



**GUÍA DE SEGUIMIENTO
FARMACOTERAPÉUTICO
DE LOS PACIENTES
CON ALZHEIMER**

Autores:

Laura Tuneu Valls
Miquel Rojas Cano
Montse Sardans Marquillas
Elisa Paredes Pérez
Ana Gaona Franco

4.- EDUCACIÓN SANITARIA; CONSEJOS PARA LA FAMILIA Y EL CUIDADOR³⁷

4.1.-REFERENTE A LOS PACIENTES:

Consejos generales para realizar las actividades de la vida diaria.

Higiene personal

La persona con la EA puede olvidarse de las tareas relacionadas con la higiene o considerarlo no necesario o haberse olvidado de cómo hacerlo. En esta situación es importante respetar la dignidad de la persona al ofrecerle ayuda.

Consejos:

1. Mantener la rutina anterior de la persona en todo lo que sea posible (baño o ducha, horario, tipo de jabón o gel, etc).
2. Tratar de que el baño sea un momento de placer y relajamiento.
3. La ducha puede ser más sencilla que un baño de inmersión, pero si la persona no estaba acostumbrada a la ducha puede resultarle molesto.
4. Si se resiste al baño, hay que probar más tarde cuando esté de buen humor.
5. Permitir que la persona se arregle sola todo lo que pueda.
6. Si la persona se siente incómoda, puede ser útil no desnudarla totalmente. Hágalo por partes.
7. Tenga muy en cuenta la seguridad para prevenir accidentes. Utilizar barras asidero, alfombras antideslizantes, una silla extra
8. Si el baño es motivo de conflicto, lavar de pie puede dar buen resultado.
9. Si el cuidador habitual tiene problemas con el baño de la persona, intentar sustituirlo por otro.

El vestido

La persona con la EA a menudo se olvida de cómo vestirse y puede no reconocer la necesidad de cambiarse de ropa. A veces, aparece en público con ropas no adecuadas.

Consejos

1. La ropa debe entregársela al paciente en el orden en que debe ponérsela.
2. Evitar ropas con cierres complicados.
3. Procurar que la persona se valga por sí misma para vestirse en la medida de lo posible.
4. Darle las indicaciones que sean necesarias.
5. Utilizar zapatos con suela de goma anti-deslizante. Tenga en cuenta que una caída puede ocasionar consecuencias imprevisibles.

Uso del inodoro e incontinencia

La persona enferma de Alzheimer puede perder la noción de cuándo ir al baño, dónde se encuentra el inodoro o cómo usarlo.

Consejos

1. Utilizar una rutina para ir al baño, siempre a las mismas horas.
2. Poner un cartel en la puerta del baño con letras grandes y brillantes.
3. No permitir que el paciente cierre la puerta con pestillo. Es posible que pueda necesitar ayuda.
4. Asegurarse que las prendas interiores son fáciles de quitar.
5. Disminuir la ingesta de líquidos por la noche.
6. Tener un orinal o una cuña cerca de la cama puede ser útil.
7. Si aún así el paciente muestra incontinencia utilizar pañales especiales, pero teniendo en cuenta que el paciente con Alzheimer puede escocerse o ulcerarse

Las comidas

Las personas con demencia, a menudo, se olvidan si ya comieron o cómo usar los cubiertos. En las últimas etapas de la enfermedad, la persona con la EA tendrá que ser alimentada. Aparecerán algunos problemas físicos tales como el no poder masticar bien o tragar.

Consejos

1. Será necesario recordar a la persona cómo comer.
2. Servir comida que pueda comerse con la mano.
3. Cortar la comida en pequeños trozos. En las últimas etapas de la enfermedad, es preferible el uso de papillas o purés para evitar que el paciente se atragante.
4. Obligarle a comer despacio.
5. Tener en cuenta que la paciente puede no distinguir entre frío o calor y puede quemarse la boca si se le sirven los alimentos demasiado calientes.

Las actividades domésticas

Una persona con la EA en las últimas etapas puede perder la habilidad para cocinar, hacer la cama u otras tareas domésticas. La falta de coordinación física puede ocasionar cortes, quemaduras u otros accidentes. Tampoco es conveniente que una persona con Alzheimer, aunque sea en sus primeras fases, conduzca un vehículo.

Consejos:

1. Evaluar en qué medida la persona puede utilizar la cocina. Si todavía tiene facultades es preferible disfrutar de la cocina como una actividad compartida.
2. Tener instalaciones de seguridad (por ejemplo no utilizar el gas para cocinar por el peligro de dejarse un quemador abierto).
3. Retirar utensilios afilados o punzantes.

