GEROKOMOS
Volumen VIII
Número 22
Páginas 168 a 175
Noviembre 1997

Rincón científico

REVISIONES

C. Ferreres Bautista
Mª L. Remolar Ribes
S. Peris Arnau
M. A. Ortuño Cortés

La demencia senil: un reto terapéutico

Correspondencia:
Carlos F. Ferreres Bautista
Residencia 3ª Edad de Burriana
Albert Einstein, 1
12530 Burriana (Castellón)

RESUMEN

En el presente artículo hemos intentado revisar las opciones terapéuticas que disponemos frente a la Demencia Senil. En un principio, lo hacemos mediante el arsenal farmacológico utilizado en la actualidad. Por otro lado, intentamos un abordaje no farmacológico, dando información de posibles soluciones para los cuidadores de los enfermos de Demencia Senil. En definitiva, intentamos profundizar en como apoyar, informar, educar a los cuidadores, sabiendo que es una población de especial riesgo.

PALABRAS CLAVE

Demencia; Cuidador; Especial riesgo; Farmacología.

SUMMARY

In the present article we have intended to revise the therapeutical options that we disposed against Senile Dementia. At first we do it by means of the pharmacological arsenal utilized nowadays. On the other side we are intending a non pharmacological approach, giving information of the possible solutions for nursing people with Senile Dementia. In definitive we intend to deep in now to support, to inform, to encourage the taking care, knowing that is a population of special risk.

KEY WORDS

Dementia; Care; Special risk; Pharmacologyic.

Las demencias seniles (DS) constituyen un síndrome caracterizado por un deterioro adquirido, persistente y progresivo de múltiples funciones cognitivas, con un nivel de conciencia preservado y un inicio generalmente insidioso (Salgado A., 1996). Al referimos a la demencia senil tipo Alzheimer (DSTA), hablamos de una demencia degenerativa primaria, histológicamente caracterizada por una perdida de neuronas y la presencia de placas seniles y ovillos neurofibrilares en la corteza cerebral y estructuras subcorticales, además de depósitos de sustancia amiloidea (Cacabelos R., 1991). Cuando un anciano presenta signos y/o síntomas orientativos de demencia, no debemos interpretarlos como "alteraciones propias de la edad"; por el contrario, deberemos confirmar o descartar una demencia senil tipo Alzheimer, pues su diagnóstico y tratamiento precoces pueden retrasar su evolución. En este sentido, Cacabelos señala que un buen soporte biomédico, psicosocial y familiar permiten prolongar la supervivencia del 60-80% de pacientes entre 1,5 y 3 años, así como mejorar su calidad de vida en la comunidad. Previo a cualquier tratamiento, es fundamental efectuar un buen diagnóstico diferencial para así detectar todos aquellos tipos de demencias tratables. El tratamiento de la demencia constituye un problema institucional de amplia repercusión, que requiere un enfoque global y multidisciplinario; debe ser precoz, continuado y adaptado a las necesidades diferenciadas en cada fase de la enfermedad, abarcando toda la problemática y el entorno del paciente. Debería englobar el tratamiento de la familia-cuidador como un todo, junto al paciente, ya que la demencia no es una enfermedad exclusivamente personal, sino también familiar y ambiental. Se pueden considerar dos enfoques terapéuticos, el farmacológico y el abordaje no farmacológico, fundamental en este síndrome.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

No existen resultados clínicos totalmente satisfactorios en el tratamiento de la demencia. Pues todavía no se dispone de una estrategia curativa. Sin embargo, la combinación de acciones terapéuticas conjuntas con un planteamiento multifactorial, incluyendo dadores de colina, intermediarios del metabolismo fosfolipídico, nootropos y antagonistas del calcio ha permitido retrasar el curso de la enfermedad, con una notable mejoría en la calidad de vida de ciertos enfermos (Cacabelos R., 1991).

