia and in particular, Alzheimer.

**KEY WORDS:** aging, ethics, health services, patients with dementia, Alzheimer.

**INTRODUCCIÓN.**

La población humana se encuentra en un franco proceso de envejecimiento, según afirmaciones de importantes organismos internacionales (OMS, 2018) cuando afirma que: “Entre 2000 y 2050, la proporción de los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11% al 22%. En números absolutos, este grupo de edad pasará de 605 millones a 2000 millones en el transcurso de medio siglo”.

Otro organismo internacional que coincide con la afirmación anterior es del Banco Mundial (B.M., 2016). Por su parte, el FMI (2018, p.1) asegura que: “Las economías avanzadas se enfrentan a uno de sus retos de futuro más importantes, el envejecimiento de la población”. Por su parte, un organismo regional, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2002 y 2017), en su informe del año 2002 y 2017 respectivamente, ratifica que: “El envejecimiento sostenido de la población se refleja en el aumento del porcentaje de las personas mayores y la disminución del porcentaje de niños”.

Diferentes sectores sociales se interesan cada vez más en los cambios que ocurren entre los habitantes del planeta. Los políticos tienden a incluir en sus plataformas partidistas la atención que darán a este problema ya que se dan cuenta que faltará mano de obra para garantizar los recursos para atender a los ancianos, además de los recursos que se tendrán que emplear para estructuras sociales como hogares de ancianos, casa de abuelos, lugares de recreos y otras. No es aceptable ni éticamente admisible intentar siquiera regresar a épocas pasadas y renunciar a los logros alcanzados en materia de incremento de la esperanza de vida, disminución de la mortalidad infantil, planificación familiar y otras conquistas de los sistemas sanitarios y sociales.

La distribución geográfica del envejecimiento es desigual, los países desarrollados y los que están en vías de desarrollo muestran un panorama diferente al que se observa en continentes como África y regiones de Asia en el que aún las personas no alcanzan las expectativas de aquellos. El reporte titulado Envejecimiento de la población mundial 2017 (ONU, 2017a) muestra unas estadísticas demográficas importantes de la población de 60 años y más y, partiendo de 1980, año en el que la población envejecida representó un 8.5% del total de la población del orbe, hace un pronóstico de cómo será el mundo para los años 2030 y 2050 y refiere que podría alcanzar entre un 16.4% y un 21.3%. En términos demográficos, el envejecimiento poblacional se considera un proceso acelerado y por lo pronto indetenible (Tisnés y Salazar, 2016).

Otro fenómeno que contribuye al envejecimiento poblacional son las migraciones (ONU, 2017b), por lo general, el abandono del país de origen de los seres humanos ocurre por varias causas, políticas, económicas, sociales y culturales. Entre las primeras se encuentra la persecución por ideas contrarias a las que tienen los que ostentan el poder en determinado momento; los golpes de estado, ya sean los que ejecutan las fuerzas armadas o los llamados golpes blandos, ocasionados por los parlamentos, haciendo referencia a una falsa democracia.

Entre las causas económicas, posiblemente las más frecuentes, la falta de poder adquisitivo para tener una alimentación decorosa, una vivienda medianamente confortable o simplemente habitable con condiciones mínimas y la ausencia vestidos para el uso diario personal y de la familia son las que más insatisfacciones producen y sirven de estímulo para buscar en otros horizontes lo que no encuentran en su entorno inmediato.

Los cambios climáticos son una causa importante de las migraciones (Sánchez, 2015) y del envejecimiento poblacional. Como consecuencia de los mismos se modifican las tierras de cultivo y se hacen más desérticas, toneladas de arena de los desiertos son arrastradas por las corrientes de aire y depositadas a cientos de kilómetros de su origen dañando los suelos y convirtiéndolos en áridos lo que provoca el abandono de los mismos por sus ancestrales moradores.

Desde otro punto de vista, la necesidad de nuevas tierras para la agricultura y la ganadería lleva a la destrucción de miles y millones de hectáreas de bosques con lo que la deforestación provoca cambios en los regímenes de lluvia o, por el contrario, en determinadas áreas se incrementan las mismas provocando inundaciones enormes con la pérdida de vidas humanas y de animales y especies de todo tipo. La ética, como disciplina joven, cada vez abarca mayores contenidos, dentro de los que están a los que se hace referencia anteriormente, toda vez que tiene relación con el hombre y su medio familiar, social y cultural.

