



Beatriz González Cueto  
M.A. Moreno Gutiérrez  
M.D. Rodríguez Medina  
F. Morales Luque  
J. Navas Moreno

Grupo GAMA. Málaga.

**Correspondencia:**

Beatriz González Cueto  
C/ Asalto-39-2º C dcha.  
29006-Málaga

Trastornos alimentarios  
de los enfermos de Alzheimer.  
Pautas para detección e intervención

*Eating disorders in Alzheimer's  
disease patients: guidelines  
for detection and response*

Trabajo galardonado con el Premio Nutricia S.A. sobre  
Nutrición en el Anciano fallado en el II Congreso  
Iberoamericano de Enfermería Gerontológica y VII Jornadas  
Nacionales de la SEEGG. Huelva, marzo 2002.

**RESUMEN**

Los trastornos alimentarios que se producen en los enfermos de Alzheimer, algunos desde épocas muy tempranas, van a influir de forma muy importante en la satisfacción del resto de las necesidades básicas de los enfermos.

Este estudio ha perseguido identificar los trastornos alimentarios de mayor incidencia en este tipo de pacientes, cuáles se deben a trastornos del comportamiento alimentario y evidenciar, con grupos de familiares cuidadores, los más característicos de cada fase del proceso demencial. Se realizaron dos sesiones de trabajo con tres grupos focales de familiares cuidadores de enfermos de Alzheimer, pertenecientes a la Asociación de Málaga. Se desprende del análisis de resultados que los familiares cuidadores han normalizado estos problemas nutricionales inadecuados, no estableciendo la correlación peligrosa con otros problemas de mayor calado. Los profesionales enfermeros debemos intervenir de forma precoz con acciones formativas especialmente para evitar la progresión de estos trastornos.

**SUMMARY**

*The occurrence of eating disorders in Alzheimer patients, sometimes at very early stages, significantly influences the fulfillment of other basic needs in these patients. The objectives of this study were to identify the most common eating disorders and to evidence which ones characterise each stage in the dementia progression with a group of care-giving family members. Two workshops with three focal groups of care-giving family members belonging to the Malaga Association were organised. According to the analysis of the findings, care-giving family members managed to return inadequate diet problems to normal, blocking the establishment of a dangerous association with more significant issues. As care providers, we must act early in a formative way, specially to avoid progression of these disorders.*

**KEY WORDS**

*Eating disorders, Alzheimer's disease, care-giving family members.*

Trastornos alimentarios, enfermedad de Alzheimer, cuidadores familiares.

## INTRODUCCIÓN

Son numerosos los trabajos que ponen de manifiesto la existencia de problemas nutricionales en los enfermos de Alzheimer. Problemas que se traducen en hechos tales como importantes pérdidas de peso (1, 2) y/o déficit vitamínicos (3,4), y que suelen llevar de forma casi inmediata a un significativo deterioro físico del paciente y como consecuencia a un aumento considerable de la carga que soportan los familiares cuidadores de dichos pacientes, carga que con mucha frecuencia ocasiona en ellos diferentes problemas de salud (5-7).

Las causas por las que estos enfermos pueden presentar problemas alimentarios son diversas:

**1. La enfermedad suele asentar sobre población en riesgo nutricional, es decir ancianos.** Entre un 6% y un 8% de los mayores de 65 años padecen esta enfermedad, pudiendo llegar hasta un 30% entre los mayores de 85 años (8); y en un organismo envejecido son frecuentes circunstancias tales como: presencia de patologías asociadas, polimedicación, bajo nivel socioeconómico, limitada motivación socioemotiva para la comida..., circunstancias que colocan al enfermo en una situación de vulnerabilidad nutricional.

**2. Los enfermos de Alzheimer suelen dejar de comer.** Según la Dra. Boada (9) lo hacen por las cuatro siguientes causas:

*Por trastornos sensoriales.* Como acabamos de referir, la enfermedad suele asentar sobre un organismo envejecido, en el que la disminución de la percepción para visión, aromas, sabores, la escasa salivación, etc., hace que se originen pérdidas de apetito.