A continuación revisaremos los principios activos utilizados:

Acetil-l-carnitina

Permite retrasar la progresión de la DSTA. Su eficacia clínica ha sido demostrada en ensayos clínicos controlados doble ciego, frente a placebo, con dosis 2 g/d por un año (Spagnoli A., 1991).

Antiinflamatorios

Existen datos contrastados que demuestran una relativa exclusión entre padecer DSTA y sufrir artritis reumatoidea, enfermedad que obliga a medicarse durante largos periodos de tiempo con antiinflamatorios. Éste sería un argumento a favor del papel protector de tales fármacos frente a la DSTA (Mc Geer, 1992). En un ensayo doble ciego con indometacina (100-150 mg/d) y placebo, durante 6 meses, en pacientes afectos de DSTA leve o DSTA moderada, la primera demostró mejorar cognitivamente a estos enfermos (Rogers J., 1993).

Agentes quelantes-desferrioxamina

En estudios realizados, los enfermos tratados con este agente quelante, que arrastra aluminio y otros metales de la sangre y del cerebro, frente a placebo o lecitina, mostraron un deterioro más lento en la ejecución de las actividades de la vida diaria (AVD) que los enfermos de otros grupos (Mc Lachlan D., 1991).

Cdp-colina

Según estudios a dosis de 1.000 mg/d mejora la función cognitiva, mitiga la acción de factores de riesgo de la enfermedad cerebrovascular y estabiliza la función neuroinmune (Cacabelos R.,

1992). Mejoría objetivable con controles por "Mini examen cognoscitivo" y la determinación del grado de afectación en la capacidad de realizar actividades cotidianas (Lozano R., 1992).

Fosfatidilserina

Se acepta que mejora la fluidez y el estado funcional de la membrana neuronal. A dosis de 300 mg/d mejora el trastorno de memoria asociado a la edad, y resulta eficaz en las fases más precoces de la DSTA (Amaducci L., 1991).

Calcioantagonistas

Los fármacos bloqueadores de los canales de calcio, actuando como moduladores de los diversos neurotransmisores implicados en la DSTA o normalizando la acción nociva del exceso de calcio intraneuronal, constituyen una buena opción terapéutica. Ensayos clínicos controlados con nimodipino frente a placebo (30 mg/8 h) durante 12 semanas de tratamiento se ha demostrado eficaz (Tolosa E., 1991).

Inhibidores de la MAO-B

Se está utilizando IMAO-B, deprenilo o selegilina a dosis de 5-15 mg/d en pacientes de DSTA, siendo los resultados todavía no consistentes (Kabins D., 1990).

Terapéutica colinérgica

En la DSTA se han utilizado precursores de la acetilcolina (AC), inhibidores de la acetilcolinesterasa y agonistas colinérgicos, sin lograr el beneficio terapéutico conseguido en la Enfermedad de Parkinson (Potter L. T., 1992).

Tacrina

Su introducción ha causado gran interés entre sanitarios, enfermos y sus familiares. La tetrahidroaminoacridina es un inhibidor reversible no competitivo de la Acetilcolinesterasa de acción central. La mejoría clínica ocurre en las dos primeras semanas de tratamiento y alcanza un máximo al mes del mismo. Los síntomas de disfunción del lóbulo temporal son los que tacrina mejora más eficazmente. Al suspender el tratamiento hay un efecto rebote y el enfermo pierde el beneficio terapéutico. Los beneficios clínicos se observan con dosis de 160 mg/d, aunque menos de una tercera parte de los pacientes tratados pueden tolerarla. Los efectos adversos más frecuentes son: náuseas o vómitos, diarrea, anorexia, ataxia, elevación de transaminasas séricas,...

Es el primer fármaco registrado con indicación en la enfermedad de Alzheimer (EA); sin embargo, su uso está limitado por su indicación en la EA ligera a moderada y por sus efectos secundarios, destacando la hepatotoxicidad que requiere un control analítico continuo (Eagger S., 1992) (Boletín terapéutico Valenciano, 1996) (Internet WWW.alz.uciedu/treat.html., 1997).