4. Retirar productos de limpieza cáusticos o tóxicos.
5. Comprobar que el enfermo coma suficiente alimento nutritivo.
6. Convencerla de la utilidad de tomar el transporte público.
7. Si el paciente insiste en conducir será necesario consultar con el médico o con las autoridades pertinentes.

Dificultades al dormir

La persona con la EA puede estar inquieta durante la noche y molestar a la familia; este puede ser uno de los problemas más agotadores que tenga un cuidador.

Consejos

1. Procurar que el enfermo no duerma durante el día.
2. Persuadirle para que haga largas caminatas y aumente la actividad física durante el día.
3. Asegurarse de que se encuentre lo más cómodo posible en la cama, en una habitación a una temperatura adecuada y una ropa para dormir cómoda y fácil de quitar.

Comportamiento repetitivo y acoso

La persona con la enfermedad de Alzheimer suele olvidar de lo que dijo de un momento para otro, repitiendo la pregunta y las acciones una y otra vez. La persona con demencia puede ser muy dependiente y seguirle a todos lados, lo que suele ser frustrante para el cuidador. Este comportamiento se debe a que el paciente se siente inseguro, y teme que el cuidador se marche.

Consejos

1. Distraer a la persona enferma con algo distinto para ver, oír o hacer.
2. Escribir la respuesta a las preguntas más frecuentes.
3. Procurar que se entretenga con algo cuando el cuidador no está. Eventualmente, puede necesitar un segundo cuidador para relevar al primero.

Mal humor y comportamiento destemplado

La persona con la enfermedad de Alzheimer suele olvidar dónde ha puesto los objetos, acusando al cuidador o a otros miembros de la familia de sustraer los objetos perdidos. Estos comportamientos son debidos a la inseguridad del paciente, combinados con la pérdida de control y de la memoria. Es común que la persona Alzheimer, experimente falsas ilusiones y alucinaciones ocasionándole comportamientos angustiosos. A menudo, la persona podrá estar enojada, agresiva o violenta.

Puede deberse a muchas razones como la pérdida de control social y discernimiento, pérdida de la habilidad para expresar sin violencia sus sentimientos negativos y pérdida de la habilidad para entender las acciones y las habilidades de otros. Para un cuidador ésta es una de las cosas más difíciles de manejar.

Consejos

1. Investigar si la persona tiene un(os) escondite(s) favorito(s).
2. Tener copias de los objetos más importantes (como por Ej. las llaves).
3. Revisar los cubos de la basura antes de vaciarlos.
4. No discutir con el paciente sobre la veracidad de lo que ha visto u oído.
5. Cuando la persona está asustada tratar de calmarla hablándole con suavidad y cogiéndole de la mano.
6. Distraer a la persona con alucinaciones mostrándole algo real en la habitación.
7. Consultar al médico o al farmacéutico sobre la medicación que está tomando, eso puede contribuir al problema.
8. Si la persona se muestra agresiva, mantener la calma, tratando de no mostrar miedo o alarma.
9. Desviar la atención de la persona de lo que le originó el comportamiento agresivo.
10. A veces, es interesante concederle al paciente una habitación mayor.
11. Averiguar el motivo de la reacción agresiva y tratar de evitarlo en el futuro.
12. Si la violencia ocurre a menudo, consultar al médico o al farmacéutico solicitando ayuda para manejar la situación.

Comportamiento sexual

La enfermedad de Alzheimer no afecta a las relaciones sexuales, pero la actitud de la persona puede alterarse. Abrazarla cariñosamente puede ser mutuamente satisfactorio y le dará la pauta de si la persona quiere o es capaz de intimar más.

Para algunas parejas, la intimidad sexual sigue siendo una parte satisfactoria de su relación, pero en ocasiones puede ocurrir lo contrario. La persona puede demandar sexo excesivamente o comportarse con su pareja de forma inadecuada. Cuando esto ocurre, puede afectar psicológicamente a la pareja que puede desear o necesitar dormir de forma separada.

En sus fases más avanzadas, los pacientes con la EA pueden presentar un comportamiento sexual inadecuado, pero no es común. Puede desnudarse en público, acariciar sus genitales o tocar a otra persona de forma inadecuada.

Consejos

1. Quitarle importancia al hecho.
2. Tratar de distraer a la persona con otra actividad.
3. Si la persona se desnuda, amablemente recriminar este comportamiento y tratar de distraerla.

