

**PROCESO DE TERAPIA OCUPACIONAL E  
IMPLEMENTACION DE LOS 8 PASOS PARA EL SUMINISTRO  
DE SILLA DE RUEDAS APROPIADAS SEGÚN LA OMS, EN  
PACIENTE ADULTO MAYOR CON ENFERMEDAD DE  
ALZHEIMER**



## RESUMEN

En el presente artículo se detalla la evaluación de Terapia Ocupacional en una usuaria de 96 años de edad, quien presenta 30 años de evolución de ceguera bilateral, causada por glaucoma, mas +/- 10 años de evolución de haber sido diagnosticada con Enfermedad de Alzheimer.

Hoy en día debido a la mala postura que ha mantenido durante aproximadamente 20 años, ocasiono una escoliosis dorso-lumbar izquierda en su espalda, debido a que la silla de ruedas que usaba, no era adecuada, ni mucho menos se ajustaba a sus necesidades.

Con la intervención del proceso de Terapia Ocupacional, se cambió, eso la usuaria tuvo la oportunidad de tener una silla de ruedas acorde a sus necesidades y que le brindara una mejor calidad de vida durante sus últimos años en esta tierra.





## INTRODUCCIÓN

“La enfermedad de Alzheimer (EA) es la principal causa de demencia entre los adultos mayores, Es una enfermedad de compleja patogenia, a veces hereditaria, que se caracteriza desde el punto de vista anatómico, por pérdida de neuronas y sinapsis y la presencia de placas seniles y de degeneración neurofibrilar” (2)

“La incidencia de la EA aumenta con la edad; excepcional antes de los 50 años, se puede presentar en 1 o 2% de los sujetos de 60 años, en 3 a 5% de los sujetos de 70, en el 15-20% de los sujetos de 80 años y en un tercio o la mitad de los mayores de 85” (3)

“La duración de la EA es muy variable; hemos visto pacientes que fallecen postrados antes de 4 años del inicio de la enfermedad, y otros que sobreviven más de 12 o 15 años (4). La sobrevivida promedio es de 7 a 8 años” (4)

La OMS y Alzheimer’s disease international consideran a la demencia como una epidemia mundial y una de las más significativas crisis de salud y de la economía mundial, siendo la primera causa de discapacidad en adultos mayores y la 5° causa de muerte.

“La mayoría de los casos de enfermedad de Alzheimer son esporádicos, con un inicio tardío ( $\geq 65$  años) y una etiología poco clara. El riesgo de desarrollar la enfermedad es mejor predicho por la edad. Sin embargo, alrededor del 5 al 15% de los casos son familiares; el 50% de estos casos tiene un inicio temprano (presenil) ( $< 65$  años) y habitualmente se relacionan con mutaciones genéticas específicas.

Por lo menos 5 locus genéticos distintos, localizados en los cromosomas 1, 12, 14, 19 y 21, influyen en la iniciación y la progresión de la enfermedad de Alzheimer.

Otros determinantes genéticos incluyen a los alelos de la apolipoproteína (apo) E (epsilon). Las proteínas apo E influyen en el depósito de beta-amiloide, la integridad del citoesqueleto y la eficiencia de la reparación neuronal. El riesgo de enfermedad de Alzheimer está sustancialmente aumentado en las personas con 2 alelos epsilon-4 y puede estar disminuido en aquellas que tienen el alelo epsilon-2. Para las personas con 2 alelos epsilon-4, el riesgo de desarrollar la enfermedad de Alzheimer a los 75 años es de aproximadamente 10 a 30 veces mayor que la de las personas sin el alelo.