Nootrópicos

Este tipo de fármacos no son eficaces en todos los pacientes, a pesar de su clara actividad biológica en experimentación animal (Schindler U., 1992).

Inhibidores de la ECA

La enzima convertidora de angiotensina puede desempeñar un papel en algunas enfermedades neurodegenerativas. Los inhibidores de esta enzima y los antagonistas de la angiotensina II, capaces de atravesar la barrera hematoencefálica (BHE), pueden favorecer la liberación de acetilcolina en las sinapsis corticales (Hachinsky U., 1992). Es probable que algunos cambios vasculares cerebrales contribuyan al desarrollo de una hipoperfusión crónica que conduzca a un progresivo deterioro intelectual; en base a esto, la acción preventiva podría considerarse en el terreno de la DSTA (Moran J., 1991).

Donacepil

Comercializado en EE.UU., a partir del uno de enero 1997, todavía no disponemos de datos, puede ser una positiva aportación.

El tratamiento de las complicaciones médicas y psiquiátricas pueden modificar el curso de la enfermedad y mejorar el nivel de calidad de vida del paciente y familiares (González J. I., 1996) (Pastor M. E., 1995). Pero los resultados obtenidos no son iguales para todos los pacientes, por tanto, el seguimiento y la individualización de las dosis será tarea fundamental, de la que no debemos perder el control sanitario en favor de los cuidadores no sanitarios (Liaño E., 1995).

— Detección y tratamiento de la *depresión* cuando coexisten con la demencia. Hay que evitar los antidepresivos con efectos secundarios anticolinérgicos, ya que pueden empeorar el déficit cognitivo. La familia de IRS (Inhibidores de la recaptación de la serotonina) son fármacos de elección en este aspecto. Además de hacer diagnostico diferencial con la labilidad emocional que es un síntoma propio de la enfermedad.

— Tratamiento de la *ansiedad* con benzodiazepinas de vida media corta (loracepam 1-3 mg/d, oxacepam 10-30 mg/d), incrementando dosis muy lentamente, ajustando dosis individualmente. Si existen antecedentes de *cuadros confusionales* se recomienda neurolépticos (haloperidol 2-10 mg/d, tioridazina 50-200 mg/d). También es útil la buspirona que carece de efecto sedante y relajante muscular; sin embargo, su acción es de inicio retardado (10 días).

— *Agitación y síntomas psicóticos.* Las alteraciones de conducta graves interfieren la calidad de vida del paciente-familia. Tratamiento sintomático con antipsicóticos (tioridazina 50-200 mg/d neuroléptico de baja potencia y sedante o haloperidol 2-10 mg/d). Las benzodiazepinas no son recomendables, ya que pueden inducir cuadros confusionales en el paciente demenciado.

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

Tratamiento del medio ambiental: Adaptación-Modificación

El entorno ejerce una influencia importante en el anciano enfermo; una habitación impersonal puede favorecer sentimientos de soledad sensorial y social, aumentando el defecto cognitivo. La ausencia de parámetros temporales y espaciales contribuye a la desorientación. La falta de intimidad perturba el desarrollo de sentimientos personales y la falta de espacio facilita los desarreglos de conducta (Ham R. J., 1996). Por tanto, el medio habitual debe ser adaptado para mantener la máxima autonomía, tanto en el domicilio como en las instituciones (González R., 1995).

— Para la memoria:
  - Tablón de anuncios para planificación diaria y mensajes.
  - Minutero de cocina y despertador para recordar al paciente tareas.

— Para vivir con independencia:
  - Ropa y zapatos con cierres de velcro.
  - Asidero para cepillos de dientes, cubiertos, pluma y lápices. Vasos para beber de flujo controlado.

— Para la seguridad:
  - Alarma para escapes de agua (se dispara en caso de inundación).
  - Tetera o cafetera con interruptor automático.
  - Plancha y estufa con interruptor automático.
  - Cerraduras de puertas y botiquín a prueba de niños.
  - Asideros junto al WC y bañera.
  - Relojes automáticos en electrodomésticos y lámparas.