Depresión y la ansiedad

Es frecuente que la persona con la EA pueda experimentar depresión, tristeza y hable y piense lentamente. La depresión puede quitarle interés hacia la comida y otras actividades.

Consejos

1. Consultar con el médico. Es posible que le prescriba algún antidepresivo o remita el paciente al psiquiatra.
2. Darle más apoyo y cariño.
3. Tener en cuenta que la depresión puede ser duradera y no esperar a que salga en seguida de la misma.

Desorientación

La desorientación y la posibilidad de perderse pueden ser un problema preocupante para el cuidador. La persona enferma puede deambular por la casa o salir y vagar por el barrio. Si esto ocurre, puede que no sepa volver a casa.

Consejos:

1. Asegurarse de que el paciente lleva consigo alguna identificación en forma de un brazalete o chapa identificativa.
2. Procurar que lleve siempre en el bolso o en el bolsillo tarjetas con los nombres de las calles más próximas al domicilio y un pequeño plano.
3. Cerciorarse de que la casa es segura y de que la persona no puede salir sin el conocimiento del cuidador.
4. Si el paciente se pierde, cuando aparezca, evitar demostrar enfado y hablarle pausadamente con mucho cariño.

Visitas al médico

Es importante que la persona que padece de la enfermedad de Alzheimer reciba atención médica regularmente.

Consejos:

1. Trate de programar la cita para la hora del día en que mejor se sienta la persona.
2. Informe al personal del consultorio que ésta es una persona confundida, pregunte en el consultorio si hay algo que ellos puedan hacer para que la visita sea más fácil.
3. No le cuente a la persona sobre la cita hasta el día de la visita o incluso poco tiempo antes de ir. De una impresión positiva y firme.

4.2-CONSEJOS PARA LOS CUIDADORES Y FAMILIARES

No es fácil cuidar de una persona que sufre de una demencia. Los cuidadores deben tomar en cuenta que no son "superseres", y que son humanos. El cuidador puede sentirse triste, desalentado, frustrado, enojado o atrapado. Estos sentimientos son todos normales y pueden manejarse de manera positiva.

Los cuidadores deben cuidar de sí mismos así como de la persona con demencia. Está bien pedir y aceptar ayuda. Existen varias fuentes de ayuda e información, ambos dentro y fuera de la familia.

¡Tome un Descanso! Es esencial que se tome un descanso regular de la rutina de cuidado. Esto permite al cuidador descansar física y emocionalmente. Es tan importante para la salud como lo son la dieta y el ejercicio, y esto no constituye egoísmo.

Alejarse, tomarse unas "vacaciones", beneficia tanto al cuidador como a la persona con deficiencias. Considere utilizar a miembros de la familia, amigos, o estudiantes para obtener ayuda y para tomarse un descanso. El tomarse un descanso generalmente requiere franqueza. Puede que los miembros de la familia y otras personas que no están directamente involucradas en el cuidado del paciente demente, no se den cuenta de las demandas a las que se enfrenta el cuidado.

Algunos programas residenciales pueden también ofrecer una atención diurna para adultos y estancias cortas para ancianos. Lo ideal sería que una persona acudiera de manera intermitente que al domicilio e hiciera una o dos visitas previas para conocer al enfermo mientras el cuidador permanente está presente.

Se debe proporcionar la siguiente información a proveedores de cuidado intermitente:

- Números de teléfono para emergencias.
- Cómo localizar al cuidador.
- Tiempo estimado para el regreso del cuidador.
- Instrucciones especiales para cuidar de la persona con deficiencias y cómo manejar comportamiento problemático.

Sea honesto/a con respecto a los problemas -tarde o temprano- un cuidador suplente se enfrentará a un comportamiento problemático.

Mantenga sus relaciones importantes. Los cuidadores pueden fácilmente aislarse debido a su responsabilidad. Es importante que fortifiquen relaciones en las fases iniciales de la enfermedad. La familia y amistades pueden ser una fuente de gran consuelo, ayuda, y placer.

Un grupo de apoyo puede servir de ayuda. Los grupos de apoyo para familias de pacientes con enfermedad de Alzheimer pueden ser una fuente tremenda de comprensión, recursos, e información. Para conseguir información sobre los grupos de apoyo en su área póngase en contacto con una de las Asociaciones de Alzheimer más próximas a su domicilio.

