

59
201



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

**MANUAL DE
INTERVENCIONES DE ENFERMERIA EN LOS
PRINCIPALES SINDROMES GERIATRICOS EN
EL PACIENTE CON DEMENCIA
TIPO ALZHEIMER**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y
OBSTETRICIA

P R E S E N T A N
FANY RODRIGUEZ SALVADOR
PATRICIA VAQUERO HERNANDEZ

Rosa Elia Mendoza Pérez
DIRECTORA DE TRABAJO LIC. ROSA ELIA MENDOZA PEREZ



MEXICO, D.F.

1997

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

RECONOCIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México y a la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, por haberme brindado la oportunidad de estudiar y formarme como una profesionista.

A NUESTROS PROFESORES :

Con agradecimiento y respeto por habernos transmitido sus conocimientos y experiencias en el transcurso de nuestra carrera, y así para poder seguir una formación profesional.

A NUESTRA DIRECTORA DE TRABAJO :

Lic. Rosa Elia Mendoza Pérez

Por brindarnos y transmitirnos sus conocimientos para la elaboración del manual y por el gran apoyo que nos brindó para la terminación del presente trabajo.

GRACIAS

AGRADECIMIENTOS

A DIOS GRACIAS

Por darme la vida.

A MI MADRE : ADELA HERNÁNDEZ CRUZ

Muchas gracias por ser una gran amiga y saberme guiar en el transcurso de mi vida y mi carrera, a pesar de todas las barreras que se interpusieron en tu camino para poderme sacar adelante; en mi educación y formación profesional.

Muchas gracias por motivarme y compartir conmigo alegrías, derrotas y triunfos.

Eres una gran Mujer.

Con amor y respeto para tí

Te amo y quiero mucho

A MI PADRE (+) : ANDRÉS VAQUERO MENDOZA

Gracias por darme la vida y por haber compartido conmigo mi infancia.

Te quiero y recordaré siempre.

A MIS HERMANOS

ANDRÉS, LETY, ARA, JAZMIN

Muchas gracias por brindarme su gran apoyo y motivarme para seguir adelante con mi carrera, ya que estuvieron conmigo en las buenas y en las malas.

Gracias por darme esa dicha de compartir con ustedes alegrías y tristezas.

A MI ESPOSO NOÉ GUTIÉRREZ MARTÍNEZ

AMOR :

Gracias por brindarme tu apoyo incondicional y motivarme para la terminación del presente trabajo.

Siempre fuiste y serás el amor de mi vida.

Te amo.

A MI HIJA CYNTHIA ELIZABETH GUTIÉRREZ VAQUERO :

Gracias a mi niña linda por darme la gran dicha de ser madre, compartir conmigo tu alegría e inocencia que está dentro de tí.

Te amo mi amor.

A MI CUÑADA GUADALUPE :

Por el apoyo que me brindó durante mi carrera.

A MIS CUÑADOS CARLOS Y RAÚL :

Les agradezco la ayuda que me brindaron para el término del presente trabajo.

Gracias.

A todas las personas que me brindaron su ayuda y comprensión.

Gracias

PATY.

AGRADECIMIENTOS

A DIOS GRACIAS

Por permitirme la vida, por que nunca me ha dejado sola. Él ha sido mi sustentador, mi guía, mi padre y madre a la vez. Mi sanador y mi protector, por siempre mi amor y mi fidelidad a Él.

A MI ABUELITA BELEM TEJEDA MÁRQUEZ :

Porque a pesar de todas las dificultades presentadas, siempre he tenido su apoyo en todo.

A MI HERMANO SERGIO RODRÍGUEZ SALVADOR :

Quien ha luchado para poder colaborar conmigo hasta el final de mi carrera, por su amor y apoyo.

A MI MADRE (+) Y A MI PADRE :

Por darme la vida, y por que se que aún en la distancia el amor de Dios nos une.

A LA PEQUEÑA CITLALLI :

Quien gracias a tu inocencia, alegría, inquietud ha sabido ser uno de mis mayores estímulos en cada paso de mi vida.

A MIS TÍAS, MIS TÍOS, PRIMOS :

Gracias por el apoyo que me brindaron durante mi carrera.

FANY

CONTENIDO

| | | |
|-------------|---|------------|
| | INTRODUCCIÓN | 2 |
| 1 | JUSTIFICACIÓN | 4 |
| 2 | OBJETIVOS | 6 |
| 3 | GENERALIDADES SOBRE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER | 8 |
| 4 | PERFIL DE LA ENFERMERA QUE ATIENDE AL ANCIANO CON PROBLEMAS DE ALZHEIMER | 14 |
| 5 | INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LOS PRINCIPALES SÍNDROMES GERIÁTRICOS EN EL PACIENTE CON DEMENCIA TIPO ALZHEIMER | 17 |
| 5.1 | PERDIDA DE AUTONOMIA | 18 |
| 5.2 | PATOLOGÍA DE LOS PIES | 28 |
| 5.3 | AFASIA | 41 |
| 5.4 | APRAXIA | 54 |
| 5.5 | PATOLOGÍA DENTAL | 61 |
| 5.6 | DÉFICIT VISUAL | 74 |
| 5.7 | DÉFICIT AUDITIVO | 81 |
| 5.8 | TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD | 85 |
| 5.9 | TRASTORNOS DEL SUEÑO | 102 |
| 5.10 | SÍNDROME DE INMOVILIDAD | 110 |
| 5.11 | COLAPSO DEL CUIDADOR | 133 |
| 5.12 | PATOLOGÍA SOCIAL | 144 |
| 6 | CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS | 151 |
| | BIBLIOGRAFÍA | 154 |

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

El proceso de envejecimiento es un hecho en todo ser vivo por lo cual el hombre no se escapa de dicha situación. Así encontramos que el ser humano al llegar a la vejez presenta alteraciones morfológicas y funcionales que requieren de la adaptación gradual a su capacidad y su rendimiento real frente a las actividades de la vida cotidiana. Las afecciones en esta etapa son de tipo: Físico, psicológico, social, cultural y espiritual, los que se consideran hasta cierto punto normal.

Sin embargo en el área cognoscitiva podemos encontrar trastornos de tipo demencia. Dentro de los problemas demenciales es en donde ubicamos la enfermedad de Alzheimer, la cual, en nuestro medio es muy poco conocida en cuanto a su manejo adecuado, es aquí en donde la enfermera tiene mucho campo de acción.

En México únicamente se encuentran dos centros de día en donde se les proporciona una atención de especialidad en donde la enfermera ha tenido muy poca intervención en el cuidado de este tipo de pacientes. Un ejemplo es el centro de día Francisco Espinosa Figueroa el cual ofrece dentro de un ambiente familiar atención afectuosa y digna; mediante terapia ocupacional y física a pacientes con demencia tipo Alzheimer, con el fin de estimular las capacidades residuales y mantener la funcionalidad y dignidad del ser humano que presentan esta enfermedad. En este centro desde su creación en 1992, hasta agosto de 1995 no se contaba con personal de enfermería es en este agosto último cuando se inicia la participación del Licenciado en enfermería y Obstetricia en esta institución; encontramos que son de vital importancia para proporcionar una atención integral conjuntamente con el equipo multidisciplinario.

Durante el servicio social se realizó el control de salud a dichos pacientes a través de la cartilla de autocuidado para determinar cuáles son los síndromes geriátricos que más afectan a su funcionalidad: Física, Social, Cultural, Espiritual y con ello se proyectó; el presente manual de intervención de enfermería se ha estructurado con el objeto de dar a conocer el manejo integral del paciente con demencia tipo Alzheimer en los principales síndromes geriátricos encontrados, los que se presentan en el manual por orden de importancia.

1

JUSTIFICACIÓN

JUSTIFICACIÓN

El presente manual se justifica ampliamente por las siguientes razones. Conviene que el Licenciado en Enfermería y Obstetricia de a conocer cuál es el manejo integral del paciente con demencia tipo Alzheimer, ya que en el centro de día "Francisco Espinosa Figueroa", lugar donde se atienden ancianos con esta enfermedad se logró que a través del servicio social se realizara un seguimiento del cuidado a su salud, de los ancianos con demencia tipo Alzheimer. Con dicha experiencia se dan a conocer las intervenciones de enfermería para el control y manejo del anciano que presenta la enfermedad de Alzheimer y también apoyar a sus familiares.

2

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Dar a conocer a través del presente manual, las intervenciones de enfermería en cuanto al manejo integral del paciente con demencia tipo Alzheimer.

OBJETIVO ESPECIFICO

Dar a conocer los síndromes geriátricos más frecuentes en el anciano con demencia tipo Alzheimer. Promover que el Licenciado en Enfermería y Obstetricia participe en el manejo integral de los síndromes geriátricos en ancianos con demencia tipo Alzheimer y poder elevar la calidad de vida del paciente.

3

GENERALIDADES SOBRE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

GENERALIDADES SOBRE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

La enfermedad de Alzheimer, fue diagnosticado por primera vez en 1907, por el médico alemán Alois Alzheimer, se reconoce actualmente como trastorno más devastador de la vida anciana; Alzheimer descubrió primero las características patológicas de la enfermedad, quien relató el caso de una mujer de 51 años internada en una institución psiquiátrica de Frankfurt, quien manifestaba delirios de persecución, tenía alteraciones de la memoria, desorientación en tiempo y persona, anormalidades del lenguaje e impedimentos de la comprensión. Dicha paciente mostraba en contraste marcha, coordinación y reflejos intactos, se fue deteriorando gradualmente y finalmente murió 4 años después.

La enfermedad de Alzheimer se caracteriza por ser un padecimiento degenerativo primario del SNC, que comienza en etapas intermedias o tardías de la vida, y que se caracteriza por un desorden cognitivo. Es una alteración progresiva, crónica e incapacitante, cuyo rango de degeneraciones es variable.

La Asociación Mexicana de Alzheimer y Enfermedades Similares (AMAES), señala que hay alrededor de 350,000 mexicanos mayores de 60 años que padecen esta enfermedad; así mismo, reporta 50,000 personas afectadas que se encuentran entre 30 y 59 años. Se trata pues de una enfermedad que incrementa su frecuencia en la tercera edad. La enfermedad de Alzheimer no hace distinción de clase socioeconómica, raza o grupo étnico, afecta por igual a hombres y mujeres, aunque más frecuentemente a personas mayores, aproximadamente 10% en mayores de 65 años y 47% en mayores de 85 años. La enfermedad de Alzheimer produce una disminución de las funciones intelectuales lo suficientemente grave como para interferir con la capacidad para realizar actividades de la vida diaria. Es la mas común de las demencias. La enfermedad de Alzheimer es progresiva, degenerativa del cerebro y provoca deterioro de la memoria, de pensamiento y conducta. La persona que la padece puede experimentar o sentir confusión, desorientación en tiempo y persona, alteraciones en el juicio, dificultad para encontrar palabras, etc.

ETIOLOGÍA

La causa de la enfermedad de Alzheimer es desconocida; sin embargo, los estudios de científicos, médicos e investigadores indican que cada vez hay mas evidencias de que se trata de una enfermedad de origen genético. Los investigadores han encontrado hasta el momento que los genes causantes de la enfermedad se encuentran localizados en los cromosomas 1, 12, 14, 19 y 21. Sin embargo, no hay que pasar por alto otros factores como virus, agentes tóxicos o ambientales, metales, campos electromagnéticos, etc.

Otras alteraciones que puede provocar la demencia tipo Alzheimer son:

a) Anormalidades de la membranas neuronal.

Los estudios de Tomografía Axial Computarizada (TAC), han relevado que, patológicamente la enfermedad de Alzheimer se caracteriza por atrofia cortical, con reducción en la densidad del cerebro, disminución de la superficie de la corteza, ensanchamiento de los surcos y dilatación de los espacios ventriculares, especialmente del tercer ventrículo. El peso del cerebro en la fase terminal de la enfermedad de Alzheimer es de 900 gr. o menos, en vez de 1500 gr., que es el peso de un cerebro normal.

Histopatológicamente se observa pérdida neuronal selectiva y lo que se ha llamado huellas anatómicas de la enfermedad, que no son sino cambios degenerativos caracterizado por proliferación de placas neuróticas (seniles). Otra posible hipótesis para la formación de las placas que causan esta enfermedad, es una síntesis aberrante de la proteína B-amiloide, en las terminaciones nerviosas. La acumulación de este amiloide tiene un efecto tóxico, llevando a la destrucción, a la muerte neuronal y a la formación de placas seniles.

b) Formación de filamentos:

Otra alteración que acompaña a la enfermedad son las redes o marañas neurofibrilares que están compuestas por un filamento helicoidal (enrollado en una doble hélice). De acuerdo con un descubrimiento reciente del Dr. Davies, estos filamentos contienen en su estructura a la proteína tau transformada o rota en cierta posición, la cual se conoce como proteína tau anormal o A-68, reportaron que el sitio donde se inicia la formación de redes neurofibrilares es en las áreas media e inferior del lóbulo temporal y se ha demostrado que la presencia de estas redes neurofibrilares tienen una alta correlación con el grado de demencia, más que la presencia de placas seniles.

c) Intoxicación por acumulación cerebral de sales de aluminio:

Se han encontrado depósitos intercelulares de aluminio y silicatos en las neuronas que presentan alteraciones neurofibrilantes. En un principio, se pensó que estas altas concentraciones, se debía al empleo regular de desodorantes antitranspirantes que contienen aluminio en su fórmula; a la inhalación prolongada de aluminio en trabajadores de refineries de este metal o a la ingestión de alimentos cocinados en utensilios fabricados con aluminio, sin embargo, se determinó que estas asociaciones pueden ser secundarias, y que la causa principal radica en una mayor afinidad por el aluminio, en las neuronas dañadas de estos pacientes.

SÍNTOMAS MAS COMUNES DE LA DEMENCIA TIPO ALZHEIMER

Los primeros síntomas de la demencia tipo Alzheimer pueden no ser percibidos fácilmente porque se parecen a los signos naturales del envejecimiento, tales como el olvido, pérdida de la concentración, así como problemas motrices y de lenguaje, incluyendo dificultades para hablar y caminar. Los síntomas más comunes de la enfermedad de Alzheimer son:

- ⇒ Pérdida progresiva de la memoria.
- ⇒ Confusión y desorientación en el tiempo y espacio.
- ⇒ Repetir a cada rato la misma pregunta.
- ⇒ Perder las cosas o dejarlas o esconderlas en lugares poco usuales.
- ⇒ Mostrar agitación, inquietud o nerviosismo.
- ⇒ Quererse ir de la casa argumentando que esa no es su casa.
- ⇒ Perdersse o extraviarse, incluso en su propia colonia.
- ⇒ No poder reconocer a familiares cercanos.
- ⇒ Mostrarse cansado, callado o deprimido, irritable y agresivo.
- ⇒ Presentar alucinaciones, ver cosas que no son o escuchar ruidos que no existen.

La progresión de la Enfermedad de Alzheimer se divide normalmente en cuatro estadios:

ESTADIO I

Suele tener una duración entre 2 y 4 años aproximadamente. Su comienzo es insidioso y a veces difícil de detectar. Lo más característico de esta fase son las alteraciones amnésicas (generalmente fallos en la memoria reciente); se observa también pérdida de la iniciativa y desinterés por las actividades y tareas cotidianas, así como trastornos emocionales o del afecto, generalmente depresión, tales como: agitación, alteraciones del sueño y anorexia. En respuesta a un estímulo cualquiera pueden surgir las reacciones manifestadas en forma de risa, llanto, hostilidad o inmovilidad.

ESTADIO II

Suele durar entre 3 y 5 años aproximadamente. Se caracteriza fundamentalmente por la alteración en las funciones instrumentales u operativas, es decir en las afasias, apraxia y agnosias. Las afasias es de tipo mixto, alterándose la comprensión auditiva y escrita, así como la expresión verbal y por lo tanto la comunicación. Sin embargo, la capacidad para leer en voz alta y para repetir palabras y/o frases pueden permanecer intactos o levemente alteradas en muchos pacientes.

La agnosia no es infrecuente. La agnosia digital puede verse cuando esta implicando el lóbulo parietal dominante se observa acalculia (incapacidad para realizar operaciones aritméticas simples) y agrafia. Cuando la afectación cortical parietal se encuentra en el lóbulo no dominante, se puede observar anosognosia (es decir, ignorancia de la presencia de enfermedad), paragnosia (dificultad para distinguir partes corporales) y prosopagnosia (dificultad para reconocer caras familiares).

La apraxia puede observarse cuando el hemisferio dominante es el afectado resulta una apraxia ideomotriz, en la que el paciente es incapaz de realizar una tarea ordenada a través de una orden verbal. Esta forma de apraxia es habitual junto a la afasia. Durante este estadio el paciente no podrá recordar nombres o sucesos recientes, muy probablemente los inventará, en un intento de superar la situación embarazosa que producen sus fallos de memoria. Desorientado en el tiempo con frecuencia olvida citas y conmemoraciones familiares, dejará sus objetos personales en cualquier sitio, con la única intención de quejarse después, a veces muy ruidosamente, de que alguien se los ha quitado.

ESTADIO III

De duración variable muy en dependencia con la agresividad de la propia enfermedad, de los cuidados higiénicos dietéticos recibidos por parte del entorno familiar. Se acentúa la rigidez y aparece cierta espasticidad, paratonía (resistencia inconstante a los movimientos pasivos, proporcional a la velocidad de los mismos). En esta fase la apatía es intensa, la incontinencia de esfínteres es total, las caídas y fracturas son muy frecuentes, consistentes en la ambulación, arrastre de los pies con momentos de parada y finalmente, al estado de incapacidad, ya que el paciente no puede mover sus miembros inferiores (apraxia de la marcha).

No se reconoce ante un espejo y hablan con su imagen especular; tampoco como se ha dicho, reconoce a las personas allegadas. Aparece la coprofilia/coprofilia y la urolagnia. Debido a la severa alteración de las apraxias más elementales, los enfermos precisan ayuda para todas las actividades de la vida diaria, haciéndose muy penosa su atención en el seno del hogar conyugal o familiar, siendo en esta fase cuando se solicita por los cuidadores.

ESTADIO IV

Con la apraxia de la marcha y la extrema consunción o debilitamiento, sobreviene el terrible encamamiento, adoptando el enfermo la postura "fetal" (parapleja en flexión) con las caderas y rodillas flexionadas hacia el abdomen y los talones reposando sobre los muslos. Terminando en la anquilosis y la atrofia muscular severas. En esta situación se desarrollan con facilidad las úlceras de presión. En estos casos la reposición de líquido y el aporte nutricional debe administrarse mediante sonda nasogástrica.

La muerte suele sobrevenir a causa de sepsis de foco urinario y respiratorio, desnutrición, deshidratación, traumatismos y por complicaciones de encamamiento, generalmente procesos de tipo cardiovascular.

DIAGNOSTICO

El diagnóstico puede tomarse en consideración después de haber llevado a cabo una evaluación lo cual debe incluir cuatro aspectos importantes.

- ⇒ Historia clínica.
- ⇒ Examen físico completo de sangre y orina.
- ⇒ Examen neurológico, incluyendo rayos x, TAC, EEG y resonancia magnética.
- ⇒ Examen sobre el estado mental o psicológico del paciente.
- ⇒ Por autopsia para la confirmación de la enfermedad.

Las personas diagnosticadas con Alzheimer pueden sobrevivir de 2 a 20 años a partir del inicio de los primeros síntomas (pérdida de la memoria). Disminuye la esperanza de vida, pero proporcionando un cuidado apropiado, con énfasis en la higiene y atención médica adecuada a los pacientes, mejoran la calidad de vida y pueden sobrevivir por muchos años, tanto en casa como en instituciones. Normalmente su muerte no puede ser pronosticada sino hasta estados muy avanzados.

TRATAMIENTO

Hasta el momento no existe tratamiento para combatir o detener la enfermedad de Alzheimer; sin embargo, científicos, médicos e investigadores de todo el mundo trabajan con ello. Por el momento, la respuesta más viable y con mejor efecto es darles amor, comprensión, cariño y respeto.

4

PERFIL DE LA ENFERMERA QUE ATIENDE AL ANCIANO CON PROBLEMAS ALZHEIMER

PERFIL DE LA ENFERMERA QUE ATIENDE AL ANCIANO CON PROBLEMAS DE ALZHEIMER

La enfermera como equipo de salud requiere de características y cualidades para el trabajo en equipo; pero además para el manejo del anciano las características y cualidades son de gran importancia para una buena relación enfermera-anciano y enfermera-familia; al tomar en cuenta lo anterior es necesario mencionar que el trabajo como el anciano con problemas de Alzheimer se exige otras características y cualidades de mayor sensibilidad.

Es por ello que la enfermera que atiende al anciano con problemas de Alzheimer debe contar con las siguientes características y cualidades:

CARACTERÍSTICAS

- ⇒ Principios éticos de enfermería.
- ⇒ Liderazgo para actuar como agente y progreso.
- ⇒ Actitud de aceptación y respeto por la vejez y por las personas mayores.
- ⇒ Compromiso con el adulto mayor, la familia, la comunidad y la profesión.
- ⇒ Sentido de responsabilidad y auto-crítica en las tareas que emprenda.
- ⇒ Óptimas habilidades de comunicación con el anciano, la familia y el equipo interdisciplinario.

CUALIDADES

- ⇒ Interés en la vejez: El cual se refleja en el manejo entusiasta la contribución importante y honesta para una mejor calidad de vida del anciano.
- ⇒ Vocación de trabajo con el anciano con problema demencial: El cual se refleja en la amabilidad del trato.
- ⇒ Disposición para el estudio: Es importante que la enfermera se esté actualizando en el manejo del paciente con demencia, ya que es una enfermedad que aún no se tiene mucha información.

- ⇒ **Manejo de la frustración:** Debe saber manejar sus sentimientos de frustración, ya que este tipo de pacientes en su evolución van declinando y nunca llegan a la rehabilitación.
- ⇒ **Interés en la docencia e investigación:** La intervención de enfermería en este tipo de pacientes requiere de la docencia, en forma constante para mantener las habilidades del anciano, para enseñar a la familia el manejo de su paciente anciano y para enseñar a otros profesionales como deben cuidar al anciano con problemas demenciales. En cuanto la investigación le es útil para dar a conocer sus experiencias en el cuidado de este tipo de pacientes.

Por otro lado la enfermera debe ser:

- ⇒ **Responsable:** Realizando los deberes y tareas asignadas, presentarse a trabajar en el horario estipulado y cumplir sus obligaciones y promesas a fin de ganar la confianza de los pacientes y miembros que la rodean.
- ⇒ **Honesta:** Ser veraz, sincera, genuina, y mostrar verdadero interés por el paciente. La cantidad y calidad que brinde debe informarlos en forma veraz y correcta.
- ⇒ **Comprensiva:** Es importante saludar y conversar con el paciente, tener habilidad para ver las cosas desde el punto de vista del paciente y colocarse en su lugar.
- ⇒ **Respetuosa:** El paciente tiene derechos, valores, creencias y sentimientos; y aunque estos difieran de los suyos no debe criticarlos o condenarlos. Debe tratar al paciente con respeto y dignidad todo el tiempo. También debe ser respetuosa con quienes trabaja.
- ⇒ **Debe tener paciencia:** Es conveniente que la enfermera sea y se porte agradable con el paciente no mostrarse molesta, de mal humor al atender al paciente por muy molesta que sea la situación.
- ⇒ **Flexible:** Debe estar dispuesta a ayudar a los demás principalmente a los familiares.

5

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA EN LOS PRINCIPALES SINDROMES GERIATRICOS EN EL PACIENTE CON DEMENCIA TIPO ALZHEIMER

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LOS PRINCIPALES SÍNDROMES GERIÁTRICOS EN EL PACIENTE CON DEMENCIA TIPO ALZHEIMER

5.1 PERDIDA DE AUTONOMÍA

5.1.1.- ASPECTOS GENERALES SOBRE PERDIDA DE AUTONOMÍA

CONCEPTO

Autonomía: Es la capacidad para comportarse de modo independiente y de realizar cosas por su propia cuenta.

Autocuidado: Es el conjunto de conocimientos y prácticas que realiza el individuo por sí mismo para mantener la vida, conservar la salud y lograr el bienestar.

Pérdida de Autonomía: Es la incapacidad de realizar actividades de la vida diaria de forma independiente.

GENERALIDADES

Al ser humano se le considera como un ser único y complejo con componentes biológicos psicológicos, socioculturales y espirituales, que a su vez tiene necesidades o requisitos que debe satisfacer para mantener su integridad (física psicológica y social).

Estas necesidades son comunes a todos los individuos, si bien cada persona, en su unicidad, tiene la habilidad y capacidad de satisfacerlas de modo diferente con el fin de crecer y desarrollarse a lo largo de su vida. Así mismo sabemos que cada persona tiene determinadas capacidades y que cada uno trata y busca lograr la independencia, y satisfacción de sus necesidades manteniendo un estado óptimo de salud; cuando esto no es posible existe la dependencia.

El individuo tiene la capacidad para sobrevivir con: orientación, independencia física, movilidad, ocupación, integración social y autosuficiencia económica, para satisfacer estos roles sociales el individuo emplea una variedad de habilidades funcionales que derivan en conductas complejas y realizaciones de tareas.

En todas las culturas el individuo debe cumplir con cierto logros o conductas fundamentales relacionados con la existencia y supervivencia de sí mismo. El individuo recibe señales del medio que lo rodea (visuales, auditivas, olfatorias o táctiles) y asimila estas señales dando una respuesta a ellas.

Por otro lado mantiene una existencia independiente habitualmente efectiva en lo que respecta a las necesidades más inmediatas del cuerpo entre ellas la alimentación, la higiene personal y algunas otras actividades de la vida cotidiana, se desenvuelve de manera eficaz en el medio ambiente, adecua y emplea su tiempo de una forma adecuada para su sexo, edad, cultura, incluyendo la realización de ocupaciones tales como cultivar la tierra, trabajar en relación de dependencia manejar una casa, educar a los hijos, desempeñar actividades como juegos o recreación, practica y mantiene relaciones sociales con los demás, el individuo participa y mantiene una actividad y una independencia socioeconómica a través de su trabajo. Este autoabastecimiento económico incluye la obligación de mantener a otros como a los de su miembro de la familia..

Por otro lado vemos que las enfermedades crónicas han aumentado y es uno de los problemas primarios en salud pública, lo que da como consecuencia gran dificultad para el individuo así como la incapacidad para desempeñar sus tareas, lo que va volviendo al individuo más dependiente .

El grado de discapacidad es un indicador de la carga del cuidador, por lo tanto la carga que representa la discapacidad es el tiempo y la energía sustituida que deben emplearse en satisfacer las necesidades del individuo dependiente para que pueda mantener una cierta calidad de vida. La dependencia se puede relacionar con consecuencias sociales y económicas.

El envejecimiento es algo más que sólo un proceso biológico, implica la aparición de una serie de cambios físicos, psicológicos y sociales. Se sabe que el envejecimiento normal, no provoca síntomas inmediatos, y que las personas envejecen en diferentes momentos de la vida, mostrando también declinación mentales en grado diferente. Cada persona envejece conforme a su reloj biológico de control interno fisiológico, que parece llevar un registro del tiempo que se ha vivido, y programa el tiempo que ha de vivir.

Uno de los cambios más consistentemente observados en los viejos, es la lentitud que generalmente muestran en la ejecución, tanto de actividades físicas (bradiquinesia), como en las intelectuales (bradifenia). No obstante, deben tomarse en cuenta factores como las diferencias individuales; existen viejos que son rápidos en sus respuestas mantenido involucrados en actividades físicas a lo largo de su vida, lo que los hace más rápidos y menos lentos conservando cierta agilidad motora a pesar de su edad cronológica.

Existen algunos mitos asociados con el envejecimiento y frecuentemente se piensa que el anciano es una persona enferma sedentaria, empobrecido en sus capacidades sensoriales e inepto. Hay incluso quienes visualizan el deterioro mental como parte normal del

envejecimiento. Además de las limitaciones físicas visibles que el anciano presenta, también es limitado en su hacer al imponerle muchas cosas.

Por otro lado su papel social se ve afectado también por la disminución del vigor físico y la actividad, las incapacidades sensoriales, y los problemas de salud que lo aquejan. Todo ello conduce a que las personas mayores experimenten retraimiento social, baja motivación, dependencia.

Mientras que algunos problemas del anciano parecen estar relacionada con la dificultad de mantener una vida independiente en la comunidad, debido a las dificultades funcionales en el transcurso de la vejez, el anciano con Alzheimer u otras demencias tiene un cerebro enfermo que le incapacita hasta el punto de no poder hacer tareas mas simples y rutinarias, o poder expresarse verbalmente. A veces el paciente de Alzheimer olvida como debe cuidar su cuerpo.

ALTERACIONES RELACIONADAS CON LA AUTONOMÍA EN EL ANCIANO CON ALZHEIMER

HIGIENE PERSONAL

El aseo personal , y otras conductas relacionadas con la vida cotidiana, son cosas que se aprenden durante la infancia y se mantienen como conductas automáticas durante toda la vida . El olvido de como utilizar el baño, lavarse la cara o los dientes esta relacionado con los del cerebro provocados por la enfermedad de Alzheimer.

Muchas veces el enfermo se negará al baño, esto causa vergüenza en la familia, suele suceder que se sienta el enfermo muy temerosos de la ducha, quizás temen que el agua los lastime, o tal vez que han olvidado como regular la temperatura de la misma; en ocasiones, las víctimas de la Enfermedad sufren cambios en su termostato interno de tal manera que lo que puede parecer una temperatura normal para la mayoría de los demás, resulta muy caliente o frío para ella.

En lo que se refiere al aseo de genitales. Debido a que estos órganos son partes mucho mas íntimas, el enfermo puede estar resistente al querer manipular esa área, mas sin embargo es evidente que resulta de vital importancia que esta zona del cuerpo este bien limpia; los genitales sucios producen un olor desagradable y son asiento de numerosas infecciones.

HIGIENE BUCAL

Esto también es muy importante. Las dentaduras postizas que no encajan bien, o las infecciones bucales o de encías pueden interferir con la capacidad del paciente de Alzheimer para comer o masticar. No es necesario indicar que la boca sucia despide un olor desagradable. Después de asimilar esta enseñanza tales actividades se vuelven autónoma,

hasta que el daño físico al cerebro ocasiona que la memoria de las conductas se pierda en forma parcial o total.

VESTIDO Y ACINAMIENTO

Aun las personas que han sido muy cuidadosas en el vestir durante toda su vida, pueden perder la capacidad para distinguir entre diferentes diseños o prendas de ropa. En las primeras etapas de una enfermedad que cursa con deterioro de la memoria, estos enfermos tienen mucha dificultad en reconocer el tipo de prenda.

En ocasiones no es suficiente etiquetar los cajones y proporcionar artículos de ropa más simple ya que suele pasar que el enfermo no sabe que ropa debe de usar, el paciente por ejemplo no pueda decir que tiene calor o frío, o ya sea que se ponga la ropa al revés, a si mismo pasa al intentar ponerse su zapato.

AFEITADO

El enfermo tiene también dificultad para el afeitado, además de ser demasiado riesgoso para el uso de estos utensilios; en primera por que no sabrá como usarlo y en segunda por que la coordinación de movimientos esta disminuida en estos ancianos.

APLICACIÓN DE MAQUILLAJE

La paciente de Alzheimer olvidará maquillarse, no se percatada de su arreglo personal.

DISMINUCIÓN DE LAS CAPACIDADES FÍSICAS

Si el paciente, tiene defectos visuales o pérdida de la audición, estas incapacidades pueden ocasionar dificultades no solo en la movilidad si no también en la comunicación, lo que conducirá a una respuesta inadecuada o incluso al mutismo.

ALIMENTACIÓN

La alimentación, para la mayoría, no es solo una forma de nutrir y/o fortificar el cuerpo, se trata de un acto rodeado de recuerdos y tradiciones y cargado de significado tradicional. El enfermo con deterioro de la memoria se tiene que enfrentar a dificultades dentales y aunado a esto el olvido de cómo masticar, beber, comer, tragar, o con problemas de coordinación, esto resulta ser demasiado frustrante tanto para el enfermo como para quien lo cuida.