(Belsky J. K., 1996)

Técnicas de orientación a la realidad

Se utiliza básicamente en instituciones, pero podría ser extrapolable su utilización al medio familiar. Se basa en el principio de que la desorientación puede combatirse aumentando la cantidad de exposición, que los pacientes con confusión reciben de los hechos sobre sí mismos y su situación externa (Belsky J. K., 1996).

Existen 2 formas (González R., 1995):

a. Técnica de 24 h en las que el personal, en cualquier ocasión, informa al paciente, de la situación, evitando el desarrollo de la charla delirante, informándole de la realidad.
b. Clases de orientación a la realidad: son sesiones de 30 minutos en grupos pequeños, en locales especiales con relojes, calendarios y elementos de aprendizaje y orientación de tiempo y espacio, así como recuerdos personales.

TABLERO DE ORIENTACIÓN A LA REALIDAD

Hoy es viernes
La fecha es 19 de septiembre de 1996
Mañana es sábado

Para que estas técnicas sean eficaces según estudios de Brook, Degun y Mather en 1975, se precisa, además, estimulación interpersonal, ya que el hecho de exponerse simplemente a recordatorios externos de la realidad carece de efecto, la intervención sólo mejoró la cognición entre pacientes que, para empezar, no presentaban un deterioro grave. Por tanto la técnica sólo debe utilizarse con adultos de edad avanzada que experimenten demencia en un grado moderado.

Musicoterapia

Se utiliza como tratamiento para la enfermedad de Alzheimer, enfermedad de Parkinson, enfermedades crónicas y problemas de abuso de sustancias. Incorpora todo tipo de música. Se utiliza música de cuando el paciente era un adulto joven (Internet, 1997).

Tratamiento de la segunda víctima: la familia
(Pastor M. E., 1995)

Dado que no existe un tratamiento curativo para la demencia, se ha convertido en una prioridad el fortalecer la capacidad de afrontamiento de las "víctimas ocultas" de la demencia: las familias (Zarit, Orr y Zarit, 1985).

En España, persiste en un alto índice de familias la buena disposición y la nucleación familiar, con un grado óptimo de relación cercano al 80%. Pero las amenazas como las migraciones, (de los jóvenes a la ciudad y de los mayores al medio rural); familias monoparentales (independencia económica del varón); el aumento de jóvenes con mayor estancia en el hogar familiar; descenso de la natalidad y una sociedad cada vez más competitiva, son elementos que pueden ensombrecer este presente y afectar al mejor soporte asistencial del anciano demenciado.

Dentro del ámbito familiar se satisfacen las siguientes necesidades (Regidor J., 1995):

— Físicas:
- Alimentación.
- Vivienda.
- Cuidados de la enfermedad y enfermo.

— Psíquicas:
- Autoestima.
- Afecto.
- Amor.
- Equilibrio Psíquico.

— Sociales:
- Identificación.
- Relación
- Comunicación.
- Pertenencia al Grupo.

Pero hay elementos preocupantes que pueden inferir, la edad de los cuidadores: en el 60% de los casos, superior a los 50 años; un 20%, entre 65 y 74 años y un 10% sobrepasa los 75 años. Cuando los cuidados del cónyuge declinan, generalmente es la hija la que pasa a desempeñar el papel de cuidador principal. Estos cuidadores están afectados por los siguientes riesgos, que los pueden convertir en una "penosa carga familiar":

— Falta de *información* sobre el proceso demencial:
- Evolución.

- Descompensaciones. Actuación ante el mismo.
- Recursos socio-sanitarios disponibles.

— La *angustia y tensión* del proceso se proyecta:
- Sobre el hogar conyugal y familiar.
- El trabajo.
- La vida social.

— La *falta de soluciones* a las propias necesidades personales.

— Dificultades inherentes al status anterior:
- Legales
- Económicas.

