



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA
SOBRE TERAPIA FISICA, MUSICOTERAPIA Y
SOCIOTERAPIA PARA LA ATENCION DEL PACIENTE
CON DEMENCIA TIPO ALZHEIMER.

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A :

ALEJANDRA MARTINEZ MIRANDA

NO. DE CUENTA 9357687-3



DIRECTOR DEL TRABAJO: L.E.O. JULIO HERNANDEZ FALCON

MEXICO, D.F.

2000



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.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México
Por darme la oportunidad de ser parte de ella y –
Haberme formado como profesionista.

A la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia ,
y a los profesores que la conforman
por haber compartido conmigo sus conocimientos
y experiencias que enriquecieron mi formación profesional.

A la Fundación Alzheimer por el apoyo de
siempre para la realización de este trabajo, y por –
haberme enseñado una etapa de la vida que nos –
hace pensar en el futuro considerándome parte –
de el.

A mi asesor por su cooperación y gran ayuda
para finalizar esta etapa de mi
Formación.

A todas las personas que de alguna manera cooperaron
para la realización de este trabajo dándome parte
de su tiempo y de sus conocimientos para mejorar
día con día.

DEDICATORIAS

A Dios:

Por haberme permitido llegar al final de una etapa más en mi vida, y por colocarme en el lugar y la hora exacta para llenarme de experiencias y aprendizajes que me ayudaron a ser mejor.

A mis padres:

Por su amor, por su confianza, por su apoyo incondicional,
Por ser los mejores maestros en cada etapa de mi vida.
Por que a ellos debo lo que soy.
Gracias por siempre.

A mis hermanos:

Por el amor y la tolerancia.

A mi esposo y mi hijo:

Por ser el estímulo para emprender un nuevo día,
por la confianza, por el apoyo, por el amor que
me brindan a cada instante y por enseñarme a diario
lo importante que es dar lo mejor de mí.

A mis pacientes:

Por que para ellos está hecho este trabajo,
que espero, de alguna manera logre aminorar un poco
lo duro de su camino.

CONTENIDO

1.- <u>INTRODUCCIÓN</u>	1
2.- <u>JUSTIFICACIÓN</u>	3
3.- <u>OBJETIVOS</u>	4
3.1.- <u>OBJETIVO GENERAL</u>	4
3.2.- <u>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</u>	4
4.- <u>METODOLOGÍA</u>	5
5.- <u>MARCO GENERAL DE LA FUNDACIÓN ALZHEIMER</u>	6
CAPITULOS.	
6.1.- <u>TERAPIA FÍSICA</u>	8
6.1.1.- <u>Alineación de segmentos corporales</u>	11
6.1.2.- <u>Deambulaci3n o marcha</u>	13
6.1.3.- <u>Ejercicios de equilibrio</u>	15
6.1.3.1.- <u>Ejercicios de cuello</u>	15
6.1.3.2.- <u>Ejercicios de equilibrio sentado</u>	15
6.1.4.- <u>Ejercicios de rodarse</u>	17
6.1.5.- <u>Ejercicios de fortalecimiento muscular</u>	19
6.1.5.1.- <u>Ejercicios de flexi3n y extensi3n de las rodillas</u>	19
6.1.5.2.- <u>Ejercicios de aducci3n y abducci3n de miembros inferiores en dec3bito dorsal</u>	19
6.1.5.3.- <u>Ejercicios de aducci3n y abducci3n de miembros inferiores en dec3bito ventral</u>	20
6.1.5.4.- <u>Ejercicios de flexi3n y extensi3n de los pies</u>	20
6.1.6.- <u>Ejercicios de movilizaci3n de articulaciones</u>	21
6.2.- <u>MUSICOTERAPIA</u>	24
6.2.1.- <u>Musicoterapia activa</u>	26
6.2.1.1.- <u>Ejercicio de canto</u>	27
6.2.1.2.- <u>Ejercicio de baile</u>	29
6.2.1.2.1.- <u>Tabla gimnástica</u>	30
6.2.1.2.2.- <u>Ejercicio de baile libre</u>	31
6.2.1.3.- <u>Práctica de un instrumento musical</u>	32
6.2.1.4.- <u>Ejercicio de redescubrimiento del cuerpo</u>	34
6.2.2.- <u>Musicoterapia receptiva o pasiva</u>	36
6.2.2.1.- <u>Ejercicio de relajaci3n</u>	37
6.3.- <u>TERAPIA DE SOCIALIZACI3N</u>	39