Cuando las personas están alteradas tienden a comer mucho o pierden por completo el apetito debido a que nuestras emociones afectan al hambre. Si las horas de la comida son momentos desagradables y apresurados, la persona que sufre deterioro puede dejar de comer por completo o exigir mas comida, como un medio para llamar la atención y solicitud.

OLVIDO DE BUENOS HÁBITOS DEL RETRETE

La misma memoria reciente que nos recuerda cuando ingerimos la última comida, es la que nos dice cuando fue la última vez que orinamos y defecamos, el anciano olvidadizo quizá no se acuerde del tiempo que ha transcurrido desde que fue al baño por última vez; es posible que tampoco recuerde como responder a las señales de alarma que le envía el cuerpo; una sensación plenitud en la vejiga o en el intestino, no tendrá relación, en su mente, con la necesidad de hacer algo al respecto. En consecuencia, puede sufrir accidente que puede ser una experiencia terriblemente embarazosa para él.

En el enfermo con deterioro de la memoria se le olvida a donde esta el retrete y siente la invasión de su intimidad si alguien lo ayuda asentarse en el retrete, lo que en ocasiones incrementa su agitación.

El empleo del retrete es algo mas íntimo para la mayoría de las personas, al hacer que éste este atento al delicado aspecto de su vida resulta una situación muy embarazosa para el. Además la invasión de lo que el considera su intimidad podrá ser una amenaza e incrementar su agitación.

ESTREÑIMIENTO Y DIARREA

Es por desgracia que la persona que tiene deterioro de la memoria no pueda llevar a cabo un registro de sus evacuaciones, debido a la falta de ejercicio, al efecto de medicamentos, a la digestión mas lenta o a una dieta inadecuada que incluya grandes cantidades de azúcar refinada y poca fibra, todos estos son factor de estreñimiento. A menudo los primeros síntomas de esta condición son: dolor abdominal y cefalea. El estreñimiento puede ser muy doloroso y agravar la confusión del paciente.

INCONTINENCIA

Se conoce como incontinencia a la incapacidad para controlar la necesidad de eliminar orina o heces. Puede ser causada por lesiones en el sistema nervioso central o por la pérdida de control de esfínteres que nos permiten tener cerrados la uretra y el ano, ciertos medicamentos e infecciones también pueden ocasionar incontinencia.

En las etapas iniciales de una enfermedad que deteriora la mente, encontramos que la incontinencia mas importante es la urinaria. Cuando la incontinencia es intermitente, el problema puede ser de origen psicológico los pacientes que están enojados o decepcionados a veces demuestran sus sentimientos al defecar o al orinar.

5.1.2.- PUNTOS DE VALORACIÓN

* FÍSICOS

- ⇒ Incapacidad para realizar las actividades de la vida diaria (vestirse, bañarse, alimentarse, defecar, orinar, etc.).
- ⇒ Higiene personal
- ⇒ Aspecto físico

* PSICOLÓGICO

- ⇒ Pérdida de la memoria
- ⇒ Confusión
- ⇒ Depresión
- ⇒ Frustración

* SOCIALES

- ⇒ Rechazo de la sociedad
- ⇒ Aislamiento del propio enfermo
- ⇒ Cansancio del cuidador o la familia para asistir al anciano.

5.1.3.- INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

HIGIENE PERSONAL

- ⇒ Si el enfermo ya ha perdido totalmente la habilidad para su aseo personal el cuidador tendrá que darle todo tipo de cuidado diariamente.
- ⇒ Si el enfermo no esta totalmente limitado ,se le orientará sobre los pasos a seguir en cada acción.
- ⇒ Es necesario motivar al paciente brindarle, confianza, ya que como sabemos, algunos de estos cuidados están relacionados con la privacidad del ser humano y puede ser muy vergonzoso para el paciente y ocasionar incomodidad.
- ⇒ Guiar al paciente que conserve buenas costumbres higiénicas.
- ⇒ Es recomendable ajustar el agua a la hora del baño a una temperatura tibia.
- ⇒ Como precaución de seguridad, se debe ajustar el calentador de agua de tal manera que nunca este muy caliente.
- ⇒ Poner un horario fijo diario para el baño o varias veces a la semana de tal manera que se pueda convertir en una rutina normal para el paciente y de esta forma disminuirá la resistencia al bañarlo.
- ⇒ Es recomendable que el baño se realice en tina ya que es menos amenazador para el paciente y mas fácil de realizar para el cuidador.
- ⇒ Colocar azas y tapetes en la tina de baño ,de esta forma el paciente podrá salir y entrar muy fácilmente de ella.
- ⇒ Tratar de hacer que las experiencias del baño y el aseo sean tan inofensivas como sea posible. hacer recordatorios amables al paciente expresar ternura y afecto.
- ⇒ Formar un riguroso sistema de etiquetando, los cajones dividirlos dependiendo de la clase de ropa.
- ⇒ Al comprar ropa elegir colores , que se combinen con mas facilidad.
- ⇒ Asegurarse que el enfermo este vestido adecuadamente para el clima.

- ⇒ Supervisar que no estén al revés su vestido , su calzado etc.

AFEITADO

- ⇒ Algunos hombres con enfermedad de Alzheimer olvidan como afeitarse por lo tanto hay que realizarlo conjuntamente con él.
- ⇒ Enseñar al cuidador del enfermo a afeitar a su paciente.

APLICACIÓN DE MAQUILLAJE

- ⇒ Si la paciente acostumbra maquillarse es necesario ayudarla o realizarlo por ella.

HIGIENE BUCAL

- ⇒ Si el enfermo es capaz de realizar el aseo bucal se le indicará el modo de hacerlo correctamente.
- ⇒ Supervisar en el momento del aseo bucal el estado de las encías y dientes.
- ⇒ En caso de no estar el enfermo capaz de hacerlo el cuidador tendrá que hacerlo de manera cuidadosa y tranquilizadora.
- ⇒ Para los pacientes que usan enjuagues bucales se deberá asegurar el cuidador de que este no ingiera estos productos, se le enseñará como escupir después de utilizarlos.

DISMINUCIÓN DE LAS CAPACIDADES FÍSICAS

- ⇒ Vigilar la salud física del paciente con deterioro de la memoria ya que la enfermedad y la incapacidad física tienden a incrementar la confusión mental, y en tanto que la buena condición física pueda mejorar de una manera importante la calidad de vida del enfermo.
- ⇒ Orientar a los familiares a la realización constante de un chequeo médico de sus enfermo.

ALIMENTACIÓN

- ⇒ Tratar de mantener una buena alimentación para el enfermo con problema demencial.

- ⇒ Observar problemas para comer, beber o deglutir y ayudarlo.
- ⇒ Estar atento a la posibilidad de asfixia y tratar de evitarlo.
- ⇒ Si el enfermo ha olvidado como alimentarse o tiene problemas de coordinación es necesario crear patrones tales como: tomar la cuchara y colocar un poco de comida en ella, depositarla en la mano del enfermo, con cuidado se le ayudará a dirigir la cuchara hacia su boca, recordándole constantemente los pasos a seguir después de introducida la comida en la boca.
- ⇒ Ofrecer elogios por su capacidad para comer sin ayuda.
- ⇒ Los alimentos deben asegurarse de estar tibios para evitar quemadura.

OLVIDO DE BUENOS HÁBITOS DEL RETRETE

- ⇒ Expresar ternura y afecto cada vez que se realice cualquier acto que pueda parecer desagradable para el paciente.
- ⇒ Tratar de conservar la calma, mostrarse tranquilo, nada precipitado, ser específico y casual al llevar al enfermo al baño desvestirlo y motivarlo a orinar o a defecar.
- ⇒ Colocar un letrero si es posible o dibujar un retrete a fin de orientar al paciente y colocarlo en la puerta del baño.
- ⇒ Por seguridad y instalar barreras para que el paciente se pueda afianzar al pararse.
- ⇒ Realizar cambios de ropa interior en caso de ser ensuciados para evitar mal olor e infecciones.

ESTREÑIMIENTO Y DIARREA

- ⇒ Llevar un registro de las evacuaciones del paciente lo mas discretamente posible para que el no se sienta incómodo.
- ⇒ En caso de obstrucción intestinal o impactación intestinal la enfermera puede realizar maniobras para desimpactarlo.
- ⇒ Ofrecer dieta rica en fibra a fin de prevenir estreñimiento, así como la ingesta de líquidos.

- ⇒ Motivar al ejercicio: caminatas diarias esto es para que tenga evacuaciones mas regulares.

INCONTINENCIA

- ⇒ Llevar un control de líquidos.
- ⇒ Planificar un esquema de micciones para controlar la incontinencia.
- ⇒ Formular un horario y motivar al paciente a la micción y defecación.
- ⇒ Buscar probable causa de incontinencia: esta puede ser alguna preocupación.
- ⇒ Estar atento a datos que indique alguna infección.
- ⇒ Si ocurre algún accidente en relación a la micción o defecación lo mejor es no darle importancia, a fin de angustiar al paciente.

5.1.4.- EVALUACIÓN

- ⇒ Evaluar la realización de las actividades de la vida diaria.
- ⇒ Evaluar si a pesar del deterioro se logró mantener la interdependencia o dependencia del paciente.
- ⇒ Evaluar la adaptación del medio ambiente y familiar a las necesidades del enfermo.

5.2 PATOLOGÍA DE LOS PIES

5.2.1.- ASPECTOS GENERALES SOBRE PATOLOGÍA DE LOS PIES

CONCEPTO

El pie es un conjunto de mecanismos donde huesos, tendones, músculos, nervios y vasos sanguíneos desempeñan actividades que convergen en dos funciones básicas:

- 1) El soporte del cuerpo, es una función estática, que asegura al cuerpo humano a la posibilidad de permanecer de pie, en equilibrio, gracias a la adecuada distribución del peso de todo el cuerpo.
- 2) La propulsión de la marcha, es una función cinética o de movimiento; que permite el movimiento armónico para caminar, e incluso correr u otros movimientos más complicados, así como el baile y los deportes.

FASES DE LA MARCHA

EASE POSTURAL

- 1) Choque del talón.
- 2) Pie sobre lo plano
- 3) Postural intermedia.
- 4) Impulso (con los dedos del pie).

EASE DE OSCILACIÓN

- 1) Aceleración.
- 2) Oscilación intermedia.
- 3) Desaceleración.

Dentro de la dinámica corporal, los pies son el componente básico del sistema que permite al ser humano permanecer erguido, caminar, adoptar ciertas posturas y ejecutar movimientos. Sin embargo, se les descuida llegando a producir en ellos males y deformaciones.

Por la importancia que tiene los pies para la vida, y por la frecuencia con que son fuente de sufrimiento y ponen en peligro la vida del hombre. El equipo de salud es el que tendrá como labor en mantener al anciano lo mas autosuficiente posible, lo cual incluye su capacidad de ambulación, propiciar el buen funcionamiento de los pies y limitar daños e invalidades.

El cuidado de los pies es materia de estudio de la Podología; que abarca aspectos de anatomía y fisiología de los pies. Se reserva el término de podiatría para referirse al diagnóstico y tratamiento de las afecciones de éstos.

Patología de los Pies: Es la deformación de los cambios estructurales y funcionales, que afectan la marcha por factores hereditarios y el estilo de calzado. Es decir, el pie geriátrico ha sido moldendo y ha adquirido su forma a través de años de actividad, abuso físico y calzado posiblemente mal ajustado.

GENERALIDADES

Los 26 huesos que forman el pie se articulan entre si formando tres grupos o regiones: el tarso, metatarso y los dedos.

La región del tarso está constituida por el calcáneo y el astrágalo (fila posterior), el escafoides, el cuboides y los tres cuneiformes (fila anterior); la región del metatarso está estructurada por 5 largos huesos, de los cuales hay que destacar el primero, de mayor volumen, donde se inserta el músculo peroneo lateral largo, y el quinto, por una apófisis muy saliente donde se inserta el músculo peroneo lateral corto. Ambos son de gran importancia para la dinámica del pie y el quinto además, por ser el sitio de mayor presión del calzado y asiento de callosidades.

MUSCULOS DEL PIE

La articulación entre la tibia y el tarso tiene la forma de una polea y funciona, dando al pie movimiento de flexión y extensión. En estas zona se localizan tendones, el de Aquiles entre ellos, que efectúan grandes desplazamientos a lo largo de los huesos; para favorecer dicha función están provistos de vainas sinoviales. En el pie se localizan 107 ligamentos, 16 musculos y 26 huesos. Los ligamentos más importantes de la región son el lateral interno y el lateral externo, cuya función es mantener la alineación del pie impidiendo que el calcáneo tenga movimiento laterales. Con la vejez estos ligamentos pierden eficacia y el calcaneo se desliza hacia afuera,

Los musculos propios del pie son: el pedio, el flexor propio del primer dedo gordo; el flexor común de los dedos, los músculos aductor, flexor corto y abductor del primer dedo, los

músculos flexor, abductor y aponente del quinto dedo pequeño, flexor corto plantar, flexor largo de los dedos, los músculos lubricales y los interoseos.

ARTERIAS Y VENAS DEL PIE

El pie está provisto por una red arterial, venosa y linfática que proviene de los grandes troncos de la pierna.

La red venosa del pie sigue el mismo curso que las arterias. Cuando esta red es profundo no es visible a simple vista. Estos troncos venosos reciben la misma denominación que las arterias: Cuando los venosos son superficiales es fácil verlos a través de la piel. Es importante recordar que gracias a las válvulas que poseen las venas y a que los músculos en movimientos ejercen comprensión sobre los vasos venosos, es posible que la sangre venza la acción de la gravedad durante la circulación de retorno al corazón.

En la vejez, estas válvulas pueden estar calcificados, ser ineficientes y originar permanencia prolongada de la sangre (estasis) en los miembros inferiores, cuyas consecuencias inmediatas son oxigenación y nutrición tisular defectuosa, edema, varicosidades y alteraciones en la marcha.

El sistema linfática de la pierna y del pie, formando por vasos linfáticos profundos y superficiales que se unen para formar conductos de mayor calibre, asciende por la pierna, pasa por el hueco popliteo donde se localizan ganglios que atraviesa y continúa subiendo hasta los ganglios inguinales.

UÑAS DEL PIE

De los componentes del pie interesa destacar las uñas, que recubren la extremidad dorsal de cada uno de los dedos, a fin de protegerlos. La uña está constituida por células de origen epidérmico impregnadas de queratina por la que adquieren consistencia córnea, crece a partir de células epiteliales que adquieren consistencia córnea, crece a partir de las células epiteliales ubicadas en el borde proximal o raíz ingueal, que penetra, en parte, en un pliegue cutáneo llamado de la lunula o media luna. Aparte del extremo proximal, la uña se hunde en los surcos laterales, que se llaman repliegues periungueales. En extremo distal de la uña no se adhiere a ningún tejido, por lo que también se le llama libre.

BÓVEDAS PLANTARES

La planta del pie, al asentarse en el suelo en el acto de caminar, deja una huella característica, debido a que su estructura ósea conforma arcos que en conjunto constituyen bóvedas. Los arcos externos e internos forman uno solo, el arco anteroposterior o longitudinal, que abarca desde la tuberosidad del calcáneo hasta las cabezas metatarsianas.

De esta manera se forma una concavidad, la bóveda anteroposterior. Otras bóvedas cóncavas son las transversales posterior y anterior; la primera, por su localización, también se denomina bóveda o arco tarsiano, la segunda bóveda metatarso falángica. Estas bóvedas pueden alterarse por tener que soportar un cuerpo obeso, por el uso de zapatos inadecuados, o por desvaídos o malos hábitos de higiene.

PROBLEMAS DE LOS PIES DE ANCIANOS CON LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Los problemas de los pies en personas con la Demencia tipo Alzheimer pueden ser ocasionadas por factores mecánicos, como zapatos mal ajustados o cuidados inapropiados, pero también pueden ser a consecuencia de enfermedades circulatorias, articulares, neurológicas, dermatológicas e infecciosas.

Las afecciones de los pies pueden localizarse en cualquiera de sus componentes: piel, uñas, vasos sanguíneos, huesos o en varias estructuras a la vez.

CALLOS

Los endurecimientos y los callos son engrosamientos de la epidermis (hiperqueratosis) que se generan por la presión intermitente sobre una zona del pie; ambas induraciones se caracterizan por aumento importante del grosor de la piel, pero se diferencian porque el endurecimiento no se adhiere a los tejidos. Cuando el callo se localiza en los espacios interdigitales, por ser ésta una zona húmeda, se macera y se desprenden con facilidad sus partes más externas.

Los callos son en esencia una reacción de los tejidos ante un traumatismo mínimo, que ocurre sobre una saliente ósea; dicha reacción siempre tiene una consecuencia inflamatoria, llamada higroma, que es la inflamación de la bolsa serosa, la cual también puede infectarse.

Evolución del callo.

La evolución consiste en las siguientes etapas:

- ⇒ **Primera etapa:** Se le denomina de sensibilidad, es poco dolorosa y cede con relativa facilidad, eliminando el motivo de presión. Lo común es que la presión sea ejercida por el zapato.
- ⇒ **Segunda etapa:** Se caracteriza porque el hueso reacciona con periostitis, aumentando la fricción en los tejidos blandos; el callo o capa córnea se engrosa y forma una punta o cono que comprime las terminaciones nerviosas generando dolor; de ahí que esta etapa reciba el nombre de dolorosa.

Entonces se forma la bolsa serosa que actúa como un cojín hidráulico que en cierta forma alivia el dolor pero que también, por la Ley de Pascal, trasmite la presión en todas direcciones y es muy susceptible de infección; a veces la bolsa se rompe, con lo que disminuye la presión y en consecuencia el dolor; sin embargo, este accidente puede propiciar la infección.

⇒ **Tercera etapa:** Se caracteriza por procesos inflamatorios, del cual tiene dos fases:

Fase 1

Inflamación aguda: En la cual el paciente se queja de dolor agudo, continuo e invalidante; la bolsa serosa se transforma en un pequeño absceso de dos porciones, una se aloja entre la dermis y la epidermis y otra se ubica sobre el hueso, y entre ambas existe una fistula comunicante.

Fase 2

Inflamación crónica: llega cuando la bolsa serosa cava una fistula al exterior, donde se puede apreciar una pequeña ulceración, cuyo orificio está parcialmente cerrado por fongosidades, rodeado de material córneo.

⇒ **Cuarta etapa:** Los tejidos profundos continúan edematosos y la zona de osteoporosis puede generar necrosis aséptica del tejido óseo; el dolor que esta provoca es espontánea y se irrita con el movimiento y con la humedad ambiental.

La bolsa serosa que se menciona al hablar de los callos se forma por la presión constante y anormal; la pared de la bolsa serosa suele fibrosarse evolucionando a la cronicidad, como puede observarse en el llamado juanete.

FISURAS Y GRIETAS

Las fisuras o grietas en la piel de los pies son de causas muy diversas; lo mismo se presenta con la piel muy húmeda (hiperhidrosis), que con la piel muy seca (anhidrosis) o como consecuencia de enfermedades dermatológicas como el eccema. Suelen localizarse en la orilla del talón, en el dorso del pie, en la planta o entre los dedos; este último sitio es común en casos de hiperhidrosis. En caso de anhidrosis, los bordes de las fisuras se presentan duros y resistentes, en tanto la piel esta macerada y desprendible.

ULCERACIÓN

La ulceración, también conocida como ampolla o flictena, consiste en un despegamiento de la epidermis por la acumulación de líquido seroso. Se origina por diversas causas, como quemadura por fuego o por sustancias químicas o por fricción constante; esta última es la causa más común de las ulceraciones del pie y se origina por calzada mal ajustada, por calceta áspera, rota o con pliegues. Los sitios frecuentemente lesionados son el talón, la cara dorsal de los dedos, en especial el quinto y en la planta del pie. Con frecuencia la ampolla se rompe o bien se desprende, la serosidad que sale de la úlcera puede invadir y macerar aún más los tejidos, pero lo más importante es que abierta la úlcera, pueden penetrar microorganismos patógenos.

TIÑA DEL PIE

En el anciano la tiña del pie (tinea pedis) no es tan frecuente como se cree, esto es comprensible por los cambios dérmicos y por la débil respuesta inmunitaria que existe en el proceso de envejecimiento. La enfermedad se origina por la invasión de hongos del género *Trichophyton*, *Epidermophyton floccosum*, *Monilia* y *Candida*. La infección suele por falta de higiene y por la excesiva humedad. Los sitios que con más frecuencia se afectan son la planta del pie, el talón y los espacios interdigitales.

ENGROSAMIENTO DE LA UÑA

El engrosamiento simple de la uña u onicófima también se conoce como onicociauis. Es un problema que con frecuencia genera alteraciones de la marcha. Consiste en el aumento más o menos uniforme de la placa de la uña en tanto que en la onicogrífosos, la uña se abomba, se forma rugosa y se altera su curvatura que se puede dirigir hacia arriba, hacia los lados o hacia abajo del dedo constituyendo un gancho o garra. Son muchas las causas posibles de estos problemas; las más aceptadas son el envejecimiento, enfermedades reumáticas y la presión del zapato. Estos padecimientos son frecuentes en los ancianos.

TIÑA DE LA UÑA

Otra padecimiento que con frecuencia se observa en los ancianos es la tiña unguis también llamada onicomiosis. Es una infección micotico causada por los organismos mencionados al hablar de la tiña del pie; se caracteriza porque la placa y el lecho de la uña se muestra corroidos, pudiendo llegar a perforarse. Cuando se afecta la matriz de la uña, esto muestra alteraciones en su crecimiento; el cuerpo de la uña esta opaca, escamoso o rugoso. En el anciano, por su débil respuesta inmunitaria, este padecimiento evoluciona a la cronicidad.

Cuando los agentes infecciones bacterianas o fúngicos invaden los tejidos a la uña generando procesos inflamatorios, se dice que hay paroniquia, que representa peligro potencial de necrosis y gangrena, sobre todo en el anciano con problemas circulatorios en los miembros inferiores. Cuando esto acontece el dedo afectado se presenta inflamado, enrojecido y muy doloroso al menor contacto.

HALLUX VALGUS

El Hallux Valgus suele denominarse la desviación de un dedo, generalmente el primero; el nombre común de esta afección es juanete, debido a microtraumatismo, por calzado mal ajustado al que se suman cambios ostearticulares de carácter, degenerativo, sin dejar de considerar otros factores como el sobrepeso por obesidad, el pie plano y la prolongada estancia de pie.

En ocasiones el Hallux Valgus se presenta en el quinto dedo (juanete de Tailor) por causas semejantes a la afección del primer dedo. En este caso el paciente suele quejarse de dolor en la planta o en el arco del pie (metatarsalgia) pero no es frecuente que asocie el dolor con la deformidad del dedo pequeño.

Es necesario insistir que la vigilancia y el cuidado de los pies del enfermo anciano, sobre todo si es diabético, requiere atención especial debido a que las paredes arteriales se engrosan como manifestaciones de envejecimiento y la enfermedad influye en forma desfavorables a través de alteraciones.

DIGITUS FLEXUS

Los dedos del pie pueden sufrir *Digitus Flexus*, una deformación en la cual el dedo está hiperextendido en su falange, de tal manera que la articulación de este hueso con la falangina hace saliente, misma que debe soportar el roce del calzado. Se desarrolla entonces un callo, que puede evolucionar hasta etapas de periostitis, úlcera supurativa y dolor insoportable. Se conocen casos de *digitus Flexus* congénito, pero lo frecuente es que sea adquirido por el uso de calzado defectuoso, de medida inconveniente que obliga al usuario a contraer los dedos para sostener el calzado.

PROBLEMAS FRECUENTES DE LOS PIES

| | |
|---|---|
| Hiperqueratosis: aumento exagerado de la capa córnea. | En forma de: ⊕ escamas. ⊕ endurecimientos. ⊕ callo |
|---|---|

PIEL

Fisuras: Grietas en la piel de los pies que se localizan en talón, dorso y dedos.

Ulceraciones: Pérdida de tejido en la superficie de la piel. Puede presentar la variedad callosa cuando los bordes de la úlcera están endurecidos.

Tiña del pie: Infección por hongos del género *Trichophyton*: *T. mentagrophyte* que produce la forma aguda y *T. rubrum* la crónica. Se caracteriza por la presencia de ampollas en la planta del pie, en los espacios interdigitales o en ambas regiones.

- ⇒ *Oniquia*: Inflamación de la matriz de la uña.
- ⇒ *Onicogriposis*: Deformación en forma de garra.
- ⇒ *Onicorrexis*: Rotura de la uña.

CUERPO DE LA UÑA

- ⇒ *Onicocriptosis*: Uña encarnada o enterrada.
- ⇒ *Onicofima*: Engrosamiento de la uña.
- ⇒ *Onicomalacia*: Reblandecimiento.

UÑA

- ⇒ *Onicomicosis o tiña unguis*: Infección por hongos.
- ⇒ *Onicomadesis*: Pérdida completa de la uña.

TEJIDOS PERIGUALES

- ⇒ Inflamación de los pliegues cutáneos en torno a la uña paroniquia.
- ⇒ Absceso subungueal y periungueal.

Hallus Valgus: Desviación del dedo gordo hacia los demás dedos, a los que cruza por encima o por debajo.

HUESOS

Hallus varus: Separación del dedo gordo de los otros dedos.

Digitus flexus: Dedo en martillo.

5.2.2. PUNTOS DE VALORACIÓN

* FÍSICO

- ⇒ Observar el color de los pies y las extremidades inferiores del paciente.
- ⇒ Examinar la temperatura de cada pie.
- ⇒ Observar color, forma, estado, contorno y longitud de las uñas de los pies.
- ⇒ Examinar la velocidad de retorno de color cuando se deprime el lecho ungueal (llenando capilar)
- ⇒ Inspeccionar la piel de la totalidad del pie (incluyendo esquina de los dedos, espacios entre ellos y talones) para detectar posible irritación, grietas, lesiones, callos, deformidades y edema.
- ⇒ Examinar la movilidad del tobillo y de los dedos de los pies.
- ⇒ Examinar la limpieza de los pies.
- ⇒ Inspeccionar los zapatos del anciano para detectar desgastes y ajuste apropiado.
- ⇒ Inspeccionar si hay edema e insuficiencia venosa periférica.
- ⇒ Durante el examen, reunir datos sobre el grado de comodidad del paciente, dolor o sensibilidad dolorosa.

* PSICOLÓGICO

- ⇒ Valorar el grado de conocimiento del familiar o cuidador hacer del familiar o cuidador hacer del cuidado de los pies.
- ⇒ Valorar el estado de ansiedad, estrés e irritabilidad, ya que al realizar la exploración de los pies los pacientes ancianos no se dejan que se le realice la revisión.
- ⇒ Valorar pérdida de equilibrio, dificultades para la adaptación postural.

* **SOCIAL**

⇒ Tipo de zapato que utilizo en sus edades tempranas: altura, forma, textura, etc.

5.2.3.- INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

El movimiento adecuado de los pies es de gran importancia para el bienestar del paciente anciano con Alzheimer.

- ⇒ Siempre que utilice zapatos, debe ponerse calcetines de algodón a medidas de nylon.
- ⇒ Debe visitar al podólogo regularmente.
- ⇒ Si es posible el paciente debe de utilizar dos pares de zapatos distintos, o cambiárselos regularmente, con el objeto de que se evapore la humedad acumulada en ellos.
- ⇒ Asegurarse de que los zapatos, plantillas, calcetines y medias se ajustan correctamente y no producen roces o presiones.
- ⇒ Eliminar todo aquello que pueda producir roces o ampollas, como piedras o arena en los zapatos.
- ⇒ Tener en cuenta que el paciente necesitara un periodo de varios días para adaptarse a unos zapatos nuevos. No tratar de ponérselos más de 30 minutos seguidos durante este tiempo.
- ⇒ Dar masajes diarios tanto en las plantas como en los dedos de los pies para estimular el sanguíneo y aliviar la presión propia de los zapatos.
- ⇒ Examinar los pies (planta, uñas, dedos y espacios interdigitales), vigilando la aparición de zonas enrojecidas, fisuras, abrasiones, heridas, descamación callos o uñas encarnadas.
- ⇒ Cortar las uñas en línea recta, a menos que lo contraindiquen problemas específicos. En caso de existir alguna complicación, las uñas deberá cortar las un podólogo.
- ⇒ Evitar el uso de almohadillas térmicas y bolsas de agua caliente en los pies, por el riesgo de que formen vesículas u ocurran quemaduras de estas partes corporales.
- ⇒ No permitir que el anciano se siente con las piernas cruzadas a fin de no obstruir la circulación al miembro inferior y, en especial, a los pies.

- ⇒ Colocar los pies en un nivel superior al de las caderas durante unos minutos varias veces al día, si se hinchan.
- ⇒ Recurrirse a un baño frecuente y al uso de talcos especiales cuando haya tendencia a la sudación. De esta manera se controla la emisión de olores. El cambio regular de calcetas o calcetines sirve también para mantener los pies limpios y secos.
- ⇒ Mojar los pies del paciente antes de cortar uñas quebradizas o gruesas. Sin no se dispone de un recipiente adecuado, pueden envolverse los pies en lienzos húmedos para luego colocar cada uno de ellos en una bolsa de plástico durante un periodo determinado de tiempo.
- ⇒ Aplicar masaje en los pies con crema o loción después de cortar las uñas. Puede empezar por los dedos en dirección a los tobillos, a fin de prevenir la congestación de la sangre en los pies.
- ⇒ No utilizar las tijeras o los alicates a los callos, que son engrosamiento de la parte externa de la piel ocasionados por presión y fricción.
- ⇒ Aplicar crema o loción a la totalidad del pie, para disminución la resequedad.
- ⇒ Vigilar problemas que el paciente pueda tener en los pies, como infecciones, hinchazones, uñas enterradas, verrugas y juanetes.

EJERCICIOS PARA LOS PIES

Forman un conjunto de movimientos que las personas pueden ejecutar estando acostados o sentada.

Están ordenadas en tres grupos: los dos primeros favorecen la movilidad del tobillo y el tercero a los dedos del pie.

Grupo 1: La posición inicial consiste en mantener el pie formando ángulo recto con la pierna(A); flexionar el pie hacia arriba (B), posición inicial,(C); mover el pie hacia abajo(D), posición inicial (fig. 1).



fig. 1

Grupo 2: Posición inicial igual a la anterior; mover los pies dirigiendo la punta hacia la pierna inmóvil volver a la posición inicial; hacer el movimiento de los pies pero ahora dirigiendo la punta de estos hacia adentro; volver a la posición inicial (fig. 2).



fig. 2

Grupo 3: Posición inicial igual; flexionar los dedos hacia abajo; posición inicial; extender los dedos hacia arriba posición inicial. A partir de la posición inicial, mover los dedos abriéndolos como un abanico (abducción) y enseguida cerrarlos (aducción) hasta la posición inicial (fig. 3).



fig. 3

Existen ejercicios que favorecen la musculatura de la bóveda plantar, del tibial anterior y de los plexores de los dedos. Son de fácil ejecución estando sentado o de pie.

Grupo 1: Sentado, con las plantas de los pies bien apoyadas en el piso, elevar el talón presionando los dedos hacia abajo; bajar el talón. Se trata de movimientos lentos, pero firmes.

Grupo 2: Posición inicial igual al ejercicio anterior; elevar la punta del pie apoyándose en el talón; descender la punta y apoyarla con fuerza.

Grupo 3: Sentado colocar los pies sobre una toalla tendida en el suelo; hacer movimientos de flexión y extensión de los dedos, de manera que la toalla se deslice por abajo de los pies ligeramente elevados. Se puede colocar algún objeto poco pesado en el extremo de la toalla.

Grupo 4: Sentado, con los dedos de los pies tomar la toalla tendida en el suelo y levantarla. Los movimientos pueden hacerse con ambos pies o alternándolos.

Grupo 5: De pie, con las manos en las caderas o apoyadas en el respaldo de una silla; elevar el cuerpo apoyándose en la punta de los pies, hacer el mismo movimiento separando los talones tanto como sea posible. Estos movimientos pueden realizarse desplazando el cuerpo con la marcha, cuando no se utiliza la silla.