Aunque existan consejeros que se especializan en ayudar a la gente a afrontar esta enfermedad, la alternativa más extendida para los cuidadores que requieren ayuda, a fin de poder afrontar la enfermedad es participar en Grupos de Apoyo de la Enfermedad de Alzheimer en que los cuidadores se reúnen regularmente con otras personas en su misma situación para compartir información y ayudar a solucionar problemas.

Se realizaron estudios (Haley, Brown y Levine, 1987) para determinar si el participar en estos grupos era eficaz para disminuir el estrés y la desdicha experimentada por los familiares. Estos autores llegaron a la conclusión de que: aunque los individuos que participaron en los grupos los consideraron muy útiles, la participación en dichos grupos careció de efecto sobre índices de mejoría más objetivos. Las puntuaciones de las medidas de depresión, afrontamiento y satisfacción de la vida fueron esencialmente las mismas, hubiera participado o no el individuo en un grupo. Quizá la gravedad de los problemas a los que se enfrentan no permita el curarse o mejorar con técnicas de este tipo. Por otra parte, quizá el que los cuidadores mencionen que se sienten ayudados autorice suficientemente el valor de los grupos de apoyo.

Asociaciones de familiares (AFAS)

Las Asociaciones de Familiares de Enfermos de Alzheimer tienen como fin el cubrir el vacío en el que éstos se encuentran, permitiéndoles el contacto con los que padecen similares problemas y donde puedan unirse en demanda de mejores condiciones para sus familiares enfermos y ellos mismos. Se constituyen en auténticos portavoces de la multitud de cuidadores anónimos. Sus objetivos y actuaciones se centran, en:

— Reunir el mayor colectivo posible de afectados.

— Informar periódicamente de sus actividades, manteniendo una buena relación con los medios de comunicaciones locales.

— Editar boletines informativos.

— Fomentar charlas, coloquios, jornadas.

— Teléfono de ayuda.

— Asesoría jurídico-legal, social, sanitaria y económica.

Organizar *sesiones de psicoterapia y soporte.*

Grupos de soporte

Son grupos voluntarios, estructurados para la ayuda mutua y consecución de un objetivo específico. El apoyo debe ser informativo, emocional y pragmático, es decir, que permita disponer de tiempo libre con lo cual posibilitamos una descarga de la presión afectiva a que están sometidos los cuidadores. Pueden ser abiertos o cerrados, compuestos de un mínimo de 4 personas hasta 8. Deberán tener un líder con misiones de:

— Proveer de información de actos médicos y no médicos.

— Responder a las preguntas (causas, tratamientos).

— Explicar los trastornos de conducta.

— Recomendar no hacer criticas, ni juicios de los demás.

— Moderar y permitir el dialogo a todos.

— Dinamizar el grupo, estimularlo y evitar dominios.

La tolerancia familiar depende en gran medida del estadio y grado de afectación del enfermo; es mucho menor cuando el paciente presenta trastornos conductuales graves, reacciones agresivas, ..., que cuando el deterioro no es todavía muy importante y tan solo requiere vigilancia y control relativos. Cuando la demencia progresa y la sintomatología se agudiza y se impide la permanencia del enfermo en su domicilio está indicado el ingreso del paciente en una unidad de cuidados especializada, ya que desde el medio

familiar convencional va a ser imposible proporcionarle los cuidados que precise para atender su evolución y las complicaciones propias (Ham R. J., 1996). Así pues, es prioritario orientar al paciente y sus cuidadores hacia los *Recursos Sociales* adecuados en cada fase de su enfermedad, racionalmente y evitando en ellos los sentimientos de abandono. Una propuesta de soluciones sociales para la DSTA según su grado de afectación podría ser la tabla 1.