7.- <u>ANEXOS</u>	40
A) GENERALIDADES DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER.	40
B) EVALUACIÓN GENERAL DEL PACIENTE GERIATRICO.	45
- Cuestionario de Pfeiffer.	46
- Escala de actividades instrumentales de Lawton y Brody.	48
- Evaluación de marcha y balance de Tinetti.	51
- Escala de actividades de la vida diaria de Katz.	55
- Test mínimo mental.	59
- Test mininutricional.	65
C) EJEMPLO DE UN PROGRAMA DE TRABAJO.	72
D) FOTOGRAFÍAS.	75
E) GENERALIDADES DE UN MANUAL	82
8.- <u>GLOSARIO DE TERMINOS</u>	84
9.- <u>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	87

1.-INTRODUCCIÓN.

El presente manual se ha estructurado con el objetivo de dar a conocer las terapias realizadas en la atención al paciente con demencia de tipo Alzheimer.

Actualmente existe poco personal de Enfermería realmente capacitado para atender al sujeto afectado ya que no solamente se trata de darle un cuidado general, sino de participar en la rehabilitación y mantenimiento de sus capacidades residuales, con el fin de que el paciente mantenga el mayor tiempo posible su independencia en las actividades de la vida diaria, que se evite el aislamiento social y permanezca su sentimiento de utilidad que lo haga tener una vida más digna.

La demencia tipo Alzheimer es la pérdida persistente de las funciones intelectuales entre las que encontramos: la memoria, la capacidad de juicio, el lenguaje, el cálculo, el pensamiento abstracto, y la percepción visoespacial, lo que hace a la persona que la padece cada día más dependiente de los demás.

En México no se tienen datos epidemiológicos específicos, pero basándose en estadísticas se estima que aproximadamente el 6% de las personas mayores de 65 años de edad puede padecerla.

“En Estados Unidos es la cuarta causa de muerte entre la población de más de 65 años, afectando aproximadamente a 2.5 millones de norteamericanos”¹

Así bien observándose de manera general la importancia de las repercusiones de la enfermedad en el paciente, es importante que enfermería aprenda a darle una atención específica y de calidad a las personas afectadas.

Debido a las grandes pérdidas intelectuales que el paciente sufre es importante apoyarle en la rehabilitación en todas sus esferas, ayudándole así a mantenerse útil el mayor tiempo posible, ya que como sabemos a la fecha no existe cura alguna ni medicamento que logre detener la enfermedad.

A través del presente manual se enseñan procedimientos que integran unas de las terapias necesarias para el mantenimiento de los pacientes, como la terapia física que los ayuda a mantener y prevenir su deterioro físico, la musicoterapia que los ayuda a mantener y estimular sus capacidades cognitivas residuales como el lenguaje entre otros y la socialización haciéndolo sentir útil y parte de una sociedad que debido a su falta de cultura sobre la enfermedad poco a poco lo va aislando de manera significativa.

¹ COOK, J. Enfermería psiquiátrica. Ed. Interamericana. 2da. Ed. 1993. 803 pp.

Todo lo anterior puede ser realizado por el profesional de Enfermería, que a través del manual puede dar una atención de manera fácil, eficaz e integral llegando a ser parte vital de la vida de un paciente con Alzheimer.

1.- JUSTIFICACIÓN.

Tras un año de experiencia en la atención a pacientes con demencia de tipo Alzheimer nos damos cuenta de la importancia que día con día va cobrando esta enfermedad, observamos que con el aumento de la expectativa de vida gracias a los grandes avances científicos y tecnológicos la gente logra aumentar los riesgos de padecer enfermedades crónico-degenerativas que pueden condicionar a un deterioro intelectual.