Los factores de riesgo vasculares, como la hipertensión, la diabetes, la dislipidemia y el tabaquismo, pueden aumentar el riesgo de enfermedad de Alzheimer. Evidencia creciente sugiere que el tratamiento agresivo de estos factores de riesgo tan temprano como en la mitad de la vida puede atenuar el riesgo de desarrollar deterioro cognitivo en la edad avanzada”. (5)

“Los signos que indican la enfermedad de Alzheimer pueden incluir:





- Cambios en la personalidad
- Deterioro en la capacidad de movimiento o al caminar
- Dificultad para comunicarse
- Bajo nivel de energía
- Pérdida de memoria
- Cambios de estado de ánimo
- Problemas de atención y orientación
- Incapacidad de resolver operaciones aritméticas sencillas

Una vez que aparecen los síntomas, aumentan en intensidad a medida que una persona con la enfermedad de Alzheimer va desde la primera hasta las etapas finales de la enfermedad.

Las etapas de diagnóstico clínico y sus síntomas incluyen:

### **Leve (etapa 1)**

Al principio de su afección, las personas con la enfermedad de Alzheimer pueden:

- Ser lentos en su habla y su comprensión
- Experimentar cambios leves de pérdida de memoria y de su estado de ánimo
- Tener dificultad para aprender cosas nuevas
- Perder energía y espontaneidad, aunque los demás no lo puedan notar
- Perder el hilo del pensamiento a mitad de frase
- Todavía realizar actividades básicas en forma independiente, pero tal vez necesiten ayuda con las tareas más complicadas

### **Moderada (etapa 2)**

En esta etapa, la persona comienza a ser incapacitada por la enfermedad:

- Las personas con Alzheimer pueden recordar el pasado distante y, a la vez tener dificultad para recordar hechos recientes.
- Tienen dificultad para reconocer la fecha, la hora y el lugar.
- Pueden inventar nuevas palabras a medida que pierden su vocabulario viejo.
- No pueden reconocer rostros familiares antes conocidos.

### **Grave (etapa 3)**

En esta etapa final, los pacientes de Alzheimer:

- Pierden la capacidad de masticar e tragar alimentos
- Quedan postrados en cama y se vuelven vulnerables a la neumonía y otras enfermedades
- Se vuelven cada vez menos receptivos
- Pierden el control corporal y necesitan atención constante





- No reconocen a nadie” (6)

Según el informe presentado por el Dr. José Ricardo López Contreras denominado “Informe ADI/Bupa, La demencia en América: coste actual y futuro y prevalencia de la enfermedad de Alzheimer y otro tipo de demencias, octubre 2013” (7), en una comparación de los años del 2015 en donde hay un 46.8 millones de personas en el mundo con demencia este crecerá, llegando a ser 74.7 millones para el 2030, y sobrepasando dicha cifra con 131.5 millones de personas para el año 2050.

Representando un estimado de 9.9 millones de casos nuevos de demencia al año/en el mundo; y aumentando en un 435% el número de casos nuevos de demencia en centro América entre el 2015 y 2050.

“Se estima que 6.5 millones de estadounidenses de la edad de 65 años y mayores están viviendo con Alzheimer en 2022. El setenta y tres por ciento tienen 75 años o más.

- Alrededor de 1 en 9 de la edad de 65 años y mayores (10.7%) tiene Alzheimer.
- Casi dos tercios de estadounidenses con Alzheimer son mujeres.
- Los negros mayores son casi dos veces más propensos a tener Alzheimer u otras demencias que los blancos mayores.
- Los hispanos mayores son casi una vez y media más propensos a tener Alzheimer u otras demencias que los blancos mayores.

Mientras el número de estadounidenses mayores crece rápidamente, también crecerá el número de casos nuevos y existentes del Alzheimer. Para 2050 el número de personas de la edad de 65 años y mayores con Alzheimer pueda crecer a unos proyectados 12.7 millones” (8).