Grupo 6: De pie, con las manos en las caderas, caminar sobre los talones.

5.2.4.- EVALUACIÓN

- ⇒ Higiene de los pies si están limpios y parecen hallarse libre de complicaciones como humedad excesiva, callosidades, abrasiones o infecciones.
- ⇒ Comprensión de la familia de la importancia y las técnicas para los cuidados apropiados de los pies del anciano.
- ⇒ El uso de zapatos adecuados, han disminuido las molestias del paciente.

5.3 AFASIA

5.3.1.- ASPECTOS GENERALES SOBRE AFASIA

CONCEPTO

Es una pérdida del lenguaje que limita, o impide la posibilidad de una persona para comunicarse con sus semejantes, como consecuencia de un daño en el tejido cerebral. Puede presentarse como una dificultad de aprender lo que se dice y/o una dificultad para expresar sus sentimientos, ideas y deseos. esta dificultad va acompañada de fallas en la lectura y escritura. En algunos pacientes la comprensión y la expresión pueden estar alteradas simultáneamente.

Habitualmente la Afasia se clasifica en dos tipos, incompleta y completa dependiendo de la fluidez de expresión verbal del paciente.

En la Afasia incompleta: el habla esta totalmente perdida o limitada al uso de las palabras sueltas o frases cortas.

En la Afasia completa: el habla es una acumulación de palabras que carecen de sentido.

GENERALIDADES

La comunicación a través del lenguaje incluye, tanto elementos sensitivos como motores en el uso y el entendimiento de los símbolos que se utilizan para la expresión de las ideas. Los elementos sensitivos son las capacidades para entender tanto el lenguaje escrito como el hablado. los elementos motores son aquellos que incluyen las capacidades para escribir y para hablar.

El área motora del lenguaje articulado (área de broca), se localiza en lóbulo frontal del hemisferio izquierdo, controla los patrones de los movimientos musculares que se necesitan para la vocalización. Los músculos implicados en la vocalización son: laringe, faringe, lengua, paladar blando, los labios de la mandíbula y los músculos respiratorios. La laringe produce sonidos vocales, pero la articulación de las palabras se debe a la forma que adoptan a la boca y la garganta, las posiciones de los labios y de la lengua.

Es evidente que cualquier persona sin distinción de raza, nacionalidad, edad educación, desempeño laboral o condición social, esta expuesta a sufrir una lesión cerebral que le ocasiona trastornos del lenguaje.

CLASIFICACIÓN Y TIPOS PRINCIPALES DE AFASIA

Las Afasias han sido clasificadas de diferentes maneras de acuerdo al criterio utilizado por cada especialista, pero tomando un criterio general podemos decir que existen dos tipos principales:

- 1.- **Afasia expresiva:** que se caracteriza por imposibilidad o dificultad del paciente para decir lo que piensa o siente por medio del habla, la escritura o la mímica. Cuando el trastorno no es muy grave, la persona se comunica por medio de frases cortas en las que omite varias palabras. Además no logra leer en voz alta, ni escribir.
- 2.- **Afasia comprensiva:** se caracteriza por la pérdida total o parcial de la habilidad para comprender lo que se dice. El paciente muestra dificultad en el cumplimiento de ordenes, en señalar objetos, en responder preguntas y seguir una conversación.

PROBLEMAS O INCAPACIDADES FÍSICAS QUE TIENE EL PACIENTE AFASICO

Además de los trastornos en el lenguaje, los pacientes con Afasia pueden presentar dificultades en los movimientos (motoras), dificultades en captar e identificar las sensaciones y dificultades en la memoria. Entre las dificultades motoras más frecuentes están la Hemiplejía (parálisis) y la Paresia (debilidad) del brazo y/o la pierna derecha. El problema motor puede afectar los órganos que intervienen en la producción del habla (cuerdas vocales, lengua y paladar) y hacerla aun más difícil.

- La incapacidad para identificar sensaciones que le eran comunes antes de la lesión pueden hacerse notable ante sonidos, imágenes o estímulos recibidos a través del tacto, las cuales el paciente no puede reconocer.
- Las dificultades de comunicación, lectura y escritura así como la disminución en el periodo de atención y la fácil fatigabilidad no le permiten desempeñar su trabajo. Una vez controlado el estado de salud del paciente, se le debe proporcionar ayuda terapéutica adecuada con el fin de lograr el máximo de mejoría posible tanto en su lenguaje como en otras habilidades alternadas.

Si existe un trastorno motor coincidente por medio de ejercicios, logrará el máximo rendimiento muscular. La terapeuta ocupacional desarrollará hasta donde sea posible, las habilidades residuales para lograr ubicarlo en un trabajo u ocupación. El psicoterapeuta interviene en los caso en que existen dificultad de parte del paciente para aceptar su trastorno esto podría ser en la fase inicial del trastorno.

BENEFICIOS OBTENIDOS A TRAVÉS DE LA REHABILITACIÓN

Los beneficios obtenidos a través de la rehabilitación es mejorar sus capacidades motoras y del lenguaje, buscar en última instancia, su reubicación dentro del ambiente familiar, social y ocupacional más favorable para el individuo. El momento en que se suspende el programa de rehabilitación es determinado por el equipo que atiende a el paciente. Por lo general, una vez alcanzado el máximo de su capacidad de lenguaje, lectura, escritura, así como de sus posibilidades de movimiento y lograda su reubicación, se da por terminada la rehabilitación.

Por diversos motivos algunos pacientes no pueden ser sometidos a un programa terapéutico con el profesional adecuado; es entonces cuando se le instruye al familiar para que sean capaces de realizar tareas que estimulen y aumenten la comunicación del paciente afásico.

La colaboración de los familiares es muy importante en aquellos ejercicios en los que se le pide al paciente tales como: Señalar dibujos de acuerdo a la palabra escuchada; partes del cuerpo; objetos que lo rodeen; realizar ordenes; responder a preguntas sobre situaciones de la vida diaria o acerca de lecturas cortas leídas y comentados por el paciente; nombrar objetos que lo rodean y partes del cuerpo después de que han sido repetidas varias veces por el familiar. Todas las actividades que la familia realicen en su vida diaria y que cuenten con la participación del paciente deben ser aprovechadas para estimular el lenguaje. La mayoría de los pacientes pueden colaborar en las labores de su medio familiar, tales como el cuidado de plantas, arreglo de la casa, doblado de ropa, elaboración de alimentos, etc. Las actividades al aire libre, como paseos y los juegos de mesa (ajedrez, rompecabezas, domino, ver televisión, escuchar música, pintar) y algunas actividades domésticas como se menciono anteriormente, le ayudan a mantenerse activo, ya que es lo que debe buscarse en primera instancia.

Es frecuente que los pacientes, especialmente durante los primeros días, aparezcan relaciones emocionales fuertes desencadenadas por el sentimiento de fracaso cuando se desea efectuar una tarea o comunicarse. Los familiares que se encuentren presentes deberán mostrarse tranquilos, comprensivos, posteriormente lo estimulará para que cambie su actitud por otra más optimista ; ya que un ambiente comprensivo, afectuoso y alegre en el que se le permita actuar sin estar sometido a presiones, permitirá la progresiva disminución de reacciones de fracaso.

PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA COMUNICACIÓN VERBAL EN EL ANCIANO CON ALZHEIMER

Tanto en la expresión como en la comunicación verbal, la persona con la Enfermedad de Alzheimer sufre frustrantes problemas. Aunque en algunos pacientes la dificultad del habla o la comprensión verbal se pierde cuando la enfermedad está avanzada; otros enfermos desarrollan dificultad para encontrar una palabra o poder nombrar objetos por su propio nombre por ejemplo: la persona puede olvidarse de los nombres de objetos comunes que en

el pasado conocía bien. En estos casos, el enfermo trata de arreglar esta deficiencia sustituyendo una palabra olvidada por otra que quizá tenga el mismo sonido, o sustituya una palabra que tenga la misma intención o sentido. También hay tendencia a describir el objeto por ser incapaz de recordar su nombre. Por ejemplo al no poder decir anillo, diga "eso" redondo que se pone en el dedo, o al no encontrar el nombre de la camisa y diga "eso" para ponerse y señale el cuerpo, ya que el no poder nombrar el objeto deseado y estar consciente del problema puede aumentar la frustración del enfermo y causarle tristeza o coraje. Estos sentimientos pueden inferir en la capacidad de encontrar palabras deseadas.

Los pacientes con problemas de comunicación al pretender expresar sus pensamientos, quizás sólo digan parte de la frase, haciéndose más difícil la comprensión de lo que quieren decir. A veces la persona es capaz de esconder su deficiencia para recordar los nombres de objetos muy eficazmente durante una evaluación con el equipo de salud.

Cuando el doctor pregunta a un enfermo si el es capaz de nombrar un artículo, cuanto le enseña un reloj, (una manera muy común de examinar verbalmente problemas del habla) el paciente tiene la tendencia a responder "por supuesto que se", o "yo no quiero hablar mas de esto", cuando en realidad no pueden hallar la palabra correcta.

Personas que sufren de la Demencia tipo Alzheimer y que pasan varias horas al día en programas especiales o en casa de familiares pueden ponerse nerviosas al desear irse a casa o al estar preocupadas de como llegar a casa. Por ejemplo algunos pacientes empiezan a preguntar "a que hora vienen por mí", por lo que en ocasiones se angustian y cada rato preguntan o también se ponen en la puerta en la espera de su familiar. Cuando esto ocurre la persona encargada del cuidado del enfermo, en vez de decirle "no se preocupe", sería una buena idea que le dijera la persona responsable en ese momento del paciente decirle que vendrá a recogerle dentro de unos minutos y podrá irse a casa. En otros casos, la persona enferma que sufre de problemas en el lenguaje puede estar utilizando palabras o frases muy elocuentes que se usan en su medio ambiente dando una impresión de normalidad; pero al hacerle una pregunta relacionada con la frase dicha, es incapaz de responder correctamente. Las familias se quejan a menudo de lo difícil que es el convivir con el paciente. A veces físicamente el enfermo aparenta normalidad al escuchar una conversación y hasta puede decir que si o no adecuadamente, sin embargo uno se da cuenta de que en realidad el enfermo no comprendió lo que se le dijo. De lo que muchas veces es frustrante creer que alguien le está comprendiendo cuando no es así.

En la Enfermedad de Alzheimer, el paciente no sólo tiene problemas ahora, sino que empeorará conforme pase el tiempo. El equipo multidisciplinario, puede ayudar a dar información y explicar de como sobrellevar los problemas y afrontar tales pérdidas. Si el paciente sufre problemas de comprensión en el lenguaje, tratarle de decir frases cortas, y si se le va a dar a escoger algo darle solo a escoger un par de cosas y sobre todo no dar una explicación muy larga sin antes dar asegurarse de que comprendió las primeras palabras.

Si el enfermo tiene dificultad en encontrar las palabras para terminar una frase, se le puede ayudar a suplementar tales palabras, en vez de dejarle que las encuentre solo, ya que este

método suele ayudar en la comunicación y disminuir el nivel de frustración. Si en el transcurso de la conversación el enfermo dice una palabra equivocada y si se piensa en corregirle, se le va a hacer reaccionar con ira u otro tipo de sentimiento y si ya se sabe lo que el enfermo quería decir, ignorar ese error. Pero si no se le comprende, pedir que señale con el dedo lo que desea, sobre todo cuando el enfermo todavía tiene comprensión del lenguaje. Cuando la incapacidad del lenguaje ya está casi perdida, el comunicarse puede hacerse muy frustrante y llegar a reacciones como gritos para expresar una necesidad, dolor o molestia, ya que al no poder comunicarse con el ser querido, la familia pasa por momentos dolorosos, teniendo en cuenta que la comunicación verbal es una de las acciones humanas más importantes.

La enfermedad de Alzheimer cuyo curso normal es uniforme y progresivo se clasifica según la manifestación de la sintomatología que marca el estado degenerativo del paciente. El siguiente esquema indica los síntomas característicos de la Afasia durante las fases inicial, media y final de la demencia tipo Alzheimer.

FASE INICIAL

- ⇒ Disminución de la comunicación
- ⇒ Reducción del vocabulario
- ⇒ Dificultad para encontrar las palabras apropiadas
- ⇒ Decir impertinencias
- ⇒ Descenso de la comunicación verbal.

FASE MEDIA

- ⇒ Uso continuo de palabras o frases repetidas
- ⇒ Forma lenta de hablar con pausas e interrupciones
- ⇒ Incapacidad para completar frases o necesidad continua de corregir las palabras.

FASE TERMINAL

- ⇒ Reducción significativa del vocabulario
- ⇒ Mayor uso de términos inventados
- ⇒ Incapacidad para leer

- ⇒ Necesidad de que repitan instrucciones
- ⇒ Vocabulario muy limitado (uso de solo una o dos palabras) o incapacidad para hablar.
- ⇒ Repetición de palabras o frases sin comprender su significado
- ⇒ Pérdida total de la comprensión.

5.3.2.- PUNTOS DE VALORACIÓN

* FÍSICOS

- ⇒ Disminución de la sensación en una parte del cuerpo
- ⇒ Observar fuerza muscular
- ⇒ Dificultad de comunicación, lectura y escritura
- ⇒ Incapacidad de reconocer dibujos, letras o palabras
- ⇒ Pérdida de la memoria y de la sensación temporal
- ⇒ Valorar el comportamiento no verbal del paciente como la expresión facial, lenguaje corporal, postura, gesto y aumento de la intranquilidad.

* PSICOLÓGICOS

- ⇒ Disminución del estado de alerta y un menor tiempo de atención
- ⇒ Confusión
- ⇒ Problema laboral
- ⇒ Respuestas afirmativas o negativas incoherentes
- ⇒ Repetición de palabras
- ⇒ Respuestas inapropiadas a las preguntas.

- ⇒ Observar sentimientos de minusvalía, aislamiento y frustración ante intentos de comunicación que los lleva a mostrarse tristes y, a veces agresivos
- ⇒ Cambios emocionales; muestran respuestas afectivas intensas de risa o llanto ante situaciones que en condiciones normales carecían de significado, se tornan irritables y hasta agresivos
- ⇒ Dificultad para nombrar objetos y personas.

* **SOCIAL**

- ⇒ Los pacientes tienden a aislarse de su grupo social y evitan situaciones en que haga falta la comunicación interpersonal
- ⇒ Alejamiento de familiares y amigos.
- ⇒ Resistencia a participar en conversaciones.

5.3.3.- INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

- ⇒ Proporcionar al paciente un ambiente tranquilo. Reducir las distracciones aumentara la comprensión del paciente.
- ⇒ Para captar la atención del paciente, es conveniente colocarse dentro de su campo visual y llamarle por su nombre. Este método ayuda a atraer su atención
- ⇒ Dejar que solo hable con el paciente una persona cada vez. Múltiples mensajes dificultan la comprensión.
- ⇒ Dar al paciente mas tiempo para responder. El paciente puede necesitar mas tiempo para procesar información
- ⇒ Proporcionar indicaciones visuales, como dibujos, representaciones o señalizaciones. Las indicaciones visuales proporcionan información adicional, aumentando la probabilidad que el paciente entienda
- ⇒ Motivar al paciente con Afasia para que tome parte activa en actividades y oficios que se realizan en el ambiente familiar

- ⇒ Permitir que participe: Dejándolo saber lo que sucede en su familia, en su trabajo y en el ambiente laboral; hablarle sobre deportes, economía, política y los temas que siempre han sido de su interés, ayudándole a comunicar sus ideas
- ⇒ Es importante obtener la atención del paciente cuando se le habla o se le pregunta algo. En ocasiones es necesario utilizar una palabra (su nombre o apodo, o bien expresiones como: “Mira”, “Oye”, sabes que? Etc.) las cuales servirán para ponerlo alerta antes de iniciar la comunicación
- ⇒ Cuando se habla no solo utilizamos el lenguaje oral sino que, además, se realizan gestos señas y actitudes que ayudan a exteriorizar lo que se quiere decir. La utilización de la expresión facial y manual es de gran ayuda para la comprensión por parte del paciente
- ⇒ Cuando de plano no comprenda lo que el paciente quiere decir, estímulo a que lo haga más tarde, diciéndole que no insista mas por ahora pues de un momento a otro logrará comunicarse sin mayor esfuerzo
- ⇒ Manifiestar una actitud positiva de comunicación ante el paciente evitando mostrar prisa impaciencia o preocupación por su situación. Recuerde que estos sentimientos se transmiten a través de la expresión facial y corporal.
- ⇒ Dirigirse suavemente al paciente de forma abierta, amistosa y relajada. Los pacientes con enfermedad de Alzheimer tienden a reflejar el afecto a quienes le rodean
- ⇒ Hablar al paciente con un tono claro y bajo, ya que los tonos altos transmiten ansiedad y tensión
- ⇒ Identificarse siempre y mirar directamente al paciente. Al identificarse y mirar directamente al paciente se capta su atención
- ⇒ Estimular al paciente a contar historias o situaciones de su pasado, ayudándole cuando sea necesario. Las personas con Alzheimer conservan la memoria remota hasta las ultimas fases de la enfermedad, la expresión de los recuerdos es relajante
- ⇒ Usar un libro de recuerdos como terapia, incluyendo fotos de su pasado, esto estimula la memoria sobre todo si se utilizan repetidamente. Un libro de recuerdos le da al paciente algo específico en que centrarse
- ⇒ Elogiar los comportamientos deseados del paciente. recompensas del tipo aceptación, apoyo y animo permiten al paciente aceptar su incapacidad y concentrarse en las capacidades restantes

- Evitar hablar alto a no ser que el paciente tenga un déficit auditivo, ya que hablar en voz alta no aumentará la comprensión del paciente
- No forzar al paciente a hablar contra su deseo, no forzarle es una muestra de respeto para sus sentimientos
- Evitar hablar del paciente cuando él pueda oírlo. Este comportamiento transmite una falta de respeto
- Programar actividades agradables a intervalos regulares. Esto proporciona al paciente algo positivo que esperar
- Como cualquier ser humano, el paciente con Afasia tiene iniciativa y muestra preferencias y deseos. No le imponga voluntad, déjelo actuar según su propio criterio
- Deje que exprese sus sentimientos y hágale sentir que lo sigue queriendo, que lo seguirá apoyando y ayudando. Así le permitirá estar más seguro de la actitud y sentimientos de las personas que lo rodean
- Evitar problemas innecesarios que no sea capaz de solucionar y que aumenten el nivel de angustia en que se encuentra
- Elogie cualquier progreso que alcance, por mínimo que sea, para lograr estimular su recuperación
- Ayúdele a reiniciar o desarrollar actividades simples y juegos que servirán de estímulo para su pensamiento, lenguaje y que además cumplirán fines recreativos
- La mayoría de los pacientes que ha sufrido Afasia necesitan un tiempo más prolongado para expresarse. No se anticipe respondiendo por ellos o terminando la frase que desean, pues esas situaciones los harán sentirse más incapaces de comunicarse.
- Procurar que el paciente participe en conversaciones siempre que sea posible, y animar a su familia y amigo a hacer lo mismo. Incluso si el paciente sólo puede decir "Sí" o "No" o gesticular, puede participar en conversaciones bien estructuradas
- Valorar la capacidad del paciente de comunicarse y el nivel de aislamiento social de la familia. A veces el paciente se aísla debido a su incapacidad para comunicarse eficazmente

- ⇒ Escoger temas de conversación que sean familiares o de interés para el paciente. El paciente puede mostrar mayores deseos de participar si el tema posee interés personal
- ⇒ Proporcionar estímulos a través del uso controlado del radio, televisión, cintas o disco.

EJERCICIO EN BENEFICIO DEL AFASICO CON DEMENCIA TIPO ALZHEIMER

Cuando el paciente con demencia tipo Alzheimer no tiene oportunidad de asistir a un centro especializado para su rehabilitación sus familiares son quienes dentro del hogar, pueden estimular su capacidad de comunicación mediante la realización de algunos ejercicios sencillos.

Es importante recordar que el paciente con la enfermedad de Alzheimer necesita un tiempo más prolongado para entender lo que se dice o solicita; por que no se le debe de presionar a realizar las tareas o ejercicios, ya que pueden irritarse con facilidad. El ambiente donde se realicen las tareas debe ser con absoluta tranquilidad y sin ningún elemento que distraiga la atención del paciente, por ejemplo: televisión, conversaciones entre familiares y amigos, etc. En caso de que no se tenga respuesta alguna de parte del paciente afásico, o si la respuesta es incorrecta, es preferible volver a pedirle que repita el ejercicio en vez de corregir o criticar la respuesta inadecuada.

EJERCICIO No. 1

Cuando el paciente se encuentra sentado en un lugar de la casa (habitación o sala) pídale que señale con la mano algunos de los objetos que se encuentren presentes:

- | | |
|---------------|-------------------|
| ⇒ La mesa. | La puerta. |
| ⇒ La silla. | El teléfono. |
| ⇒ La ventana. | El cenicero. Etc. |

Si muestra dificultad para realizar esta tarea, señalar los diferentes objetos, al tiempo que los nombra varias veces y luego invítelo a que lo haga él. Hacer el mismo ejercicio señalando diversas partes del cuerpo, incluso puede mostrarlas en laminas y así sugerirle que mencione que parte del cuerpo es.

EJERCICIO No. 2

Colocar frente al paciente dibujos que representen objetos familiares (prendas de vestir, útiles del aseo, alimentos, elementos de las vajillas, útiles de escritorio, animales, etc.) y que señale lo que usted nombre. Por ejemplo: Muéstrame:

- ⇒ El vestido. El cepillo de dientes.
- ⇒ El zapato. El perro.
- ⇒ El pantalón. El perico.

EJERCICIO No. 3

Si los ejercicios 1 y 2 son efectuados con facilidad, pedir al paciente que señale objetos en serie de 2, 3, 4 y hasta 5. Por ejemplo: Muéstrame:

- ⇒ La silla y el tapete.
- ⇒ El reloj, el vaso y la llave.
- ⇒ Los ojos, las cejas, el cabello, los labios.

EJERCICIO No. 4

Mostrarle laminas o dibujos de objetos al paciente y sugerirle para que sirve. Por ejemplo:

- ⇒ Cual sirve para cocinar.
- ⇒ Cual sirve para comer.
- ⇒ Cual sirve para dar la hora.
- ⇒ Cual sirve para brincar. Ejemplo: (colchón, cuerda, etc.).

EJERCICIO No. 5

Hacer preguntas sobre su vida, su ambiente, sus intereses y deseos.

- ⇒ ¿ Donde vive usted ?

⇒ ¿ En que lugar esta en este momento ?

⇒ ¿ tiene usted frío ?

También hacer preguntas sobre conocimientos generales.

⇒ ¿Quién es el actual presidente de la república?

⇒ ¿En qué mes estamos?

⇒ ¿Qué día de la semana es?

⇒ ¿Son más grandes los pueblos que las ciudades?

EJERCICIO No. 6

Sugerir que forme una frase u oración a partir de las palabras que usted nombre.

Ejemplo:

⇒ Jardín.....(El jardín tiene muchas flores)

⇒ Casa(Yo vivo en una casa)

Es más fácil para el paciente construir una oración acerca de algo que él observa. Mostrarle una lamina o dibujo para la realizar la oración.

EJERCICIO No. 7

Enseñar las laminas que ya conoce y dígame que le cuente lo que está pasando allí. Ayúdele a construir las frases si se presenta dificultad, y pedir que las repita una vez mas enunciadas correctamente. No corrija la articulación defectuosa.

EJERCICIO No. 8

Realizar lecturas cortas y hacerle preguntas sobre lo leído; procurar que el paciente responda con frases. Pedirle que exprese sus opiniones sobre el tema y ayúdele en caso de que se le dificulte hacerlo.

EJERCICIO No. 9

Cuando el paciente ha perdido la posibilidad de escribir, estimularlo para que inicialmente copie su nombre y luego su apellido. Si la mano derecha presenta dificultades de movimiento, indíquele que puede emplear la mano izquierda.

EJERCICIO No. 10

Escribir los números del 1 al 20; léalos frente al paciente y recortarlos. Pedirle al paciente que los ordene y luego que señale lo que usted le nombra.

EJERCICIO No. 11

Mostrarle una cantidad de fichas (1 al 20), y pedirle que las cuente y le diga cuantas hay o le señale el número que le corresponda.

5.3.4.- EVALUACIÓN

- ⇒ Si el paciente es capaz de comunicarse con el personal de enfermería y con su familia.
- ⇒ Si el cuidador demuestra y mejora su capacidad para comprender las necesidades del paciente.
- ⇒ Si el cuidador o familiar y equipo de salud se sienten menos frustrados por la falta de habilidad para comunicarse con el paciente.
- ⇒ Si el paciente desarrolla su ausentismo a través de una mejor capacidad de comunicación.
- ⇒ Si el paciente empezó a relacionarse con pacientes o grupos.

5.4 APRAXIA

5.4.1.- ASPECTOS GENERALES SOBRE APRAXIA

CONCEPTO

Apraxia: Es la incapacidad para seleccionar y combinar movimiento para llevar a cabo un acto voluntario, es un rasgo importante en la evolución de las demencias.

Praxia: Es la facultad de cumplir ciertos movimientos adaptados a un fin determinado, que se conocen como actos psicomotores o gestos.

GENERALIDADES

El individuo olvida como ejecutar actos rutinarios. Se sitúa dentro de la patología del gesto, se diferencia de los trastornos del movimiento o musculares por que se relaciona con aspectos cognitivos, razón por la cual no puede ser vista como un hecho aislado.

GESTOS PRAXICOS

Los gestos pueden ser:

- ⇒ Intransitivos, sin utilización de un objeto
- ⇒ Transitivos, con utilización de objetos
- ⇒ Imitativos o no imitativos, según se muestre o no se muestre al paciente lo que debe hacer.

GESTOS TRANSITIVOS

Se clasifican en ellos las siguientes etapas:

- ⇒ Reconocer el objeto que se va a utilizar
- ⇒ Saber para que sirve el objeto
- ⇒ Decidir su utilización

- ⇒ Poseer la fórmula cinética; es decir representar los actos que se están por realizar
- ⇒ Ejecutar la forma cinética

APRAXIAS

Clasificación de las apraxias:

- ⇒ Apraxia constructiva
- ⇒ Apraxia ideomotora o ideomotriz
- ⇒ Apraxia ideatoria
- ⇒ Apraxia especializadas

APRAXIA CONSTRUCTIVA

Esta ligada a un trastorno de la noción del espacio representado. Es la variedad más frecuente de la apraxia. Consiste en la desintegración de los gestos que son normalmente organizados.

Puede presentarse en distintos grados:

- ⇒ En su máxima intensidad, incapacita para trazar la menor forma
- ⇒ En un grado menor, el enfermo fracasa en la ejecución de figuras simples
- ⇒ En un grado inferior la falla no se observa más que en actividades constructivas mas elaboradas por ejemplo en la reproducción de figuras como una casa o en el dibujo espontáneo.
- ⇒ En su nivel mas esbozado, se manifiesta cómo la imposibilidad para dibujar o reproducir un dibujo en perspectiva, mientras que los dibujos planos que no comportan una tercera dimensión son bien realizados.

La apraxia constructiva puede deberse a lesiones de cualquiera de los hemisferios cerebrales. Los lóbulos afectados son el parietal , temporal y occipital.

En la demencia senil y en la enfermedad de Alzheimer la apraxia constructiva gráfica es la primera en aparecer y se inicia con efectos en la reproducción del espacio tridimensional o euclidianos: mala reproducción de la perspectiva del cubo o la casa.

Más tarde existe la imposibilidad de reproducir el espacio tridimensional y el dibujo se copia sólo en dos dimensiones como si las distintas caras estuvieran desplegadas. Al mismo tiempo, hay errores en la colocación de detalles de la casa, más tarde sólo se reproducen dos caras del cubo, luego una sola cara. Se perturban entonces las relaciones topológicas objetivables en los dibujos de dos círculos concéntricos o tangentes. Más adelante en la evolución, el enfermo sólo reproduce una cruz o un triángulo y más tarde sólo figuras circulares. En una última fase y debido a la grave apraxia ideatoria, le será imposible utilizar los instrumentos gráficos, pluma o lápiz y desaparecerá toda producción gráfica.

APRAXIA IDEOMOTORA O IDEOMOTRIZ

Está ligada a un trastorno de la noción del espacio centrado sobre el propio cuerpo, y se refiere a alteraciones de los gestos que no requieren la utilización de objetos (gestos intransitivos).

La apraxia ideomotora puede ser debida a lesiones o bien bilaterales o bien localizadas en el hemisferio dominante. De todos modos, la apraxia es más pronunciada en el miembro preferente. Los lóbulos afectados son el temporal.

En la enfermedad de Alzheimer la apraxia ideomotora se inicia cuando ya está avanzada la apraxia constructiva, aunque con conservación de las relaciones topológicas. Las primeras dificultades se hayan en las praxias ideomotoras que se obtienen sólo por imitación; con la evolución de la demencia se alteran más tarde gestos simbólicos.

APRAXIA IDEATORIA

Está ligada a un trastorno de la noción del espacio de la acción práctica (hay pérdida de la permanencia del objeto en el sentido de Piaget; o sea incapacidad de representarse y encontrar un objeto cuando desaparece de la vista. Se refiere a la alteración de gestos necesarios para la utilización de objetos (gestos transitivos).

La apraxia ideatoria se debe principalmente a lesiones del hemisferio dominante en su región temporo-parietal. Más raramente, se debe a lesiones bilaterales de la misma región.

En la enfermedad de Alzheimer aparece la apraxia ideatoria cuando ya se han desintegrado las praxias ideomotoras y cuando ya existe aproximación al modelo en las praxias constructivas. Se acompaña de apraxia del vestir. Los gestos que más tardamente se pierden son los que comportan una secuencia de movimientos más simples: peinarse, lavarse, limpiarse, cepillarse los dientes.

Actos mas complejos como encender una vela, introducir una carta en un sobre; se ven afectados mas precozmente.

Las variaciones a esta regla parecen estar de acuerdo, las mujeres conservan mejor los gestos para planchar y los hombres gestos como el encender un cigarrillo. En general se pierde primero la capacidad de realizar gestos sin el objeto que los que se realizan con el objeto presente.

APRAXIAS ESPECIALIZADAS

Apraxia del vestir: Es la dificultad o imposibilidad de ponerse distintas prendas, hacer el nudo de la corbata atarse las agujetas de los zapatos, se debe a lesiones del hemisferio dominante.

En la enfermedad de Alzheimer aparece la apraxia del vestir como errores en la colocación de diversas partes del vestido en las partes correspondientes del cuerpo, cuando ya se estableció la apraxia ideomotora. Los errores en el orden respectivo de las prendas aparecen cuando hay apraxia ideatoria y pueden atribuirse a esta.

Apraxia de la marcha: Es la dificultad o imposibilidad de mover las piernas para caminar, sin que existan trastornos paréticos o paralítico.

Apraxia bucofacial: Se refiere a los movimientos de la cabeza, de la cara y de la lengua, se ha descrito una apraxia de la deglución voluntaria esta es imposible mientras se conserva la refleja. La apraxia bucofacial puede estar en relación con trastornos afásicos .

5.4.2.- PUNTOS DE VALORACIÓN

FÍSICOS

- ⇒ Valorar gestos intransitivos, transitivos e imitativos y la dificultad para realizarlos.
- ⇒ Observar fuerza muscular.
- ⇒ Observar presencia de rigidez.
- ⇒ Valorar la dificultad para vestir ,peinarse ,cepillarse los dientes etc.
- ⇒ Valorar el grado de dificultad para la marcha.

- ⇒ Valorar movimientos bucofaciales.

* PSICOLÓGICOS

- ⇒ Valorar la capacidad del paciente de comprender lo que se le esta dando.
- ⇒ Pérdida de memoria.
- ⇒ Frustración.
- ⇒ Tristeza.
- ⇒ Desesperación.
- ⇒ Falta de atención.