Como causas culturales de envejecimiento poblacional se encuentra la pérdida de la identidad y de la actividad creativa, los ambientes insalubres y la transculturación. Estos elementos, aunque parecen apócrifos, tienen un lugar importante en el proceso de envejecimiento de los pueblos y contribuyen, en alguna medida, a los mismos y a su deterioro. Es cierto que, desde el punto de vista biológico, resulta difícil encontrar la relación entre estos fenómenos y los grupos etarios en una pirámide poblacional, pero sí tienen sus implicaciones en los procesos ligados al conocimiento y se encuentran en algunas enfermedades del cerebro como la enfermedad de Alzheimer (Lerma, García y López, 2017).

Esta enfermedad es considerada el factor más importante en la aparición de la demencia con el consiguiente detrimento cognoscitivo. Una consideración especial merece el enfermo que sufre esta enfermedad, tanto dentro de su familia y en la sociedad, como en aquellos sectores que de alguna manera deben participar en el apoyo a estas personas para preservar su integridad y dignidad, dentro de los que se encuentran los servicios de salud. Con frecuencia, la familia no comprende los cambios de conducta y la pérdida de memoria de su familiar y le atribuyen a un descuido o una distracción las faltas cometidas, llegando en ocasiones a censurarlos, a lo que se suma el descenso en la escala social. La bioética como ciencia y disciplina (Poblete y Sanhueza, 2005) se ocupa de elaborar pautas para el estudio de problemas que surgen en el desarrollo de la sociedad y posibilita la aplicación de sus principios en esta dirección, lo que incluye la conducta profesional y familiar que debe adoptarse ante determinados problemas de salud, como es el caso del Alzheimer.

Este trabajo tiene como objetivo hacer un recorrido sobre aquellos aspectos que, de algún modo, condicionan la atención a la salud de las personas con esta enfermedad desde la perspectiva humana y ética.

## **DESARROLLO.**

### **Método.**

La intención de la presente revisión bibliográfica es repensar la atención de salud a pacientes con Alzheimer desde la perspectiva humana y ética. Se revisaron las bases de datos Medline, a través del motor de búsqueda Pubmed, Proquest y Scopus.

Los criterios de búsqueda fueron aquellos artículos que trataran sobre la dimensión humana y ética de la atención de salud a pacientes con Alzheimer; artículos teóricos, revisiones y experiencias de investigación. Una especial atención fue prestada a aquellos artículos de investigación en el área del conocimiento específicamente. A partir de los artículos encontrados, se procedió a la selección de aquellos que se consideraron más apropiados.

Por la heterogeneidad de los artículos recopilados se decidió establecer unos criterios de selección con el fin de homogeneizar los resultados y así poder compararlos. Se establecieron criterios que correspondieron con los aspectos que se consideró que un artículo debía de poseer para formar parte de esta revisión. Se seleccionaron 37 artículos, de los cuales 10 fueron eliminados. Tras esta selección, se revisó la bibliografía de los artículos aceptados para localizar así otros que pudieran ser interesantes o relevantes, procediendo posteriormente a la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión empleados con los artículos seleccionados inicialmente.

Una vez establecidos los 27 documentos restantes se procedió a su lectura completa y análisis de los conceptos en relación al tema principal tratado, así como del tema o temas secundarios.

### **Resultados.**

#### ***Comportamiento demográfico del envejecimiento poblacional.***

El envejecimiento poblacional, a nivel global, pero más marcado en los países ricos y desarrollados, ha modificado la pirámide poblacional de los últimos 50 años y muestra cambios en los estratos etarios con un incremento en la población de 60 años y más, de modo que su base tiende a estrecharse

y la cúspide a ensancharse (Moreno, 2015). El incremento en la esperanza de vida, la reducción de la mortalidad infantil y la planificación familiar (Cardona y Peláez, 2012) son factores, entre otros, que han contribuido con estos cambios poblacionales, fundamentalmente en el envejecimiento de la misma.