Siendo el salvador uno de los países en donde según el censo del año 2007, con una población total: 5,744,113, teniendo una prevalencia de 8.41% en personas mayores de 60 años y una incidencia de 7,504 casos nuevos por año, “se estima que hay cerca de 51,000 personas con demencia en el salvador para el año 2015, 64,000 para el año 2019 y 134,000 para el año 2050” (7)

Lo anterior demuestra el número creciente de personas que, en El Salvador y Centro América, no reciben un tratamiento oportuno tanto a los usuarios, familiares y/o como a los cuidadores.

Teniendo un gran reto en sus manos las autoridades de salud para brindar “una atención socio-sanitaria integral a los pacientes, sus familiares y cuidadores” (7).

Es importante mencionar que, para prescribir una silla de ruedas óptima a las necesidades y habilidades del usuario, es necesario la colaboración de un fisioterapeuta u terapeuta ocupacional, esto de la mano con la evaluación de su condición de salud, ya que muchos





adultos mayores conforme avanza su edad, y sus " limitaciones de movimiento no se puedan resolver con otros dispositivos de ayuda, y que mejores su movilidad en el hogar" (9), se convierten en candidatos para el suministro de sillas de ruedas.

Y en este caso" Una razón común para la derivación de una nueva silla de ruedas o ajustes de asientos es una alineación y postura inadecuadas que conducen a deformaciones posturales, dolor o rotura de la piel" (9), así mismo si presenta fatiga o cansancio a estar en una determinada posición, como dificultad para la deambulaci3n por s3 solo, realizar transferencias de un lugar a otros dentro del hogar, como esa limitaci3n f3sica de acceder a ciertos lugares p3blicos con sus familiares u cuidador,

Los problemas antes mencionados, m3s la condici3n de salud del usuario la convirtieron en un candidato para el uso de silla de ruedas, as3 mismo tomando en cuenta otros 2 factores" encontremos en una fase avanzada de la enfermedad en la que la persona va a vivir pr3cticamente entre la silla y la cama permiti3ndonos la silla realizar numerosos cambios posturales";" usarla para paseos y algo en el interior"(10), con la evaluaci3n de terapia ocupacional se determin3 en que 3rea de la ocupaci3n ella pod3a ser m3s independiente, con la utilizaci3n de una silla de ruedas apropiada.

Con que objetivo se realiz3 dicho estudio de caso, implementar estrategias para el correcto uso y mantenimiento de sillas de ruedas a los familiares y/o cuidadores, mejora significativa de la calidad de vida del usuario, a la detecci3n de factores de riesgos para la formaci3n de ulceras, y capacitaci3n del personal de salud en el 3mbito intrahospitalario como comunitario.





## PRESENTACIÓN DEL CASO

### 1. DATOS GENERALES

Nombre: J. M. M. V. V

Sexo: F

Persona responsable: -----

Edad: 96 años      Ocupación: ---      Diagnóstico: Enfermedad de Alzheimer

Estado civil: -----      Escolaridad: -----      Fecha de nacimiento: 20/10/1926

Fecha de evaluación: 23/04/22      Dominancia: Derecha

Incapacidad: Moverse en silla de ruedas, transferencias, ambulación funcional y transporte de objetos.

Terapeuta Ocupacional: Br: Lorena Beatriz Farela Rodríguez.

### 2. HISTORIA CLINICA:

Paciente femenino de 95 años de edad, con +/- 10 años de evolución de presentar Alzheimer, quien en 1992 es operada de glaucoma, producto de ello queda ciega, en 2018 sufre caída de su propia altura, ocasionándose fx de la clavícula izquierda, sin intervención quirúrgica debido a edad avanzada, inmovilizada durante 2 meses con cabestrillo, debido a no tolerancia de férula. Con hipertensión y diabetes controlados.

Actualmente con dificultad para dormir

Sin antecedentes familiares de enfermedad mental u orgánica.