* SOCIAL

- ⇒ Negación del paciente en cuanto a la realización de alguna acción específica.
- ⇒ Agresión del paciente hacia quien le esta enseñando.
- ⇒ Falta de orientación del instructor hacia el paciente.

5.4.3.- INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

- ⇒ Proporcionar al paciente un ambiente tranquilo y confiable.
- ⇒ Evitar distracciones de tal manera que el paciente pueda comprender y pueda estar atento a las instrucciones que se le van a dar.
- ⇒ Manifestar una actitud de paciencia hacia el paciente de tal forma de no contagiar nuestra impaciencia.
- ⇒ No forzar al paciente a la realización de alguna instrucción.
- ⇒ Enseñar al paciente los gestos intransitivos a través de la imitación.

CARA

Indicarle que cierre los ojos, abrir el ojo derecho, el ojo izquierdo, abrir la boca, sacar la lengua llevarla ala derecha y a la izquierda, chasquear la lengua sobre el paladar, retroceder el labio inferior, silbar, hinchar la mejillas toser, respirar según cierto ritmo.

CABEZA

Movimientos hacia adelante, hacia atrás, a derecha a izquierda a rotación.

MIEMBROS SUPERIORES

Flexionar y extender el brazo, cerrar el puño y mostrarlo, extender los dedos, separarlos, flexionarlos.

MOVIMIENTOS BIMANUALES

Pronación y supinación y simultánea de ambos lados.

MOVIMIENTOS SUPERIORES

Levantar, extender, flexionar los miembros inferiores, describir una circunferencia con la pierna, flexionar y extender el pie, mover los dedos del pie.

MOVIMIENTOS EXPRESIVOS

Sonreír .implorar hacer el gesto del adiós

MOVIMIENTOS DESCRIPTIVOS

Tocar el timbre clavar un clavo, moler un cafe

MOVIMIENTOS SIMBÓLICOS

Persignarse, aplaudir, saludo militar

⇒ Enseñar al paciente los gestos transitivos

Pedir al enfermo actos como:

- Encender una vela con un cerillo, hacer un nudo, peinarse, cerrar una carta, poner agua en un vaso, abrir una puerta con una llave, clavar un clavo, planchar

⇒ Enseñar al paciente los gestos imitativos.

- ♦ Pedir al paciente que imite el gesto de algún animal por ejemplo por imitación que enseñe los dientes ,apriete el labio inferior y superiores.

- ⇒ Indicar al paciente la realización de gráficas
- ⇒ Mostrar al enfermo un modelo de alguna figura geométrica (cruz, círculo, cuadrado, triángulo).
- ⇒ Enseñar al paciente el orden de las prendas de vestir.

5.4.4.- EVALUACIÓN

- ⇒ Se evaluará la capacidad del paciente para realizar actos de una manera correcta ya sea transitivos intransitivos o por imitación.
- ⇒ Interés y tranquilidad al realizar los ejercicio.

5.5 PATOLOGÍA DENTAL

5.5.1.- ASPECTOS GENERALES SOBRE PATOLOGÍA DENTAL

Para poder entender la patología dental es necesario mencionar los aspectos importantes que conforman la boca en general.

CONCEPTO

LABIOS

Los labios están cubiertos por una mucosa queratinizada y lisa. El grupo de músculos de la expresión facial y de la masticación, en particular el orbicular de los labios, el risorio, el masetero y el elevador propio del labio superior, dan a la persona ciertas facies, y al moverse por acción de la voluntad, permitiendo la masticación, y la articulación de la palabra.

Con la pérdida de elasticidad muscular y de piezas dentarias, el músculo orbicular de los labios queda sin sustentación y se retrae para hundirse en la cavidad bucal, llevando tras de sí la piel de los labios, que se arruga hacia adentro, dando la apariencia de que la punta de la barba sobresale.

MEJILLAS, VESTÍBULO Y PISO DE LA BOCA

Las mejillas, el vestíbulo y el piso de la boca están cubiertos por una mucosa no queratinizada que normalmente es lisa y de color rosado. La continuidad de la mucosa se ve interrumpida por diversas estructuras como los conductos de la glándula parótida que se abren enfrente del segundo molar superior y los conductos de la glándula submaxilar que se abren en el piso de la boca justamente por debajo de los dientes anteriores del maxilar inferior.

DIENTES

Normalmente existen 32 dientes en la boca y están constituidos por:

- ⇒ **Dentina:** Es la base ósea del diente y que tiene sensibilidad.
- ⇒ **Esmalte:** Es la cubierta blanca insensible de la corona dental y esta constituida principalmente por sales de fosfato de calcio.

Pulpa: Es una sustancia fibrosa que se proyecta hacia arriba dentro de la dentina y contiene nervios, vasos sanguíneos y linfáticos.

LINGUA

La lengua es un órgano mucoso muscular que tiene íntima relación con el sentido del gusto, la deglución, el control de la masticación y el habla. El dorso de la lengua está cubierta por una mucosa irregular formada por prolongaciones papilares, de diferentes formas y tamaños, que van desde la papila capilar filiforme, las papilas fungiformes situadas en los bordes anterodorsales que son formaciones redondeadas, hasta las papilas circunvaladas formando una figura en V en la parte posterior del dorso de la lengua.

PALADAR BLANDO Y PALADAR ÓSEO

El paladar óseo separa las cavidades nasal y bucal, y está cubierto por una mucosa queratinizada dura y lisa, en tanto que el paladar blando es una prolongación mucosomuscular indispensable para efectuar la deglución. La úvula es una prolongación situada en la línea media que constituye la terminación del paladar blando.

Las arrugas situadas en la parte anterior del paladar duro forman un patrón característico de cada individuo y pueden ayudar a desplazar los alimentos dentro de la boca.

HUESOS MAXILARES Y ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR

La articulación temporomandibular y los huesos maxilares forman un sistema peculiar muy complicado que está expuesto a traumatismos como la artritis y osteoporosis propios de la vejez. Los alvéolos óseos donde se insertan los dientes son particularmente susceptibles a las enfermedades metabólicas que presentan manifestaciones en la boca y en los cambios hormonales que acompañan a la vejez.

Patología Dental: Es la devastación funcional y anatómica de las estructuras bucales provocada por la diseminación de microorganismos, aunado principalmente a una higiene bucal deficiente, falta de asistencia dental y malos hábitos alimenticios.

GENERALIDADES

EL ENVEJECIMIENTO NORMAL DE LA CAVIDAD BUCAL

La boca, igual que todo el cuerpo, también envejece. Este órgano participa en muchas actividades de la vida diaria como: comer y beber, también es importante de la apariencia personal de la autoimagen, de la comunicación y de las relaciones interpersonales. Por tanto, es de suma importancia la atención de enfermería en la conservación de la salud bucal, especialmente cuando existan deficiencias en los sistemas de apoyo y en la capacidad del individuo para enfrentar los problemas de su higiene bucal. Uno de los aspectos más

importantes que el personal de salud debe tener en cuenta es que casi todas las enfermedades bucales en el anciano son asintomáticas, indoloras y crónicas hasta llegar a etapas avanzadas.

CAMBIOS EN LA MUCOSA BUCAL Y LENGUA

Los labios, como la mucosa bucal y la lengua en los ancianos presentan cambios comparables a los observados en otros tejidos. La mucosa bucal tiene aspecto edematoso o satinado; Estos tejidos muchas veces carecen de una capa protectora de células queratinizadas. Lo cual los hace más sensibles a la irritación mecánica, química o microbiana y también pueden lesionarse fácilmente por alimentos duros o por prótesis, mal adaptados.

La disminución del flujo salival es frecuente en el anciano. La mucosa está seca y poco elástica; con frecuencia da sensación de quemadura y no percibe bien los sabores. Estos síntomas, muchas veces guardan relación con una deficiencia crónica de complejo B. La disminución de saliva puede originar una sequedad molesta que causa irritación, ya que la pérdida de la acción normal protectora y limpiadora de la saliva hace que los tejidos sean más susceptibles para la infección.

La lengua pierde su tono muscular y ofrece menos resistencia cuando se palpa con los dedos. La cubierta papilar disminuye y el dorso tiene aspectos atrofícos. Estos cambios linguales atrofícos suelen depender de deficiencias nutritivas y mala circulación. La disminución del flujo salival origina irritación de los lados de la lengua, donde entra en contacto con los dientes a las prótesis.

CAMBIOS EN DIENTES Y TEJIDOS DE SOSTÉN

En la senectud los dientes permanentes se vuelven más secos, frágiles y oscuros. Las zonas de contacto de los dientes se aplanan a consecuencia del ligero movimiento fisiológico del diente durante la masticación; los cambios degenerativos en el periestio dental, resultantes de presión y de disminución del riego sanguíneo, también pueden intervenir en el anciano una mala higiene bucal, los dientes que puede originar la presencia de surcos horizontales en forma de "V". Estos surcos por raspado pueden extenderse penetrando la dentina e incluyendo zonas que antes eran ocupadas por la pulpa dental. La atrofia gingival junto con la erupción continua de los dientes, origina exposición de la raíz al medio bucal. Estas superficies expuestas originan estímulos dolorosos cuando tienen cambios de temperatura en la boca.

CAMBIOS EN EL ESPACIO INTERMAXILAR

Algunos cambios en las características dentofaciales de los ancianos suelen considerarse acompañamiento normal de la senectud. Incluyen la barbilla prominente y las arrugas que se extienden hacia abajo desde las comisuras de la boca. Estos cambios, que guardan relación con una pérdida del espacio intermaxilar, resultante del desgaste anormal de los dientes o de no restaurar estructuras dentales perdidas, pueden imponer esfuerzos indebidos a las articulaciones temporomaxilares. Esto puede originar una disfunción de la articulación temporomaxilar.

CAMBIOS EN LA EFICACIA PARA LA MASTICACIÓN

La eficacia para masticar tiende a disminuir con la edad debido a: Pérdida de las piezas dentarias, reducción de la fuerza de los músculos masticatorios y movilidad de los dientes.

Las personas que conservan sus dientes ven disminuir la fuerza masticatoria gradualmente, quienes utilizan dentaduras postizas sufren pérdidas aún mayores y sólo alcanzan una quinta parte de la eficacia masticatoria.

Cuando se pierde una pieza dental, el alvéolo tiende a aplanarse. La osteoporosis también puede ser un factor importante en la reducción del tamaño del alvéolo. Además de la pérdida de sustancia del diente por desgaste de las superficies de masticación y la pérdida del hueso en el alvéolo situado debajo de la prótesis, el maxilar inferior se aplanan, reduciendo la altura de la cara. Esto produce la apariencia "típica" del anciano con el mentón más próximo a la nariz. La pérdida del espacio intermaxilar origina problemas en la articulación temporomandibular y acentúa las comisuras de la boca. La situación se agrava cuando hay deficiencias vitamínicas, infección microbiana o babeo continuo.

GLÁNDULAS SALIVALES

En los ancianos es común que la secreción salival disminuya; la reducción se debe a pérdida de células en los acinos glandulares, uso de ciertos fármacos, reacciones emocionales y estados febriles. El componente mucoso de la saliva predomina sobre el seroso y la pequeña cantidad secretada no es suficiente para desplazar los residuos alimenticios de la boca que se va acumulando en los tejidos con células y bacterias. La retención es mayor en personas cuya función neuromuscular es deficiente, debido a que los movimientos de lengua están entorpecidos.

PROBLEMAS OCASIONADOS POR EL ENVEJECIMIENTO

Los problemas y enfermedades de la boca obedecen a factores múltiples, y un 95% de los que caen dentro del campo de la enfermería se deben valorar, vigilar y tratar. Tales factores son:

- 1) **Microorganismos:** Que producen caries, enfermedad periodontal y otros padecimientos inflamatorios e infecciosos de los tejidos blandos y del hueso. Estos microbios pueden diseminarse desde la boca a otras regiones del cuerpo, particularmente, a regiones donde existan injertos o prótesis.
- 2) **Nutrición:** Las deficiencias nutricionales producen caries dental y disminuyen la resistencia de los tejidos a la infección y a los traumatismos. Las malas condiciones de la boca que resultan, reducen la ingestión de nutrimentos en cantidad y calidad.
- 3) **Traumatismo:** Se producen por dentaduras postizas mal ajustadas bordes cortantes de los dientes y partes metálicas de las prótesis, y también por el uso inadecuado de los dispositivos para la higiene bucal.
- 4) **Lesiones de los tejidos blandos:** Se relacionan con infecciones, nutrición inadecuada y traumatismos, pero principalmente con lesiones premalignas y malignas.

| PROBLEMAS DE LOS LABIOS Y DE LA REGIÓN PERIBUCAL | | |
|---|---|---|
| PROBLEMA | ETIOLOGÍA | SIGNOS Y SÍNTOMAS |
| Labios agrietados | Deshidratación, fiebre | Superficie epiteliana, agrietada y reseca |
| Queilosis de la comisuras | Pérdida del espacio intermaxilar avitaminosis, moniliasis | Fisuras profundas en las comisuras de la boca agrietada y dolor al abrir la boca |
| Herpes labial recurrente | Reactivación del virus por diferentes tipos de estrés | Vesícula que se presenta en grupos y forman escaras o costras en los labios |
| Boca fruncida | Pérdida del espacio intermaxilar, pérdida de todos los dientes naturales y carencia de prótesis | Limitación por fibrosis de la abertura de la boca, siendo cada vez más difícil de introducir la prótesis. Pérdida de los movimientos normales de los labios |

PROBLEMAS EN MEJILLAS VESTIBULO Y PISO DE LA BOCA

| PROBLEMA | ETIOLOGÍA | SIGNOS Y SÍNTOMAS |
|--|---|---|
| Masticar, morder las mejillas y la parte interna de los labios | Hábito inconsciente, estrés | Marcas blanquecinas, queratina mordisqueada que permanece a la mucosa junto a la región mordida |
| Erosión, úlceras y vesícula | Microorganismo, traumatismos, alergias y distrofias como el pénfigo (ampollas) | Pérdida de las características normales de la superficie epitelial, reacción inflamatoria con frecuencia dolorosa |
| Xerostomía (boca seca) | pérdida de células en las glándulas salivales a causa de la edad y medicamentos | Boca seca, saliva viscosa en pequeña cantidad los tejidos están enrojecido, frágiles y con el tono disminuido |

PROBLEMAS DE LA LENGUA

| PROBLEMA | ETIOLOGÍA | SIGNOS Y SÍNTOMAS |
|-------------------------------------|---|---|
| Varicosidades (debajo de la lengua) | Causas desconocidas, posiblemente son consecuencia de insuficiencia cardíaca congestiva | Dilatación de las venas que aparecen tortuosas y arracimadas |
| Lengua pilosa | Terapéutica con medicamentos, como ciertos antibióticos o el uso de hidrogeno | Papila filiformes muy alargadas: de color pardo, amarillento o negro |
| Glosodinia (lengua adolorida) | Desnutrición, alergias, infecciones, estrés | Quedan atrapados residuos de alimento y bacterias. Aparición espontánea, dolor tipo quemadura |

| PROBLEMAS DE LOS DIENTES Y LOS TEJIDOS DE REVESTIMIENTO | | |
|--|---|--|
| PROBLEMA | ETIOLOGÍA | SIGNOS Y SÍNTOMAS |
| Caries dental | Dieta inadecuada, microorganismos y control deficiente de la placa dentobacteriana | Caries de la corona (esmalte y dentina), raíz expuesta y destrucción rápida y pérdida total de la corona |
| Úlceras y erosiones, pérdida de las estructuras dentarias | Rechinar de dientes, uso inapropiado del cepillo dental. Partículas abrasivas en el ambiente de trabajo | Esmalte superficial aplanado. Cavidades en la raíz. Pérdida acelerada de la altura de los dientes y reducción del espacio intermaxilar; depresiones calciformes en donde los dientes no hacen contacto |
| Enfermedad periodontal: Periodontitis, Gingivitis | Microorganismos, dieta inapropiados, cambios en la eficacia del sistema inmunitario | Enrojecimiento, inflamación y sangrado fácil de las encías. Movilidad de los dientes afectados. Dolor a la masticación y durante el aseo de la boca |
| Distrofias gingivales | Estrés, alergias, toxicidad, medicamentos, hormonas, nutrición | Inflamación, enrojecimiento, hipersensibilidad, pérdida de granulación normal |

| PROBLEMAS DEL PALADAR BLANDO Y PALADAR ÓSEO | | |
|--|--|--|
| PROBLEMA | ETIOLOGÍA | SIGNOS Y SÍNTOMAS |
| Úlceraciones, erosiones (paladar óseo) | Traumatismos, quemaduras reacciones químicas. | Áreas descarnadas, lesiones dolorosas en la mucosa, generalmente menores de 1 cm. de metro. |
| (Paladar blando) | Alergias, intoxicaciones, infecciones. | |
| Estomatitis por nicotina, otras queratosis pueden conducir a carcinoma de células escamosas. | Fumar demasiado, especialmente puros o pipa y alimentos muy condimentados. | Producción acelerada de queratina con aparición de puntos rojos en los conductos salivales inflamados. |

| PROBLEMAS DE LOS MAXILARES Y DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMAXILAR | | |
|---|--|---|
| PROBLEMA | ETIOLOGÍA | SIGNOS Y SINTOMAS |
| Artritis y enfermedad articular degenerativa (Osteoartritis) | Remodelación del hueso, formación de espolones, degeneración y posible Anquilosis. | Dolor en la articulación y en los músculos articulares, movimientos limitados que se acompañan de crepitación y sonidos de "click" (aplicar el estetoscopio sobre la región) |
| Síndrome de dolor miofacial. | Mala oclusión dental, alteraciones emocionales con tensión y nerviosismo. | Dolor e hipersensibilidad en los músculos masticatorios, movimientos limitados de la mandíbula, crepitación, sonido de "click" y dificultad a la masticación posible, subluxación, rechinar de dientes. |

5.5.2.- PUNTOS DE VALORACIÓN

• FÍSICOS

- ⇒ Inspeccionar la boca y la región peribucal del paciente en relación con:
 - Cambios en la piel, en los labios y tono de los tejidos bucales.
 - Palpar la región del cuello en busca de glándulas o ganglios inflamatorios.
- ⇒ Inspeccionar el interior de la boca, utilizando de presor lingual; examinar metódicamente todas las estructuras de la boca respecto de:
 - Cambios de forma, aspectos o textura normal de los tejidos; pérdida de las estructuras dentales.
 - Inflamaciones, úlceras, sangrado, hinchazón o fistulas secretorias y dolor.
 - Dientes móviles, prótesis mal ajustadas y dientes o dentaduras postizas rotas.

- Incapacidad para masticar y tragar satisfactoriamente.
- Examinar el paladar (techo y piso de la boca) e inspeccionar debajo de la lengua.
- Observar la lengua. Revisar partes laterales, posición posterior y parte inferior.
- Halitosis, resequedad de la cavidad bucal y caries.
- Examinar el estado de higiene bucal.

* *PSICOLÓGICO*

- ⇒ Examinar el conocimiento del paciente y familiar sobre las técnicas de higiene bucal.
- ⇒ Negligencia a la realización de la higiene bucal.
- ⇒ Grado de agresividad.

* *SOCIAL*

- ⇒ Hábitos que constituyan impedimentos para conservar la boca en buen estado de salud, por ejemplo:
 - Dieta e indigestión inadecuada de líquidos, hábito de fumar, falta de atención del familiar sobre la higiene bucal de su paciente, etc.

5.5.3.- INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

HIGIENE BUCAL EN PACIENTES CON LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Las medidas de higiene bucal pueden requerir ciertas modificaciones para algunos pacientes. Si la persona puede llevar a cabo su higiene bucal por sí misma, deberán ponerse a su disposición los artículos necesarios, al despertar por las mañanas, antes de retirarse a dormir después de cada comida y entre comidas. Si por el contrario el paciente se encuentra inhabilitado, la enfermera deberá encargarse de proporcionar higiene bucal siempre que sea necesario, a fin de mantener la boca y dientes limpios y húmedos.

En los ancianos con Alzheimer es importante la realización de la higiene bucal, ya que muchas veces dependen de su cuidador o familiar, porque algunos ya no pueden realizar su higiene bucal, provocando problemas como enfermedades o infecciones de la cavidad bucal. También es importante verificar si el paciente utiliza dentadura postiza, porque puede interferir en la capacidad del paciente de Alzheimer para comer o masticar alimentos duros, ya sea porque no encajan bien o se encuentran rotos.

MEDIDAS DE HIGIENE BUCAL

- Cada paciente debe contar con un cepillo dental propio. El cepillo se marcará con el nombre del paciente.
- Reemplazar el cepillo cuando pierda cerdas o cuando se doblen, rompan o desgasten.
- Si el paciente puede cepillarse los dientes, vigilar el estado de sus dientes y encías. De lo contrario tomar una actitud serena y tranquilizadora; para que el paciente se deje realizar la higiene bucal.

Si el anciano se encuentra irritable, dejarlo para otro momento.

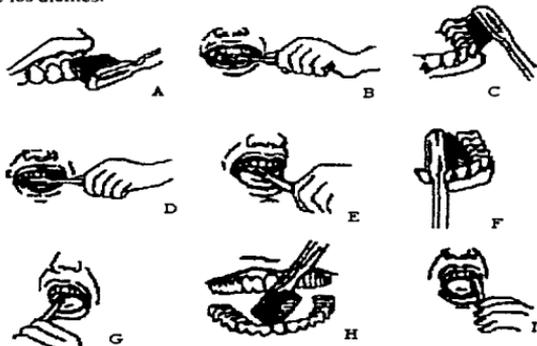
- Eliminar los residuos alimenticios. Indicarle al paciente que se enjuague la boca y escupa el agua, o en caso de estar imposibilitado, o ya no entienda las indicaciones; lavar ampliamente la boca con agua. Si durante el procedimiento hay que introducir la mano en la boca del paciente se usarán guantes desechables. Cuando las partículas están sobre la lengua, o en los espacios interdenciales, se puede utilizar un pañuelo de gasa húmedo para frotar el interior de la boca y delicadamente desprender los residuos.
- La limpieza puede efectuarse con bicarbonato de sodio en polvo o con la leche de magnesia.

TÉCNICAS DE HIGIENE BUCAL

- Colocar el cepillo con las cerdas en la unión de dientes y encías, como se muestra en la fig. (A).
- Mover el cepillo hacia atrás y hacia adelante varias veces, empleado movimientos cortos, como se muestran en la fig. (B) a (F). Esta es la mejor dirección y posición para remover el sarro y las partículas de alimento de las superficies exteriores de todos los dientes, así como las de la superficie internas de los dientes traseros.

- ⇒ Sostener el cepillo verticalmente, como se muestra en las fig. (G) y (H) mediante varios movimientos alternos, cortos y suaves sobre la encía y los dientes.
- ⇒ Los movimientos realizados de esta manera limpian las superficies interiores de los dientes frontales superiores e inferiores.
- ⇒ Colocar el cepillo en sentido paralelo a los dientes traseros, moviéndolo en la dirección de la fila dental.

El mover las cerdas en la dirección ilustrada en la fig.(I) limpia las superficies de mordedura de los dientes.



figs. Higiene Bucal

HIGIENE BUCAL PARA PACIENTES QUE USAN DENTADURA POSTIZA

La limpieza de las prótesis es importante para la salud y el bienestar del paciente. Las dentaduras sucias pueden producir ulceraciones y halitosis en la boca. Lo mismo que en los dientes naturales.

- ⇒ Las dentaduras postizas y las prótesis parciales removibles deben cepillarse después de cada comida y enjuagarse con agua corriente antes de volverse a colocar la dentadura al paciente.

- ⇒ Cuando la dentadura se deja fuera de la boca por un tiempo prolongado debe ser remojada en agua. Esto evita que se reseque y se deforme.

Cepillar la boca con un cepillo de pelo suave y enjuagarla con agua tibia antes de volver a colocar la dentadura.

LIMPIEZA DE LA PRÓTESIS

- 1) Llenar un recipiente con agua hasta un tercio o la mitad de su capacidad y sostener la prótesis cerca de la superficie del agua. Para evitar que la dentadura, se rompa si cae accidentalmente, se coloca un paño en el fondo del recipiente.
- 2) Con un cepillo especial para prótesis limpiar por dentro y por fuera la dentadura.
- 3) Enjuagar con agua corriente antes de colocarla otra vez dentro de la boca, que debe estar limpia.
- 4) Las abrazaderas metálicas que fijan las prótesis parciales a los dientes naturales deben cepillarse por dentro para limpiar manchas y desprender partículas de alimento.

MANCHAS Y OLORES

- ⇒ Para eliminar manchas y olores de la prótesis, remojar durante toda la noche en un vaso con agua a la que se añade una cucharadita de blanqueador. No utilizar soluciones puras, porque la prótesis puede perder su color rosado.
- ⇒ Ayudar en la planeación de la dieta y en el uso del equipo y las técnicas necesarias para el cuidado de la salud bucal.
- ⇒ Establecer el cuidado de la boca como actividad prioritaria. Detectar con anticipación los problemas bucales y evitarlos siempre que sea posible.
- ⇒ Suministrar buenos cuidados de higiene bucal o bien verificar que se lleven a cabo.
- ⇒ Supervisar la ingestión de alimentos y de líquidos.
- ⇒ Aplicar emolientes en labios agrietados.
- ⇒ Aplicar ungüento antimicótico, emolientes. En queilosis de las comisuras.

- ⇒ Lavar la boca con leche de magnesia y seguir con la aplicación de medicamentos. En erosiones, úlceras y vesículas.
- ⇒ Enjuagar la boca con agua ingestión de líquidos en cantidad adecuada. Estimulación del reflejo salival mediante alimentos caramelos agrios sin azúcar. En boca seca.

Emplear medidas de control de placa. Modificaciones a la dieta aplicación tópica de fluoruro y atención profesional. En caries dental.

BENEFICIOS DE LA HIGIENE BUCAL

Los siguientes son algunos beneficios de una higiene bucal adecuada.

- ⇒ Una higiene bucal adecuada y la prevención de males dentales mejoran la imagen que la persona tiene de si misma.
- ⇒ Debido a que el proceso digestivo comienza en la boca las prácticas adecuadas de higiene oral favorecen la digestión.
- ⇒ El cuidado apropiado de dientes y boca previene el contraer infecciones y la degeneración de los dientes.

5.5.4.- EVALUACIÓN

- ⇒ Del estado de higiene bucal.
- ⇒ Del cuidado de la prótesis.
- ⇒ De la nutrición del anciano.
- ⇒ De las mucosas orales.
- ⇒ Del grado de independencia para la realización de la higiene bucal por el anciano.
- ⇒ De la existencia de patología bucal.

5.6 DÉFICIT VISUAL

5.6.1.- ASPECTOS GENERALES SOBRE DÉFICIT VISUAL

CONCEPTO

La visión es la sensación consistente producida por la luz, que permite apreciar los objetos y sus cualidades. La luz atraviesa los componentes del ojo y, mediante la córnea y el cristalino, la imagen queda enfocada en la retina. Los estímulos luminosos se convierten en impulsos nerviosos en las numerosas neuronas retinianas. Estos impulsos son conducidos por las vías ópticas hacia la corteza cerebral, donde son elaborados a nivel consciente.

Déficit Visual: Es la disminución de la agudeza visual, impidiendo la percepción de imágenes, el procesamiento de la información visual y la interpretación de las sensaciones visuales de manera parcial o total.

GENERALIDADES

El ojo, órgano de la visión, es un órgano esférico situado dentro de una órbita ósea suspendido mediante músculos, ligamentos, vasos sanguíneos, nervios y un amortiguador de grasa.

La pared del globo ocular posee tres capas concéntricas:

- A) La capa externa formada por: La esclerótica y la córnea
- B) La capa media esta formada por: La coroides, el cuerpo ciliar y el iris.
- C) La capa interna formada por: La retina, que recubre parte posterior y los lados del globo ocular y contiene los receptores sensoriales para la luz.

CAMBIOS SENILES EN EL OJO

PÁRPADOS

El envejecimiento de los tejidos cutáneos produce pérdida gradual de la elasticidad, con arrugas y pliegues por la relajación de los mismos, puede haber infiltración grasa de los tejidos.

CONJUNTIVA

Se puede observar ocasionalmente infiltración degenerativas y placas seniles.

CORNEA

Esta puede mostrar infiltración circular de material degenerativo en el limbo (arco senil) el aplanamiento de la curvatura de la córnea en el meridiano vertical tiende a producir visión distorsionada.

CRISTALINO

La agudeza visual disminuye con la edad, la magnitud real de la pérdida de la visión es muy variable. Las principales deficiencias se deben a los daños que se producen en las partes transparentes del ojo. También el campo visual disminuye, la velocidad de adaptación a la obscuridad es mas lenta, se eleva el umbral para percibir el estímulo luminoso, hay mayor pérdida de la agudeza visual en la penumbra y disminuye la velocidad critica de adaptación a la luz intermitente.

El cristalino esta formado por células, que cuando maduran pierden el núcleo y la membrana, y el citoplasma se vuelve traslúcido y transparente, esta estructura crece durante toda la vida, aunque a un ritmo cada vez mas lento de las células nuevas rodean la región central. Por tanto, el material central del cristalino tiene aproximadamente la misma edad del individuo, en tanto el material central del cristalino tiene aproximadamente la misma edad del individuo, en tanto que las células de las capas externas cada vez son más jóvenes. A medida que la edad avanza, el centro del cristalino es cada vez mas duro y opaco. Solo la porción más próxima a la superficie es lo bastante suave y deformable para permitir la acomodación disminuye. Este proceso es notablemente regular y con facilidad se produce. Entre los 40 y 45 años de edad casi todas las personas utilizan lentes para leer y para realiza tareas. A medida que la persona envejece, el cristalino se encorva a lo largo del vertical mayor.

El continuo crecimiento del cristalino da lugar a que se extienda progresivamente hacia la cara posterior de la córnea, reduciendo la profundidad de la cámara anterior del ojo. El cambio resultante en la distancia focal, el crecimiento continuo y el aumento de la densidad de la parte central del cristalino aumentan su indice de refracción y producen miopía adquirida. La disminución de la eficacia de los mecanismos para resorber líquido intraocular y la reducción de dimensiones de la cámara anterior contribuyen al aumento de la incidencia de glaucoma crónico.

HUMOR VÍTREO

Aumento en los cuerpos flotantes (moscas volantes) debido a la condensación fibrilar, exudados, depósitos degenerativos o hialosis esteroidea, así como desprendimiento y licuefacción del vítreo.

COROIDES Y RETINA

La arteriosclerosis de los vasos de la coroides y la retina puede acompañarse de cambios degenerativos en estos tejidos.

PROBLEMAS VISUALES EN EL ANCIANO CON DEMENCIA TIPO ALZHEIMER

LAS AGNOSIAS

Estas se refieren al reconocimiento de materiales, objetos, sonidos imágenes, colores; también se refieren al reconocimiento del propio cuerpo y del cuerpo de los demás.

Estas se pueden clasificar en:

AGNOSIA VISUAL.

Es el reconocimiento de imágenes objetos, formas, colores.

AGNOSIA.

Puede definirse como la pérdida de la capacidad de reconocer los objetos, palabras sonidos, formas que le eran conocidas.

Es la incapacidad de identificar un objeto ofrecido a la percepción, siempre y cuando no haya un déficit sensorial. Estas alteraciones pueden hallarse en forma aislada o en forma predominante.

El sujeto tiene una gran dificultad visual con el mundo que lo rodea. Se relaciona con defectos de la aprehensión visual, con déficit de las habilidades gestuales y con efectos de reconocimiento del propio cuerpo. Así mismo en una de sus clasificaciones hablaremos sólo de la agnosia visual. Siendo ésta un trastorno de reconocimiento visual de los elementos del mundo exterior y de las personas, sin alteración del aparato visual

FORMAS DE AGNOSIA VISUAL

- A) Agnosia visual de los objetos: esta es la forma más rara y debe ser distinguida de los trastornos afásicos. Hay imposibilidad de reconocer los objetos de uso común; sólo son reconocidas cuando el paciente los palpa.
- B) Agnosia visual de las imágenes: es mucho más frecuente que la anterior de ella se deriven las siguientes formas:
- ♦ Imágenes figurativas: comprende desde imágenes simples y esquemáticas hasta fotografías de objetos, de personajes, animales, o de escenas. El paciente cree reconocer objetos que tienen algún parecido con el objeto representado: para la imagen de un avión el paciente podrá decir que ve un puro o una pierna.
 - ♦ Imágenes simbólicas: se refieren a imágenes muy esquemáticas de objetos, o figuras geométricas, a símbolos representados en escudos y banderas.
- C) Agnosia de los colores el paciente no puede clasificar los colores ni reconocerlos cuando se presentan sucesivamente.
- D) Agnosias espaciales; se describen las siguientes formas:

Unilateral: es la más frecuente de las agnosias visuales y, en prácticamente todos los casos de sujetos diestros, se refiere a la mitad izquierda del espacio.