“Según datos de la Organización Panamericana de la salud, en América Latina, las tasas de prevalencia oscilan entre un 5.9 a un 9% en los mayores de 60 años y la mayor parte de los sujetos afectados por el deterioro intelectual sufren demencia y de estos una parte significativa son afectados por la enfermedad de Alzheimer.”²

Pero ahora no solo nos ocupamos de todos los problemas y conflictos que acarrea la enfermedad, sino de lo que el personal de Enfermería puede realizar por toda esa gente afectada.

Es difícil comprender la magnitud del problema que afecta a estas personas cuando no se ha tenido la oportunidad de convivir con ellos, pero es importante recalcar lo mucho que necesitan de profesionales capacitados para su atención.

El licenciado en Enfermería puede ser un punto de apoyo de gran importancia en la atención a ellos ya que podemos estar preparados para ofrecerles una ayuda integral.

Generalmente el personal de Enfermería se ha dedicado a trabajar en el área hospitalaria, ahora se quiere mostrar que existen otros campos de trabajo en los que se puede incursionar como lo son este tipo de Instituciones.

Por lo que el presente manual de procedimientos se justifica por la importancia que representa esta enfermedad actualmente, así como la necesidad de preparar personal de Enfermería capacitado para que se proporcione una atención profesional y de calidad a las personas afectadas.

Por último es necesario proporcionar a la Fundación Alzheimer una guía que oriente e introduzca al personal de Enfermería que llega a laborar a sus instalaciones, como es el caso de los pasantes de servicio social, en el cuidado específico del paciente que sufre demencia dentro de un enfoque holístico, ya que no se cuenta con ninguno de estos instrumentos de trabajo limitando así nuestras funciones.

² CONSENSOS FUNSALUD. Síndrome de deterioro intelectual y padecimientos demenciales. Ed. FUNSALUD. México 1996. P.11.

2.- OBJETIVOS.

2.1.- OBJETIVO GENERAL.

Proporcionar a la Fundación Alzheimer “Alguien con quien contar” I.A.P. una guía que sirva de apoyo para la elaboración de programas de trabajo para la atención integral del paciente con demencia tipo Alzheimer.

2.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Lograr que con el apoyo de éste manual de procedimientos se proporcione una atención biopsicosocial completa y de calidad a las personas afectadas por la enfermedad de Alzheimer.
- Conocer las acciones específicas que el Licenciado en Enfermería y Obstetricia puede realizar en éste campo.
- Lograr que el Licenciado en Enfermería y Obstetricia participe eficazmente dentro del equipo interdisciplinario en la atención al paciente con demencia.

4.- METODOLOGÍA.

La realización del presente manual se hizo basándonos en la observación de las terapias practicadas en el centro diurno para la atención de pacientes con demencia tipo Alzheimer y similares al cual va dirigido el presente trabajo. Así también se fundamentaron las acciones de Enfermería a realizar a través de la consulta bibliográfica relacionada con los temas abordados.

Por último se hicieron las modificaciones pertinentes tomando en cuenta las experiencias obtenidas durante el año en el cual se participó en la rehabilitación a los pacientes que asistían a la Fundación.

Así bien el presente manual queda integrado con el marco general de la Fundación Alzheimer, diferentes procedimientos sobre terapia física, musicoterapia, terapia de socialización, los anexos, el glosario de términos y la bibliografía que a partir del siguiente capítulo se desarrollarán.

5.- MARCO GENERAL DE LA FUNDACIÓN ALZHEIMER.

Institución: Fundación Alzheimer “Alguien con quien contar”
Institución de Asistencia Privada.

Objetivos de la Institución:

- Proporcionar a las personas con enfermedad de Alzheimer y enfermedades similares así como a familiares servicios que les permitan un estado funcional óptimo y evitar que se conviertan en elementos de desintegración social.
- Establecer un sistema continuo de vigilancia a la salud de los beneficiarios.
- Permitir a los familiares que continúen con sus actividades productivas.
- Capacitar a los familiares, personal y personas interesadas en aspectos diversos de estos procesos patológicos.
- Estimular a los beneficiarios para mantener sus capacidades residuales.

Antecedentes históricos:

En Septiembre de 1990 durante la sexta conferencia nacional sobre la enfermedad de Alzheimer que se realizó en la Ciudad de México, se conocieron personas que tuvieron o tienen familiares con enfermedad de Alzheimer o interesadas en esta.