### 3. NECESIDADES DEL PACIENTE:

a) Perfil Ocupacional

✓ **Antecedentes Ocupacionales**





Paciente femenina de 95 años quien realizó sus estudios básicos hasta 6° grado, vive con su hija, nietas y bisnieto, anteriormente en su juventud se desempeñaba como panadera, entre sus principales intereses están escuchar música, bailar, caminar, le gusta mucho relacionarse con las personas a su alrededor, se preocupa por su arreglo personal, y cuestiones religiosas, sus familiares la definen como respetuosa, solidaria, amable, sociable, alegre, agradecida, y muy optimista.

Actualmente debido a su condición de salud es bastante dependiente de su familia a la hora de realizar sus actividades diarias.

#### ✓ **Patrones de la vida diaria**

Antes:

Debido a que viajaba de su pueblo natal a la casa donde vive actualmente, y a pesar de usar bastón era muy dependiente en sus actividades, llegando a mantenerse en ambos lugares, se levantaba a las 9:00 am, después se bañaba sola, comía sola, y realizaba los quehaceres del hogar en medida de sus posibilidades, hasta que finalmente se acostaba a las 9:00 pm, durante casi todos los días mantenía la misma rutina, no fue hasta la muerte de su esposo hace 4 años que quedó dependiente.

Ahora:

Usualmente su rutina es bastante variable, con diferentes horarios de comida, su hija quien es la que la cuida la mayor parte del tiempo expresa que tiene dificultad para conciliar el sueño, llegándose a acostar bastante tarde, y levantándose tarde igualmente, pasa la mayor parte del tiempo en la silla de ruedas, de vez en cuando se le cambia al sillón, o al cuarto.

Casi siempre entre las 5:00 pm y 6:00 pm le gusta escuchar los rezos y se pone a rezar.

#### ✓ **Intereses**

A la paciente escuchar música, bailar, caminar de vez en cuando y estar en compañía de otras personas.







### ✓ **Valores**

Sus familiares han expresado que ella es una persona alegre, muy sociable, amable, solidaria, y muy optimista, con un espíritu de servicio y trato a los demás.

## **4. DESEMPEÑO OCUPACIONAL DEL PACIENTE**

### a) **Ámbito Ocupacional**

#### ✓ **Entorno**

- **Físico:** Paciente cuyo domicilio no posee barreras arquitectónicas internas, sin embargo, el acceso a su hogar se encuentra en un terreno inclinado y con baches profundos.
- **Social:** La usuaria recibe bastante ayuda y apoyo de todos los miembros de la familia, le gusta la compañía de otras personas.

#### ✓ **Contexto**

- **Cultural:** Usuario quien, hasta el día de hoy, sigue siendo muy devota a la religión católica.
- **Personal:** Paciente femenina de 95 años de edad, que finaliza sus estudios básicos hasta 6° grado.
- **Temporal:** Paciente adulto mayor, quien actualmente no trabaja, vive con su hija, nietas y bisnieto.
- **Virtual:** Debido a su condición y edad, no utiliza ningún dispositivo o medio electrónico.

#### ✓ **Factores del Paciente**

##### Factores Personales

Paciente femenina de 95 años de edad, quien finaliza sus estudios básicos hasta 6° grado, viuda, vive con su hija, nietas y bisnieto, anteriormente en su juventud se desempeñaba como panadera.





Aun hoy en día se mantiene ferviente a la religión católica, reside en: Col. San cristobal2, calle principal, Pol. P#27, de 1.50 cm de altura aprox., contextura mesomorfo, pelo blanco-cenizo, ojos cafés oscuro y piel trigueña, edad aparente menor a la cronológica, no se observa descuido en cuanto a su higiene personal o aseo.

a) Desempeño Ocupacional:

⊙ **Ocupaciones (Áreas de Desempeño):**

✓ **AVD**

- Baño/ducha: Lo realiza sentada en una silla plástica, se baña, con asistencia en un 85%, se restriega el cuerpo sola al darle el mascón,
- Vestuario: Se pueda quitar y ponerse la ropa, al estar está cerca de ella, usualmente es asistida,
- Alimentación: Lo mantiene.
- Cuidado de dispositivos personales: No aplicable debido a condición.
- Higiene personal: Asistencia total.
- Actividad sexual: No aplicable.
- Dormir/descansar: Con dificultad para conciliar el sueño, aunque se le administren los medicamentos por las noches.
- Higiene en el inodoro: Asistencia total, algunas veces cuando se le da el papel ella se limpia sus partes íntimas sola.