Los pacientes no tienen en cuenta todo lo que está situado a su izquierda, ósea en lo que describen.

Pérdida de la memoria topográfica: el paciente pierde la capacidad para orientarse en lugares que le son desconocidos.

Pérdidas de las nociones topográficas: es la incapacidad de orientarse sobre un mapa, o de dibujar un plano de algo.

- E) Agnosia de las fisonomías; es decir, no se identifica por su cara a las personas. El paciente se basa en la ropa, en la voz, en la manera de caminar, los anteojos para identificar a las personas conocidas.
- F) Agnosia de los signos gráficos: se refiere al trastorno del reconocimiento de las letras, las palabras y los números.

Las lesiones corticales que determinan las agnosias visuales son siempre retrorolándicas (parietales, temporales y occipitales), de preferencia derechas. Las lesiones derechas dan a menudo agnosias de las fisonomías.

Las izquierdas determinan preferentemente agnosias para las figuras, los colores y los signos.

5.6.2.- PUNTOS DE VALORACIÓN

* FÍSICO

- ⇒ Existencia de alguna alteración del aparato visual.
- ⇒ Existencia de un problema afásico.
- ⇒ Identificación de imágenes, objetos, formas, colores.
- ⇒ Existencia de algún tipo de agnosia espacial.
- ⇒ La higiene de los ojos.

* PSICOLÓGICO

- ⇒ Desesperación del paciente.
- ⇒ Angustia.
- ⇒ Baja autoestima.
- ⇒ Desorientación.

* SOCIAL

- ⇒ Aislamiento del paciente hacia su familia y/o cuidador primario.
- ⇒ Negación y resistencia al ejecutar algo.
- ⇒ Agresividad hacia quien le está enseñando.

5.6.3.- INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

- ⇒ Sentarse con el paciente de tal manera que pueda vernos.
- ⇒ Preguntar al paciente si puede describir lo que ve para ver si no tiene una agudeza visual disminuida.
- ⇒ Exploración de ojos para determinar si hay presencia de algún problema.
- ⇒ Decir al paciente que indique el uso de algún objeto, previamente mostrado (para identificar si es un problema afásico; si falla probar si puede identificarlo al tacto).

Mostrar al paciente un dibujo por ejemplo: un barco, una botella, un cenicero, un avión, u objetos reales de uso común (una plancha, cubeta, jarra, martillo, cuchillo).

- ⇒ Repetir y mostrar constantemente y de una manera amistosa y atenta los dibujos.
- ⇒ Indicarle el uso de los dibujos mostrados.
- ⇒ Sentarse con el paciente primero de su lado izquierdo y después de su lado derecho (para ver si nos puede describir mejor el objeto mostrado).
- ⇒ Llevar al paciente a un lugar conocido para él.
- ⇒ Pedir al paciente que nos muestre por ejemplo: el sanitario, su ubicación y su uso.
- ⇒ Orientar al paciente en caso de no estar orientado el paciente.
- ⇒ Pedir al paciente que nos diga el nombre de la persona que se le está señalando (esta debe ser una persona conocida por él).
- ⇒ Mostrar al paciente fotografías de parientes diciéndole su nombre y parentesco.
- ⇒ Realizar ejercicios como:
 - Dar al paciente diferentes números, decirle que nos repita colores, figuras y signos gráficos.
- ⇒ Evitar cansar al paciente
- ⇒ Premiar al paciente por cada acto realizado correctamente.

- ⇒ Aumentar la autoestima del paciente.
- ⇒ No forzar al paciente si este no quiere realizar alguna instrucción.
- ⇒ Calmar al paciente en caso de angustia.
- ⇒ Acercarse constantemente al paciente y evitar el aislamiento.
- ⇒ Realizar limpieza diaria de ojos al paciente de manera suave y delicada.

5.6.4.- EVALUACIÓN

- ⇒ Se evaluará al paciente de forma constante dependiendo de los logros obtenidos mediante el ejercicio diario.
- ⇒ Se evaluará si el tipo de agnosia encontrada en el paciente de tipo visual ha ido avanzando o se ha retardado.
- ⇒ Se evaluará la higiene de los ojos del paciente.
- ⇒ Se evaluará la autoestima de paciente.

5.7 DÉFICIT AUDITIVO

5.7.1.- ASPECTOS GENERALES SOBRE DÉFICIT AUDITIVO

CONCEPTO

Audición: Sensación producida por la estimulación de los receptores del oído interno a través de las ondas acústicas.

Déficit Auditivo: Es la alteración sensorial que tiene como consecuencia el problema de comunicación que impide la atención médica y en general una inadecuada calidad de vida.

GENERALIDADES

Los estudios que se han realizado del oído para medir la audición indican que el umbral promedio para los tonos puros aumentan con la edad, cualquiera que sea la frecuencia de vibración, ocurriendo así en ambos sexos. Para las frecuencias de 250-1000 ciclos por segundos, la pérdida de la sensibilidad es mínima aun a los 90 años, y sólo se manifiesta en el sexo masculino. A frecuencias mayores el aumento del umbral es muy marcado; siendo de igual manera para el caso de los hombres. De los 60 años en adelante muchas personas pierden su capacidad auditiva útil para las frecuencias mayores de 4000 ciclos.

La capacidad para escuchar y comprender el lenguaje es más importante la audición de tonos puros. Aunque las frecuencias utilizadas en el lenguaje son relativamente bajas la habilidad para identificar palabras está más afectada de lo que se espera. Uno de los trastornos de la audición que aparece en la vejez es la presbiacusia para ello es importante hablar de las partes que comprenden a la audición.

AUDICIÓN

El oído contiene los receptores sensitivos para el sonido y el órgano sensorial que detecta las sensaciones relacionadas con el equilibrio. Los impulsos nerviosos son transmitidos hasta el cerebro a través de los nervios vestibulares. Dentro del conducto coclear, sobre la superficie de la membrana basilar, se encuentra situado el órgano de Corti, que contiene los órganos receptores de la audición; que son miles de células ciliadas. Las células ciliadas se estimulan mediante estímulos vibratorios. Las señales auditivas son transmitidas hasta el cerebro a través del nervio coclear, que es una rama del nervio auditivo.

La audición es un sentido mecanorreceptor, las ondas sonoras hacen vibrar la membrana timpánica. Estas vibraciones se transmiten por medio de los huesecillos del oído interno, comienza a moverse, lo cual provoca el movimiento de la endolinfa. Las vibraciones de la

membrana basilar que se encuentra en la cóclea excitan los receptores de las células ciliadas de órgano de Corti. Los estímulos vibratorios entonces se convierten en estímulos nerviosos.

Los minúsculos huesecillos del oído medio concentran las vibraciones que reciben desde la membrana timpánica. La presión que se ejerce sobre el líquido coclear es aproximadamente 20 veces mayor que la que se debe a las ondas del sonido sobre la membrana timpánica. Cada onda produce un patrón diferente de vibración, estos se interpretan como variaciones en el tono. La intensidad en el sonido que se percibe depende de las diferentes velocidades las que las ondas sonoras llegan a cada membrana timpánica. Las estructuras tan delicadas del oído pueden lesionarse por ruidos muy intensos.

Los centros para los reflejos auditivos, por ejemplo al brincar cuando un ruido muy intenso, se encuentra localizado en el meencéfalo. El sonido se percibe y se interpreta en la corteza auditiva, la cual se encuentra localizada en la circunvolución temporal superior temporal superior de la corteza cerebral. Una estimulación excesiva o continua de los nervios auditivos producen fatiga general e irritabilidad. Los individuos varían en cuanto a su tolerancia al ruido. Generalmente la audición, es el último sentido que se pierde cuando hay pérdida de la conciencia.

ALTERACIONES OTOLÓGICAS EN EL ANCIANO

El envejecimiento es un proceso biológico básico que se desarrolla de forma continua en todo ser vivo, desde la concepción hasta la muerte provoca modificaciones que se hacen más evidentes en esta etapa de la vida.

El déficit sensorial más evidente es de la perspectiva otorrinolaringológica. El anciano puede padecer las mismas enfermedades del adulto, incluso algunas con mucha predisposición (tapón de cerumen, otitis externa, vértigo etc.).

OÍDO EXTERNO

TAPÓN DE CERUMEN O EPITELIAS

Factor predisponente: atrofia y deshidratación de la piel, conducto auditivo externo, que favorece la acumulación de la secreción ceruminosa.

Sintomatología clínica: si el tapón concluye totalmente el conducto se produce hipoacusia de transmisión, agravando la presbiacusia preexistente, sensación desagradable de ocupación del conducto, autofonía, ocasionalmente, vértigo si el tapón es muy duro y comprime el tímpano.

Tratamiento: extracción que se puede realizar si no existe patología alguna.

Metodología: reblandecimiento del tapón mediante instalación de gotas tópicas diluyente.

5.7.2.- PUNTOS DE VALORACIÓN

* FÍSICO

- ⇒ Alguna alteración de la audición que no corresponda a signos de agnosia auditiva.
- ⇒ Existencia de un problema afásico.
- ⇒ Dificultad o incapacidad para identificar sonidos, lenguaje y música.

* PSICOLÓGICO

- ⇒ Confusión del paciente.
- ⇒ Angustia

* SOCIAL

- ⇒ Agresividad del paciente
- ⇒ Aislamiento
- ⇒ Desesperación del cuidador y del familiar

5.7.3.- INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

- ⇒ Explorar al paciente, buscar alguna alteración en el oído izquierdo y derecho.
- ⇒ Crear un clima adecuado.
- ⇒ Tratar de estar calmado, sonreír, usar el humor (esto facilita la participación del paciente hacia tareas indicadas).
- ⇒ Evitar hablar al paciente cuando haya mucho ruido.

- ⇒ Hablar claro y suavemente al paciente tratando de fijar su atención en uno.
- ⇒ Enseñar al paciente a reconocer sonidos elementales.
- ⇒ Enseñar al paciente el reconocimiento de palabras.
- ⇒ Ayudar a que reconozca melodías conocidas.
- ⇒ Motivar al paciente a reproducir ritmos hechos por el cuidador.
- ⇒ Evitar cansar al paciente.

EJERCICIOS

- 1.- Decirle al paciente que repita palabras por ejemplo; agua y verificar que este bien pronunciadas a fin de saber si es bien escuchada.
- 2.- Silbar, preguntar al paciente la acción y motivar a la repetición.
- 3.- Hacer ruido con papel, monedas. Preguntar al paciente lo que escucha.
- 4.- Pedir al paciente que imite: Golpes sobre la mesa con lápiz, con l a mano a un ritmo indicado.
- 5.- Poner música conocida por él y motivar a que cante con su familiar, cuidador o equipo de salud.

5.7.4. EVALUACIÓN

- ⇒ Evaluar si el paciente es capaz de escuchar sonidos, música.
- ⇒ Se evaluará el grado de dificultad de entender el lenguaje.
- ⇒ La incapacidad de entendimiento del paciente cuando se le da una instrucción, a mejorado o enlenteciendo.
- ⇒ Se mantiene lo mayor posible la tranquilidad del paciente y cooperación.
- ⇒ Hay acercamiento del familiar hacia el paciente y viceversa.

5.8 TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

5.8.1.- ASPECTOS GENERALES SOBRE TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

CONCEPTO

Personalidad: Es el conjunto de rasgos que permiten el ajuste adecuado y específico del individuo en el medio en situaciones diversas, el vocablo incluye aspectos múltiples como actividades, gustos, modos de enfocar los problemas o de hacer las cosas; en una palabra abarca el conjunto de peculiaridades somáticas, psicológicas y sociales; es decir la personalidad puede tener diferentes formas de expresión que están determinadas por muchas experiencias obtenidas en el transcurso de la vida y que determinan las vivencias de la vejez.

Conducta: Nombre genérico para describir todos los tipos de reacciones fisiológicas frente a un estímulo y que puede incluir o no un comportamiento organizado posterior o sucesivo.

Según la clasificación del DMS III R. El Trastorno de la personalidad es: " Los rasgos de personalidad son pautas duraderas en la forma de percibir, pensar y relacionarse con el ambiente y con uno mismo, y se hacen patentes en una amplia gama de contextos personales y sociales. Sólo en el caso de que los rasgos de personalidad sean inflexibles y desadaptativos, causen una incapacitación funcional significativa o una perturbación subjetiva es cuando se hablará de trastornos de la personalidad."

GENERALIDADES

El hombre de edad se defiende contra la inseguridad que experimenta ante la transformación de su cuerpo mediante reacciones psicológicas, depresión, hipocondría, desconfianza, ideas paranoides, irritación, agresividad, rigidez, amnesia; lo que serían reacciones de defensa del yo auto evaluado. Es importante mencionar que no son las circunstancias las que modifican las vivencias y el comportamiento del individuo, si no; cómo él percibe, experimenta y asume el papel que le toca vivir en su momento, para entender más claramente esta situación es necesario profundizar en el aspecto de la personalidad.

LA PERSONALIDAD

En la vejez el comportamiento está determinado por la acción congénita y por otras varias causas, sobre todo los factores psicológicos y ecológicos. El modelo que se presenta pone

de manifiesto el complicado juego de interacciones de las diversas variables, que ha hecho posible la demostración, de una serie de correlaciones entre diversos rasgos psíquicos, corporales, sociales y ecológicos, por una parte, y mayor duración de la vida, por otra lo que hace resaltar la necesidad de una psicología diferenciada al ofrecer pautas y formas de envejecimiento determinadas por un destino vital y hábitos de vida muy diversificados en los aspectos somáticos y psíquicos promovidas por circunstancias sociales y ecológicas muy concretas.

El envejecer exige una adaptación desde el punto de vista intelectual, pero también social y afectivo; la indole y el grado de adaptación están determinados por circunstancias biológicas y sociales de la personalidad del individuo que envejece. La personalidad consiste en una configuración constantemente cambiante de pensamientos, sentimientos y actos que se adquieren en el entorno social y persisten toda la vida, el ser humano pasa por etapas del envejecimiento, maduración y declinación, con rasgos característicos, tanto en lo normal como en lo patológico, toda la vida constituye un fenómeno único, personal e irrepetible. El balance entre lo realizado y lo que pudo hacerse pero no se hizo, suele deprimir a la vejez de un tono depresivo; sin embargo, la senectud tiene también sus aspectos positivos, no obstante las modificaciones involutivas de la personalidad.

El nivel de maduración psicológica se alcanza lo que se llama potencialidad del yo ,que consiste en la capacidad de provocar y soportar tensiones emocionales sin deterioro de la personalidad y sin angustia se expresa en la aptitud para enfrentarse eficazmente a los problemas que impone la realidad y las tareas de la vida adulta.

A medida que el individuo envejece, se exageran los rasgos característicos de su personalidad, aparecen los defectos de adaptación y dependencia también puede aparecer la falta de criterio. Cuando el anciano se confía demasiado en sus tradicionales modelos de conducta o cuando al aceptar nuevas ideas parece indicar que las que siempre ha seguido ahora resultan equivocadas, se exageran los miedos irracionales. Muchas personas tienen a la repercusión que tendrán los cambios en su apariencia y vigor físico, en el trabajo que desempeñan en su posición social. Otros con personalidad exageradamente dependiente temen al dolor, la mutilación o la muerte que puede sobrevenir. Existe comúnmente una tendencia a regresar a etapas primitivas del desarrollo emocional.

Uno de los síndromes neuropsiquiátricos no cognitivos de la enfermedad de Alzheimer son las alteraciones en la personalidad y en la conducta. Los cambios en la personalidad y en la conducta son otros problemas relacionados con la enfermedad de Alzheimer; son cambios extremos y exagerados que convierten a la persona en un ser desconocido, o difícil de comprender de aceptar o manejar.

La etiología de las alteraciones de la personalidad en las demencias es multifactorial. Cambios anatómicos y bioquímicos contribuyen a la aparición de los mismos en la enfermedad de Alzheimer por las típicas lesiones en el lóbulo temporal medio, el lóbulo parietal inferior y la convexidad del frontal, regiones que producen substanciales efectos sobre la personalidad cuando son dañadas.

ALTERACIÓN EN LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Las modificaciones en la alimentación y en el peso corporal son aspectos de gran importancia clínica dado que pueden afectar seriamente la salud física de estos pacientes por ello es que presentan adelgazamiento en los estadios tardíos de la enfermedad.

Los hábitos alimentarios incluyen diferentes aspectos pérdida o aumento del apetito (sin sintomatología depresiva concomitante), ingesta de cualquier tipo de sustancia (hiperalidad), conducta de tipo compulsivo (por dulces), alteraciones praxicas o incapacidades para interpretar estímulos alimentarios relevantes.

CONFUSIÓN VESPERTINA

El término significa, puesta del sol y se asocia a manifestaciones conductuales agitadas que se exacerban al alterar o al iniciar la noche.

AGITACIÓN

Se la define como una actividad motriz, verbal o vocal inapropiada, que no responde a necesidades específicas. Mecanismos Serotoninérgicos pueden estar vinculados a la agitación, asociada muchas veces a la agresión.

DEAMBULACION

Consecuencia de la hiper actividad motora. El paciente puede caminar incesantemente durante horas en un sitio reducido. Cuando un paciente comienza con inquietud, nos sugiere la manifestación de alguna necesidad que no puede expresar.

PROBLEMAS DE COORDINACIÓN Y MOVIMIENTO

Problemas de coordinación y movimiento es debido a la incapacidad cerebral, los mensajes que la mente manda a la extremidades se hacen muy difíciles. Por ello los movimientos de los brazos, manos, dedos y piernas suelen empeorar o perderse al igual que la iniciación de sus movimientos. Tales pérdidas crean problema a la vida diaria del paciente.

Por ejemplo cuando se le pide al enfermo ejecutar alguna acción este dice que "sí" sin iniciar el acto esto es dado que se le olvida este tipo de movimientos o por que ha perdido la destreza necesaria para sujetar el objeto.

El caminar también puede ser muy peligroso. La persona puede perder la coordinación y el equilibrio sintiéndose muy temeroso al caminar.

AGRESIÓN

Existen la agresión física violencia verbal; esto surge muchas veces cuando el paciente comienza a ser semidependiente funcionalmente, cuando el paciente no acepta las consignas del cuidador u otras persona y esta no logra persuadirlos.

Así mismo surgen ideas delirantes en pacientes con Alzheimer lo cual es un factor para la agresión.

VAGABUNDEO

Puede aparecer como una conducta sin propósito, en otros puede tener un objeto y en ocasiones puede corresponder a faltas en la orientación espacial. Muchas veces es indicado de aburrimiento o falta de estímulos adecuados puede aparecer a trastornos del dormir. Significa una conducta riesgosa para el paciente.

PERDIDA O CAMBIO DE EMOCIONES

Las emoción se identifica a veces con sentimientos o afecto. Se puede comprender como proceso fisiológico del cerebro. El amor o la cólera son sentimientos que uno siente hacia otros la persona que esta sufriendo el mal de Alzheimer presentan pérdida de cariño, falta de iniciativa o habilidad para expresar sus sentimientos los cambios de emociones pueden ocurrir muy frecuentemente con esta enfermedad. La tristeza es muy común sobre toda en las primeras etapas. Estas reacciones pueden ser producidas por estar consiente de la incapacitación y por el miedo a sentirse sin control.

APATÍA, ANTAGONISMO, TRISTEZA

La frialdad, el mal humor y la indiferencia hacia los demás es una preocupación excesiva por sí, suelen ser características de la conducta de un enfermo de Alzheimer.

La confusión y desorientación resultantes del daño cerebral hacen que el enfermo sea temeroso abstraído.

El paciente suele llorar mucho, se agita y grita de forma histérica, o quiere ayudar y no puede hacerlo, a veces suele deprimirse, se siente aislado en su sufrimiento, suelen tener pensamientos de muerte, pueden convertirse en una obsesión cuando su animo esta decaído y se siente triste así mismo puede tener pensamientos suicidas.

ALUCINACIONES Y CREENCIAS FALSAS

Las alucinaciones son: percepciones ilusorias que no corresponden a la realidad. Este fenómeno también se puede explicar como una mala interpretación de impresiones sensoriales generalmente con gran participación de la fantasía y de las creaciones falsas, tal como ver, oír, oler o creer algo que no existe.

El enfermo de Alzheimer sufre tales anormalidades, quizás hable con personas que no existen o que hayan muerto, crean que son persona, distintas o interprete los acontecimientos de su hogar de una forma errónea.

CAMBIOS EN EL COMPORTAMIENTO SEXUAL

Pueden ser también consecuencias de la enfermedad de Alzheimer. La sexualidad es un acto normal, no solo para los jóvenes si no también para las personas de edad avanzada. Debido a los mitos y falsas creencias sobre las necesidades sexuales de las personas mayores es por esto que poco se sabe de este tema en lo que a los ancianos se refiere.

La persona enferma de Alzheimer olvida a menudo el comportamiento adecuado relacionado con la sexualidad. Es posible que se toque en áreas privadas sin dar importancia alguna a quien este presente, olvide haber hecho el amor y quiera repetir el acto. También ocurre que sienta necesidades sexuales y no sepa distinguir con quien o cuando es apropiado este acto.

5.8.2.- PUNTOS DE VALORACIÓN

ALTERACIÓN DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

*** FÍSICOS**

- ⇒ Dificultad para masticar y tragar alimentos.
- ⇒ Falta de apetito.
- ⇒ Pérdida de peso significativo (valoración en un periodo de dos semanas).
- ⇒ Aumento de peso significativo (valoración en un periodo de dos semanas).
- ⇒ Desnutrición.

* **PSICOLÓGICOS**

- ⇒ Valoración del estado cognitivo del paciente dicha valoración nos permite evaluar las capacidades del paciente.
- ⇒ Olvidar tragar y/o masticar.
- ⇒ Incapacidad para reconocer utensilios para comer (cuchara, plato, tenedor, etc.) y uso adecuado.
- ⇒ Manifestación de conductas de tipo compulsivas por ejemplo comer muchos dulces, chocolates etc.
- ⇒ Confusión de horario (creer haber comido a cierta hora y no haberle hecho)
- ⇒ Habilidad para el manejo de utensilios

* **SOCIAL**

- ⇒ Comportamiento inadecuado no importando el lugar donde se encuentre. Por ejemplo, tomar los alimentos con los dedo o tirar lo que no le agrade.
- ⇒ Resistencia al no querer probar alimento.
- ⇒ Reacción agresiva hacia la persona que le esta auxiliando en su alimentación.

CONFUSIÓN VESPERTINA

* **FÍSICOS**

- ⇒ Insomnio.

* **PSICOLÓGICOS**

- ⇒ Confusión.

* **SOCIAL**

- ⇒ Agresividad con el cuidador y/o con el familiar.

- ⇒ Incapacidad del cuidador para controlar esta situación.
- ⇒ Fatiga del cuidador.

DEAMBULACIÓN

** FÍSICOS*

- ⇒ Hiperactividad motora.
- ⇒ Valoración del estado físico del paciente a fin de encontrar alguna anomalía.
- ⇒ Agotamiento.
- ⇒ Traumatismos.

** PSICOLÓGICOS*

- ⇒ Irritabilidad e intranquilidad.
- ⇒ Pérdida de memoria.

** SOCIAL*

- ⇒ Aislamiento.
- ⇒ Distanciamiento de la familia y/o cuidador primario.
- ⇒ Extravíos frecuentes.

PROBLEMAS DE COORDINACIÓN Y MOVIMIENTO

** FÍSICOS*

- ⇒ Observar fuerza muscular.
- ⇒ Equilibrio al pararse, caminar o sentarse.
- ⇒ Coordinación motora gruesa y fina.

⇒ Habilidad manual constructiva.

* **PSICOLÓGICOS**

⇒ Capacidad para comprender instrucciones.

⇒ Inseguridad.

⇒ Miedo.

* **SOCIAL**

⇒ Dependencia.

ALUCINACIONES Y CREENCIAS FALSAS

* **FÍSICOS**

⇒ Reducción de la capacidad, variar, enfocar o sostener la atención sobre los estímulos ambientales.

* **PSICOLÓGICOS**

⇒ Lenguaje incoherente.

⇒ Trastorno de la percepción.

⇒ Desorientación.

* **SOCIAL**

⇒ Peligro creciente de conducta violenta si los demás ignoran o desapruaban sus delirios.

PERDIDA O CAMBIO DE EMOCIONES

** FÍSICOS*

- ⇒ Distorsión de la percepción o de procesos mentales.
- ⇒ Valoración de los efectos adversos del uso de medicamentos.
- ⇒ Hipersensibilidad a los estímulos ambientales.
- ⇒ Interpretación equivocada de los estímulos sensoriales y de la conducta de los demás.
- ⇒ Pérdida del apetito y posible pérdida del peso corporal.

** PSICOLÓGICOS*

- ⇒ Ambivalencia.
- ⇒ Tristeza, depresión, ira, amor hacia el cuidador o persona mas cercana, risa, llanto.
- ⇒ Frustración consigo mismo en los momentos en los que se percata de sus limitaciones e incapacidades.

** SOCIAL*

- ⇒ Abuso físico y verbal de los miembros de su familia y de los encargados de cuidarlo.
- ⇒ Impulsividad.
- ⇒ Agresión.
- ⇒ Agitación.
- ⇒ Violencia hacia el mismo o hacia los demás.
- ⇒ Desprecio de lo demás hacia el enfermo.

CAMBIOS EN EL COMPORTAMIENTO SEXUAL

*** FÍSICOS**

- ⇒ Alteración del libido sexual.
- ⇒ Infecciones en el área genital.

*** PSICOLÓGICOS**

- ⇒ Pérdida de memoria.

*** SOCIAL**

- ⇒ Comportamiento inadecuado como: Tocarse en lugares no permitidos.
- ⇒ Capaz de ofender con actos o palabras relacionadas a la sexualidad a las personas que les rodean.
- ⇒ Aislamiento del cónyuge.
- ⇒ Aislamiento social.

5.8.3.- INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

MANTENER UNA ADECUADA NUTRICIÓN

- ⇒ Verificar la integridad del reflejo del vómito tocando suavemente la úvula con un depresor, puede inmovilizarse la boca abierta introduciendo el dedo índice con el medio aplicando una suave presión con una gasa.
- ⇒ Si el reflejo del vómito esta intacto, la habilidad de tragar puede ser examinada introduciendo una pequeña cantidad de líquido en la parte posterior de la boca y pidiendo a la persona que trague.
- ⇒ Sentar a la persona lo mas incorporada posible.
- ⇒ Ofrecer alimentos masticables en vez de semiblandos o triturados. La acción de masticar hace que se fortalezca el reflejo de deglución.

- Comprobar que la dentadura que lleva es la correcta. En caso contrario, será mejor que mastique y trague sin ella.
 - Estimular el reflejo de deglución pidiendo a la persona que sorba un cúbito de hielo antes de pasar a comer. Inmediatamente, dar pequeños golpecitos con un hielo alrededor de la boca unas tres veces, hacer lo mismo siguiendo el recorrido de la oreja a la comisura de la boca, repetir tres veces la operación desde la oreja hasta el mentón recorriendo la mandíbula. Finalmente aplicar hielo sobre la punta del esternón durante mas tres segundos. Repetir el procedimiento con un cepillo vibrador diseñado para este propósito.
 - Colocar los alimentos dentro del campo visual de la persona, prepararlos de forma que sean agradables a la vista.
 - Colocar la comida en el lado ileso de la boca poniendo un espejo enfrente de la persona para enseñarle la correcta colocación de los alimentos en la boca.
 - Proporcionar intimidad cuando empiece a intentar a comer por si solo y evitar que lo haga en una silla con otras personas, hasta que tenga confianza en si mismo y pueda comer.
 - Proporcionar utensilios especialmente diseñados, que tengan cucharas, cuchillos, tenedores forrados que facilitan el cogerlos; eliminando los utensilios innecesarios.
 - Ofrecer la comida a una hora determinada.
 - Dar de comer antes que todos los demás miembros de su familia para que compense su lentitud y mantener una estrecha vigilancia hacia el enfermo.
 - Ofrecer alimentos ricos en proteínas, minerales y vitaminas.
 - Evitar poner a la vista dulces, chocolates antes de empezar la comida.
 - No forzar al paciente a comer, es recomendable esperar un momento esperado a que se tranquilice y después insistir en el acto.
 - Pesarse el peso del paciente máximo una vez por semana.
- Mantener una adecuada hidratación del paciente.

CONFUSIÓN VESPERTINA Y DEAMBULACIÓN

Evitar la administración de benzodiacepinas para el control a largo plazo del insomnio, ya que el uso a largo plazo de benzodiacepinas podría agravar el problema del sueño. (La dependencia de sedantes hipnóticos puede crear problemas psicológicos para los cuidadores que se ven en la disyuntiva de si deben o no administrar tal medicación. Las medicinas para el insomnio tienen en ocasiones el efecto inverso en los pacientes con Alzheimer, por lo que los mantiene despiertos)

- Otros métodos para que el enfermo pueda dormir, como realizar ejercicios tales como: largos paseos durante el día. (Si el enfermo tiene la tendencia a vagar por las noches, quizás sea por que el cerebro ha perdido el ritmo y el horario normal del cuerpo. A veces la confusión hace que el enfermo se levante por la noche creyendo que es por la mañana y quiera vestirse).

Enseñar a la familia del paciente o a su cuidador los cambios en el modelo del sueño normales. (En la demencia como frecuentes despertares, deambular durante la noche y permanecer despierto durante largos periodos, conocer estos cambios puede aliviar la ansiedad del cuidador y ayudar a establecer expectativas realistas).

Establecer enfoques conductistas, como levantarse a la misma hora todas las mañanas, eliminar siestas y fomentar ejercicios regulares. En los estadios inicial y medio de la demencia estos enfoques ayudan a favorecer el sueño en la noche.

Establecer una rutina para acostarse y procurar que se cumpla. (Una rutina coherente ayuda al paciente a prepararse para el descanso).

- Garantizar la seguridad del paciente durante la deambulación e intranquilidad nocturna.
- Comprobar que el entorno cuenta con cerraduras difíciles de alcanzar en las puertas exteriores.
- Conectar un timbre en la habitación.
- Quitar espejos y objetos de cristal innecesarios de la habitación (Esto nos ayuda a reducir el peligro potencial de lesiones).

Vigilar si existe el síndrome del crepúsculo (El síndrome del crepúsculo caracterizado por una mayor confusión, agitación, ansiedad, deambulación y temblor de manos suele manifestarse al final de la tarde o principio de la noche. Este estado esta típicamente relacionado con la fatiga y con la incapacidad de controlar la tensión).

- ⇒ Reorientar al paciente de forma suave y tranquila, si se despierta durante la noche, se vuelve confuso y nervioso.
- ⇒ Evitar discutir con el paciente que despierta por la noche (La discusión hace que se sienta irritado y confuso).
- ⇒ Asegurarse de que el paciente vaya al baño antes de acostarse, así será menos probable que despierte por la sensación de la vejiga llena.

Para mantener mas tranquilo y evitar que se sienta alarmado al despertar, es necesario ofrecerle compañía encender las luces antes del anoecer y dejarlas encendidas del dormitorio (Así no despertará en la oscuridad y poner música baja o favorecer las relaciones sociales durante la tarde).

- ⇒ La persona debe llevar siempre con sigo una identificación.
- ⇒ Es importante aminorar o evitar conflictos con el paciente.
- ⇒ Alentar al enfermo a participar en actividades y hacerle sentir que esta apoyado.