Obtenga más información sobre la enfermedad de Alzheimer. Si se ha diagnosticado una demencia, todas las personas involucradas se beneficiarán de saber lo más posible sobre la enfermedad. Saber lo que se debe esperar y cómo lidiar con los cambios en el comportamiento ayuda a la familia, a los amigos, y a los cuidadores a comprender y aceptar a la persona, a planear para el futuro, y a fijar expectativas realistas. Las expectativas poco realistas aumentan la ansiedad y la agitación en la persona, y la tensión en el cuidador.

Mantenga su dedicación en forma realista. Los cuidadores necesitan considerar lo que es mejor para ellos y para la familia, como también lo que es mejor para la persona con memoria deficiente. Casi todos han hecho una promesa cargada de emoción, basados en un futuro incierto. No debe excluirse NUNCA la posibilidad de INSTITUCIONALIZAR al paciente. Puede llegar el momento en que el cuidado de esta persona lo requiera.

Haga algo grato para sí mismo/a. Satisfacer ocasionalmente sus propios deseos puede proporcionarle una ayuda extraordinaria para lidiar con la tensión. Otras actividades sencillas pero gratas pueden ser simplemente conversar con un amigo o leer un libro.

Reconozca las señales de alerta de tensión y déjese aconsejar. Cada persona tiene su forma de responder a la tensión y a los problemas. Lo que es una respuesta sana de una persona puede ser malsano para otra.

El cuidador debe preguntarse:

1. **¿Me siento triste o deprimido/a porque no estoy actuando como debiera?**
2. **¿Me despierto repetidamente por la noche debido a preocupaciones?**
3. **¿Estoy bajando de peso?**
4. **¿Me siento abrumado/a la mayor parte del tiempo?**
5. **¿Me siento terriblemente aislado/a y sólo/a con mi problema?**
6. **¿Estoy bebiendo demasiado?**
7. **¿Estoy perdiendo control de mis emociones?**

Si la respuesta a alguna de estas preguntas es "sí", el cuidador podría estar sobrellevando una carga demasiado pesada. La rabia y la frustración son normales cuando se cuida a una persona de comportamiento difícil. Existen personas y grupos que pueden ayudar. Comuníquese con una de las organizaciones de Alzheimer.

4.3.- FAMILIARES NO INVOLUCRADOS EN EL CUIDADO DE LOS PACIENTES CON ALZHEIMER: LAS VISITAS

Las visitas son importantes para las personas que padecen de la EA ya que estos pacientes no siempre pueden recordar quienes son las personas que los visitan, pero tan solo el contacto humano es valioso.

Consejos:

1. Planee la visita para la hora del día en la que la persona se sienta mejor. Piense llevar algo para realizar alguna actividad, como un álbum de fotos, aunque no lo use durante la visita.
2. Manténgase sosegado y calmado. Evite usar un tono fuerte o hablarle como si fuera un niño. Respete su espacio personal.
3. Procure establecer contacto visual y llame a la persona por su nombre para conseguir su atención.
4. Si la persona está confundida no discuta, y distráigala con un tema diferente.
5. Si la persona no le reconoce, es dura con usted o responde de manera disgustada, no lo tome mal. La persona está reaccionando así porque está confundida.

5.- GLOSARIO

Afasia: Trastorno complejo del lenguaje caracterizado por la incapacidad o dificultad de comunicarse a través del habla.

Agnosia: Pérdida de la capacidad de transformar las sensaciones simples en percepciones propiamente dichas. Pérdida de la capacidad de entender las cosas.

Alucinaciones: El paciente no sabe qué o a quién está viendo pese a haberlo conocido. Las aferencias pierden su característica de signo.

Amnesia: Alteración o deficiencia en la memoria.

Anomia: Variedad de afasia en la que hay incapacidad para nombrar objetos o reconocerlos por su nombre.

Apatía: Desinterés y falta de concentración del paciente en lo que le rodea. No están presentes el sufrimiento y los trastornos neurovegetativos propios de la depresión.

Apraxia: Trastorno de la conducta motora que conlleva la incapacidad de llevar a cabo actos intencionados o de manejar adecuadamente objetos familiares.

Ataxia: Trastorno por incoordinación del movimiento voluntario, pese a estar conservada la fuerza muscular. Se aplica sobre todo a la marcha (marcha atáxica).

Carga: Conjunto de problemas físicos, mentales y socioeconómicos que experimentan los cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas.

Cuidador principal: Persona que asume la mayor parte de la responsabilidad en el cuidado del sujeto con patologías que generan dependencia.