*Por trastornos mecánicos de masticación y/o de deglución.* La pérdida de piezas dentales, la periodontitis, las gingivitis, las lesiones bucales producidas por prótesis mal adaptadas, etc., son causas mecánicas, frecuentes entre los mayores y que interfieren en el acto

de la ingesta; causas que se verán agravadas por la degeneración progresiva del cerebro afecto, a la que hacemos referencia en el epígrafe siguiente, y que van a dar lugar a importantes disfunciones que van a contribuir de manera decisiva en la disminución de la ingesta.

*Por trastornos alimentarios de origen neurológico.* La atrofia cerebral característica de este proceso demencial, localizada sobre todo en el hipocampo, en el córtex temporal medial y en diferentes núcleos subcorticales, ocasiona múltiples trastornos alimentarios inherentes a la misma. Son trastornos que tienen que ver con el alcance y profundidad de la lesión y que ocasionan, de forma insidiosa: apraxia bucolingual, parálisis masticatoria, disfagia, desaparición del reflejo nauseoso, disminución del peristaltismo, etc., trastornos todos que van a dar lugar a importantes alteraciones nutricionales en el enfermo.

*Por trastornos del comportamiento alimentario.* Son muchos y muy variados los trastornos que pueden dar lugar a importantes modificaciones, tanto cuantitativas como cualitativas, de la alimentación de este tipo de enfermos y que hacen que el acto de la comida se convierta en uno de los momentos más agotadores y frustrantes de día, tanto para el enfermo como para el cuidador. Nosotros agrupamos estos trastornos en los siguientes grandes apartados:

– *Ingesta de una dieta monótona.* Es éste un comportamiento propio de la fase inicial, ya que son muy variados los motivos que pueden dar lugar a que un enfermo tome una dieta poco variada y desequilibrada: pérdida de memoria para la elaboración de menús apropiados, pérdida de autonomía para salir a la calle a comprar, aversión a ciertos alimentos, ausencia de un cuidador crucial que oriente estas tareas, escasa formación del cuidador para el desempeño de esta actividad, etc.

– *Rechazo de la comida.* Los comportamientos negativos ante la comida pueden aparecer de forma



20 precoz y mantenerse de forma continuada a lo largo de todo el proceso. La disminución del apetito por tristeza secundaria a la percepción de pérdidas, negarse a sentarse en la mesa, el no reconocimiento de alimentos, impedir que le den de comer en la boca, etc., son comportamientos típicos y junto a los motivos expuestos en epígrafes anteriores, van a dar lugar a ingestas insuficientes, en ocasiones incluso antes de que se certifique el diagnóstico.

– *Apraxialagnosia de alimentos, útiles y/o tareas que facilitan la ingesta.* En estadios intermedios el enfermo deja de reconocer tanto material como alimentos y/o actividades que posibiliten la alimentación, problemas que dan lugar a que empiecen a precisarse ayudas personales y/o mecánicas (cortar, pelar, pinchar...), recordatorios verbales (mastica, traga...) para poder culminar las comidas y/o a dejar que el enfermo se alimente con las manos.

– *Atragantamientos*, propios de fases avanzadas y que hacen que se produzca una selección y/o disminución de la dieta por miedo a estos.

### **3. En los enfermos de Alzheimer se producen modificaciones de los requerimientos energéticos.**

Esto da lugar a una situación de hipercatabolismo; en algunos casos por un aumento del gasto, secundario a episodios de intensa actividad: agitación, hipermovilidad, nerviosismo, vagabundeo, etc., y en otros por el efecto sistémico de la propia enfermedad.

### **4. Los enfermos de Alzheimer presentan una disfunción del sistema regulador endocrino (10).**

Este sistema es el encargado de mantener el equilibrio entre la actividad anabólica y la catabólica y lograr con ello el mantenimiento constante del peso corporal; si se produce esta disfunción, junto con la situación de hipercatabolismo referenciada en el párrafo anterior, se provocan pérdidas de peso.