PERDIDA O CAMBIO DE EMOCIONES

- ⇒ Investigar si el enfermo esta con algún medicamento que le vaya a provocar alguna reacción adversa.
- ⇒ Tratarle con calma, paciencia y comprensión siempre que sea posible.
- ⇒ Dirigirse suavemente al paciente de forma abierta y amistosa (Los pacientes con la enfermedad de Alzheimer tiende a reflejar el afecto a quienes le rodean).
- ⇒ Dar a conocer a la familia estos cambios y la progresión del mal para que les sea mas fácil de manejar.
- ⇒ Hablar al paciente con un tono de voz claro y bajo. Los tonos altos transmiten ansiedad y tensión.
- ⇒ Estimular al paciente a describir historias o situaciones de su pasado, ayudándole cuando sea necesario (Típicamente las personas con Alzheimer conservan la memoria remota hasta la últimas fases de la enfermedad).

PROBLEMAS DE COORDINACIÓN Y MOVIMIENTO

- ⇒ Realizar ejercicios en los pacientes para aumentar la fuerza muscular. Si el paciente no es capaz de seguir instrucciones por sí solos tales como: Subir y bajar escalones, conducir la bicicleta estática, ayudar al paciente a flexión y extensión de piernas, brazos y manos. Aducción y abducción en todos sus arcos de movimientos.
 - ⇒ Es importante dirigirse al paciente y hablarle de una forma clara y precisa.
 - ⇒ Motivar al anciano que realicen tareas constructivas como:
 - ♦ Hacer que intente dibujar figuras geométricas por ejemplo: círculos, cuadrados, triángulos, etc
 - ♦ Colorear dibujos ya iluminados por el cuidador con color de punta gruesa y después con color de punta fina.
 - ♦ Ayudar a la presión con la utilización de pelotas.
 - ⇒ Considerar las limitaciones del enfermo en cada una de sus actividades que se les va a ordenar a fin de evitar sentimientos de frustración.
 - ⇒ No forzar al enfermo cuando este se muestre tenso.
 - ⇒ Marcar límites pero hacerlo en forma cortés. Fijar las limitaciones con tiempo, antes de que se susciten los problemas.
 - ⇒ Indicar claramente a la persona lo que se espera de él. La persona tiene derecho a saber que se espera de ella.
 - ♦ Iniciar con dos o tres metas básicas, que deben ser específicas y alcanzables para asegurar que la persona tenga éxito conforme sea apropiado, añadir metas adicionales.
 - ⇒ Permitir que la persona elija las opciones, ganar la colaboración de la persona involucrándola en la toma de decisiones, siempre que sea posible.
- Permanecer junto al paciente. La autoestimación puede estar muy reducida a causa de los arranques de conducta.**

- ♦ La persona puede sufrir el desprecio de familiares, amigos y personal de salud; esto confirma los sentimientos de rechazo. Tratar siempre de permanecer física y moralmente junto al paciente después de los episodios de conducta inapropiada.

- ⇒ No amenazar nunca, regañar, avergonzar o castigar a la persona.
- ⇒ Orientar la agresividad hacia actividades constructivas.
- ⇒ Dar respuestas en forma tranquila, sencilla directa y breve, para evitar confusiones adicionales.
- ⇒ Permitir que la persona enojada hable y desahogue sus sentimientos.
- ⇒ Considerar la posibilidad de que la persona realice algún tipo de actividad física para aliviar la tensión creciente.

Para mantener y mejorar la movilidad es necesario:

- ⇒ Valorar cuidadosamente los niveles de movilidad y poder de reacción. Hacerlo periódicamente.
- ⇒ Enseñar al paciente a caminar de manera que primero coloque los talones y luego el resto del pie, entrenarlo a ir aumentando la amplitud del paso.
- ⇒ Enseñar a balancear los brazos cuando camine para así mejorar el equilibrio.
- ⇒ Utilizar la música para así estimular la práctica de la marcha.
- ⇒ Si la persona mientras camina se queda rígida, hacer que recupere la movilidad levantándole los brazos o haciendo que ande hacia atrás.
- ⇒ Enseñar a la persona a levantarse de la silla separando los pies y haciendo fuera contra los brazos de la misma.
- ⇒ Animar al paciente a que practique funciones motoras como: Recogiendo monedas o canicas.
- ⇒ Realizar o enseñar a realizar ejercicios para aumentar el grado de movimiento por lo menos dos veces al día.
- ⇒ Guiarle con calma y paciencia.

- ⇒ Mantener los suelos sin cera, sin alfombras, el suelo debe estar sin dibujos, que las que las escaleras tengan pasamanos y que cuando tenga que subir el paciente sea acompañado.

ALUCINACIONES Y CREENCIAS FALSAS

- ⇒ Tratar de establecer una buena comunicación y mantener un contacto directo tanto del tacto como visual.
- ⇒ Vigilar signos vitales periódicamente.
- ⇒ Vigilar el estado neurológico del paciente hasta donde nos sea posible.
- ⇒ Investigar si ha estado con medicamentos y de que tipo.
- ⇒ Vigilar la posible existencia de alguna anomalía en el organismo (por ejemplo si existe hipo o hiperglucemia, si hay algún cambio en el ambiente que le este influyendo).
- ⇒ Llevar a cabo medidas de orientación a la realidad (Dar a conocer la realidad de la alucinación a la persona por ejemplo, en el caso de una alucinación visual, decirle " se que las arañas te dan mucho miedo pero yo no las veo".
- ⇒ Evitar atar al enfermo, a no ser que sea imprescindible para su seguridad.
- ⇒ Evitar sobre medicación cuando de han prescrito sedantes y/o tranquilizantes.
- ⇒ Mantener el ambiente tranquilo, reduciendo el ruido innecesario.

ALTERACIÓN EN EL COMPORTAMIENTO SEXUAL

- ⇒ Orientar a la familia encargada del enfermo sobre estos tipos de comportamiento inadecuados que su paciente puede presentar.
- ⇒ Aconsejar al familiar buscar apoyo del medio psicológico para la comprensión de su enfermo.
- ⇒ Explicar a las personas que por el enfermo han sido sorprendidas mediante alguna conducta inapropiada el porque de esto para evitar el aislamiento hacia el paciente y que se sientan incómodas.

- ⇒ Aprender a manejar los momentos difíciles de la conducta sexual .
- ⇒ Tratar de distraerlo mediante la realización de otras actividades para evitar conductas sexuales inadecuadas. Marcarle límites sobre la manipulación de genitales.

5.8.4.- EVALUACIÓN

- ⇒ Evaluar la nutrición del paciente en forma periódica.
- ⇒ Valoración periódica del reflejo de deglución del paciente.
- ⇒ Evaluar periódicamente la regularidad de los hábitos de sueño el ciclo de sueño estará en fase con los patrones normales de actividad.

Evaluar si la familia o encargados del cuidador del paciente entenderán la conducta del anciano y si tienen confianza para tratar con los elementos, negativos del estilo de vida del anciano.

- ⇒ Evaluar la orientación a la realidad.
- ⇒ Evaluar el bienestar y seguridad del paciente.
- ⇒ Evaluar si el paciente se mueve con seguridad.
- ⇒ Evaluar la conducta sexual del paciente.

5.9 TRASTORNOS DEL SUEÑO

5.9.1.- ASPECTOS GENERALES SOBRE TRASTORNOS DEL SUEÑO

CONCEPTO

El sueño es una parte esencial de la vida y abarca un tercio del periodo vital total. Todas las células requieren un lapso de inactividad para realizarse y renovarse; se ha descubierto que el sueño es esencial para la reparación de los tejidos.

Los seres humanos necesitan cierta cantidad de sueño durante un periodo prolongado para mantener el funcionamiento óptimo de su organismo, tanto físico como mental.

Las horas que se necesita de sueño varían con cada individuo. Los requerimientos de sueño están influidos por:

- 1) La edad
- 2) El estado de salud (por ejemplo: ciertos padecimientos pueden aumentar las necesidades del sueño).
- 3) El nivel de tensión. (durante los periodos de tensión pueden aumentar las necesidades de sueño).
- 4) La presencia o ausencia de motivación para mantener despierto y activo tanto mental como físicamente.

El sueño restablece el equilibrio normal entre las distintas partes del sistema nervioso. El sistema activador reticular, que controla el grado de actividad del sistema nervioso central, es el responsable del estado de alerta y del sueño.

- A) El sistema activador reticular es una red formada por células y fibras nerviosas que se originan en el tallo cerebral, suben hacia el mesencéfalo y el tálamo y de ahí se distribuyen por toda la corteza cerebral.
- B) Existen varios grados del estados de alerta y del sueño, los cuales son posibles gracias al gran número de trayectorias nerviosas que hay entre la corteza y el sistema activador reticular.

- 1) Cuando se reducen los estímulos que vienen de la corteza cerebral y de la periferia hasta el sistema activador reticular y lo deprimen lo suficiente, aparece el sueño. Durante el sueño el sistema se encuentra casi completamente inactivo

- 2) El estado de alerta se presenta cuando ya se ha activado el sistema activador reticular y los mecanismos de retroalimentación de la corteza cerebral.
- C) Los patrones del sueño y del estado de alerta se desarrollan en una época temprana de la vida. Los individuos aprenden a mantenerse despiertos durante un periodoprolongadogado y a dormir y a dormir mucho tiempo.
- D) Los patrones del sueño se aprenden (por ejemplo; ambientes que favorecen el sueño, condiciones para dormirse y mantenerse dormido, hora para dormir y duración de los periodos para el sueño).
- E) El adulto, mientras envejece más, puede necesitar periodos mas largos para dormir, ya que existe cierta tendencia a despertarse con mayor frecuencia y permanecer despierto.

El sueño tiene dos fases: El sueño de movimiento ocular lento (N REM) y el sueño de movimiento ocular rápido (REM).

- A) Durante un periodo de sueño de 7 a 8 horas hay generalmente de 3 a 4 periodos del sueño REM. Estos tienden a ocurrir cada una o dos horas y pueden durar de cinco minutos a una hora.
- B) La transición de sueño N REM a REM generalmente está indicada por espasmos musculares leves involuntarios.
- C) El sueño REM varía con la edad. Representa aproximadamente el 15% en el sueño del anciano.
- D) Los individuos que no tienen sueño REM tienden a desarrollar una personalidad sumamente irritable se fatigan en extremo y pueden tener un comportamiento neurótico
- E) El sueño N REM proporciona el descanso y el restablecimiento del organismo.

Trastorno del sueño: Estado en el que, el individuo experimenta o esta en riesgo de experimentar un cambio en la cantidad o calidad del patrón de reposo que corresponde a sus necesidades biológicas y emocionales.

GENERALIDADES

Una gran proporción de los ancianos sufren problemas crónicos, entre los que se encuentran los trastornos del sueño.

EPIDEMIOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO

Una mayoría de la población, pasados los 60 años, se queja de problemas de sueño fundamentalmente de interrupción durante la noche y de somnolencia durante el día, lo cual se sabe, según diversas teorías, a cambios en el sistema nervioso central, ya que la edad es un factor principal que debe tomarse en cuenta al evaluar el reposo y sueño.

A veces, un baño caliente en tina o regadera es parte de las costumbres nocturnas, y cada sujeto tiene sus propios hábitos antes de acostarse y para prepararse a dormir. La estimulación excesiva, es decir la excitación mas intensa que la normal, en la mayoría de los casos dificulta el sueño, a menos que ocurra agotamiento para la estimulación. La falta de ejercicio suficiente puede ser otro motivo de dificultad para conciliar el sueño, pues los músculos no están lo suficientemente cansados. El ruido y otras molestias pueden despertar al sujeto y las trastornar las características del sueño. Si se les despierta repentinamente del sueño profundo, es probable que sufra confusión y desorientación, estado que se ha descrito en la literatura como "confusión hipnótica", y que es más notable en niños y sujetos que sufren de trastornos del sueño.

TRASTORNOS DEL SUEÑO MAS COMUNES EN EL ANCIANO

INSOMNIO SOSTENIDO

Se define como la disminución sostenida de la cantidad del sueño habitual y puede verse asociado a cambios en el horario de acostarse.

El insomnio provoca estados sostenidos de fatiga y sus consecuencias sobrepasan al individuo, pudiendo llegar a afectar a la familia completa.

APNEA DEL SUEÑO

Este es un trastorno en el cual la persona que lo sufre detiene su respiración repentinamente durante el sueño. Existen tres tipos de apnea del sueño.

Apnea obstructiva: Causada por excesiva relajación de los músculos de la garganta y en el faringe posterior.

Apnea central: Causada por falla en la estimulación de la musculatura respiratoria por el sistema nervioso central

Apnea mixta: Se inicia por una apnea central, seguida por un componente obstructivo.

La falta repetida de respiración causa problemas, entre los que se encuentran: Arritmias cardiacas, hipertensión arterial nocturna, confusión y trastornos neuropsicológicos. El sueño irregular nocturno provocado por las apneas se traducen en excesiva somnolencia diurna.

La apnea del sueño se presenta alrededor de un 24% de los ancianos, es predominante en los hombres. Además se ha encontrado que entre las personas mayores de 65 años contribuye al aumento de mortalidad nocturna asociado a enfermedad esquémica del corazón.

MIOCLONO NOCTURNO

Este trastorno, también denominado movimiento periódicos de las piernas durante el sueño, se presentan de 5 a 6% de la población de 18 a 74 años; representada de 4 a 30% de los trastornos del sueño y ocurre en 25 a 60% de los ancianos saludables. Se caracteriza por movimientos involuntarios de flexión de las extremidades y el diagnóstico se establece cuando estos ocurren al menos cinco veces en una hora de sueño y son seguido por un despertamiento. Los síntomas incluyen: Puntapiés al compañero (a) de cama, frialdad de los pies, excesiva somnolencia diurna e insomnio.

INSOMNIO Y DEAMBULACIÓN NOCTURNA EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Los pacientes de Alzheimer suelen agitarse más al atardecer y se acentúan más sus problemas de conducta, en la enfermedad de Alzheimer es alterada la tendencia natural a mantenerse activo durante el día y en reposo por la noche; al realizar el cambio de horario de sueño-vigilia se convierte en un deambulador nocturno; al levantarse, se viste y actúa como si fuese de día, y luego se queda dormido en una silla, con la ropa puesta. Sin embargo numerosos factores, no son necesariamente relacionados con el reloj biológico por si mismo, pueden desordenar el sueño de manera transitoria o permanente en los ancianos como: insuficiencia cardíaca, disturbios respiratorios que causen insuficiente sueño nocturno con repercusión homeostática del sueño durante el día siguiente.

CAMBIOS FISIOPATOLÓGICOS ASOCIADO CON EL ALZHEIMER

El deterioro del SNC da como resultado cambios físicos en todo el cuerpo; Hay una pérdida de energía y aumento en la fatiga con la actividad física. El ciclo de sueño está afectado; hay una disminución en el tiempo total de sueño y despertares mas frecuentes. Este trastorno conduce a privación del sueño, ya que están trastornadas las funciones cognitivas.

Los cambios fisiopatológicos asociados con el Alzheimer son degenerativos y dan como resultado una atrofia de la corteza cerebral. Las uniones intraneuronales desarrollan depósitos de proteínas de tipo almidón, amiloide, que forman un núcleo rodeado por estructuras neuronales desmielinizadas denominadas placas seniles o neuríticas. Estas placas, se piensa que interfieren con la transmisión neuronal.

Estos cambios fisiopatológicos de la enfermedad de Alzheimer pueden identificarse durante la autopsia. Sin embargo, cuando la enfermedad se sospecha por primera vez el diagnóstico es de exclusión mediante un examen físico neurológico completo.

5.9.2.- PUNTOS DE VALORACIÓN

* FÍSICA

- ⇒ Edad
- ⇒ Ejercicio
- ⇒ Alimentación
- ⇒ Dolor: el dolor siempre obstaculiza el reposo y sueño, sin embargo, a menudo son, la irritación y malestar de poca importancia que puede ser físico o psicológico.

* PSICOLÓGICOS

- ⇒ Estados emocionales
- ⇒ Ansiedad, probablemente es la causa más frecuente que impide reposar y el paciente se inquieta.
- ⇒ Estrés
- ⇒ Estado de ánimo
- ⇒ Fatiga
- ⇒ El número de despertamiento nocturno

* **SOCIAL**

- ⇒ Ruido
- ⇒ Iluminación
- ⇒ Temperatura de la habitación
- ⇒ Consumo de café, alcohol o alguna droga. (medicamentos)

5.9.3.- INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

- ⇒ La nutrición y el ejercicio adecuado son importantes para que el sueño sea reparador. Deberá alentarse a los pacientes a practicar actividades que lo hagan descansar y relajarse antes de prepararse a dormir.
- ⇒ Establecer enfoques conductistas, como levantarse a la misma hora todas las mañanas, eliminar las siestas y fomentar ejercicios regulares. En los estadios iniciales y medios de demencia, estos enfoques ayudan a favorecer el sueño durante la noche.
- ⇒ Establecer una rutina para acostarse, y procurar que se cumpla. Una rutina coherente resulta cómoda y ayuda al paciente a prepararse para el descanso.
- ⇒ Intentar mantener al paciente ocupado y activo durante el día, si se puede evitar no dejarlo dormir a lo largo del día.
- ⇒ Haga que el paciente orine antes de acostarse; de esta manera se evitará que se despierte a media noche con la vejiga llena. No obstante para el caso de que tuviera que levantarse, asegúrese de que tiene una pequeña luz de noche en la habitación.
- ⇒ Como medida de seguridad, mantenga elevados las barandillas laterales de la cama durante el sueño nocturno.

Enseñar a la familia del paciente o a su cuidador los cambios en el modelo de sueño normales en la demencia, como frecuentes despertares, deambular durante la noche y permanecer despierto durante la noche y permanecer despierto durante largos periodos. Conocer estos cambios puede aliviar la ansiedad del cuidador y ayudarte a establecer expectativas realistas.

- ⇒ Evitar la administración de benzodicepinas para el control a largo plazo del insomnio. El uso a largo plazo de benzodicepinas podría agravar el problema del sueño. La dependencia de sedantes hipnóticos psicológicos para los cuidadores que se ven en la disyuntiva de si deben o no administrar tal medicación
- ⇒ Reorientar al paciente de forma suave y tranquilizadora si se despierta durante la noche y se vuelve confuso o nervioso. Una actitud suave reduce la posibilidad de que el paciente se agite y pierda el control.
- ⇒ La enfermera descubrirá que es bueno dedicar algunos minutos adicionales para acomodar a los pacientes y atender todos los pequeños detalles que le son importantes. De esta forma descansarán mejor y es menos probable que necesiten ayuda durante la noche.
- ⇒ Garantizar la seguridad del paciente durante la deambulación e intranquilidad nocturna. Comprobar que el entorno cuenta con cerraduras difíciles de alcanzar en las puertas exteriores. Colocar una silla en la habitación para permitirle moverse de la cama a la silla y eliminar las sujeciones.
- ⇒ Valorar al paciente en busca del "síndrome del crepúsculo" durante el final de la tarde o primeras horas de la noche. Si es necesario, limitar las actividades nocturna del paciente, ofrecerle compañía encender las luces antes del anochecer, y poner música baja o favorecer las relaciones sociales a últimas horas de la tarde. El "síndrome del crepúsculo", caracterizado por una mayor confusión, agitación, ansiedad, deambulación y temblor de manos, suele manifestarse al final de la tarde o principio de la noche Este estado está típicamente relacionado con la fatiga y la incapacidad de controlar la tensión.
- ⇒ Si en las órdenes médicas hay fármacos hipnóticos (que producen sueño), estos deberán administrarse algunos minutos antes de apagar las luces. Los analgésicos deberán administrarse con anterioridad suficiente para que produzca resultados antes de administrarse el hipnótico.
- ⇒ Cuando el paciente esté acomodado y se haya atendido todos los detalles se, reduce la intensidad de las luces y los ruidos, no se molesta al paciente a menos que sea absolutamente necesario.
- ⇒ Para evitar que se sienta alarmado al despertar, deje la luz encendida, la luz del dormitorio, el baño y otras habitaciones de la casa; así no despertara en la oscuridad.
- ⇒ Compruebe que puertas y ventanas estén cerradas, y que las zonas peligrosas, como las escaleras, se hallen protegidas con rejas. Si el paciente despierta con sobresalto y alarmado, trate de tranquilizarlo.

- Como ejercicios durante el día; los paseos largos pueden ayudarlo a más cansados y quizás a dormir mejor y más horas durante la noche. También es conveniente no dejarle tomar siestas durante el día, puesto que cuando menos duerma durante el día, más cansado y sueño tendrá por la noche. Si al enfermo le gusta el café, sería conveniente darle café descafeinado no darle café después del mediodía.
- Cuando enfrente la conducta deambulatoria nocturna, de un padre, cónyuge o hermano con deterioro, trate de ser tan inventivo como sea posible, tanto para conseguir que su paciente vuelva a la cama como para que el cuidador descanse. Muchos cuidadores han descubierto que discutir con un paciente que despierta por las noches, solo hace que éste se sienta irritado, confuso y quizá violento.
- Las enfermeras observaran a los pacientes durante los turnos nocturnos y tomaran nota de los que tienen dificultad para dormir o que se encuentran despiertos durante la noche.
- Las enfermeras del turno matutino estudiaran siempre el informe de la enfermera de la noche anterior para ver si su paciente ha sufrido trastornos del sueño durante este periodo.

No debe olvidarse que al diagnosticar y tratar un trastorno de sueño en un anciano, el objetivo primordial, es la conservación de la funcionalidad y la buena calidad de vida.

5.9.4.- EVALUACIÓN

- Verificar si las estrategias para el reposo y sueño son adecuados.
- Verificar que la familia comunique los signos de privación de sueño.
- Ver si las indicaciones de los medicamentos es correcta.
- El cuidador tomara medidas apropiadas para reducir los problemas del sueño.

Durante la hospitalización evaluar el sueño reposo a través de las notas de enfermería del turno nocturno.

5.10 SÍNDROME DE INMOVILIDAD

5.10.1.- ASPECTOS GENERALES SOBRE SÍNDROME DE INMOVILIDAD

CONCEPTO

La inmovilidad: se puede definir como la reducción de la capacidad para desempeñar actividades de la vida diaria por deterioro de funciones relacionadas con el sistema Neuro-músculo esquelético. Es uno de los grandes síndromes geriátricos y se debe reconsiderar como un problema independientemente que requiere una valoración y un manejo específico.

La inmovilidad física: es el estado donde el individuo experimenta una limitación de su capacidad de movimiento físico independiente. El deterioro de la movilidad es el problema más frecuente, experimentado por los ancianos.

GENERALIDADES

PROCESO NORMAL Y EL ENVEJECIMIENTO EN EL SISTEMA MUSCULO ESQUELÉTICO

Los ancianos presentan alteraciones morfológicas y funcionales que requieren de la adaptación gradual y progresiva de su capacidad funcional a las posibilidades reales de rendimiento frente a las situaciones de la actividad cotidiana. El afán de movimiento y su necesidad disminuye conforme avanza la edad, los estímulos de movimiento pierden su efecto y sólo se llegan a realizar en cantidades estrictamente necesarias; también disminuye la velocidad y la dirección de movimiento, a consecuencia de éstos se hacen considerablemente moderados y lentos; se pierde la capacidad de captar con rapidez una situación y la reacción psicomotora inmediata. Esto es debido a la falta de vivacidad, agilidad y poder de adaptación necesarias.

Dentro del proceso normal del envejecimiento, el sistema músculo-esquelético sufre los siguientes cambios:

- ⊖ En el aparato locomotor existe atrofia muscular, disminución de la fuerza, de la potencia, como consecuencia se altera la postura.
- ⊖ La fuerza de contracción muscular disminuye, las articulaciones pierden elasticidad, movilidad y resistencia además de lesiones degenerativas (Artrosis) como consecuencia aparecen dolores, limitaciones de movimientos (Anquilosis).
- ⊖ Existe osteoporosis que trae consigo deformidades esqueléticas en el aparato cardiovascular hay alteraciones en el corazón, fatiga del músculo y arteriosclerosis.

- La hipertensión, arteriosclerosis, trombosis, embolias e insuficiencia periférica producen riego sanguíneo insuficiente al cerebro y músculos.
- En el aparato respiratorio se encuentran: alteraciones de pulmones, tales como disminución del tejido encargado del intercambio gaseoso, los bronquios se endurecen y la mucosa se atrofia, la caja torácica se hace mas rígida, disminuye la elasticidad de los cartílagos y conduce todo ello a la disminución de la ventilación y oxigenación de la sangre.
- En el sistema nervioso ocurren problemas en las áreas psicológicas intelectuales y afectivas (pérdida de la memoria, desorientación en el tiempo, espacio, persona, dificultad de calculo). Además se presentan: alteraciones en el lenguaje, en el sistema vegetativo; trastornos de esfínteres, atonías, deterioro de los sentidos del equilibrio, coordinación de movimiento y ritmo.

PROBLEMAS DE COORDINACIÓN Y MOVIMIENTO DE LA DEMENCIA TIPO ALZHEIMER

Aunados a los cambios en el proceso normal de envejecimiento, encontramos que en el anciano con demencia tipo Alzheimer, desde el inicio de la enfermedad empieza con problemas de coordinación y movimiento. Debido a la incapacidad cerebral, así mismo los mensajes que la mente manda a las extremidades se hacen muy difíciles, es por ello que los movimientos de los brazos, manos, dedos y piernas suelen empeorar o perder, al igual que la iniciación de movimientos. Tales pérdidas crean problemas en las actividades de la vida cotidiana.

En el anciano con éste tipo de patología es posible notar que cuando se le da una orden, por ejemplo, "pon el pañuelo en el bolsillo", el anciano quizás diga que " sí ", sin iniciar el acto, o también, cuando se les da una pelota para que la boten, no lo realizó, nada más la sostiene en sus manos o la deja caer; esto se debe a que se le olvida este tipo de movimientos, o porque ha perdido la destreza para sujetar un objeto, y no es porque el enfermo quiera llevarle la contraria. El no poder comer por su cuenta o vestirse puede causar desesperación y hasta depresión si el enfermo está consciente de estos problemas.

El caminar también puede ser muy peligroso; la persona tiende a perder la coordinación y el equilibrio lo que le hace sintiéndose muy temeroso al caminar; además hay propensión a caerse y fracturarse. Si esto ocurre trate de guiarlo con calma y con paciencia.

Durante las ultimas etapas de la enfermedad el paciente de Alzheimer pueden volverse rígida y mostrar síntomas típicos de la enfermedad de Parkinson. Es posible que se encorve al caminar y arrastre los pies, los mismos síntomas también suelen deberse a un pequeño infarto cerebral, al delirio o al efecto de los medicamentos (si el paciente presenta cualquier

cambio al caminar o en la postura consulte a su medico). Las debilidades de miembros inferiores (MI) contribuyen a las caídas. Es conveniente mantener la casa con los suelos sin cera y sin alfombras, también si hay escaleras asegurarse que tenga pasamanos y que siempre esté acompañado por una persona adulta cuando tenga que subir o bajarlas. Si el paciente cae al suelo debe revisarse de inmediato, ya que no puede decirnos si tiene dolor, así mismo debe realizarse revisión rutinaria de todo el cuerpo.

Actividades sencillas como levantarse de la cama, vestirse, comer sin ayuda, mantener el equilibrio de pie, caminar seguro, subir escaleras, leer en voz alta, son costumbres naturales en un anciano normal, en cambio con el anciano con demencia tipo Alzheimer son funciones que tendrán día con día mayor dificultad.

El reencuentro de la marcha es el inicio para la realización de la reeducación para utilizar los cubiertos en la comida, levantarse de la cama, sentarse en la silla, son pequeños logros que ayudan a una mejor calidad de vida del anciano; la rehabilitación debe realizarse con dedicación y voluntad.

La rehabilitación dirigida al paciente con Demencia Tipo Alzheimer va dirigida a la estimulación psicomotriz y sensorial las que ocupan un lugar importante para lograr la adaptación al ambiente, una interrelación social y también para combatir el síndrome de inmovilidad.

TERAPIA OCUPACIONAL

Como tratamiento específico para la restauración de las funciones, para aumentar la movilidad articular, la fuerza muscular y la coordinación. También enseñar las actividades de: autoayuda, las de la vida cotidiana, tales como: comer, vestirse, escribir, ya que se pretende la independencia para la realización de las actividades de la vida diaria y para la movilidad y desplazamiento. En la selección del trabajo, aparte de los efectos patológicos invalidantes, se tendrán en cuenta las dificultades menos específicas, como los temblores, pérdida de visión, escasa destreza para los movimientos finos, disminución de la audición y descenso de los niveles de concentración mental y, así conseguir la independencia, por una parte y ocupar el tiempo libre del anciano por otra, son las dos características esenciales de la terapia ocupacional.

Sea cual sea la magnitud del tratamiento aplicado, hay que aceptar que en determinados casos el paciente experimentará un empeoramiento, bien sea asociado al progreso de la edad o bien como consecuencia de la evolución de la enfermedad de Alzheimer. En estas personas, aunque no cabe esperar una rehabilitación total, la terapia ocupacional sigue teniendo una misión que cumplir, puede aumentar su importancia desde un punto de vista humanitario.

El empeoramiento definitivo puede evolucionar durante largo tiempo y una ocupación cuidadosamente, impide al paciente el descubrimiento del fracaso de todas sus aptitudes y tranquiliza a los que están en estrecho contacto con él. Cuando exista lucidez es posible que se le ayude a adaptarse a su situación, aprovechando al máximo las facultades que le restan.

Los pacientes cuando realizan la terapia ocupacional, se dan cuenta de que todavía tienen aptitudes para realizar sus actividades, incluso se alegran y lloran al mismo tiempo al darse cuenta que son útiles en ciertas cosas.

El siguiente esquema indica los síntomas durante las fases inicial, media y final de la enfermedad en cuanto a la coordinación y capacidad motora:

FASE INICIAL

- ⇒ Buen control de coordinación y la capacidad motora.
- ⇒ Enlentecimiento del tiempo de reacción.
- ⇒ Posible incapacidad para conducir.

FASE MEDIA

- ⇒ Pérdida de la coordinación y el equilibrio.
- ⇒ Dificultad para andar.
- ⇒ Dificultad para escribir (con frecuencia ilegible).

FASE FINAL

- ⇒ Total incapacidad para andar, sentarse, sonreír, o tragar.
- ⇒ Posible estado estuporoso o comatoso.

5.10.2.- PUNTOS DE VALORACIÓN

* FÍSICAS

- ⇒ Capacidad para moverse en la cama.
- ⇒ Equilibrio para sentarse y ponerse de pie.
- ⇒ Habilidad para trasladarse
- ⇒ Habilidad para caminar.
- ⇒ Marcha y estabilidad.
- ⇒ Habilidad para el aseo y arreglo personal
- ⇒ Habilidad para reflexionar y extender las extremidades.
- ⇒ Debilidad o parálisis de las extremidades
- ⇒ Dolor en las articulaciones con o sin movimiento.
- ⇒ Amputaciones.
- ⇒ Coordinación motora gruesa y fina.
- ⇒ Resistencia (tolerancia a la actividad mediante la evaluación de la frecuencia cardiaca, la respiración y las manifestaciones de fatiga y debilidad).
- ⇒ Edema.
- ⇒ Valorar la seguridad del medio ambiente en el que vive el anciano en busca de factores de riesgo.

* PSICOLÓGICO

- ⇒ Miedo
- ⇒ Capacidad para comprender.
- ⇒ Capacidad para seguir instrucciones u ordenes.