Estos cambios tienen repercusión en la vida de los países no solo desde el punto de vista poblacional, sino que las políticas, la economía, los sistemas sanitarios, la cultura y las relaciones internacionales deben modificarse también. Por regla general, los cambios vienen aparejados con modificaciones conductuales de las personas que deben adaptarse a escenarios nuevos, hostiles o no, que provocan diferentes manifestaciones que se extienden más allá del ámbito personal y familiar. Desde otro ángulo, el desarrollo de los países en materia de tecnología, producto de una revolución científico técnica que, lejos de cesar, se acelera cada vez más, de modo que el tiempo que media entre un nuevo descubrimiento o invención y su comercialización, o llevado a la práctica, es cada vez más corto, demanda regulaciones que preserven la integridad de los seres humanos si se tiene en cuenta que “no todo lo científicamente posible es éticamente aceptable”.

La revolución científico técnica (Cragh, García y Valdés, 2015), con cambios en todos los aspectos de la vida de la sociedad está entre las causas de una mayor esperanza de vida, para la especie humana fundamentalmente, pero otros seres vivos también se benefician de los mismos. La prolongación de la edad de las personas lleva aparejado un deterioro celular irreversible de la que no están exentas las células cerebrales, la apoptosis de estas no lleva incluido la reposición de las mismas como ocurre en otros tejidos, aunque esto último es controvertido. Desde que el *homo sapiens* apareció sobre la Tierra (Cadena, 2013), el proceso de su nacimiento, desarrollo, envejecimiento y muerte formó parte de la sociedad en la que vivía y adoptó formas diferentes para cada una de ellas.

En la Comunidad Primitiva (Alor, 2013), con las limitaciones que le imponía la naturaleza, la esperanza de vida y la longevidad eran cortas comparadas con la actual. La inclemencia del medio

reducía considerablemente el tiempo de vida del reino animal, incluyendo al hombre. El enfrentamiento con los animales salvajes, la falta de alimentos y la dificultad para apropiarse de ellos, unido a la hostilidad ambiental, fueron factores que limitaron considerablemente la longevidad del hombre primitivo.

Durante el feudalismo, sistema sociopolítico que le da continuación al desarrollo social y que tuvo su inicio en la edad media, existía una relación que sujetaba a los campesinos a los señores feudales que eran los dueños de la tierra y los encargados de distribuir justicia. La longevidad en esta época no rebasaba los 50 años. La revolución industrial en los años 1740-1750 (Rodríguez, 2009) modificó sustancialmente la edad límite de supervivencia de los seres humanos y esta ha continuado elevándose hasta la actualidad.

### ***Envejecimiento y patrón epidemiológico.***

El patrón epidemiológico de las enfermedades se ha modificado con el transcurso de los años (Jiménez, 2012), y en la actualidad, priman las enfermedades crónicas y las degenerativas. Las enfermedades infecciosas que tantas muertes causaron se han reducido considerablemente con la introducción de vacunas que previenen un gran grupo de ellas y con la aplicación de medidas higiénicas y sanitarias, entre ellas el lavado de las manos. La aplicación de medidas antisépticas redujo considerablemente la mortalidad como consecuencias de intervenciones quirúrgicas. Todas estas medidas han convertido al hombre en más longevo. Estas modificaciones en la vida de los seres humanos no impiden el envejecimiento y deterioro de los mismos.

La desaparición de neuronas del sistema nervioso de los seres humanos es un proceso irreversible, aunque algunos autores afirman que hay regeneración neuronal, este deterioro progresivo lleva al individuo a alteraciones funcionales de su sistema nervioso y a la aparición de diferentes grados de demencia incluyendo la enfermedad de Alzheimer.

Esta enfermedad crónica no trasmisible generalmente provoca diferentes grados de disfunción y discapacidad y viene acompañada de una comorbilidad subyacente como pueden ser cambios arterioescleróticos y vasculares que complican aún más un cerebro ya de por sí deteriorado.

La evolución de estas enfermedades ya no depende solamente de que se les diagnostiquen a tiempo, sino de que la atención que se le dé a los portadores personas tenga el sentido humanista que requieren como personas, de ahí que los tratamientos médicos propiamente dicho no bastan en estos pacientes, pues el tiempo de vida con pérdida de las capacidades intelectuales puede ser prolongado y la atención socio sanitaria para ser la práctica fundamental que se necesita, en la que el equipo de profesionales de diferentes disciplinas como los psiquiatras, psicólogos, fisioterapeutas, médicos generales y trabajadores sociales deben acompañar a la familia en la atención de los enfermos bajo estrictas normas de humanismo y de ética, lo que se traduce en un trato personalizado según sus necesidades y moralmente aceptable.