Poco tiempo después falleció el padre de una familia y decidieron “hacer algo” para quienes tuviesen la enfermedad de Alzheimer, así fundaron el fondo de apoyo para la enfermedad de Alzheimer.

La idea principal, fue la creación de centros de atención diurna en donde se proporcionara atención digna y especializada a los pacientes, para que permitiese a la familia continuar con sus actividades y conservar su unidad funcional.

Así en Marzo de 1992 se inauguró el primer centro en la Ciudad de Querétaro y en Noviembre del mismo año el segundo en la Ciudad de México.

La Fundación Alzheimer “Alguien con quien contar” I.A.P. fue creada con el fin de proporcionar servicios de rehabilitación para enlentecer el deterioro mediante actividades adecuadas a su necesidad y dar cuidados diurnos especializados a pacientes con demencia, servicios de apoyo y orientación a familiares, capacitación a profesionales y personal técnico para la atención a los pacientes, además de dar difusión acerca de la naturaleza y problemática del impacto social que esta enfermedad causa a la comunidad.

En Marzo de 1992 se fundó el “Fondo de apoyo para la enfermedad de Alzheimer”, en Mayo de 1995 se constituyó como Fundación Alzheimer “Alguien con quien contar”

Institución de Asistencia Privada (I.A.P.) perteneciendo a la Junta de Asistencia Privada para el Distrito Federal.

Organización:

El patronato de la fundación está integrado de la siguiente forma:

Presidente: Arq. Francisco Espinosa Villarreal.
 Tesorero: Lic. Luis Arrieta Rubin.
 Secretaria: Lic. Alivia Vázquez Ayala.
 Vocal: Lic. Víctor Delgado Cano.
 Vocal: Lic. Elías Rivas Torres.
 Vocal: Sr. Javier Espinosa Villarreal.

El personal que labora en la Institución es el siguiente:

Presidente: Sra. Cecilia Espinoza Villareal.
 Directora: Sra. Alejandrina Franzoni del Moral.
 Asistente: Sra. Beatriz Lozano Robinson.
 Director médico: Dr. Alejandro Miguel Jaimes.
 Coordinador de Psicología: Lic. Gabriel López Robles.
 Coordinador de Trabajo social: T.T.S. Maria Luisa Calzada Mancera.
 Coordinador de terapia física y rehabilitación: Psic. Catalina Edith Sánchez Galicia.
 Coordinador de Enfermería: L.E.O. Alejandra Martínez Miranda.

Auxiliares gerontológicos:

- Técnica en Enfermería: Ma. Concepción Moreno Luna.
- Aux. de Enfermería: Ma. Elena Hernández Vilchis.
- Aux. de Enfermería: Nora Delia Alvarado Monroy.
- Aux. de Enfermería: Juan Manuel Sánchez Solís
- T.S. : Guadalupe Montes de Oca.
- L.H.A. Ma. Andrea Guemes.

Cocineras: Sra. Apolonia Dávila .
 Sra. Guadalupe Sánchez.

Secretaria: Ma. De Lourdes Martínez Ortiz.

Chofer: Isaac Montoya Martínez.

Intendencia: José Anastasio Vázquez García.

6.1.- TERAPIA FÍSICA.

Por rehabilitación se entiende la persecución del bienestar del paciente basándose en sus necesidades de adaptación a la enfermedad y al medio ambiente que lo rodea, a fin de conservar en la medida de lo posible la autonomía y contrarrestar otra patología resultante de las limitaciones físicas y psíquicas.

La rehabilitación geriátrica no es solo una serie de temas y técnicas, es una filosofía de responsabilidades médicas, sociales, gubernamentales y humanas en general y el no aceptarlas e ignorar esta responsabilidad significa garantizar el deterioro y desaprovechamiento de un muy importante sector de la población, que según las estadísticas va aumentando de manera alarmante y de no encararlo adecuadamente constituirá en el futuro un problema de series repercusiones sociales.

La rehabilitación del adulto mayor en cuanto a las técnicas no se diferencia de las empleadas con el resto de la población, solo depende de la adaptación de los métodos y técnicas según las necesidades y aptitudes del paciente. Los resultados obtenidos suelen ser favorables siempre y cuando se tenga claramente definido el fin que se persigue, analizando las características propias generales de la vejez y las especificaciones según el proceso patológico que sufra el paciente.