- ⇒ **Dispersión, Apatía.**
- ⇒ **Grado de motivación.**
- ⇒ **Estado mental (alerta o somnoliento).**
- ⇒ **Memoria.**

*** SOCIAL**

- ⇒ **Aislamiento.**
- ⇒ **Agresividad.**
- ⇒ **Dependencia.**
- ⇒ **Inadaptación.**

5.10.3.- INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

- ⇒ **Indicar a la familia los cambios necesarios para mantener el ambiente seguro, por ejemplo: desenchufar el horno cuando no se use, mantener una luz de noche, guardar todos los cuchillos, tijeras, medicamentos, cerillos, armas de fuego y productos de limpieza. La confusión, juicios erróneos y trastornos de la marcha predisponen al paciente a sufrir lesiones accidentales.**
 - ⇒ **Realización de exploración física periódicamente para detectar signos y síntomas de deterioro o complicaciones en forma temprana.**
 - ⇒ **Designar a un miembro del personal y/o de la familia, para que sea el compañero de ejercicios del paciente y motivarlo para que lo realice.**
 - ⇒ **Si el paciente no es capaz de seguir las instrucciones, utilizar los ejercicios de movimiento articular activos asistidos en todas las articulaciones.**
 - ⇒ **Iniciar los ejercicios con un precalentamiento y descansar entre ellos, realizarlos ejercicios despacio y con cuidado.**
- Revisión del estado nutricional en forma periódica.**

- ⇒ Detección de indicios sobre incontinencia urinaria y fecal.
- ⇒ Realizar conjuntamente con el equipo multidisciplinario actividades de ergoterapia con actividades laborales y ocupacional.
- ⇒ Realizar conjuntamente con la terapeuta ocupacional, actividades físicas para ayudar a estabilizar su presión y a liberar impulsos de agresividad así mismo mantenerse independiente en la psicomotricidad fina y gruesa por medio de:
 - a) Realizar actividades creativas.
 - b) Elaboración de artículos como son: Pintura, cerámica, iluminación de dibujos, etc.
- ⇒ Estimular cada acción por intrínseca que parezca y mantener al anciano en un permanente estado de actividad.
- ⇒ Estimular la comunicación verbal por medio de la terapia del lenguaje.
- ⇒ Desarrollar la comunicación por vía táctiles.

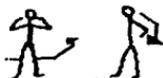
EJERCICIOS DE CALENTAMIENTO

MARCHA SUAVE CON DESPLAZAMIENTO

- ⇒ Posición inicial sobre la marcha y con las manos en la cintura, realizar (1-2) flexión del cuello al frente (3-4) extensiones atrás. Repetir de 3-4 veces.

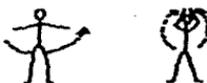


- ⇒ P.I. sobre la marcha y con las manos en los hombros, realizar círculos de hombros al frente (1-4). (5-8) atrás. Repetir 3-4 veces.



- ⇒ P.I. sobre la marcha con brazos laterales, realizar:

- Brazos arriba con palmada
- Repetir 4-6.



- ⇒ P.I. parado, manos en la cintura, realizar:

- semiflexión del cuerpo al frente
- P.I.
- Extensión atrás, cabeza atrás. Repetir 4-6 veces.



- P.I. Parado, manos sobre rodillas, realizar círculos por ambos lados. Repetir de 4-6 veces.



⇒ P.I. parado, manos en la cintura, realizar:

- a) semicucullilla
- b) P.I., repetir 4-6 veces.

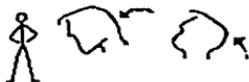


⇒ P.I. Firmes, respirar profundamente, tomando el aire por la nariz y expulsándolo por la boca. Repetir 4 - 6 veces.

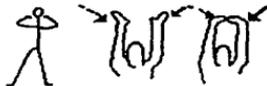


MARCHA SUAVE CON DESPLAZAMIENTO, ALTERNAR CON PASOS RÁPIDOS DURANTE 1-2 MINUTOS

⇒ Posición inicial. Parados, manos en la cintura, realizar: (1-2) flexiones del cuello al frente (3-4) extensión atrás. Repetir 3-4 veces.



⇒ P.I. parado, manos en los hombros, realizar (1-4) elevar brazos arriba con flexión y extensión de los dedos, (5-8) regresar a la P.I. realizando el movimiento de los dedos. Repetir 3-4 veces.



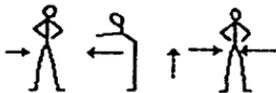
⇒ P.I. igual al anterior, realizar:

- a) Extensión del brazo derecho
- b) Alternar el movimiento de ambos brazos. Repetir de 4-5 veces.



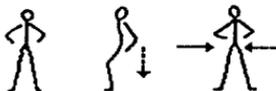
⇒ P.I. parados, brazos a los lados del cuerpo. Realizar:

- a) Flexión del tronco al frente, brazos extendidos al frente
- b) P.I.
- c) Extensión del tronco hacia atrás, con manos en la cintura.
- d) Repetir de 4-5 veces.

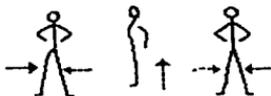


⇒ P.I. parados, manos en la cintura. Realizar:

- a) Semiflexión de las piernas
- b) Regresar a la P.I. con pierna derecha al frente, alternar el movimiento de piernas. Repetir de 4-5 veces.



- ⇒ P.I. firme realizar: (1-2) elevar brazos por los laterales arriba, talones arriba a la vez que inspiramos profundamente (3-4), regresar a la P.I. expirando el aire por la boca. Repetir 4-6 veces.



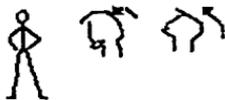
EJERCICIOS FÍSICOS Y EJERCICIOS DE LUBRICACIÓN

LUBRICACIÓN PARA TODAS LAS ARTICULACIONES

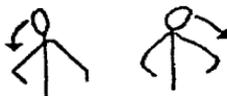
CUELLO

Los pacientes del tercer nivel lo realizan con su cuidador, por lo que ya no entienden indicaciones.

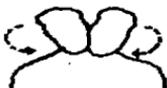
- ⇒ P.I. Parado, piernas separadas al ancho de los hombros, manos en la cintura, realizar: (1-2) flexiones del cuello al frente con doble empuje (3-4), extensión atrás. Repetir 4 - 6 veces.



- ⇒ Igual P.I. al anterior, realizar: (1-2), rotación del cuello a la izquierda con doble empuje (3-4), alternar a la derecha. Repetir 4 - 6 veces.



- ⇒ P.I. igual a la anterior. realizar: (1-4), círculos con la cabeza comenzando por la derecha (5-8), alternar el movimiento. Repetir 3-4 veces.



BRAZOS

- ⇒ Posición Inicial. Brazos laterales, realizar pequeños círculos laterales de brazos hacia el frente (1-4) y (5-8) atrás. Repetir 4-6 veces.



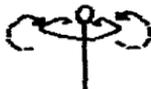
- ⇒ P.I. desde la posición anterior, realizar: círculos con los brazos al frente (1-4) y atrás (5,8), repetir 4-6 veces.



- ⇒ P.I. Parados con piernas separadas, brazo derecho, arriba izquierdo al lado del cuerpo. Realizar (1-2) doble empuje atrás, (3-4) alternar el movimiento de los brazos. Repetir 4-6 veces.



- P.I. Parado, con manos en los hombros. Realizar (1-4) círculos al frente y (5-8) círculos atrás. Repetir 4-5 veces.



- ⇒ P.I. Parado con piernas separadas al ancho de los hombros, brazos flexionados al pecho. Realizar (1-2) doble empuje de codos atrás. Repetir 4-6 veces.



- ⇒ P.I. Firme realizar: (1-4) elevar brazos al frente con flexión y extensión de los dedos. Regresar a la P.I. Repetir 4-5 veces.



- ⇒ P.I. Parados con brazos laterales, realizar (1-2) llevar las manos a los hombros (3-4) regresar a la P.I. Repetir de 4-5 veces.



- ⇒ P.I. Igual a la anterior pero con manos en los hombros. Realizar:

- Extensión de los brazos a los laterales
- P.I.
- Extender brazos arriba
- Regresar a la P.I. repetir 4-6 veces.

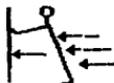


⇒ P.I. Firme, realizar:

- a) Brazos extendidos al frente
- b) Brazos lateral
- c) Brazos arriba
- d) Regresar a la P.I. Repetir 4-6 veces.



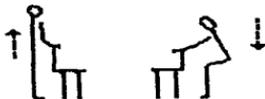
⇒ P.I. Parado de frente a la pared, manos apoyadas en la misma. Realizar (1-2) flexión de los brazos (3-4), regresar a la P.I. Repetir 4 - 5 veces.



PIERNAS

Los ejercicios los puede realizar sostenido en una barra o silla.

⇒ P.I. Parado, realizar sentadillas , (3-4) regresar a la P.I. Repetir 4 - 6 veces, realizar el movimiento con apoyo.



⇒ P.I. Parado, con manos en la cintura, realizar:

- a) Elevar una pierna flexionada
- b) Volver a la P.I.
- c) Alternar el movimiento
- d) Regresar a la P.I. Repetir 4-5 veces.



⇒ P.I. Parado, con manos en la cintura, realizar:

- a) Extender pierna al frente
- b) Lateral
- c) Atrás
- d) Con apoyo en la pierna, alternar el movimiento. Repetir 4-5 veces.



⇒ P.I. Parado, manos en la cintura, realizar (1-2) balanceo de una pierna lateral, (3-4) círculo. Alternar el movimiento. Repetir 4-6 veces.



- ⇒ P.I. Parados con piernas separadas y manos apoyadas, realizar, (1-2) círculos con el tobillo hacia la derecha. (3-4) círculos hacia la izquierda. Alternar el movimiento con ambos pies. Repetir de 3-4 veces.



- ⇒ P.I. Parado, manos en la cintura, piernas unidas, realizar:

- Elevar talones arriba
- Regresar a la P.I. Repetir de 4-6 veces.



EJERCICIOS RESPIRATORIOS

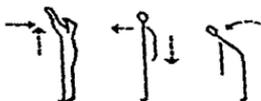
- ⇒ P.I. Firme, realizar:

- Elevar lo talones y brazos arriba, inspirando profundamente por la nariz
- regresar a la P.I. espirando el aire tomado por la boca. Repetir 4-5 veces a ritmo lento.



- ⇒ P.I. Parado con brazos laterales, realizar:

- Elevar talones y brazos arriba, inspirar profundamente por la nariz
- Regresar a la P.I. espirar lentamente flexionando el tronco al frente, los brazos relajados abajo. Repetir 4-5 veces.



TRONCO

⇒ P.I. Parado, manos en la cintura, realizar:

- Extensión del tronco atrás
- Regresar a la P.I. repetir 4 - 5 veces con movimientos suaves.



⇒ P.I. Parado, piernas separadas, manos en la cintura. Realizar, (1-2) flexión lateral del tronco, (3-4) regresar a la P.I., alternar el movimiento de 4 - 5 repeticiones.



P.I. Parado, piernas separadas, brazos arriba, realizar: (1-2) flexiones del tronco al frente, (3-4) P.I. Repetir 3-4 veces.



- ⇒ P.I. Igual a la anterior pero con manos en la cintura, realizar: (1-2) rotación del tronco a la derecha con doble empuje. (3-4) P.I. Alternar el movimiento. Repetir 4 -5 veces.



- ⇒ P.I. Parado, con piernas separadas al ancho de los hombros, manos detrás de la nuca. Realizar (1-2) semiflexión del tronco al frente (3-4).



ABDOMINALES SENTADO

(SI TIENE SILLAS O BANCOS EN EL ÁREA).

- ⇒ P.I. Sentados, realizar (1-2) elevación de la pierna extendida ayudado por ambas manos, (3-4) alternar el movimiento. Repetir 4-5 veces.



- ⇒ P.I. Sentado con piernas extendidas y brazos laterales. Realizar, (1-2) flexionar las piernas tocando las rodillas con ambas manos, (3-4) regresar a la P.I. repetir 4 - 6 veces.



⇒ P.I. Sentado, con brazos abajo y piernas extendidas, realizar:

a) flexión de una pierna

b) P.I.

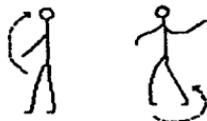
c) Alternar el movimiento P.I. Repetir 4-6 veces.



⇒ P.I. Sentado. Para el tobillo y el pie, girar los dedos hacia adentro y los talones hacia afuera elevándolos; gire los dedos hacia afuera y los talones hacia adentro elevando la punta de los pies.

EJERCICIOS DE COORDINACIÓN

A) Caminar realizando movimientos con los brazos al frente, laterales, arriba.



B) Caminar lateralmente, cruzar el pie derecho al frente, alternando el ejercicio.



- C) Con aros o bastones pasar por detrás con la mano izquierda y pasarla atrás con la mano derecha.



- D) Tocar con mano izquierda la oreja derecha y con la mano derecha la nariz, a una orden cambie la posición de las manos en forma alternada.



EJERCICIOS EN EL ARCO DE MOVIMIENTO

- Cada articulación del cuerpo tiene un arco de movimiento, con los ejes que la componen. El tipo de movimiento difiere de las articulaciones dependiendo de la forma y estructura de los huesos que la integran. Por ejemplo, la articulación del hombro es esférica (enartrosis), y permite el movimiento circular completo de todo el brazo, en tanto que el codo y tobillo se mueve a manera de bisagra y recibe el nombre de gínglismo.
- Un ejercicio adecuado para el individuo del tercer nivel de enfermedad de Alzheimer es mover cada articulación en su arco de movimiento del ejercicio intencional, hasta donde lo permita el problema de salud. El paciente puede realizar los ejercicios ayudado por la enfermera.
- Se evitara el abuso, del el ejercicio excesivo y se interrumpirá antes de producir fatiga en el enfermo. Con él no se buscará agotar o imponer una sobrecarga al paciente.
- La frecuencia respiratoria y cardiaca del individuo aumentará durante el ejercicio, lo cual constituye un signo adecuado. La frecuencia se normalizará, si no es así, es posible que el ejercicio sea agotador. Se debe de tomar en cuenta que en los pacientes ancianos no siempre se presentan el aumento de las constantes vitales por lo que se considera cualquier otro signo de fatiga.
- Los ejercicios del arco de movimiento se harán dos veces al día en forma regular, para conservar y aumentar la capacidad del músculo y articulaciones. Cada ejercicio se hará de dos a cinco veces al día y muchos de ellos pueden hacerse cuando el paciente se bañe

para que tomen parte de esta actividad. Comer, vestirse, escribir y bañarse, hacen que las articulaciones se ejerciten en el arco de movimiento.

- Comience poco a poco y trabaje en forma lenta. Todos los movimientos deberán ser uniformes y rítmicos, porque los irregulares y repentinos pueden ser molestos para el enfermo.
- Hacia abajo, para lograr la hiperextensión cervical (izquierda). La cabeza es llevada hacia adelante con la barbilla hacia el tórax, esto es, se logra flexión del cuello (derecha).
- La cabeza se gira de un lado a otro.
- La enfermera toma el antebrazo cerca de la muñeca (izquierda) y lo lleva de tal forma que flexione el codo.
- El brazo es desplazado en abducción en ángulo recto, desde la axila y el codo queda flexionado. Se desplaza el codo de tal forma, que la mano quede por arriba de la cabeza, y después se lleva a la posición inicial para ejercitar el codo.
- El brazo se desplaza hacia afuera, esto es, en abducción (izquierda); se flexiona el codo y después se lleva el brazo, cruzando el tórax (derecha), para ejercitar el codo y el hombro.
- Se llevará la articulación en una posición normal de alineación, una vez que se termine cada ejercicio.
- La pierna y muslo en extensión, son sometidos a flexión y se lleva la rodilla en sentido del abdomen hasta donde tolere el paciente.
- La enfermera desplaza el pie y la pierna, separándolos del eje longitudinal del cuerpo (abducción) y los devuelve hacia el eje señalando (aducción).
- El pie es girado hacia adentro (izquierda) y después hacia afuera (derecha).

Estimular las funciones mentales superiores como son la atención, orientación a la realidad, memoria, lenguaje, etc. Por medio de reunión grupal, la cual se realiza de la siguiente manera:

- Indicando ponerse en círculo y explicando lo que se va a realizar.
- Orientación de como debe relajar el cuerpo.

- ⇒ Sentados, a una orden aflojar todos los músculos del cuerpo.
- ⇒ Relajar cada parte del cuerpo que se vaya mencionando.
- ⇒ Realizar gestos faciales, mover los dedos de los pies y manos.
- ⇒ Transportar al anciano a un lugar imaginario a través de un relato.
- ⇒ Practicar la respiración coordinada con movimientos corporales.
- ⇒ De pie, inspirar manteniendo la posición erecta, al espirar flexionar el tronco, se repite el ejercicio.
- ⇒ Círculo de brazos al frente, al subirlos inhalar y al bajarlos se exhalar.
- ⇒ Respirar profundo, contener el aire cuatro tiempos.
- ⇒ Sentados, al respirar se eleva una pierna y al exhalar se baja, alternando el ejercicio.

SOCIOTERAPIA

Evita el aislamiento por medio de la socioterapia la cual incluye todo tipo de actividades sociales, culturales y de esparcimiento que proporcionan contactos y convivencia con otras personas no solo dentro de la institución, sino también fuera de ella a través de la organización de reuniones, espectáculos, fiestas y bailes en los que debe participar en mayor o menor grado todos los pacientes. Fuera de la institución se realizan excursiones, visitas a museos o lugares de interés. Con la socioterapia se trata de mantener o restablecer las actitudes de tipo social que existen en el grupo de personas que interactúan entre sí y con la comunidad.

También forma parte de la socioterapia, la danza y expresión corporal en general, el dibujo, la pintura y el canto.

Los siguientes ejercicios podrán mantener la socialización entre el grupo.

COORDINAR DIFERENTES MOVIMIENTOS AL COMPÁS DE LA MÚSICA

- ⇒ Caminar al compás de la música
- ⇒ Caminar aplaudiendo al compás de la música

- ⇒ Caminar con movimientos de brazos al frente, arriba, laterales al compás de la música
- ⇒ Caminando elevando muslos y aplaudiendo al compás de la música.

REALIZAR MOVIMIENTOS CORPORALES A DIFERENTES RITMOS

- ⇒ A ritmo lento
- ⇒ A ritmo moderno
- ⇒ A ritmo de música tropical
- ⇒ A ritmo de música disco, etc.
- ⇒ Lo pueden realizar solos o en parejas.

5.10.4.- EVALUACIÓN

- ⇒ El anciano aumentará el movimiento dentro de las limitaciones impuestas por su enfermedad.
- ⇒ El anciano será capaz de llevar acabo actividades de auto-cuidado con menor dificultad.
- ⇒ El anciano participará en el programa de actividades con el máximo de su potencial.
- ⇒ El anciano combinara el descanso con la actividad
- ⇒ Habrá una disminución de depresiones, estrés, etc.

El anciano será capaz para independizarse para el desplazamiento, para la realización de las actividades de la vida diaria, aunque también en ocasiones será necesario hacer adaptaciones en el medio físico que le rodea.

5.11 COLAPSO DEL CUIDADOR

5.11.1.- ASPECTOS GENERALES SOBRE COLAPSO DEL CUIDADOR

CONCEPTO

Cuidado: Los términos cuidados y cuidador han sido utilizados por las enfermeras durante más de un siglo. Leininger (1984), afirma. " El cuidado es la esencia y el campo central, unificador y dominante que caracteriza a la enfermería; es una necesidad humana esencial para el completo desarrollo, el mantenimiento de la salud y la supervivencia de los seres humanos en todas las culturas del mundo. Sin embargo, los cuidados no han recibido el mismo grado de atención de los profesionales."

Madeleine Leininger: El cuidado en un sentido genérico se refiere a aquellos actos de ayuda apoyo o facilitación a otro individuo o grupo con necesidades anticipadas o evidentes para mejorar o beneficiar una situación o forma de vida humana.

La prestación profesional de cuidados encarna los objetivos cognoscitivos y deliberados, proceso y acto de la persona o grupos profesionales que ofrecen ayuda a los demás y expresan actitudes y acciones basadas en la preocupación por ellos, para apoyar su bienestar, aliviar las molestias y satisfacer necesidades evidentes o anticipadas.

Leininger identifica muchos conceptos relacionados con cuidar, y con los cuidados de enfermería como: son con suelo, compasión, preocupación, conductas de afrontamiento, empatía, actos de salud, amor, alimentación, compartir ternura, contacto y confianza. Cada uno de estos conceptos tiene mucha subdescripciones.

Cuidado integrante: El cuidado también puede reintegrar a los individuos a su propio mundo social. Por ejemplo, cuando es inevitable una incapacidad prolongada o permanente, la enfermera puede ayudar a los pacientes con las actividades significativas para su vida a pesar de sus limitaciones.

Solución de problemas: Cuidar es el requisito previo de una solución creativa a los problemas. Los problemas más difíciles requieren capacidad perceptual además de razonamiento conceptual y la percepción requiere implicación y atención. Cuidar proporciona una sensibilidad a los signos que permiten a las personas buscar soluciones e incluso descubrirlos cuando no se vislumbran directamente.

M. Mayeroff: Cuidar. para cuidar a alguien, debo saber muchas cosas. Debo saber, por ejemplo, quién es el otro, cuáles son sus posibilidades y sus limitaciones, cuáles son sus necesidades y qué es lo que conduce a su crecimiento; debo saber cómo responder a sus necesidades y cuáles son mis propios posibilidades y limitaciones.

Cuidar: Es un medio importante de autocrecimiento. Ayudar a otra persona a crecer es al menos ayudarle a cuidar algo o alguien aparte de sí mismo e implica animarle y ayudarle a encontrar y crear de sí mismo lo que es capaz de cuidar. Además, es ayudar a que la otra persona llegue a cuidarse y al volverse responsable de las propias necesidades, cuidar y volverse responsable de la propia vida.

Todos los seres humanos tienen básicamente las mismas necesidades cuya satisfacción les permite permanecer en salud, aunque las carencias o necesidades insatisfechas son vividas de distinta forma. Todo ello está ligado a la influencia de los factores intrínsecos y extrínsecos que afectan al individuo como son: genéticos, sociales, culturales, espirituales e incluso económicos; es por esto que se requiere de un profesional de la salud o de algún familiar cuando su salud está en crisis de inestabilidad. Los profesionales de enfermería, como individuos, tienen también una forma personal de percibir ciertos déficit de sus cuidados.

Colapso del Cuidador: Se da cuando el individuo entra en un estado de estrés no controlado, cuando se enfrenta a las dificultades de la vida como cuidador de su familiar enfermo con problemas demenciales.

GENERALIDADES

Los cuidados de salud dispensados en los ancianos se fundamentan en la problemática, tanto a nivel sanitario como a nivel social. La cantidad y calidad de los cuidados dependen del grupo humano, la civilización y la cultura. El anciano, debido a la disminución de sus capacidades, es de por sí sujeto pasivo de cuidados en la mayoría de los casos.

La atención de enfermería en Geriátrica se basa en el cuidado integral del individuo anciano, como hombre adulto, con una historia de vida, sea cual fuera su situación en el proceso salud/enfermedad. El anciano tiene derecho a defenderse en cualquier situación, a mantener su dignidad y a participar en las decisiones que le afecten para poder mantenerse y/o mejorar su calidad de vida.

El cuidado de los ancianos debe basarse en lo siguiente:

- a) Identificar las características individuales y colectivas de los ancianos, valorando integralmente la persona. La consideración de su pasado, sus problemas presentes y sus proyectos.

- b) Facilitar la participación del anciano en la toma de decisiones en la satisfacción de sus necesidades. Esta participación deberá orientarse hacia el mantenimiento de su autonomía, y la aceptación de sus limitaciones y dependencia, contribuyendo así a racionalizar e individualizar las demandas de cuidados.
- c) Planificar las actividades relacionadas con el cuidado integral, con los valores propios de la persona anciana en todo aquello que contribuya a mejorar la calidad de vida.

El anciano con la enfermedad de Alzheimer requiere de cuidados continuos, atención constante y apoyo emocional de su familia. Al mismo tiempo, también necesita protección y ayuda al volverse cada vez más dependiente. La familia es el recurso principal para el paciente con enfermedad de Alzheimer. Son los cuidadores principales que crean un ambiente seguro y estructurado para el paciente, ya que los ayudan a recordar personas y sucesos del pasado, supervisan el uso de los fármacos y comunican los cambios en el estado físico y mental del paciente.

Con el tiempo, a medida que la situación avanza, surgirá la cuestión de recurrir a una institución para atención a largo plazo de manera que el anciano y la familia enfrenten los problemas emocionales y económicos que se relacionan con el internamiento en alguna institución.

EL CUIDADOR

Conforme la memoria del paciente se deteriora más, el encargado de darle atención recibe muchas heridas que quedan en su memoria. Para cuidar al paciente, los encargados de ello también deben aceptar la confusión, el temor, la frustración, la ira y la vergüenza. Con tristeza observan la lenta desaparición de las características que hacían única la personalidad del ser amado, también se sienten culpables por no poder hacer más por el paciente.

Al igual que el equipo de salud pueden estar limitados por sus conocimientos, los encargados de la atención del enfermo, también se encuentran limitados en su capacidad sobre que es lo que pueden ofrecer, razonablemente al anciano con Alzheimer.

EL DUELO

Desde el momento en que la familia se da cuenta de la pérdida de memoria, de que su ser querido empieza a cambiar y que desaparece su habitual personalidad se inicia un duelo por la pérdida que se está sufriendo. El duelo cursa las siguientes etapas: negación, regateo, enojo, depresión y aceptación. El duelo se puede prolongar por mucho tiempo y omitir alguna de las etapas.

A través del duelo se va renunciando poco a poco con la liga emocional que tenemos con el ser querido acompañándose de una continua aflicción al presenciar el deterioro del paciente. Cuando el duelo termina el doliente ha aceptado la pérdida y está liberándose de la relación intensa con el ser amado. La utilidad del duelo es aceptar la realidad del deterioro mental y funcional del paciente y la familia debe plantearse nuevos objetivos para llenar el vacío que va ocasionando esa pérdida.

⇒ *NEGACIÓN*

Al momento que se recibe la noticia de que el familiar cursa un proceso demencial no es fácil que la familia lo acepte, no se quiere o no se puede aceptar el diagnóstico y se buscan otras explicaciones de lo que presenta el paciente. Está negación protege del golpe de la noticia dolorosa.

⇒ *REGATEO*

Al aceptar que el diagnóstico podría ser real se inicia una especie de regateo con la vida o con dios de que el paciente mejore y regrese a ser como antes.

⇒ *CORAJE*

La impotencia de encontrar una solución causa rabia ocasionada por un sentimiento de frustración y de culpa.

⇒ *DEPRESIÓN*

Esta depresión es reactiva ocasionada por la tristeza y el sentimiento de desesperanza que provoca el continuo deterioro del ser querido.

⇒ *ACEPTACIÓN*

En esta etapa la angustia ya no es tan fuerte y se implanta una nueva forma de vida que permita un manejo más adecuado del paciente.

LOS PROBLEMAS DEL CUIDADOR

- A) Necesidad de una adaptación continua a las pérdidas y fallas del enfermo.
- B) No tener suficientes conocimientos de la enfermedad de Alzheimer.

- C) Angustia al conocer de golpe todas las posibles implicaciones.
- D) Adaptación diaria a la realidad.
- E) Necesidad de contactos periódicos con el equipo terapéutico.
- F) Necesidad de regular objetivos (metas).
- G) Manejo del sentimiento de fracaso e impotencia.
- H) Aumentar la tolerancia hacia la conducta y deficiencias propias de la demencia.
- I) Conocimiento de las limitaciones del cuidador.
- J) Adaptación del entorno físico y social.
- K) Necesidad de intervención terapéutica en el paciente y una sensibilización y apoyo a las personas que le rodean.

La enfermedad de Alzheimer es un problema familiar. Los efectos de la enfermedad afectan a todos los miembros, aun cuando sólo una persona sea la encargada de la atención. Los hijos participan también del cuidado del paciente. Por ejemplo, cuando un padre envejecido ha perdido al cónyuge, las hijas de edad media suelen adoptar la responsabilidad de la atención diaria. Aun cuando ambos progenitores se encuentran con vida y una de ellos puede encargarse de cuidar del otro, las hijas a menudo adoptan un papel auxiliar que permite que el padre cuidador entre en contacto con fuentes externas de ayuda. Cuando el progenitor se considera incapaz de enfrentar la carga de un cónyuge envejecido y confuso, sin ayuda, las hijas y otras pacientes suelen tomar el control y ayudan en la atención.

A veces, un hijo adulto es seleccionado como la persona de quien los padres prefieren depender; puede tratarse de un hijo soltero o casado, pero siempre es aquel con quien puede contar y que mantiene un estrecho contacto con los progenitores.

En ocasiones, un hijo puede ofrecerse como voluntario, con la esperanza inconsciente de lograr reconocimiento y aprobación de los demás, como: respuestas o sentimientos de culpa, debido a que ha recibido mucho más de sus padres que el resto de los hermanos. Los hijos que se critican entre sí y compiten por una posición privilegiada con los padres y los parientes que crean disputas debido a los celos o lealtades conflictivas, con frecuencia contribuyen, de manera deliberado o no, a incrementar la tensión y el resentimiento en la familia, las heridas ocasionadas y recibidas durante la enfermedad del progenitor puede conducir al rompimiento de los lazos afectivos entre los hermanos, mismos que tal vez nunca lleguen a una reconciliación.

Para los cónyuges, el cambio de papeles puede implicar convertirse en el padre o madre del marido o la mujer. Los esposos con frecuencia actúan como amorosos padres en momentos de incertidumbre en particular, de enfermedad, están acostumbrados a adoptar algunas características de este papel. Sin embargo, para algunas esposas, el papel paterno puede significar hacerse cargo del negocio del marido, de asuntos que desconocían por completo. Para el hombre, tal situación puede representar la necesidad de hacerse cargo de las tareas del hogar, mismas que nunca le interesaron y que no sabe como realizar.

También existen los cónyuges que no tuvieron una buena relación. Éstos son cuidadores reuentes. Para ellos, la responsabilidad de atender a un cónyuge enfermo en casa, es una idea muy amenazadora. Cuentan con el resentimiento adicional de los años perdidos en el pasado y los que vendrán después, cuando el cuidador deba enfrentar la posibilidad de vivir solo después que el cónyuge haya sido internado en un asilo. Cuando las familias funcionan con apoyo mutuo, la carga del papel del cuidador se reduce mucho. La calidad de la atención puede mejorar si el individuo obtiene tranquilidad a partir del apoyo emocional que ofrece la red familiar. Las decisiones conjuntas en lo referente a la atención en casa o el asilo, son más fáciles de tomar cuando hay menos fricciones y mayor comunicación entre hermanos, cónyuges, hijos adolescentes y sus padres.

Los cuidadores necesitan del apoyo de otros parientes, también deben contar con la ayuda y los servicios de amigos, vecinos, el equipo multidisciplinaria de salud, así como cualquier hospital o asilo disponible para la prestación de servicios temporales o unos momentos de alivio.

Ante todo, los familiares enfrentan sentimientos confusos que motivan la conducta de atención. El afecto y la compasión puede evocar la devoción hacia un padre o cónyuge pero las actitudes de deber y responsabilidad también son individuos de la dedicación, y pueden desarrollar resentimiento y hostilidad hacia la persona. A la vez, es posible que el cuidador quiera negar el grado de deterioro de la persona, quizá se sienta triste deprimida y sea incapaz de expresar emociones de ira, o tal vez el individuo se sienta culpable de albergar tales emociones.

Compartir el dolor, la angustia y la ira, no sólo entre sí, sino con miembros de otras familias que experimentan circunstancias similares y que están dispuestos a escuchar y comprender, es una experiencia única para los cuidadores. Los grupos de apoyo pueden satisfacer alguna de las necesidades de las familias que atienden a un enfermo de Alzheimer. En estos grupos, los cuidadores de benefician al compartir información sobre la atención del paciente. Para la persona que atiende todos los días a un enfermo de Alzheimer, el problema de la soledad parece superar a cualquier otra dificultad.

GRUPOS DE APOYO DE AUTOAYUDA

Los grupos de apoyo de autoayuda ha aparecido entre las personas que comparten la carga común de atender a un paciente con enfermedad Alzheimer. Los grupos de apoyo tiene como función: en estimular a las familias a sentirse menos solas y ayudarse. Se trata de grupos no profesionales organizaciones de voluntarios que suelen ser iniciados por familias que reconocen su necesidad de compartir, cara a cara con otros cuidadores, la carga mutua de la atención de un enfermo de Alzheimer.