Se identifican diferentes grados de demencia (Gay, 2010), ellos pueden ser:

1) Demencia leve: los síntomas pueden cursar inadvertidos para la persona, incluso para los familiares. Generalmente la persona nota que su memoria se está deteriorando, no recuerda los sucesos recientes, se puede sentir inquieto, triste, trastornado, se siente molesto cuando le señalan los errores y casi siempre está a la defensiva.

2) Demencia moderada: los problemas de memoria que sufren son graves, conservan los recuerdos antiguos, olvidan los acontecimientos recientes, presentan dificultades con la dicción, la comunicación con sus semejantes se hace difícil. Pueden tener alucinaciones auditivas o visuales. Pueden llegar a ser agresivos.

3) Demencia grave: la pérdida de la memoria es total, sus familiares más cercanos le son desconocidos, las dificultades con la dicción se incrementan y prácticamente les resulta imposible comunicarse. Permanecen inactivos mucho tiempo, pero pueden estar ansiosos y tener una conducta

agresiva, ya sea física o verbal. Presentan trastornos en la coordinación de movimientos físicos, se les dificulta los movimientos para ingerir alimentos o beber líquidos, la deglución está afectada con incapacidad total o parcial para deglutir. Con frecuencia tienen incontinencia urinaria y para la defecación.

Se calcula que en la actualidad cerca de 50 millones de personas en todo el mundo sufren algún grado de demencia y para el año 2050 puede llegar a los 131.5 millones. Además de los efectos personales y familiares hay un efecto económico importante. Hasta el año 2017, el costo total de la demencia alcanzaba los 818 000 millones de dólares norteamericanos y ya para el año 2018 se calcula que llegue al billón de dólares.

Un estimado conservador sobre la población mundial está en alrededor de los 900-970 millones de habitantes con 60 años y más. Esta cifra ha sido posible gracias a la disminución de la mortalidad infantil, el incremento en la esperanza de vida, la reducción de las infecciones y la carga de mortalidad que ésta trae aparejada, además de las mejoras socioeconómicas que también tienen un rol importante en esos logros. Seguidamente se muestra la tabla 1 con la población mundial de 60 años y más por regiones, en la que aparecen estimados hasta el año 2050. Como se refleja en la tabla en la población total de más de 60 años, la prevalencia de demencia estimada bruta (2015), y el número de personas con demencia estimado (2015, 2030 y 2050) muestran incrementos proporcionales (2015-2030 y 2015-2050) por región mundial CMM.

El envejecimiento no es exclusivo del siglo XXI, en todas las etapas del desarrollo humano ha estado presente y ha formado parte de los análisis filosóficos y morales de los sistemas políticos y sociales. La situación particular del momento actual está dada por el aceleramiento en el envejecimiento, mejor dicho, por la cifra de personas que arriban o sobrepasan los 60 años. Esta situación significa un reto para los estados y sus gobiernos al tener que disponer de parte de los ingresos estatales para garantizar una infraestructura de servicios que posibilite una atención digna para los ancianos.