Delirio: Falsas creencias. Convicciones de robo o ruina. La ideación delirante puede interpretarse como una respuesta adaptativa a las pérdidas cognitivas. Suele acompañarse de vociferación, conductas de vagabundeo e inquietud psicomotriz. Son buenos predictores de la agresividad física.

Delirium: (cuadro confusional agudo): Cuadro agudo consistente en confusión mental agitada acompañada de trastornos importantes del estado general y de la consciencia.

Demencia: Una demencia es un deterioro de las funciones cognitivas que es capaz de afectar las capacidades funcionales del paciente de forma lo suficientemente intensa como para interferir en su vida social o laboral normal

Discinesia: Trastorno, incoordinación o dificultad de los movimientos voluntarios. Se utiliza de manera general para los movimientos anormales involuntarios de las enfermedades nerviosas (temblor, corea, etc).

Intervención farmacéutica: Acción del farmacéutico tendente a mejorar el resultado clínico de los medicamentos, mediante la modificación de la utilización de los mismos. Esta intervención se enmarca dentro de un Plan de Actuación acordado previamente con el paciente/cuidador.

Plan de seguimiento: Proyecto de encuentros acordado por paciente/cuidador y farmacéutica para asegurar que los medicamentos que toma el paciente son únicamente aquellos que necesita, y que continúan siendo lo más efectivos y seguros posible.

Problemas relacionados con los medicamentos: Son problemas de salud, entendidos como resultados clínicos negativos, derivados de la farmacoterapia que, producidos por diversas causas, conducen a la no consecución del objetivo terapéutico o a la aparición de efectos no deseados.

Relación de cuidados: La que tiene lugar entre la persona quejada de una enfermedad que produce limitaciones en su autonomía y la que le ayuda a superar dichas limitaciones.

Seguimiento Farmacoterapéutico: Es la práctica profesional en la que el farmacéutico se responsabiliza de las necesidades del paciente relacionadas con los medicamentos mediante la detección, prevención y resolución de los Problemas Relacionados con los Medicamentos (PRM), de forma continuada, sistematizada y documentada, en colaboración con el propio paciente con los demás profesionales del sistema de salud, con el fin de alcanzar resultados concretos que mejoren la calidad de vida del paciente”.

Vagabundeo: Caminar incesante. Persecución del cuidador, tendencia a las fugas, ejecución repetida e ineficaz de tareas.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Barquero MS, Payno MA. Demencias: concepto y clasificación.p: 1-15. En : Alzheimer 2001: Teoría y práctica .Martínez Lage JM, Robles Bayon A, Editores. Aula Médica Ediciones. 2001. Madrid.
- 2 Lobo A, Saz P, Marcos G, Roy JF. El estado del proyecto EURODEM; Epidemiología de las demencias en Europa. pp: 13-20. En:Alzheimer 2003. Qué hay de nuevo Martínez Lage JM, Pasqual Millán LF, Editores. Aula Médica Ediciones. 2003. Madrid.
- 3 Boada M, Peña-CasanovaJ, Bermejo F. Coste de los recursos sanitarios de los pacientes en régimen ambulatorio diagnosticados de enfermedad d Alzheimer en España. Med Clin 1999;113:690-695
- 4 Launer LJ, Hofman A. Frequency and impact of neurologic diseases in the elderly of Europe: a collaborative study of population-based cohorts. Neurology 2000;54(Supl.5):S1-S3
- 5 Fratiglioni L, Launer LJ, Andersen K. Incidence of dementia and major subtypes in Europe; a collaborative study of population based cohorts. Neurology 2000;54 (supl 5):S10-S15
- 6 Martínez Lage JM, Moya M. Factores de riesgo en la enfermedad de Alzheimer pp: 33-58. En:Alzheimer 2003. Qué hay de nuevo Martínez Lage JM, Pasqual Millán LF, Editores. Aula Médica Ediciones. 2003. Madrid.
- 7 ICD 10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Ginebra: WHO.1992
- 8 Martín M, Carrión JL. Tratamientos psicofarmacológicos y conductuales de las demencias. Boletín de Información terapéutica de Navarra. Vol 10, N.1. Marzo 2002
- 9 Lyketsos CG, Steinberb M, Tschanz JT. Mental and behavioural disturbances in dementia: Findings from the cache county study on memory in aging . Am J Psychiatr 2000;157:708-714
- 10 Folstein MF; Folstein SE, McHugh PR. " Mini Mental State" A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res 1975;12:189-198
- 11 Lobo A, Ezquerro J. El " Mini Examen cognoscitivo", un test sencillo, práctico para detectar alteraciones intelectivas en pacientes psiquiátricos. Rev Psiq Psicol. Med 1980;539-575
- 12 American Psychiatric Association; Diagnostic and Stadistical Manual of Mental Disorders. 4 edición. Washington DC. 1994
- 13 Boada M. Protocol per al tractament de la malaltia de L' Alzheimer. Societat Catalana de Neurologia. 2004
- 14 Rotrou J, La Tete en pleine forme: Tout ce qu'il faut pour améliorer vos capacités mentales. Paris. Ed Robert Laffont 2002.
- 15 Frances I, Barandiaran M, Marcellan T, Moreno L. Estimulación psicocognitiva en las demencias. An Sist Sanit Navar 2003;26. N.3 (Set-Dic)