Los trastornos alimentarios que se producen en los enfermos de Alzheimer, algunos desde épocas muy tempranas, van a influir de forma muy importante en la satisfacción del resto de las necesidades básicas de los enfermos, principalmente en la eliminación (tendencia al estreñimiento), movimiento (falta de energía para mantener una actividad física adecuada), integridad de la piel (desnutrición, deshidratación, vulnera-

bilidad para la producción de úlceras por presión,.. ), 29 pero también en el resto: reposo y sueño, seguridad, comunicación, entretenimiento, etc.

Desde una conceptualización enfermera hemos entendido que de las diferentes perspectivas, que como hemos visto pueden estar influyendo en la aparición de problemas alimentarios, son los trastornos del comportamiento en los que de forma más inequívoca estaría ubicada nuestra intervención. Una parcela que causa gran desasosiego en el cuidador y en la que se puede intervenir para fomentar en estas pautas y prácticas concretas orientadas a disminuir los posibles comportamientos inadecuados llevados a cabo por los pacientes, a la vez que tratar de aportar estrategias que ayuden a los familiares a convivir con dichos comportamientos.

## **OBJETIVO**

Con la realización de este estudio, además de contribuir al propósito general que suele guiar un trabajo de estas características y que no es otro que contribuir a la mejora de la calidad de vida tanto de los pacientes como de las familias cuidadoras, nos hemos planteado los siguientes objetivos concretos:

- Identificar los trastornos alimentarios que con mayor incidencia se producen en este tipo de pacientes.
- Delimitar aquellos que se deben a trastornos del comportamiento alimentario.
- Evidenciar con grupos de familiares cuidadores los más característicos de cada fase del proceso demencial, así como la tasa de indecencia de los mismos.
- Elaborar conjuntamente con los familiares cuidadores pautas de intervención, basadas tanto en las experiencias previas de los familiares como en los conocimientos enfermeros de los profesionales, y encaminadas a mejorar y/o modular dichos comportamientos.



## 30 METODOLOGÍA

Para la realización de la investigación hemos llevado a cabo el siguiente método de trabajo:

- Búsqueda bibliográfica para profundizar en el tema de los trastornos alimentarios.
- Elaboración de un catálogo de posibles trastornos nutricionales, particularmente debidos a trastornos del comportamiento alimentario.
- Realización de tres grupos focales, uno por cada fase de la enfermedad, con familiares cuidadores de enfermos de Alzheimer, pertenecientes a la Asociación de Málaga, con los que se han llevado a cabo dos sesiones:

1) Para conocer cuáles son los problemas que identificaban los familiares cuidadores, así como la incidencia de estos y para indagar cuáles son las estrategias que ellos, de forma natural y/o por recomendación de otros asociados, llevan a cabo para solventar dichos trastornos.

2) Para elaborar conjuntamente pautas consensuadas de intervención en las que se contemplen tanto las experiencias previas aportadas por los familiares cuidadores como las recomendaciones enfermeras aportadas por las profesionales.

- Exposición del catálogo definitivo al resto de la Asociación.

## RESULTADOS

Los primeros resultados, fruto de la confrontación entre la búsqueda documental realizada por el grupo investigador y la primera reunión con los grupos focales, han sido los siguientes:

- El 100% de los cuidadores participantes reconocieron que sus pacientes habían perdido peso (mínimo de 2 kg, máximo de 20 kg).
- El 60% de los cuidadores tenían la percepción de que su familiar no presentaba problemas nutricionales, ya que tenían normalizados estos y entendían que comportamientos como tendencia a una alimentación selectiva, a una ingesta reducida, etc., eran propios del proceso evolutivo de la propia enfermedad.
- Según la percepción de los familiares, eran las enfermas (por tanto la manifestación la realizaban cui-

dadadores masculinos), las que mayor incidencia del problema presentaban. 21

- Los cuidadores varones, cónyuges y de edad avanzada en su mayoría, concedían menos importancia a los trastornos alimentarios y evidenciaron menos alternativas para enfrentarse a estos; asimismo declararon poseer menos paciencia para el desempeño de este aspecto de su rol de cuidador.