✓ **AVD**

- No aplicable debido a edad y condición del paciente.

✓ **Descanso y sueño**

- Con dificultad para conciliar el sueño, aunque se le administren los medicamentos por las noches.

✓ **Trabajo**

No aplicable.

✓ **Participación social**

- Disfruta estar en compañía de sus familiares y conocidos, no le gusta estar sola, así mismo disfruta las salidas de vez en cuando con la familia.

⊙ **Destrezas de ejecución (habilidades de Desempeño)**

**Destrezas de regulación emocional:**





✓ Intereses

A la paciente escuchar música, bailar, caminar de vez en cuando y estar en compañía de otras personas.

✓ Valores

Sus familiares han expresado que ella es una persona alegre, muy sociable, amable, solidaria, y muy optimista, con un espíritu de servicio y trato a los demás.

✓ Auto concepto:

Ella sufre mucho sin su vista y pues nada se compara al perder la vista.

✓ Desempeño del rol:

Ella es madre, hermana, abuela y bisabuela.

✓ Conducta social:

Ella es una persona muy dinámica y a todo le da importancia, pese a su condición de salud, pues hay momentos en los que pregunta sobre sus cosas.

✓ Autocontrol:

Ella tiene mucho control de sus emociones tanto así, que, si algo no le parece o no le gusta, reclama y lo da a conocer.

✓ Personalidad pre patológica:

Ella siempre ha sido muy independiente, en todos los aspectos, ya que siempre le gusto el negocio, y en su negocio, lo que ella decía debía hacerse.

### **Destrezas cognitivas**

- ✓ La usuaria responde al llamarla por su nombre, pero la mayoría del tiempo no sabe con quién está, no sabe en qué día, mes o año se encuentra.
- ✓ No reconoce objetos en específico, u rostros de los familiares, solamente reconoce la voz únicamente de su nieta, de allí a todos a su alrededor los llama mediante otros nombres.
- ✓ Cuando se encuentra bien descansada y no en crisis pone atención de forma voluntaria, cuando se encuentra en crisis no.
- ✓ No recuerda lo que comió el día anterior o algún evento significativo en su vida, ella vive en el pasado.
- ✓ No puede realizar ninguna actividad por sí misma, necesita asistencia en su mayoría.
- ✓ Si diferencia los sabores de la comida, y sonidos de animales, aunque no llega a la percepción de estos.





- ✓ No siempre maneja los conceptos de los objetos o tiene una concepción respecto a algún objeto.
- ✓ Al tener alguna dificultad, no puede resolverla por si misma.
- ✓ Al querer enseñarle a hacer algo nuevo, ella no muestra interés, o no intenta hacerlo.
- ✓ Ella se comunica mediante lenguaje hablado.

### **Destrezas motoras**

- ✓ Presenta limitaciones en sus arcos de movimiento, tanto a nivel de miembros inferiores como superiores.
- ✓ Mantiene tono muscular
- ✓ Fuerza muscular grado 3 en miembros superiores y grado 2+ en miembros inferiores.
- ✓ No se mantiene recta en su silla de ruedas, con tendencia a permanecer con inclinación lateral derecha.
- ✓ Presenta una lateralización del cuello a la izquierda, elevación de hombro derecho+ depresión del izquierdo, escapula derecha en abducción + aducción de la izquierda, presenta una escoliosis dorso-lumbar izquierda, cadera en retroversión, y muslos con rotación externa.
- ✓ Su piel se encuentra hidratada, pero se reseca rápido, no presenta laceraciones, enrojecimiento, ni úlceras por presión.
- ✓ Ella tolera la posición de pie durante 10 min. máximo, siempre con ayuda. Y recorre +/- 6 metros caminando despacio, con asistencia.
- ✓ Ella coordina sus movimientos al caminar o hacer alguna acción.
- ✓ Es de lateralidad derecha
- ✓ Utiliza ambas manos al comer por sí misma.
- ✓ Mantiene su control oral-motor
- ✓ Mantiene prensiones gruesas y con ligera dificultad las prensiones finas.