**Tabla 1. Distribución de casos de demencia por región mundial CMM.**

Región CMM	Población de más de 60 años	Prevalencia estimada	Número de personas con			Incremento proporcional	
			2015	2030	2050	2015-2030	2015-2050
ASIA	485,83	4,7	22,85	38,53	67,18	69	194
Australasia	5,80	6,7	0,39	0,62	1,02	59	163
Asia-Pacífico	52,21	7,0	3,64	5,68	7,81	56	115
Oceanía	0,64	3,5	0,02	0,04	0,09	83	289
Asia Central	7,43	4,2	0,31	0,44	0,88	43	184
Asia Oriental	218,18	4,5	9,77	16,60	28,64	70	193
Sur de Asia	139,85	3,7	5,13	8,61	16,65	68	225
Sureste de Asia	61,72	5,8	3,60	6,55	12,09	82	236
EUROPA	176,61	5,9	10,46	13,42	18,66	28	78
Europa Occidental	107,89	6,9	7,45	9,99	14,32	34	92
Centroeuropa	26,92	4,0	1,07	1,39	1,90	30	78
Europa Oriental	41,80	4,6	1,94	2,03	2,44	4	26
AMÉRICA	147,51	6,4	9,44	15,75	29,86	67	216
Norteamérica	74,88	6,4	4,78	7,28	11,74	52	145
Caribe	5,78	6,5	0,38	0,60	1,07	60	183
AL, los Andes	5,51	6,1	0,34	0,64	1,43	88	322
AL, Centro	26,64	5,8	1,54	2,97	6,88	93	348
AL, Sur	9,88	7,6	0,75	1,15	2,05	52	172
AL, Tropical	24,82	6,7	1,66	3,11	6,70	88	305
ÁFRICA	87,19	4,6	4,03	6,99	15,76	74	291
Norte de África /	38,93	6,0	2,34	4,35	10,04	86	329
ASS, Centro	4,78	3,3	0,16	0,26	0,54	60	238
ASS, Este	19,86	3,5	0,69	1,19	2,77	72	300
ASS, Sur	6,06	3,9	0,24	0,35	0,58	46	145
ASS, Oeste	17,56	3,1	0,54	0,85	1,84	58	241
MUNDO	897,14	5,2	46,78	74,69	131,45	60	181

**Abreviaturas: AL = América Latina; ASS = África Subsahariana.**

**Fuente: Alzheimer's Disease (2016). Informe Mundial sobre el Alzheimer 2015. Las consecuencias de la demencia. Análisis de prevalencia, incidencia, coste y tendencias.**

## **La Ética y el Humanismo.**

Como todo fenómeno social, el envejecimiento poblacional debe ser monitorizado con el fin de resolver posibles conflictos que se presenten en la atención a este grupo poblacional. Es por ello que la ética, fundamentalmente la principialista (Valdés, 2015), puede servir de modulador entre la realidad y lo esperado; por esta razón, se exponen brevemente, a continuación, esos principios:

- Principio de beneficencia. Este principio establece que siempre hay que hacer el bien. Por esta razón, las personas longevas tienen el derecho a ser tratadas con dignidad sin menospreciar sus posibles limitaciones físicas o mentales y en el caso de los enfermos de Alzheimer deben ser atendidos en instituciones que posean una cultura sanitaria centrada en los pacientes para que los mismos en su cronicidad puedan sentirse como en su seno familiar.
- Principio de no maleficencia. Obliga a no dañar a las personas, a tratar profesionalmente a los afectados y a los sanos con el máximo cuidado. El tratamiento, en caso que sea necesario aplicarlo, debe ser lo menos agresivo posible, que en el caso de los pacientes con una discapacidad intelectual severa como es en el Alzheimer debe estar acompañado además de comprensión por todas las manifestaciones de desajuste emocional que pueden presentar estas personas.
- Principio de autonomía. Entendido como el derecho que tiene todo ser humano a tomar decisiones sobre el mismo contando con toda la información pertinente para hacerlo, sin restricciones o intimidaciones, de modo que pueda dar su consentimiento para cualquier intervención sobre su persona siempre que lo considere necesario y oportuno. Este principio en este tipo de pacientes se reduce significativamente pero el trato y la atención que reciban nunca puede lacerar su dignidad porque siguen siendo personas humanas que merecen respeto y trato digno.
- Principio de justicia. Considera que todos los seres humanos deben tener las mismas oportunidades dentro de la sociedad en la que habitan. Excluye cualquier tipo de discriminación por el color de la piel, género, afiliación política, credo religioso u otra consideración. Este principio exige equidad en

la distribución de los recursos, de ahí que una enfermedad no puede restringir los derechos de las personas y para ello deben prepararse los servicios de salud, el personal sanitario, las familias y la sociedad, inculcando en los ciudadanos valores ético morales en correspondencia con esto.

Con alguna frecuencia, estos principios entran en contradicción unos con otro; no obstante, sirven de referencia ante una situación conflictiva.