• Las cuidadoras femeninas, cónyuges de edad avanzada, pero mayoritariamente hijas, demostraron mayor habilidad y posesión de estrategias para evitar/minimizar trastornos alimentarios, así como mayor paciencia en esta parcela de su rol de cuidadora.

- Los problemas que con mayor incidencia fueron identificados son:

- En primera fase o inicial de la enfermedad:
    1. Dificultad para comprar, preparar comidas.
    2. Realización de dietas monótonas. (Por falta de iniciativa del enfermo y/o del familiar para la preparación menús completos, variados y equilibrados).
    3. Reducción de la ingesta. (Por pérdida de apetito secundario, baja autoestima, preocupaciones...).
    4. Negarse a comer. (Por miedo a que le den comida envenenada, o a que le enmascaren la medicación...).
  - En segunda fase o intermedia de la enfermedad:
    1. Dificultad para que se sienten y/o permanezcan en la mesa.
    2. Rechazo de la comida, incluso cuando se le da a la boca. (Girar la cabeza, taparse la boca, cerrar los dientes...).
    3. Apraxia/dispraxia de útiles. (Utilizar la cuchara para partir, el tenedor para comer la sopa...).
    4. Agnosia de alimentos. (No querer los comestibles, ingerir objetos no comestibles...).
    5. Dispraxia oral. (Acepta la comida en la boca pero no mastica, la escupe, se le cae...).
  - En tercera fase o avanzada de la enfermedad:
    1. Deterioro de la deglución/atragantamientos.
- Las conclusiones de las primeras sesiones de los grupos nominales fueron la elaboración, por consenso, de un catálogo de posibles trastornos alimentarios:
1. Dificultad para diseñar/elaborar comidas variadas y equilibradas.



22 2. Disminución, en términos absolutos, de la ingesta.

3. Dificultad para que se sienten y/o permanezcan en la mesa.

4. Negarse a la ingesta/rechazo de la comida.

5. Apraxia/dispraxia de útiles.

6. Agnosia de alimentos.

7. Dispraxia oral.

8. Deterioro de la deglución/atragantamientos.

Como siguientes resultados, ofrecemos unas recomendaciones dietéticas que han sido elaboradas de forma conjunta entre los familiares cuidadores y el grupo investigado, en base a las estrategias que estos utilizaban y a los conocimientos aportados por el grupo.

A la hora de la realización de estas recomendaciones se han tenido en cuenta, además, los siguientes principios básicos:

1. Procurar que mientras sea posible el enfermo mantenga alguna responsabilidad en actividades relacionadas con la alimentación: comprar, pelar, cortar..., aunque la actividad no sea realizada a la perfección.

2. Utilizar mayoritariamente recetas y productos autóctonos de la zona ya que la variedad de estos, el colorido, el sabor, etc., hace que sean, además de buenos nutrientes, atractivos para los enfermos.

3. Preferir productos de estación, lo que facilita la compra y tiene en cuenta el aspecto económico de la misma.

4. Hacer programaciones para una semana para poder ir combinando los diferentes alimentos y procurar una dieta completa, variada y equilibrada.

5. Elaborar preparaciones básicas que puedan ser utilizadas, con pequeñas modificaciones en más de una ocasión, para evitar que el familiar tenga que dedicar un tiempo excesivo a la cocina.

6. Tender a preparaciones alimentarias en las que la ingesta pueda administrarse en un completo plato único, y si es necesario tender a productos energéticos y que aporten suficientes calorías en poca cantidad.

7. Conservar los preparados en condiciones idóneas y si es preciso triturar hacerlo inmediatamente antes de administrar, no conservar triturados.

8. Procurar alimentos sabrosos, pero no excesivamente salados y/o condimentados. 31

9. No descuidar la ingesta de líquidos y prevenir de forma temprana, añadiendo fibras, el estreñimiento, problema de aparición *cuasi* segura en estos enfermos

10. Proveerse de útiles adecuados para la administración: baberos, cubiertos adaptados, biberones, etc. que eviten reacciones catastróficas a la hora de la comida y no empeñarse en administrar la comida “por encima de todo”.