### **Observación:**

Durante la evaluación de los componente psicosocial, cognitivo y neuromuscular se omitieron algunos ítems debido a la condición de salud de la paciente

En cuanto a la **EVOLUCIÓN**





- Durante la primera semana de utilización de la silla de ruedas, a la usuaria la han sacado a pasear, pese a que es bastante inquieta, se solicitó una cincha de sujeción en la cadera, a la fundación, se espera que le brinde mayor seguridad, la hija siempre se mantiene alerta ante cualquier eventualidad en el camino.
- La usuaria manifiesta a su hija, que siente la silla de ruedas bastante confortable.
- Durante la segunda semana, la usuaria mantuvo la misma rutina que de costumbre, no hubo indicios de aparición o formación de alguna ulcera por presión, los familiares manifiestan que ella se siente muy satisfecha con la silla.

## RESULTADOS CLINICOS

Además de la escoliosis izquierda establecida, edad avanzada, enfermedad de Alzheimer y ceguera, los resultados posteriores a la entrega de la silla de ruedas son los siguientes:

- Los familiares manifestaron sentir mayor facilidad a la hora de hacer los traslados, transferencias y movilidad de la silla junto con la usuaria.
- El nivel de satisfacción de la usuaria en escala del 1-5, fue 5(muy satisfactorio).
- No se presentaron indicios de aparición o formación de úlceras por presión con la nueva silla de ruedas,
- La usuaria ha presentado una mejora significativa de la postura dentro de la silla de ruedas, así como la tolerancia a esta, mantiene las mayorías de arcos de movimiento activo en MMSS y MMII limitados, así mismo, presenta mayor tolerancia a la posición de pie.
- Su condición a nivel clínico y/o cognitivo permanece igual.





## DISCUSIÓN

- Durante la realización de dicho caso, se aplicaron los 8 pasos para el suministro de sillas de ruedas dadas por la OMS.
- Se trabajó de la mano junto al personal de la Fundación Nuevos horizontes para los pobres, quienes realizaron la donación de sillas de ruedas para los usuarios beneficiados.
- Durante este proceso realizamos una certificación de buenas prácticas clínicas.
- Se utilizó el modelo de intervención basado en la ocupación: Modelo de Ocupación Humana (MOHO).

### **Aspectos positivos:**

- Ahora somos más los profesionales que nos hemos capacitado en el abordaje del “Suministro de sillas de ruedas apropiadas según los pasos dados por la OMS”, para las personas con alguna condición de discapacidad.
- Se brindó ayuda a usuarios de escasos recursos.
- Quedan abiertos nuevos enlaces de apoyo para las personas que necesitan de una silla de rueda, a través de la Universidad de El Salvador y la Fundación Nuevos Horizontes.

### **Limitaciones:**

- Tiempo: Espera de respuesta favorable de la donación por parte de la Fundación.
- Transporte: tanto de las sillas de ruedas, como de los usuarios a la hora de trasladarse al lugar y fecha estipulados para la entrega de sus sillas de ruedas.
- Aceptación de la donación: Debido a que pocas instituciones donadoras de sillas de ruedas respondieron a la petición hecha, no se logró ayudar a todos los usuarios, si al caso necesitaban algún otro tipo de silla.