La enfermedad de Alzheimer, caracterizada por un deterioro cognitivo importante y causa de un tipo de demencia senil, provoca la pérdida de habilidades afectivas e intelectuales y es causa de dilemas familiares y sociales. No resulta infrecuente una despersonalización de la persona con enfermedad de Alzheimer, este hecho convierte al afectado en una cosa, en un objeto, animado, pero sin voluntad ni poder de decisión, si la enfermedad se encuentra en un nivel avanzado como la demencia grave.

Algunos autores (Arango, 2008; Pereira, 2011) insisten en la necesidad de conocer a profundidad la historia de la enfermedad en el sujeto objeto de estudio, desde sus inicios hasta el momento en el que aparecen los primeros cambios conductuales, e identificar el momento en el que las elecciones dejaron de ser conscientes y razonables, de manera que la atención médica esté diseñada de modo tal que la comunicación e información que reciben los afectados pueda ser asimilada por los mismos.

Con relativa frecuencia se emplea el término humanizar para hacer referencia a casi todos los aspectos de la vida. Así se mencionan: humanizar el trabajo en la agricultura, en los servicios comunales, en la transportación de personas, en las penitenciarías, en las flotas pesqueras y en otras actividades humanas.

Una definición de humanización en los servicios sanitarios es la que aporta el director general INSALUD en la conferencia "El Alzheimer", impartida en las jornadas sobre la ancianidad cuando dice: *"Podemos decir que un sistema sanitario humanizado es aquél cuya razón de ser es estar al servicio de la persona y, por tanto, pensado y concebido en función del hombre. Para que esto se realice debe ser un sistema sanitario integrado que proteja y promueva la salud, que corrija las*

*desigualdades sanitarias, que elimine las discriminaciones de cualquier tipo, que dé participación al ciudadano en el mismo y, en definitiva, que garantice la salud de todos los ciudadanos en su concepción de estado completo de bienestar físico, mental y social, tal como declara la Organización Mundial de la Salud”* (Raventós, 1999, p.4). Esta definición resulta abarcadora y contiene una valoración ética trascendental al situar al hombre en el centro de su radio de acción.

## **CONCLUSIONES.**

La enfermedad de Alzheimer es una entidad nosológica que afecta a los seres humanos, generalmente a partir de los 60 años de edad, y se caracteriza por un daño neurológico irreversible con detrimento de la función cognitiva.

Este problema de salud se torna en un problema social con repercusión económica importante y sus portadores necesitan cuidados especiales que sobrepasan el ámbito familiar, de ahí que los servicios de salud en particular y la sociedad en general, deben estar preparados para garantizarles una vida digna, por el derecho que tiene toda persona a la autodeterminación y a la libertad, aunque sus condiciones físicas o mentales se encuentren restringidas. La ética, como disciplina encargada de establecer los límites y valores que demanda la atención de estas personas, debe imponer sus principios para dilucidar los conflictos que puedan presentarse en la atención y cuidado de las mismas.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.**

1. Alor, O. (2013). Economía y educación. Recuperado de:  
[http://www.aliat.org.mx/BibliotecasDigitales/Educacion/Economia\\_y\\_educacion.pdf](http://www.aliat.org.mx/BibliotecasDigitales/Educacion/Economia_y_educacion.pdf)
2. Alzheimer’s Disease. (2016). International: Informe Mundial sobre el Alzheimer 2015. Las consecuencias de la demencia. Análisis de prevalencia, incidencia, coste y tendencias. Recuperado de: <https://www.alz.co.uk/research/worldalzheimerreport2015-summary-spanish.pdf>