El catálogo de recomendaciones elaborado ha sido el siguiente:

• **1ª recomendación.** Elaboración de un menú tipo para una semana con dieta adecuada, variada y equilibrada en modalidad de invierno y de verano (Tablas 1 y 2).

• **2ª recomendación.** ¿Cómo hacer que el enfermo mejore la ingesta y no rechace ésta?

- Comprobar que no existe ningún impedimento para la comida: prótesis mal ajustadas, úlceras/heridas bucales...

- Realizar un paseo o ejercicio físico suave una media hora antes de la ingesta.

- Procurar higiene bucal antes de la comida.

- Estimular el apetito con olores y aromas atractivos.

- Incentivar la salivación con ingesta de productos acidulados: jugo de limón, trozos de piña, etc., inmediatamente antes de la ingesta.

- Administrar comida enriquecida y/o concentrada añadiendo concentrado o jugo de carne a los platos, leche en polvo a los lácteos, etc.

- Preparar raciones pequeñas y poco diluidas, posteriormente se administrarán líquidos a discreción.

- Preferir alimentos altamente energéticos y servidos en plato único, y si es necesario ofrecer más de un plato, hacerlo de uno en uno.

- Controlar la temperatura de administración.

- Incentivar comidas en un ambiente relajado.

- Ofrecer cubiertos –cucharas– de gran capacidad y procurar que en las primeras cucharadas vaya el alimento más enriquecido.

Tabla 1

INVIERNO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
<b>DESAYUNO</b>	Café con leche. Bollo de pan integral con aceite, bollería o galletas.	Café con leche. Bollo de pan integral con aceite, bollería o galletas.	Café con leche. Bollo de pan integral con aceite, bollería o galletas.	Café con leche. Bollo de pan integral con aceite, bollería o galletas.	Café con leche. Bollo de pan integral con aceite, bollería o galletas.	Café con leche. Bollo de pan integral con aceite, bollería o galletas.	Café con leche. Bollo de pan integral con aceite, bollería o galletas.
<b>MEDIA MAÑANA</b>	Infusión.	Frutos secos.	Pieza de fruta.	Infusión.	Pieza de fruta.	Frutos secos.	Infusión.
<b>COMIDA</b>	Sopa del puchero. "Pringa" de verduras del puchero, garbanzos y carne de ternera y/o pollo. Pieza de fruta.	Lentejas con arroz. Pescado a la plancha. Melocotón en almíbar.	Puchero con arroz. Filete de pechuga de pollo a la plancha. Pieza de fruta.	Puré de lentejas y verduras. Rosada a la plancha Piña en almíbar.	Guisado de carne con verduras. Pieza de fruta.	Cazuela de pescado con patatas, alcachofas y guisantes. Pieza de fruta.	Paella de carne, pescado y marisco. ensalada Macedonia de frutas.
<b>MERIENDA</b>	Yogur con frutos secos triturados.	Vaso de leche con 4/6 galletas.	Yogur con frutos secos triturados.	Vaso de leche con 4/6 galletas.	Yogur con frutos secos triturados.	Vaso de leche con 4/6 galletas.	Yogur con frutos secos triturados.
<b>CENA</b>	Sopa/crema de verduras con queso. Manzana al horno.	Sopa de fideos con taquitos de jamón. Tarrina de natillas.	Sopa/crema de verduras con picadillo de huevo cocido y pan frito. Pera cocida.	Sopa de lluvia con picadillo de jamón cocido. Tarrina de arroz con leche.	Sopa/crema de verduras con pescado a la plancha desmenuzado. Flan.	Sopa de letras con huevo cuajado. Tarrina de natillas.	Sopa/crema de verduras con pescado a la plancha desmenuzado. Yogur.

\*Acostumbrarse a añadir perejil picado y/o una cucharada de salvado al menos una vez al día.