De entre todas ellas nos gustaría destacar la importancia de los *Centros de Día* como apoyo externo para los familiares. Son centros dependientes del departamento de Servicios Sociales, donde se cubren las necesidades básicamente sociales, custodiales y de soporte. Cuentan con medios de terapia ocupacional y fisioterapia para mantenimiento de la capacidad funcional, así como enfermería y control médico con una actuación preventiva fundamentalmente. Buscan el maximizar las habilidades residuales, ofrecer una atmósfera educacional, actividades que faciliten la independencia personal y la autonomía para una vida independiente (Moragas R., 1994). Tienen también un menor coste económico que las residencias y ayudan a retrasar la institucionalización definitiva (Hornillos M. M., 1996).

Teléfono del mayor

Recurso de atención para las personas mayores y demás personas que conozcan una situación problemática de un mayor. Es llamada gratuita en forma de línea 900, atendida por especialistas las 24 horas del día. Se informa, orienta y da solución individualizada a problemáticas, sin la necesidad de abandonar el domicilio (Ferreres C., 1997).

Residencias geriátricas

Último eslabón de la cadena asistencial; su indicación se plantearía para la fase terminal es decir

Tabla 1.

Grado	Manifestaciones	Asistencia
Discreto	• Distraído y olvidadizo. • Aseado y contiene. • Conoce personas y convive. • Conversación limitada.	• En domicilio. • Con cónyuge o familia. • Si vive solo vigilancia. • Y/o ayuda de centro diurno o nocturno. • Telealarma.
Moderado (Sin incapacidad física)	• Olvidadizo feliz. • Riesgo de accidentes en el hogar: gas, puerta y grifos • Duerme con ropa del día. • A veces incontinencia.	• Con la familia, si le cuida y vigila. • Residencia si vive solo. • Centro de día y/o centro • Estancias temporales, si familia colabora menos.
Moderado (Con incapacidad física)	• Como el anterior. • En silla de ruedas. • Con deambulación difícil. • En cama.	• En familia con mucha ayuda. • En residencia si está solo. • Centro de larga estancia.
Grave (Sin incapacidad física)	• Graves trastornos de memoria e higiene pésima. • Incontinente. • Come mal. • Conversación incoherente.	• Difícil en familia. • Residencia asistida. • Institución psicogeriátrica
Grave (Con incapacidad física)	• Como el anterior. • En cama. • En silla de ruedas.	• Residencia Asistida. • Servicio larga estancia y/o de psicogeriatria.

"asistida". Será por tanto necesario, haber agotado todas las posibilidades de recursos socio-sanitarios antes de proceder a su ingreso.

Las estancias temporales bien en centros específicos o bien guardando un 2-3% de las plazas en las residencias convencionales, junto a residencias monográficas estructuralmente determinadas para una patología específica como ésta, podrían ser alternativas muy interesantes para los afectados por la DS.

BIBLIOGRAFÍA

AMADUCCI, L.; CROOK, T. H.; LIPPI, A., y cols. (1991) "Use of phosphatydil-serine in Alzheimer's disease". Growdon, J. H.; Corkin, S.; Ritter-Walker, E.; Wurtman, R. J., eds. Ann NY Acad Sci. 640.

BELSKY, J. K. (1996) "Psicología del envejecimiento. Teoría, investigaciones e intervenciones". Barcelona: Masson.

BOLETÍN TERAPÉUTICO VALENCIANO. (1996) Vol 10, Nº 4. Agosto.

CACABELOS, R.; ALVAREZ, X. A.; FRANCO-MASIEDE, A., y cols. (1992) "Influence of CDP-choline on cognition and interleukine 1b in Alzheimer's disease and multi-infarct dementia". Neurobiol Aging. 13.

CACABELOS, R. (1991) "Enfermedad de Alzheimer. Etiopatogenia, neurobiología, y genética molecular, diagnóstico y terapéutica". Prous editores.

CACABELOS R. "Enfermedad de Alzheimer". FOMECO. Vol 3, Nº 5.

EAGGER, S.; MORANT, N.; LEVY, R.; SAHAKIAN, B. (1992) "Tacrine in Alzheimer's Disease. Time course of changes in cognitive function and practice effects". Br J Psychiatry. 160.