Así también la rehabilitación “pretende retardar el proceso de desintegración psicomotriz de la demencia, e impedir la instalación del síndrome de inmovilidad, preservando la autonomía funcional, evitando las complicaciones y favoreciendo una vida digna”³

Con las medidas de rehabilitación se trata de hacer más digna la vida del paciente favoreciendo su autoestima y disminuyendo su dependencia con respecto a los demás, además de mantener sus capacidades de comprensión y placer, así mismo de lograr el máximo grado de eficacia intelectual y psicomotora.

Con la rehabilitación se pretende por un lado retardar el proceso de deterioro psicomotriz así como impedir o disminuir el síndrome de inmovilidad que es su consecuencia.

Es importante mencionar que también debido a la experiencia podemos agregar que en muchas ocasiones los pacientes llegan al centro de rehabilitación en un estado físico muy deplorable pero este no es debido a la desintegración psicomotriz sino a la falta de acondicionamiento físico resultante de la disminución de movilidad y estimulación por parte de sus cuidadores primarios en casa.

Los objetivos generales del tratamiento son :

- Restaurar la capacidad física.
- Prevenir el deterioro funcional.

³ CONSENSOS FUNSALUD. Op. Cit. P.24.

- El restablecimiento de la capacidad para realizar las actividades de la vida cotidiana.
- Estimular las capacidades residuales de cada paciente.

Los ejercicios terapéuticos consisten en movimientos corporales prescritos para restituir la función normal o conservar un estado de bienestar.

El propósito de los ejercicios es restituir, mejorar o conservar uno o más de los siguientes factores:

- Fuerza: que es la capacidad del músculo para contraerse.
- Elasticidad: que es la capacidad del músculo para relajarse.
- Coordinación: que es la capacidad del músculo para trabajar en forma simultánea con otros músculos y con fuerza y elasticidad apropiadas.

La rehabilitación incluye métodos para compensar las alteraciones funcionales que no pueden corregirse, como el mejoramiento de las destrezas residuales, el uso de aparatos adaptados como el bastón por ejemplo y la adaptación al medio ambiente para satisfacer las necesidades nuevas del paciente.

Es imprescindible que el personal del equipo rehabilitador, comprenda la necesidad de estimular cada acción por intrascendente que parezca y mantenga al paciente en un permanente estado de actividad.

Los ejercicios físicos adecuadamente ordenados y orientados según las necesidades de cada individuo, ayudan al mantenimiento de constantes biológicas y morales imprescindibles para la salud del individuo a lo largo de los diversos estadios de la enfermedad, en donde, la ansiedad tiene efectos adversos en los esfuerzos físicos o psicológicos que se exigen al paciente por lo que hay que tomar en cuenta siempre sus capacidades.

Los aspectos positivos del ejercicio en los ancianos son los siguientes:

1. Respecto a la ansiedad, los informes clínicos han señalado efectos positivos del ejercicio en la reducción de síntomas en pacientes ancianos que padecían de fobias o crisis de angustia.
2. En lo que se refiere al stress, se ha comprobado que el ejercicio físico disminuye la intensidad de sentimientos como incomodidad, agresividad, preocupación, conflictividad, tensión interior etc... Al tiempo que le proporciona una mayor resistencia a los agentes nocivos, mejorando globalmente algunos aspectos como autoconcepto, autoestima e imagen corporal. Es decir, también produce importantes modificaciones en la personalidad, tales como estabilidad emocional, extroversión y flexibilidad mental, reduciéndose especialmente la neurosis generalmente muy acusada en el anciano sedentario.
3. En lo que respecta a la depresión, se ha podido constatar en diferentes trabajos de investigación un efecto antidepressivo del ejercicio. Es un elemento terapéutico importante en las depresiones leves y moderadas, porque ayuda a afrontar mejor los episodios de stress y ansiedad, es decir, que ayuda a "quemar" la tensión del día.