- Si el enfermo tiende a taparse la boca con la mano, ofrecer algún objeto atractivo y que le sea familiar para que lo sujete.

- Si es necesario, adecuar la textura (machacar, triturar, moler...) de los alimentos a las condiciones particulares del enfermo.

- Proporcionar si es preciso suplementos dietéticos y/o preparados comerciales adecuados.

• **3ª recomendación.** ¿Cómo hacer que el enfermo se siente en la mesa y permanezca en ella durante la comida?

- Hacer del acto de la comida un ritual: misma hora, mismo sitio en la mesa, etc.

- Procurar comidas compartidas.

- Ofrecer un ambiente relajado.

- Entretenerlo con conversaciones y/o música amena durante la comida.

- Usar útiles de colores llamativos, de diseños atractivos, que no asusten al enfermo y le inciten a levantarse.

- Utilizar asientos bajos y/o que presenten dificultad para levantarse.

- Ofrecer comidas atractivas y de llamativos colores: tomate rojo, arroz amarillo, pimientos verdes..., siempre contando con los gustos del enfermo y con la programación del menú que se haya realizado.



Tabla 2

VERANO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
<b>DESAYUNO</b>	Café con leche. Bollo de pan integral con aceite, bollería o galletas.	Café con leche. Bollo de pan integral con aceite, bollería o galletas.	Café con leche. Bollo de pan integral con aceite, bollería o galletas.	Café con leche. Bollo de pan integral con aceite, bollería o galletas.	Café con leche. Bollo de pan integral con aceite, bollería o galletas.	Café con leche. Bollo de pan integral con aceite, bollería o galletas.	Café con leche. Bollo de pan integral con aceite, bollería o galletas.
<b>MEDIA MAÑANA</b>	Zumo.	Frutos secos.	Pieza de fruta.	Zumo.	Frutos secos.	Pieza de fruta.	Zumo.
<b>COMIDA</b>	Pollo deshuesado al ajillo con champiñones. Pieza de fruta.	Pescado frito con tomate picado. Melocotón en almíbar.	Arroz a la cubana con huevo y tomate Pieza de fruta.	Pescado a la plancha con "patatas a lo pobre". Piña en almíbar.	Pisto con jamón picado. Pieza de fruta.	"Porra" con taquitos de jamón y huevo duro. Pieza de fruta.	Paella de carne, pescado y verduras. Ensalada mixta. Macedonia de frutas.
<b>MERIENDA</b>	Yogur con frutos secos triturados	Vaso de leche con 4/6 galletas	Yogur con frutos secos triturados	Vaso de leche con 4/6 galletas	Yogur con frutos secos triturados	Vaso de leche con 4/6 galletas	Yogur con frutos secos triturados
<b>CENA</b>	Tortilla a la francesa con verduras rehogadas. Tarrina de natillas.	Filetes de carne picada (Hamburguesa) con patatas. Yogur.	Pescado a la plancha con arroz cocido. Tarrina de arroz con leche.	Croquetas con ensalada. Manzana al horno.	Pescado a la Plancha con verduras. Peras cocidas.	Tortilla a la francesa. Trozo de queso. Yogur.	Jamón cocido con tomate picado. Flan.

\*Acostumbrarse a añadir perejil picado y/o una cucharada de salvado al menos una vez al día.

- Si presenta agnosia de alimentos, ofrecer estos en recipientes opacos.

• **4ª recomendación.** ¿Qué hacer si el enfermo presenta apraxia/dispraxia de útiles?

- Procurar útiles adaptados: mangos gruesos y/o que se fijen a la mano, platos/vasos hondos y antivuelcos.

- Hacer si es necesario recordatorios orales y estimular la imitación.

- Ofrecer los alimentos en raciones preparadas: cortados, pelados, etc.

- Concédale tiempo.

- Proporcionar, si se considera oportuno, alimentos secos y/o que se puedan comer con las manos: croquetas, buñuelos, bocaditos, etc.