3. Arango, L. (2008). Dilemas éticos en etapas leves de la enfermedad de Alzheimer. *Revista Bioética*, 8 (1), 58-65. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rlb/v8n1/v8n1a06.pdf>
4. Banco Mundial (B.M.). (2016). El mundo está experimentando un gran cambio poblacional con implicaciones de gran alcance para las migraciones, la pobreza y el desarrollo: informe del Banco mundial y el Fondo Monetario Internacional. Recuperado de: <http://www.bancomundial.org/es/news/press-release/2015/10/07/world-undergoing-major-population-shift-with-far-reaching-implications-for-migration-poverty-development-wbimf-report>
5. Cadena, L.A. (2013). De los primeros homínidos al Homo sapiens. *Revista Colombiana De Bioética*. 8 (2), julio-diciembre: 49-63. Recuperado de: <http://www.red8alyc.org/pdf/1892/189230852005.pdf>
6. Cardona, D. y Peláez, E. (2012). Envejecimiento poblacional en el siglo XXI, oportunidades, retos y preocupaciones. *Revista Científica Salud Uninorte*, 28 (2). Recuperado de: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewArticle/1570/3958>
7. CEPAL. (2002). Los adultos mayores en América Latina y el Caribe. Datos e indicadores. Recuperado de: [https://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/3/9353/boletin\\_envejecimiento.pdf](https://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/3/9353/boletin_envejecimiento.pdf)
8. CEPAL. (2017). Boletín de envejecimiento y Derechos de las Personas Mayores en América Latina y el Caribe. Recuperado de: [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/43225/1/S1700823\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/43225/1/S1700823_es.pdf)
9. Cragh, M., García, D. y Valdés, R. (2015). Envejecimiento poblacional como reto de la ciencia, la técnica y la sociedad. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. 4 (6). Recuperado de: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/792/906>

10. FMI. (2018). International Monetary Fund: Cyclical Upswing, Structural Change. Recuperado de: <https://www.imf.org/en/Publications/WEO/Issues/2018/03/20/world-economic-outlook-april-2018>
11. Gay, J. (2010). Conociendo la enfermedad de Alzheimer. Recuperado de: <http://crealzheimer.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/conociendolaenfermedaddealzhei.pdf>
12. Jiménez, J.M. (2012). Salud pública en tiempos post-modernos. Recuperado de: [https://www.google.com/cu/search?q=el+patron+epidemiologico+de+las+enfermedades+a+escala+global+se+ha+modificado&ei=cvG0W4OPE4GazwLt3I\\_gBA&start=10&sa=N&biw=1360&bih=59](https://www.google.com/cu/search?q=el+patron+epidemiologico+de+las+enfermedades+a+escala+global+se+ha+modificado&ei=cvG0W4OPE4GazwLt3I_gBA&start=10&sa=N&biw=1360&bih=59)
13. Lerma, P.R., García, B.R. y López, L.M. (2017). Estrategias de intervención fisioterapéutica aplicadas a pacientes con enfermedad de Alzheimer. Revista Mexicana de Neurociencias, marzo-abril, 18(2): 00-108. Recuperado de: <http://revmexneuroci.com/wp-content/uploads/2017/03/RevMexNeu-2017-182-100-108-R.pdf>
14. Moreno, C.M. (2015). Boletín Epidemiológico/MSPS. 3 (3). Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/boletin-asis-Vol.-3-No.%205.pdf>
15. OMS. (2018). Envejecimiento y ciclo de vida. Recuperado de: <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>
16. ONU. (2017a). Migración atenuará el impacto del envejecimiento. Recuperado de: <https://www.telesurtv.net/news/ONU-migracion-atenuaria-el-impacto-del-envejecimiento-mundial-20170403-0058.html>
17. ONU. (2017b). World Population Prospects. The 2017 Revision. Recuperado de: [https://esa.un.org/unpd/wpp/Publications/Files/WPP2017\\_KeyFindings.pdf](https://esa.un.org/unpd/wpp/Publications/Files/WPP2017_KeyFindings.pdf)