4. El ejercicio produce efectos directos en la capacidad cognoscitiva debido primordialmente al aspecto motivacional. Y si además, hay música, incrementa sus capacidades creativas. Porque hay una acción positiva sobre la atención y concentración, con lo cual, el rendimiento psicomotor es mayor.
5. La personalidad del anciano se ve reforzada ya que disminuye el riesgo de enfermedades cardiovasculares, osteoporosis, hipercinecia y aumenta la fuerza y masa muscular.

Acondicionamiento físico:

Podemos definir el acondicionamiento físico como la aplicación de un conjunto de ejercicios corporales dirigidos racionalmente a desarrollar y mejorar las cualidades psicomotrices básicas que son : resistencia, velocidad, fuerza, flexibilidad y coordinación.

Ejercicio terapéutico:

Se basa en la reeducación, el desarrollo o recuperación del dominio voluntario de la musculatura esquelética y sus objetivos son: Desarrollar la fuerza y elevar el umbral de fatiga en tipos de movimientos necesarios, efectivos y seguros, evitar aparición de deformidades, mantener una capacidad respiratoria adecuada y mantener la independencia.

En la tercera edad el ejercicio a realizar deberá ser:

1. Sencillo: que resulte fácil de captar como debe ejecutarlo y cual es el objetivo del mismo.
2. Progresivo: Adecuado a su estado general.
3. No producir molestias: Evitando posiciones inadecuadas para su edad.

Ejercicios para el paciente anciano:

1. Ejercicios de extensión: del cuello, hombros y brazos, manos y muñecas.
2. Ejercicios de fortalecimiento: Flexiones completas y parciales de las piernas, elevación de las piernas, hiperextensión, ejercicios de corrección de postura y flexión parcial de las rodillas.
3. Ejercicios de resistencia: caminar, correr, nadar, andar en bicicleta, excursión.

Su objetivo principal es:

Evitar el deterioro físico por movilización insuficiente.

Si se deja al anciano postrado sin estimular su actividad, pierde rápidamente su capacidad funcional incluso llega a no poder caminar.

Es preciso usar de todo lo humanamente posible para "sacarle de la cama cuanto antes, hacerle mover, hacerle caminar en caso de que se a un anciano inmóvil " ya que todos los organos y sistemas se pueden ver afectados.

6.1.1.- Alineación de segmentos corporales.

Concepto:

Es la acción de mantener las articulaciones en posición anatómico-funcional.

Objetivos:

- Prevenir contracturas y deformidades de los miembros superiores e inferiores.

Material y equipo:

- Un colchón.
- Bolsas de arena.
- Almohadilla.

Procedimiento:

1. Colocar la parte posterior del tronco en una superficie plana y blanda en posición recta. (decúbito dorsal)
2. Colocar la posición del paciente en forma recta permitiendo movimientos laterales de cabeza y cuello.
3. Mantener el hombro en abducción y rotación externa de 90 grados ayudándose de cojines o bolsas de arena.
4. Mantener los codos en flexión de 90 grados entre cojines y apoyándose en bolsas de arena.
5. Mantener el antebrazo en posición neutra.
6. Colocar la mano en posición funcional, colocando un rollo o guante adaptado en la palma de la mano para mantener los dedos ligeramente flexionados.
7. Colocar la cadera en ligera abducción para que permanezca en posición neutra.
8. Mantener las rodillas en posición extendida a 180 grados.
9. Mantener los pies en extensión de 90 grados.

Precauciones:

- Explicar al paciente lo que se va a realizar.
- Evitar movimientos bruscos con el fin de evitar el riesgo de lesiones.
- Realizar los movimientos de manera tranquila con el fin de evitar angustia y desorientación en el paciente.

Principios:

- En la alineación corporal se utiliza la postura y la posición.
- La posición ayuda a mantener el funcionamiento corporal en equilibrio, ayudando al sistema circulatorio junto con los aparatos musculoesquelético y respiratorio.
- La posición apoya en la aplicación de los tratamientos necesarios.
- La posición en decúbito dorsal favorece la relajación muscular.
- La fisioterapia ayuda a aumentar y mantener la movilidad de las articulaciones.
- El mantenimiento de la movilidad articular disminuye el riesgo de síndrome de inmovilidad.
- El estímulo del ejercicio favorece la autonomía en las actividades de la vida diaria.