• **5ª recomendación.** ¿Qué hacer si el enfermo presenta dispraxia oral, deterioro de la deglución y/o atragantamientos?

- Proporcionar, si es necesario, alimentos pastosos y no mezclar sólidos y/o triturados con líquidos.

- Colocar al enfermo en nivel superior al nuestro para forzar una ligera inclinación hacia delante y con ello facilitar la deglución.

- Evitar echar la cabeza del enfermo hacia atrás.

- Si el enfermo mastica e insaliva pero ha olvidado tragar, incentivar la deglución con un masaje en la zona anterior media del cuello.

- Depositar la comida en el fondo de la cavidad bucal.

- Recurrir si el enfermo conserva una buena succión a la administración mediante biberón.
- Concédase tiempo.
- Adiéstrese en la maniobra de Heinlich, por si es necesario utilizarla.
- Valorar la necesidad/conveniencia de recurrir a la nutrición enteral.

## CONCLUSIONES

- Los enfermos de Alzheimer presentan alta prevalencia de numerosos y variados problemas nutricionales.
- Los familiares cuidadores han llegado a normalizar tanto estos problemas y comportamientos nutricionales inadecuados que no tienen la percepción de la existencia de los mismos.

- Los familiares cuidadores, aunque se muestran preocupados por la alimentación de sus enfermos, no establecen la peligrosa correlación que existe entre estos y la aparición de peligrosos problemas posteriores: debilidad músculo-esquelética, fatiga, alteración del reposo/sueño, úlceras por presión, etc.
- Los cuidadores, particularmente los varones, demandan y son receptivos a las recomendaciones de pautas eficaces y que les puedan ayudar a reconducir y/o modular su rol como cuidador.
- Las enfermeras debemos concienciar a los cuidadores familiares, sin sobrecargarlos, de la necesidad de prevenir e intervenir de forma precoz, siguiendo las recomendaciones que se estimen oportunas con acciones encaminadas a evitar la progresión de dichos trastornos.

---

## BIBLIOGRAFÍA

1. Morgan DB, Hullin RP. The body composition of the chronically mentally ill. *Hum Clin Nutrition* 1982; 36C: 439-48.
2. Guyonet S, Nourhashemi F, Reyes-Ortega G, De Glisezinski I, Adoue D, Riviere D, Vellas B, Albarede JL. La perte de poids chez les sujets présentant una demence de type Alzheimer. *Rev Med Interne* 1997; 18: 776-85.
3. Riviere S, Nourhashemi F, Nicolas AS, Birlouez-Aragon I, Albarede JL, Ghisolfi A, Vellas B. Vitamine C et vieillissement cerebral, *Age et Nutrition*; 1997; vol 8, nº 3: 145-9.
4. Joosten E, Lesaffre E, Riezler R, Ghekiere V, Dereymaeker L, Pelemans W, Dejaeger E. Is metabolic evidence for vitamin B12 and folate deficiency more frequent in elderly patients with Alzheimer's Disease. *Journal of Gerontology* 1997; vol 52 A, nº 2: 76-9.
5. Muñoz-Cruzado Barba M. Necesidades y riesgos de los cuidadores de ancianos dementes. *Geriatrka* 1993; 9 (9): 407-10.
6. Coope B, Ballard C, Saad K *et al.* The prevalence of depression in the carers of dementia sufferers. *Int J Geriatry Psychiatry* 1995; 10: 237-42.
7. Livingston G, Manela M, Katona C. Depression and other psychiatric morbidity in carers of elderly people living at home. *BMJ* 1996; 312 (20): 153-6.
8. Small GW, Rabins PV *et al.* Diagnosis and treatment of Alzheimer Disease and related disorders. *JAMA* 1997; 278 (16): 1363-71.
9. Tarraga L, Boada M. Una cocina para el enfermo de Alzheimer. *Institut Catala de Neurociencias Aplicades, Glosa ediciones*; 1999: 17.
10. White H, Pieper C, Schmader K, Fillenbaum G. Weight change in Alzheimer's disease. *JAGS* 1996; 44: 1232-4.