- 16 Boada Rovira M. Estrategias terapéuticas en la enfermedad de Alzheimer concepto "Ad Continuum". First Internacional Congress on Neuropsychology in Internet.
- 17 Evidencia Clínica: la fuente internacional de la mejor evidencia disponible para una atención efectiva en Salud. Editorial Legis SA. Bogotá. 2002
- 18 Anónimo. Malaltia D' Alzheimer. Butlletí d'Informació Terapèutica.Vol 13. N.5. 2001
- 19 Anónimo. Guidelines for Alzheimer's disease management. National Guideline Clearinghouse. 2002
- 20 Prodigy Guidance.- Alzheimer disease-drug treatments. January 2002.. <http://www.nice.org.uk>
- 21 Gaspar i Caro MJ, Alay Romero M. Memantina en la malaltia d' Alzheimer. Butlletí d' Informació Terapèutica. Vol 15. N 9. 2003.
- 22 Bartus RT,Dean RI, Beer B, Lippa AS: The cholinergic hypothesis of geriatric memory function. Science 1982;217:408-414
- 23 Flicker L. Acetylcholinesterase inhibition for Alzheimer disease (editorial). BMJ 1999;318:615-616
- 24 Martínez C. Elección de Fármacos pp: 227- 235 en: Martínez Lage JM, Berthier Torres M. Alzheimer 2002. Teoría y práctica. Aula Médica Ediciones 2002. Madrid
- 25 Brañas Baztan F, Serra Rexach JA. Orientación y tratamiento del anciano con demencia. Información terapéutica del Sistema Nacional de Salud 2002;26. N.3.
- 26 García AG. Memantina para la demencia. Noticias Médicas 2003;38:13-14
- 27 Risperidona: Riesgo de episodios isquémicos cerebrales en pacientes con demencia. Nota informativa de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. 10 de mayo 2004.
- 28 Olanzapina: Riesgo de episodios isquémicos cerebrales en pacientes ancianos. Nota informativa de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Nota 3. 2004
- 29 Berthier.ML. Tratamiento de los síntomas psicológicos y conductuales de la enfermedad de Alzheimer.pp:237-247 en: Alzheimer 2002. teoría y práctica. Martínez Lage JM, Berthier Torres M, Editores. Aula Médica Ediciones. 2002. Madrid
- 30 Ministerio de Sanidad y Consumo. Consenso sobre atención farmacéutica. Madrid. Diciembre 2000.
- 31 Machuca M, Fernández-Llimós F, Faus MJ. Método Dáder. Guía de seguimiento farmacoterapéutico. Granada: GIAF;2003. Disponible: <http://www.giaf.ugr.org>
- 32 Panel de Consenso. Segundo Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos. Ars Pharmaceutica 2002;43:175-184.
- 33 Midon J. Comorbilidad geriátrica que dificulta el diagnóstico pp:223-237. En: Alzheimer 2003: qué hay de nuevo. Martínez Lage JM, Pasqual Millán FL, Editores. Aula Médica Ediciones. 2003. Madrid
- 34 Reisberg B, Ferris SH, De Leon MJ, Crook T. The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. Am J Psychiatry 1982;139:1136-1139

- 35 Reisberg B, Ferris SH, Brief Cognitive rating Scale (BCRS). *Psychopharmacol Bull* 1988;24:629-636
- 36 Reisberg B. Functional Assessment Staging Fast. *Psychopharmacol Bull* 1988;24:653-659
- 37 Guía para quienes cuidan personas con la enfermedad de Alzheimer. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. NIH n. 01-4013S. Agosto 2002.