18. Pereira, J. (2011). Perspectivas bioéticas. Acerca de la capacidad y el ejercicio de la autonomía de la voluntad de los enfermos de Alzheimer. *Revista Latinoamericana de Bioética*. 11(2), 86-97. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/1270/127024227006.pdf>
19. Poblete, M y Sanhueza, O. (2005). Principios bioéticos para la práctica de investigación de enfermería. *Rev Enferm IMSS.*, 13 (3), 161-165.
20. Ramírez, P. (2017-2018). Concepciones teóricas acerca del desarrollo de la competencia para la valoración de los síndromes demenciales en pacientes gerontogerítricos en la formación de Licenciatura en Enfermería. *Revista Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores*, Año: V Número: 2 Artículo no.20.  
<https://dilemascontemporaneoseduccionpoliticayvalores.com/files/200003718-4e24c4f1de/18.1.20%20Concepciones%20te%C3%B3ricas%20acerca%20del%20desarrollo%20de%20la%20competencia.....pdf>
21. Raventós, F. (1999). Humanizar los cuidados en la relación con el enfermo de Alzheimer. Jornada sobre la ancianidad. Palencia. Recuperado de:  
[http://www.humanizar.es/fileadmin/documentos/EscuelaFamilia/Alzheimer\\_y\\_Dependencia/Humanizar\\_los\\_cuidados\\_en\\_la\\_relacion\\_con\\_el\\_enfermo\\_de\\_alzheimer.pdf](http://www.humanizar.es/fileadmin/documentos/EscuelaFamilia/Alzheimer_y_Dependencia/Humanizar_los_cuidados_en_la_relacion_con_el_enfermo_de_alzheimer.pdf)
22. Rodríguez, E.M. (2009). La revolución industrial inglés. En: *Contribuciones a la economía*. Recuperado de: <http://www.eumed.net/ce/2009b/emrc.htm>
23. Sánchez, D. (2015). Ambiente físico-social y envejecimiento de la población desde la gerontología ambiental y geográfica. Implicaciones socio espaciales en América Latina. *Revista de Geografía Norte Grande*, 60, 97-114.
24. Tisnés, A. y Salazar, L.M. (2016). Envejecimiento poblacional en Argentina: ¿qué es ser un adulto mayor en Argentina? Una aproximación desde el enfoque de la vulnerabilidad social. *Papeles de población*, 22(88), 209-236.

25. Valdés, E. (2015). Haciendo más práctico el principialismo. La importancia de la especificación en bioética. Revista de Bioética y Derecho. 35, 65-78. Recuperado de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1886-5887201500030000](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-5887201500030000)

## **BIBLIOGRAFÍA.**

1. Ginel, M. (2015). Definiendo el cuidado desde la perspectiva de la persona cuidada (tesis de maestría). Universidad de Cádiz, España.
2. Puchi, C. y Jara, P. (2015). Enfermería y el cuidado domiciliario de los mayores en la era de la globalización. Enfermería universitaria, 12 (4).

## **DATOS DE LOS AUTORES.**

1. **Kenia Peñafiel Jaramillo.** Máster en Docencia de las Ciencias Médicas. Docente de la carrera de Medicina de la Universidad Regional Autónoma de los Andes (UNIANDES) Tungurahua, Ecuador. Correo electrónico: [ua.keniapenafiel@uniandes.edu.ec](mailto:ua.keniapenafiel@uniandes.edu.ec)
2. **Marlene López Domínguez.** Máster en Administración de Sistemas de Salud. Docente de la carrera de Medicina de la Universidad Regional Autónoma de los Andes (UNIANDES) Tungurahua, Ecuador. Correo electrónico: [ua.marlenelopez@uniandes.edu.ec](mailto:ua.marlenelopez@uniandes.edu.ec)
3. **Lotty Ramírez López.** Máster en Docencia de las Ciencias Médicas. Docente de la carrera de Medicina de la Universidad Regional Autónoma de los Andes (UNIANDES). Tungurahua, Ecuador. Correo electrónico: [ua.lottyramirez@uniandes.edu.ec](mailto:ua.lottyramirez@uniandes.edu.ec)
4. **Enrique Rodríguez Reyes.** Especialista de Primer Grado en Ortopedia y Traumatología. Docente de la carrera de Medicina de la Universidad Regional Autónoma de los Andes (UNIANDES) Tungurahua, Ecuador. Correo electrónico: [ua.enriquerodriguez@uniandes.edu.ec](mailto:ua.enriquerodriguez@uniandes.edu.ec)

**5. Raisa Rodríguez Duque.** Doctora en Medicina, Especialista en Farmacología y Medicina General Integral. Universidad Regional Autónoma de los Andes. Tungurahua, Ecuador. Correo electrónico: [raisard2979@yahoo.es](mailto:raisard2979@yahoo.es)

**6. José José García Llori.** Estudiante de la carrera de Medicina. Universidad Nacional de Chimborazo. Riobamba, Ecuador. Correo electrónico: [josegarcia\\_II@hotmail.com](mailto:josegarcia_II@hotmail.com)

**RECIBIDO:** 9 de octubre del 2018.

**APROBADO:** 25 de octubre del 2018.