FERRERES BAUTISTA, C. P. (1997) "Ponencia en el I Symposium Alzheimer". Valencia.

"General and specific treatments for dementia". UCI (University of California)-Alzheimer's Disease Research Center.

http://www.alz.uci.edu/treat.html

GONZÁLEZ MAS, R. (1995. "Rehabilitación médica de ancianos". Barcelona: Massson.

GONZÁLEZ MONTALVO, J. I. (1996) "Deterioro mental, delirium y demencia. Fundamentos prácticos de la asistencia al anciano". Barcelona: Masson.

HACHINSKY, U. (1992) "Preventable senility: a call for action against vascular dementia". Lancet.

HAM R. J. "Confusión, demencia y delirium". En: Ham, R. J.; Sloane, P. D., eds. Atención primaria en geriatría. Casos clínicos.

HORNILLOS CALVO, M. M.; BAZTÁN CORTÉS, J. J.; GONZÁLEZ MONTALVO, J. I. (1996) "Hospitales de día geriátricos en España. Estructura y funcionamiento". Lab. Knoll.

KABINS, D.; GERSHON, S. (1990) "Potential applications of monoamine oxidasa B inhibitors. Dementia.

LIAÑO, E. (1995. "Área psicogeriátrica". En: Guillén Llera, F.; Pérez, H.; Ribera Casado, J. M., eds. Guía de prescripción médica. Geriatría. SEG y G, IM&C.

LOZANO, R. (1992) "Estado actual de la terapéutica farmacológica de los trastornos de la memoria ligados a la edad. Trastornos de la memoria" [Editorial]. MCR, S.A.

MC GEER, PL.; MC GEER, E.; ROGERS, J.; SIBLEY, J. (1992) "Does anti-inflamatory treatment protect against Alzheimer's disease? En: Kachaturian, Z. S.; Blass, J. P., eds. New treatment estrategies. New York: Marcel Decker.

MC LACHLAN, D. R. C.; DALTON, A. J.; KRUCK, T. P. A., y cols. (1991) "Intramuscular desferrioxamine in patients with Alzheimer's disease". Lancet.

MORAGAS MORAGAS, R. (1994) "El centro de día para enfermos de Alzheimer". UCB-Pharma.

MORAN, J. (1991. "Alzheimer's disease. New therapies and the world market". Finantial Times Busines Information. London.

PASTOR VICENTE, M. E. (1995) "Valoración clínica y orientaciones terapéuticas del anciano demenciado". En: Ribera Casado J. M, editor. Manual práctico de psicogeriatría. Grupo Aula Médica.

POTTER L. T. (1992) "Strategies for de treatment of Alzheimer's disease: cholinergic agonists. En: Kachaturian, Z. S.; Blass, J. P., eds. Alzheimer's disease. New treatment strategies. Nueva York: Marcel Decker.

REGIDOR GARCÍA, J.; RODRÍGUEZ MORENO, S. (1995) "Demencias". En: Rodríguez Moreno, S.; Castellano Suárez A., eds. Intervención clínica y psicosocial en el anciano. ICEPSS.

ROGERS, J.; KIRBY, L. C.; HANPELMAN, S. R., y cols. (1993) "Clinical trial of indomethazin in Alzheimer's disease". Neurology. 43.

SALGADO, A.; GUILLÉN, F., y cols. (1996. "Manual de geriatría". 2ª edición. Barcelona: Editorial Masson S.A.

SCHINDLER, U. (1992) "The utility of nootropics in Alzheimer's disease. Potential therapeutic strategies". En: Copeland, J. R. M., editor. Londres: IBC Technical.

SPAGNOLI, A.; LUCCA, U.; MENASCE, G., y cols. (1991) "Long-term acetyl-L-carnitine treatment in Alzheimer's disease". Neurology. 41.

TOLOSA, E.; BERMEJO, F.; BOLLER, F. (1991) "Demencia senil. Nuevas perspectivas y tendencias terapéuticas". Barcelona: Springer-Verlag.