En ocasiones, un asesor profesional, un psicoterapeuta o un geriatra con capacidad para asesorar, suelen asistir a sesiones y así establecer grupos de discusión para familias a ayudarles a crear uno propio. Sin embargo, es importante recordar que los grupos de autoayuda, aunque ofrecen apoyo y estímulo, no son grupos de psicoterapia y suelen funcionar sin una orientación profesional. En un grupo de psicoterapeuta que puede ayudar a que el miembro del grupo no sólo verbalice lo que siente, como lo hacía en un grupo de apoyo, sino que aprenda aceptar sus sentimientos. Al entender y aceptar las emociones al encontrar soluciones adicionales a las conductas que evocan tales sentimientos y hallar cierto alivio del dolor, lo cual es posible en un grupo de psicoterapia, el cuidador lograr un gran alivio de su depresión y puede volver a la vida con alegría y entusiasmo.

PSICOTERAPIA INDIVIDUAL

Cuando los conflictos internos impiden que un individuo pueda trabajar, amar y actuar con eficacia, la psicoterapia individual puede ser de suma utilidad, pues ayuda a resolver las inquietudes y temores que pueden impedir el éxito personal y profesional. Para la persona que cuida de un individuo con deterioro de la memoria, que encuentra insoportable la carga y cuyas emociones empiezan a escapar de su control, la psicoterapia ofrece una oportunidad de alivio a través del cambio personal.

PSICOTERAPIA DE GRUPO

Las familiares encuentran muy útil y provechosos participar en un grupo de psicoterapia de apoyo. Los miembros del grupos entienden su situación y pueden comprender sus sentimientos. A menudo, el grupo, o el director del mismo, ayuda al cuidador a reconocer que está deprimido. El psicoterapeuta lo guía para resolver su depresión y así disminuir el sufrimiento diario. Los familiares que comparten los problemas de vivir con un enfermo puede aprender en un grupo de psicoterapia, a relacionarse mejor entre sí y a mejorar los patrones de interacción con el paciente que tiene deterioro de la memoria.

En el grupo los cuidadores pueden reconocer y valorar sus fuerzas así como sus debilidades. El cuidador empezará compararse con los demás y no se sentirá solo. Es posible que crezca, en un nivel emocional, al aprender a encontrar apoyo en los otros miembros del grupo y a brindarles apoyo a su vez.

Los familiares desarrollan una actitud más aceptable hacia el paciente y ellos mismos. Cuando los cuidadores de la familia reciben apoyo emocional, como sucede en un ambiente de terapia de grupo, pueden resolver sus sentimientos de desesperación y angustia.

5.11.2.- PUNTOS DE VALORACIÓN

* FÍSICOS

- ⇒ Cansancio.
- ⇒ Valorar los conocimientos de los familiares y del cuidador haciendo preguntas apropiadas acerca de lo que ellos entienden por demencia, los comportamientos habituales que exhiben los pacientes. Los papeles de familiares, cuidadores y la necesidad de descansar del paciente.
- ⇒ Manifestación de incapacidad de enfrentamiento por parte de la familia o el cuidador.
- ⇒ Alteración de la vida familiar y la modificación de los papeles dentro de la familia.
- ⇒ Falta de descanso de la familia o el cuidador.

* PSICOLÓGICOS.

- ⇒ Rencor.
- ⇒ Tristeza
- ⇒ Culpabilidad
- ⇒ Estrés
- ⇒ Resurgimiento de conflictos del pasado no resueltos.
- ⇒ Rechazo
- ⇒ Vergüenza.

*** SOCIAL.**

- ⇒ Valorar la capacidad del cuidador de comunicarse eficazmente y el nivel de aislamiento social de la familia.
- ⇒ Sentimientos de soledad.
- ⇒ Falta de apoyo.

VALORACIÓN DEL COMPORTAMIENTO DEL CUIDADOR

Comportamiento familiar durante la evolución del proceso demencial del paciente con la enfermedad de Alzheimer.

FASE INICIAL.

- ⇒ La familia sale de dudas, al confirmar el diagnóstico.
- ⇒ Reacciona con angustia y temores de lo que les espera en el futuro.
- ⇒ Surge en un momento inoportuno.
- ⇒ Se plantea muchas interrogantes.

¿Qué le pasa exactamente?

¿Cómo va ha evolucionar?

¿Qué puede hacer la familia?

¿Quien lo puede ayudar?

¿Es consiente de lo que le esta pasando?

FASE INTERMEDIA

- ⇒ Sentimiento de impotencia.
- ⇒ Tristeza y pena.

EASE TERMINAL

- Cansancio.
- Soledad.
- Aislamiento
- Aceptación.

5.11.3.- INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

- Implicar a toda la familia en las sesiones docentes. Puede que el paciente con enfermedad de Alzheimer requiere un cuidado a largo plazo, todos los familiares tienen que aprender a afrontar esta enfermedad crónica y progresiva.
- Explicar y hacer una demostración de los cuidados de enfermería necesarios, incluyendo el control del estreñimiento, los cuidados de la piel y la protección de la cama del paciente incontinente, y el control de los trastornos de sueño. La familia puede desconocer cómo dirigirlos problemas de enfermería, pudiendo requerir instrucción detallada.
- Sugerir alternativas para que los familiares aumentan su comprensión del problema, participando en un grupo de apoyo o una asociación local para los enfermos de Alzheimer, o leyendo la bibliografía apropiada.
- Los grupos de apoyo ayudan a aumentar las capacidades de afrontamiento de la familia y el cuidador del paciente con Alzheimer. Compartir información acerca de problemas similares o comunes ayuda a la familia y al cuidador a adaptarse a los cambios previstos.
- Estimular a la familia y al cuidador a expresar sus sentimientos, frustraciones y problemas a los profesionales de la salud, miembros de la familia interesados o amigos de confianza. La expresión de los sentimientos y problemas ayuda a menudo afrontar y encontrar soluciones apropiadas.
- Ofrecer apoyo, comprensión y seguridad a los familiares. La atención a un paciente con Alzheimer resulta a menudo una tarea frustrante e ingrata que agota a los familiares.
- Ayudar al cuidador a aprender las responsabilidades que acaba de asumir. A veces, el cuidador necesita que le ayuden con las nuevas tareas como administrar el dinero.

- Estimular al cuidador a usar los servicios de ayuda, como el centro de día y ayudas de salud a domicilio. El descanso permite al cuidador retornar a el cuidado con una energía renovada.
- Fomentar con la familia del paciente la posibilidad de contar con amigos que ofrezcan apoyo y ayuda. A menudo, la familia necesita ayuda para darse cuanto de que los amigos, si son informados, pueden ofrecer apoyo y favorecer el descanso del cuidador.
- Identificar sistemas de apoyo alternativos para la familia de modo que el cuidador pueda mantener una vida social. Las exigencias de cuidados a menudo provocan aislamiento. Los grupos de apoyo oficiales y los amigos pueden proporcionar el apoyo y la ayuda necesaria.
- Proporcionar a la familia material educativo apropiado.

5.11.4.- EVALUACIÓN

- La familia o el cuidador sabe sobre la enfermedad de Alzheimer.
- La familia o el cuidador atienden mejor a su paciente.
- La familia y el cuidador reconoce y realiza el descanso necesario.
- La familia a aprendido a identificar y usar los sistemas de apoyo apropiados.
- La familia y el cuidador han mejorado su socialización.

5.12 PATOLOGÍA SOCIAL EN EL ANCIANO CON DEMENCIA TIPO ALZHEIMER

5.12.1.- ASPECTOS GENERALES SOBRE PATOLOGÍA SOCIAL EN EL ANCIANO CON DEMENCIA TIPO ALZHEIMER

CONCEPTO

Patología Social: Es la existencia de actividades negativas por parte de la sociedad hacia el anciano; favoreciendo al maltrato o abuso del anciano puede ser por, personas encargadas del cuidado del anciano tomando ventaja de su persona, propiedades o estado emocional, empleando acto de violencia disciplinarios a otras medidas de negligencia al proveerlos de sus necesidades básicas.

GENERALIDADES

Los ancianos tienen ciertas facultades, necesidades y problemas en común, pero cada uno tiene también características individuales. Estas diferencias aumentan con la edad dependiendo de sus propias facultades, condición de salud, medio ambiente que lo rodea e historia personal. Es cierto que la senectud puede presentar cambios en la capacidad mental, en la personalidad, y en los contactos sociales; volviendo al anciano cada día más dependiente contribuyendo esto a la aparición del término ya antes mencionado "Patología Social" para lo cual se describen aspectos importantes en relación a esta.

Los adultos de mediana edad a menudo esperan liberarse de las exigencias y responsabilidades del cuidado de sus hijos; sin embargo experimentan el sentimiento de estar atrapados entre las necesidades de los hijos y las necesidades de sus padres sin tiempo para ellos mismos, esto puede contribuir al abuso hacia los padres ancianos. Algunas hijas e hijos tienen dificultad en redefinir sus relaciones con sus padres. Para ello es difícil ver al padre como dependiente, con pocos recursos económicos esto, puede generar irritabilidad cuando los padres ancianos ya no pueden ser una fuente de apoyo.

Cuando el padre anciano se traslada a la casa de sus hijos e hijas adultos, puede aumentar el nivel de estrés dentro de la familia. El entorno físico puede volverse aglomerado y proporcionar pocos lugares u oportunidades para la intimidad. El consiguiente aumento de estrés y la frustración puede ser un factor que contribuya al abuso del anciano. El abuso al anciano es un hecho social que ampare en mayor o en menor grado en todas las épocas. Tenemos así, que el niño huérfano, la mujer desamparada, el inválido y el demente han sido objeto del maltrato.

El anciano desprotegido, actualmente está siendo maltratado; las causas generales de maltrato pueden ser:

- ⇒ Incremento de la población anciana por aumento de la esperanza de vida.
- ⇒ Factores deshumanizantes del desarrollo tecnológico y urbano que dificulta la convivencia familiar, traen consigo perturbaciones serias en la dinámica de la familia originadas por las presiones sociales y de la vida urbana que a su vez generan estrés; ejemplos de esta situación, son el hecho de que la vida urbana se presenta en la actualidad en condiciones de acinamiento, el jefe de la familia y la esposa bajo las presiones de la tarea diaria, llegando al hogar después de una abrumadora jornada de trabajo competitivo y de un largo y tedioso regreso, se encuentran malhumorado y baja tensión, con muy mala disposición para enfrentar los problemas familiares. Si a esto se le agrega las condiciones de acinamiento de la mayoría de la población en las que las casas de departamento y condominio están pensadas para albergar cómo máximo cuatro personas. Las presiones económicas actuales, afectan a la familia hasta emocionalmente. Por lo tanto es imposible considerar que el anciano dependiente física y económicamente pueda ser tratado adecuadamente en este tipo de familia; además que hasta donde sea posible es en el seno de esta donde el anciano debe terminar sus días. El cuidado que el viejo necesita es muy difícil en estas condiciones.

Por otra parte, existe una actitud negativa hacia el anciano en la población en general. Se le desprecia y considera una carga y algunos dicen "ya vivieron su vida ahora que nos dejen vivir la nuestra"; esta actitud negativa existe en forma de prejuicios y antipatía

CAUSAS DEL MALTRATO

La primera causa, se refiere a que es inadecuada la persona encargada para el cuidado al anciano y esto es por tres motivos:

- 1) Por no estar preparada para atender profesionalmente y en forma adecuada al anciano .
- 2) Por falta de interés, si la remuneración es poca, es probable y necesario que la persona encargada tenga un espíritu humanitario y desinterés.

La segunda causa, la constituye las inclinaciones de robo al anciano, por parte de sus cuidadores. Cuando el viejo posee propiedades o dinero, el maltratado se considera como medio de presión o chantaje para despojarlos.

La tercera causa, se refiere a los medios económicos y condiciones generales, los medios bastante limitados, numerosas sus otras ocupaciones o grandes sus sacrificios que pueden implicar los cuidados al anciano.

La cuarta causa, es el dedicarse al cuidado de un padre o un familiar puede impedir las realizaciones profesionales financieras y emocionales de un hijo o una hija; que posteriormente vivirán amargados por haber perdido las oportunidades y echan en cara sus sacrificios e incluso se presenta el maltrato.

La quinta causa, es el resurgimiento de conflictos familiares irresueltos. El abuso del niño por su padre; el niño puede ser mas tarde el que cuida a su padre y devuelva el maltrato.

Los diferentes estilos de vida y formas de pensar del padre, que ahora ya anciano y que va a vivir a costa del hijo, nacen conflictos por la dependencia actual pues piensa al igual que antes imponer sus ideas, aunque el hijo sea el jefe de esa nueva familia y un criterio bien formado y muy diferente al padre, así como un estilo de vida distinto, que el padre quiere implantar. Bajo este tipo de causas encontramos también que, las relaciones conflictivas o frías previas solo se agravan al quedar un miembro de la familia inválido y por lo tanto dependiente de esposa o hijos, consideran al incapacitado como una carga, una presión continua por frustraciones y resentimientos o conflictos familiares no resueltos, pueden producir, hasta deseos de venganza.

Como causa principal es la negligencia o descuido y ésta en los cuidadores formales puede deberse a:

- 1) Escasa retribución económica .
- 2) Pobres condiciones de trabajo
- 3) Mala alimentación
- 4) Largas jornadas
- 5) Escaso personal
- 6) Desinterés
- 7) Pocas facilidades y material de trabajo inadecuado o escaso
- 8) Desviación de los principales objetivos en el cuidado al anciano.

Factores o causas que son parte de la forma de ser del anciano: apatía, deterioro cognoscitivo, deterioro de la voluntad para luchar, por sus derechos. Así mismo puede haber ignorancia por parte del anciano sobre sus derechos legales; también conductas negativas que pueden ser potencialmente fuente de enojo e impaciencia por parte de cuidadores, que pueden originar violencia.

Respecto de los cuidadores, una actitud pesimista y negativa al darse cuenta que la persona a que esta asistiendo tiene alguna patología incurable o se esta muriendo y no hay esperanzas de recuperación, importando los esfuerzos que ellos hagan.

FORMAS DE MALTRATO

FÍSICO

Tiene varias formas como son:

- 1) Mal uso de medicamentos sobre todos narcóticos y otros medicamentos controlados.
- 2) Robo de pertenencias personales; son pocas las personas que denuncian a sus cuidadores por temor a represalias como son :agresión, falta de atención o abandono.
- 3) Abuso físico propiamente dicho ,es de los mas obvio y demostrable, los empujan para que se caigan, los abofetean, los queman con agua caliente, los inmovilizan o los encierran .
- 4) Negligencia física, es la forma mas común del maltrato pero mas difícil de probar:se olvidan de cambiarlos de postura y desarrollan úlceras de decúbito, se tardan en acudir a sus necesidades o a situaciones de riesgo y que algunas resultan fatales. Les proporcionan alimentación inadecuada, mal preparada, fría y a horarios inconvenientes. Dejan por largos periodos de tiempo sin atención al paciente que no puede deambular, no les cambian de ropas personal y de cama por horas y horas después de que se hayan orinado, defecado o vomitado. Las negligencias de no asearlos por semanas permiten que se infesten de parásitos.

MALTRATO O ABUSO PSICOLÓGICO

Ocurre de manera disimulada, por lo tanto es también difícil de probar los estragos que causa y son igual o mayor que la agresión física.

En el maltrato verbal dentro de lo psicológico consiste en: amenazas, lesiones al carácter, insultos, mortificación, ira; que si son lo suficientemente crecientes causan desorientación, resentimientos, temor, depresión y miedo.

Los tipos de maltrato antes mencionados también se encuentran en los ancianos con Demencia tipo Alzheimer, debido a que es una enfermedad irreversible lo que da lugar al cansancio del cuidador primario quien puede ser un hijo, hija, nuera o algún cuidador remunerado. Los hijos de mediana edad, mas típicamente las hijas deben manejar sus propios temas de desarrollo además de la inversión del rol que se producen con una persona dependiente.

Los cambios que se producen en la demencia asustan a las familias y para ellas es extremadamente doloroso ser testigos de constante deterioro de sus seres amados. Las familias deben tratar con la realidad y tomar todas las decisiones legales consentimiento al anciano con demencia tipo Alzheimer; otros aspectos es que los miembros de la familia

están restringidos al ambiente doméstico, para reducir la vergüenza por la conducta social inaceptable de su paciente, incluso llega al aislamiento social.

Una fuente de estrés adicional es la incapacidad del anciano de mostrar afecto por el cuidador y preocupación de la familia, este se complica con la conducta irritable y crítica del paciente. Muchas familias se agotan finalmente y sufren problemas emocionales, físicos y económicos. El sentimiento más predominante es la sensación de pérdida y la familia pierde el control sobre el tiempo, energía, sueño y dinero.

Puede haber también una pérdida de relaciones externas que tenían los miembros de la familia con la persona amada afectada la alteración drástica de los estilos de vida complican la sensación de pérdida.

El enojo, la depresión, la culpa, la desesperanza y el duelo pueden abrumar a los miembros de la familia. En este punto las familias deben enfrentarse a la dolorosa y difícil decisión de meterlo en una residencia: sin embargo si la familia quiere mantener su propia salud mental y física tiene que dar este paso, para bien de la persona amada afectada ya que de lo contrario el estrés que se presentan se llega el maltrato del paciente.

5.12.2.- PUNTOS DE VALORACIÓN

* FÍSICOS

- ⇒ Piel: evidencia de que maduras hematomas traumatismos genital rectal
- ⇒ Músculo esquelético: fracturas de costillas, piernas o brazos, luxación de articulaciones
- ⇒ Abdomen; evidencia de lesiones internas.
- ⇒ Neurológico: parestesia, entumecimiento y dolor.
- ⇒ Datos de desnutrición importante.
- ⇒ Arreglo personal del paciente (aseo de dientes, cuerpo, genitales, etc.)
- ⇒ Fatiga física del cuidador.

* PSICOLÓGICA

- ⇒ Negación por parte de la familia

- ⇒ Fatiga emocional de la familia
- ⇒ Sentimientos negativos de la familia hacia el paciente
- ⇒ Sentimientos ambivalentes expresados por el cuidador hacia su paciente (amor, odio, desesperanza, esperanza, terror, seguridad).

*** SOCIAL**

- ⇒ Violencia intrafamiliar
- ⇒ Conflictos intrafamiliares
- ⇒ Maltrato al anciano
- ⇒ Aislamiento social

5.12.3.- INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

- ⇒ Exploración física del paciente en busca de alguna evidencia de lesión.
- ⇒ Informar a los familiares lo importante de la alimentación adecuada a su paciente.
- ⇒ Enseñar a la familia las razones de los cambios de conducta de su paciente (la familia necesita entender las limitaciones para de esa forma responder adecuadamente).
- ⇒ Comentar los estadios a largo plazo de la demencia (de esta forma para enterar a la familia de las posteriores responsabilidades).
- ⇒ Animar a la familia a que exprese sus sentimientos a la persona con demencia tipo Alzheimer (esto ayudará a manejar los sentimientos negativos).
- ⇒ Prescribir periodos de reposo y diversión para la familia (esto es para prevenir la fatiga emocional y física total).
- ⇒ Comentar el uso de personal doméstico como sistema de apoyo.

Animar a la familia que formule alternativas para afrontar al padre anciano en casa.

- 1) Investigar centros de cuidados de día, centros de cuidados amplios
- 2) Enumerar la ayuda para los otros miembros de la familia.
- 3) Remitir a la familia a la terapia familiar

⇒ Ayudar a identificar sentimientos de ambivalencia.

⇒ Comentar con la familia los métodos de control adecuado para el enojo:

- 1) Asumir la responsabilidad de la propia conducta
- 2) Hablar del enojo según se produzca
- 3) Ejercicio físico
- 4) Golpear objetos inanimados en el momento de enojo

⇒ Ayudar a la familia a que vea que el uso de la violencia es un problema familiar, esto es que todos los miembros de la familia están implicados en mantener la conducta violenta.

⇒ Ayudar a la familia a identificar la cualidad y cantidad de los sistemas de apoyo actuales (previene el aislamiento social).

5.12.4.- EVALUACIÓN

⇒ Se evaluará si existe alguna lesión y de que tipo, que nos indique el maltrato al anciano.

⇒ La familia exprese entender el proceso de la demencia.

⇒ El cuidador identifica las implicaciones realistas del proceso de la enfermedad.

⇒ La familia expresa abiertamente sus sentimientos.

⇒ La familia continúa con sus actividades normales.

⇒ Evaluar si la familia ejecuta alternativas y controla su enojo fácilmente.

⇒ Si la familia identifica el rol de cada miembro de la familia en el mantenimiento de la disfunción.

⇒ El uso de sistemas de apoyo.

6

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

CONCLUSIONES

La enfermedad de Alzheimer es la causa mas frecuente de demencia. Es una de la enfermedades mas terribles que un ser humano pueda sufrir. Es una enfermedad que daña lo esencial del individuo, la capacidad de pensar, de discernir y de sentir, lenta pero inexorablemente, afecta a cualquier persona, generalmente mayor hasta llevarle a la muerte. Llega un momento en que los familiares mas cercanos y queridos sufren cuando el enfermo ya no es capaz de nada.

En ninguna otra enfermedad sufre tanto la familia; es por ello que los familiares se esfuerzan en buscar apoyo necesario. Una vez que el enfermo va perdiendo la conciencia, quien lo atiende sufre mas que él.

La carga afectiva, social y económica del cuidado de estos enfermos en los años que dura esta enfermedad que es siempre progresiva y mortal es enorme; mas sin embargo hay muy pocas personas que se interesan en buscar un posible tratamiento o una posible causa, quizás esto sea porque afecta a los ancianos.

Los pacientes primero se olvidan de pequeñas cosas, luego hechos importantes quedando un poco de aquello que primero se aprendió, por último se olvidan de lo cercano, la familia incluso el propio nombre y la capacidad de hablar, el cuerpo también declina, mientras que la enfermedad va despojando poco a poco al paciente de la dignidad. Personas que han vivido, amado y sufrido y ayudado al progreso de sus semejantes, llegan a ser como niños sin serlo verdaderamente.

La epidemia de la enfermedad de Alzheimer va creciendo exponencialmente, el Instituto Nacional del Envejecimiento calcula 14 millones de victimas de Alzheimer para el año 2050. Es por ello la importancia de contar con instrumentos como el que hemos presentado, ya que este tipo de enfermedad requiere de muchisima información, el familiar o el cuidador primario necesita saber que los cambios en la conducta del enfermo son imputables a una enfermedad, que además le va a generar reacciones y emociones que se pueden y deben trabajar y que la relación previa con el enfermo puede desencadenar una serie de sentimientos negativos tanto para el enfermo como para quien lo atiende.

Así mismo brindar una atención eficaz al paciente de Alzheimer y lograr con ello que el deterioro que va teniendo el paciente sea más lento, además aminorar la angustia y desesperación del familiar y/o cuidador primario ofreciendo así mismo una calidad de vida aceptable para ambos.

SUGERENCIAS

- Es necesario reflexionar acerca de este problema de salud y empezar a hacer campañas por los derechos de los enfermos de Alzheimer. Que sea para nuestro país un hecho importante.
- Conviene participar en la sensibilización de las familias para contribuir al desarrollo del conocimiento de esta enfermedad.
- Promover la formación de voluntarios para apoyo de enfermos de Alzheimer y familiares de los mismos. Así mismo a la formación de centros de atención diurna.
- Concientizar al profesional de salud que participen con sus conocimientos enfocados a este problema de salud presentando, a la formación de cuidadores proporcionando información por medio de manuales, cursos de capacitación, libros etc. De tal manera de quienes asumen la carga del cuidado lo haga en forma menos conflictiva.
- Canalizar a los pacientes que sean detectados con la enfermedad de Alzheimer, a hospitales o centros de atención diurna.
- Para el equipo multidisciplinario de centros de atención o grupos de apoyo, ya formados, que se interesen en la adquisición de conocimientos continuamente relacionados a este tema para brindar una eficaz atención a este tipo de pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

- ❑ ABAM, Williams B; Berkow Robert. (D.E). El Manual Merck de Geriatria. Ed. Doyma. S.A. Barcelona España. 1992. 1321 pp.
- ❑ ANZOLA, Pérez Elías. Enfermería Gerontológica: Conceptos para la practica. Ed. Paltex Organización Panamericana de la Salud. 1993. 78 pp.
- ❑ ARDILA, A. y Moreno B. C. Aspectos Biológicos de Memoria y el Aprendizaje. Ed. Trillas. México. 1979. 194 pp.
- ❑ ARDILA, A. y Ostrosky Feggi. Diagnóstico del Daño Cerebral, un enfoque Neuropsicológico. Ed. Trillas, S.A. de C.V. México, D.F. 1991. pp. 58-59, 84-92.
- ❑ BALSEIRO, A. Lasty. Investigación en Enfermería. Ed. Acuario. S.A. de C.V. México, D.F. 1991. 225 pp.
- ❑ CARNEVALI, L. Doris, Maxime Patrick. Tratado de Enfermería Geriátrica, ed. Interamericana. 3a. de México. 1990. 755. pp.
- ❑ CARROLI, L. Mary; Brue Janc. Cuidados de Enfermería Individualizados en el Anciano. Ed. Doyma. Barcelona , Madrid. 1988. 203 pp.
- ❑ CARPENITO, Juall Linda. Manual de Enfermería. Ed. Interamericana. 4a. ed. España. 1993. 587 pp.
- ❑ CHARM, I. Psicogeriatría, Sexogeritria, Aspectos Clínicos. Revista Folha Médica. Abril 1987. 186 pp.
- ❑ DENISE, Perlaky, R.N. BSN. Nurse. Education Patient Aduocate Alzheimer's Program. Nursig 94. Dic. Num. 12.
- ❑ DOROTHY, Meerks; Doris M. Ewards; Sue R. Williams; Generadine; Anne M. Mulligan. Enfermería Practica. Ed. La Prensa Médica Mexicana. S.A. México. 1983. 697 pp.
- ❑ DR. CASO, Agustín. Fundamentos de Psiquiatría. Ed. Limusa. 3a. de México 1984. 1212 pp.
- ❑ DR. ORALLI, Juan A. Enfermedad de Alzheimer Enfoque Actual. Ed. MN. Savio. Argentina. 486 pp.

- DRA. RANGEL, López Luz Esther. Ejercicios para la Salud del Anciano.
- DUGAS. Tratado de Enfermería Práctica. Ed. Interamericana. 3a. ed. México, D.F. 1989. 254-261. pp.
- KOZIER, Barbara; ERB Glenora; B. K. Conceptos y Temas en la Práctica de la Enfermería. Ed. Interamericana. 2a. ed. México, 1996.
- KRASSOIEVITCH, Miguel. Demencia Presenil y senil. Ed. Salvat. México, D.F. 1988. 282. pp.
- KRUSEN, Federic. J. Kottke; M. D. Juatus F; Lehmann. M. D. Medicina Física y Rehabilitación. Ed. Panamericana S.A. 4a. ed. Madrid 1993. 1365. pp.
- KURT. Lindemann; Hede Teirich Leube. Tratado de Rehabilitación 1 y 2 Ed. Labor. S.A. Barcelona 1973. 433 pp.
- LAGARICA, Salazar Raquel. Gerontología y Geriátria. Ed. Interamericana. México 1987. 298. pp.
- LANDERRECHE Gabriela. Todavía queda mucho por compartir mi experiencia con Alzheimer. Ed. Jus.
- LAW, Tieny Jr. Mc Phec. Papadaks. Diagnóstico Clínico y Tratamiento. Ed. Manual Moderno. 32a. ed. México, D.F. 1997. 1547 pp.
- LÓPEZ, Ma. Victoria. Como ayudar a quien ha perdido la capacidad de hablar. Ed. Prensa Médica. México, D.F. 1996. 1-49. pp.
- LÓPEZ, Robles Gabriel. Impacto en los Familiares de Enfermos con Demencia. Fondo de Apoyo para la Atención de la Enfermedad de Alzheimer.
- LOSCOS, Pilar. Manual de Enfermería Geriátrica, Ed. Interamericana. 2a. ed. México, D.F. 1992.
- LYNCH, A. Malcolm. Medicina Bucal. Ed. Interamericana. 7a. ed. México. 1980. 688. pp.
- MALE, Nancy; Peter Rabins. Cuando el Día Tiene 36 Horas. Ed. Pax.
- MARAYAS, M.R. Gerontología Social, Envejecimiento y Calidad de Vida, Ed. Herder. Barcelona. España. 1991. pag. 89.

- ☐ MARTÍNEZ, S. R. Imelda; Rivas Gone Almadela. Síndrome de Inmovilidad en el Adulto. UNAM-ENEO. México. 1996.
- ☐ MAYERS, Glover Marlene. Cuidados de Enfermería. Ed. Limusa. México. 1983. 399 pp.
- ☐ MENDOZA, Pérez Rosa Elia. Enfermería Gerontologica. UNAM-ENEO. México. D.F. 1995.
- ☐ NAVA, Segura J; Cuella Martínez. La Demencia Senil II Parte.
- ☐ NORDMARK, Rohweder. Bases Científicas de Enfermería. Ed. Manual Moderno, S.A. de C.V. 2a. ed. México, D.F. 1996. 712. pp.
- ☐ NURSING, Photobook. Cuidados Geriátricos en Enfermería. DE. Doyma, S.A. Barcelona, España 1985. 160. pp.
- ☐ NURSING. Geriatric Alzheimer's Disease. 6(3) Mayo/Junio . 1985. 136-163. pp.
- ☐ NURSING, Revista . Agosto-Septiembre 1989.
- ☐ NURSING, Revista. México. 1993.
- ☐ PARREÑO, Rodriguez Juan R. Terapia Ocupacional en Geriatría. México. 381-400. pp.
- ☐ Revista Española de Geriatría y Gerontología. Tomo 2. Marzo-Abril. 1983.
- ☐ Revista Española de Geriatría y Gerontología. Tomo 3. Mayo-Junio. 1983.
- ☐ ROGERS, Frances F; RN; MN. Planes de Cuidados en Enfermería Geriátrica. Ed. Salvat. 1995. 375. pp.
- ☐ SALGADO, Alberto; Guillen Francisco. Manual de Geriatría. Ed. Salud. México. 1992. 596. pp.
- ☐ SMITH, F. Sandra; Duell F. Donna. Enfermería Básica y Clínica. De. Manual Moderno, S.A. de C.V. México. 1996. 1009. pp.
- ☐ SPOWELL, Leonore; Courtice Katie. Enfermedad de Alzheimer Una Guía Para la Familia. Ed. Pax. México. 187-204. pp.
- ☐ SPRAVX, H. Oftalmología Fundamental. Ed. Masson, S.A. Barcelona. 1977. 204. pp.

- ❑ TAC, Kenberg Julie; RN. Clinical Nurse Specialist. University Medical Center. Tucson, Arizona. 1993. pag.49.
- ❑ TAUFFIG, Maribel. La Enfermedad de Alzheimer. Asociación Sonorense de Alzheimer y Enfermedades Similares, A.C. Secretaría de Salud Pública. Hermosillo, Sonora. México. 1995. 47-84. pp.
- ❑ THOMAS, Pierre; Pesce Alain; Cassuto J.P. ABC de Enfermedad de Alzheimer. Ed. Masson, S.A. Barcelona. 1990. 102. pp.
- ❑ VAVOHAN, Daniel. Oftalmología General. Ed. Manual Moderno. 6a. ed. México, D.F. 1982. 391. pp.
- ❑ WILLIAM, Agrans. D.E El Manual Merck de Geriatría Ed. Doyma. Barcelona , España. 1992. 1074. pp.
- ❑ WOLF, Lewis Luverne. Fundamentos de Enfermería. Ed. Harla. 4a. de. México, D.F. 1992. 1108. pp.
- ❑ WOLFF, Merlene H. Weitzel. Zornow Ann Ruth. Curso de Enfermería Moderna. Ed. Harla. 7a. ed. México 1980. 981. pp.