Al finalizar dicha intervención se ha concluido que una evaluación realizada por profesionales capacitados en la prescripción, uso y mantenimiento de sillas de ruedas apropiadas, según la OMS, brinda a las personas con algún tipo de discapacidad, mejores condiciones a nivel personal, social y laboral, siendo el suministro de estas, el paso necesario para ser incluidos y convertirse en seres productivos dentro de la sociedad.

Estos les ayudan a sobrellevar una vida más digna y significativa para las personas misma y de su entorno, convirtiéndose estas en herramientas de cambio equitativo e igualitario en especial mención en aquellas zonas de escasos recursos.

Es necesaria una silla de ruedas apropiada ya que cumpla con la mayoría de los requisitos que se soliciten, y que además ofrezca comodidad y seguridad al paciente en condición de discapacidad.





## FUENTES DE INFORMACION

1. Donoso Archibaldo. La enfermedad de Alzheimer. Rev. chil. neuro-psiquiatr. [Internet]. 2003 Nov [citado 2022 Sep 25] ; 41( Suppl 2 ): 13-22. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-92272003041200003&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272003041200003&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272003041200003>
2. Boller F, Duyckaerts Ch. Alzheimer disease: clinical and anatomical aspects. En: Feinberg TE, Farah MJ (eds). Behavioral neurology and neuropsychology. New York, McGraw-Hill, 1997
3. Fornazzari L. Epidemiología de la enfermedad de Alzheimer. En: Fornazzari L (ed). Alzheimer. Santiago, Mediterráneo, 1997
4. Donoso A, Quiroz M, Yulis J. Demencia de tipo Alzheimer, experiencia clínica en 71 casos. Rev Med Chile 1990; 118: 139-145. Reimpreso en: Donoso A. Neuropsicología y Demencias. Santiago, Serie azul de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile, 2001
5. Huang J. Enfermedad de Alzheimer [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. [cited 2022 Oct 2]. Available from: <https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-neurol%C3%B3gicos/delirio-y-demencia/enfermedad-de-alzheimer>
6. Signos y síntomas [Internet]. Brightfocus.org. [cited 2022 Oct 2]. Available from: <https://www.brightfocus.org/espanol/alzheimer/signos-y-sintomas>
7. Gob.sv. [cited 2022 Oct 2]. Available from: [https://w5.salud.gob.sv/archivos/pdf/webconferencias\\_2019/telesalud\\_2019\\_presentaciones/presentacion09102019/DEMENCIA-PRIORIDAD-DE-SALUD-PUBLICA-MUNDIAL.pdf](https://w5.salud.gob.sv/archivos/pdf/webconferencias_2019/telesalud_2019_presentaciones/presentacion09102019/DEMENCIA-PRIORIDAD-DE-SALUD-PUBLICA-MUNDIAL.pdf)
8. Datos y cifras sobre la enfermedad de Alzheimer [Internet]. Alzheimer's Disease and Dementia. [cited 2022 Oct 2]. Available from: <https://www.alz.org/alzheimer-dementia/datos-y-cifras>
9. Michael E, Sytsma T, Cowan RE. A primary care provider's guide to wheelchair prescription for persons with spinal cord injury. Top Spinal Cord Inj Rehabil [Internet]. 2020 Spring;26(2):100–7. Available from: [https://asia-spinalinjury.org/wp-content/uploads/2020/08/4\\_la-prescripcio%CC%81n-de-sillas-de-ruedas-8.19.pdf](https://asia-spinalinjury.org/wp-content/uploads/2020/08/4_la-prescripcio%CC%81n-de-sillas-de-ruedas-8.19.pdf)
10. 15.- Sillas de ruedas para personas con Alzheimer [Internet]. Cuidadores y Alzheimer. 2016 [cited 2022 Oct 2]. Available from: <https://www.ortoweb.com/podcast/15-sillas-de-ruedas-para-personas-con-alzheimer/>



## ANEXO 1







## ANEXO 2