6.1.2.- Deambulaci3n o marcha.

Concepto:

Son las acciones que se proporcionan al paciente afectado con el fin de lograr que tenga la capacidad de sostener el peso corporal sobre los miembros inferiores y que pueda desplazarse.

Objetivos:

- Lograr que el paciente realice la marcha en forma independiente y con el menor esfuerzo posible.
- Mantener el mayor tiempo posible la capacidad de transferencia.
- Reeducar la marcha.
- Favorecer el balance, equilibrio y coordinaci3n.
- Estimular la psicomotricidad.
- Evitar el s3ndrome de inmovilidad y el riesgo de ca3das.
- Disminuir el riesgo de formaci3n de úlceras de presi3n.

Material y equipo:

- Andaderas.
- Barras paralelas.
- Aros de pl3stico.
- Escaleras fijas.

Procedimiento.

Enseñe o recuerde al paciente la manera de caminar.

1. El paciente deber3 pararse dentro de las barras y agarrarse de éstas con las manos.
 2. Primero deber3 mover una mano adelante sobre la barra.
 3. Luego mover3 la pierna contraria a la mano hacia adelante.
 4. Despu3s adelantará la otra pierna más allá de la que se movió.
 5. Finalmente mover3 la otra mano y repetirá el ejercicio.
- (Ver fotograf3a A)

Enseñe y reeduce al paciente a subir y bajar escaleras.

1. Proporcione el apoyo suficiente para que no tenga temor.
 2. Se le recordará a subir y bajar escaleras, haciéndolo escal3n por escal3n, apoyando primero la pierna más fuerte y despu3s la más débil.
 3. El paciente debe aprender a caminar en diferentes tipos de suelo y también a librar obstáculos.
- (Ver fotograf3a B)

Para que el paciente estimule la marcha y aprenda a librar obstáculos utilice los aros de plástico.

1. Coloque los aros formados en el piso en línea recta.
2. Indique o enseñe al paciente a caminar colocando un pie dentro del primer aro y el otro pie dentro del siguiente aro, así sucesivamente hasta terminar todos, si el paciente no puede solo ayúdelo tomándolo de una de sus manos brindándole apoyo.
3. Si el paciente aún puede y entiende la instrucción indíquelo que haga lo mismo pero ahora de espaldas.
4. Realice el mismo ejercicio pero ahora caminando de lado.
5. Si el paciente es capaz pídale que ahora salte en cada uno de los aros con los dos pies.
(Ver fotografía C)

Precauciones:

- Vigile estrechamente al paciente cuando realice éste tipo de procedimientos ya que podría perder el equilibrio y golpearse.
- Manténgalo lejos de objetos que puedan lastimarlo o interfieran en la realización del ejercicio.
- Antes de iniciar el ejercicio asegúrese que los zapatos del paciente sean cómodos y seguros, así mismo de detectar algunos padecimientos de los pies como las hiperqueratosis o hallux valgus entre otros que puedan dificultar la marcha.
- Explíquelo al paciente el procedimiento para que lo entienda, así mismo hágalo sentir seguro.

Principios:

- La marcha favorece la movilización de articulaciones y la coordinación.
- Cuando cualquier articulación se mantiene en una sola posición durante un periodo indebidamente largo se acortan los músculos que intervienen y limitan el movimiento.
- El acortamiento muscular y la consecuente limitación del movimiento también pueden aparecer por desequilibrio muscular debido a espasticidad y debilidad.
- El ejercicio en barras paralelas enseña a mantener el equilibrio en posición de pie, ayudando a soportar el peso.
- La deambulación ayuda a fortalecer las extremidades inferiores.
- Con la utilización de las barras paralelas se fortalecen las extremidades inferiores.
- Una presión ejercida por una posición prolongada disminuye el aporte sanguíneo y por lo tanto la formación de úlceras por presión.

6.1.3.- Ejercicios de equilibrio.

Concepto:

Es la acción de reforzar los músculos del cuerpo y el control visual que conduzcan el control de las diferentes partes del cuerpo, para que el paciente pueda realizar las diferentes actividades motoras.

Objetivos

- Recuperar la estabilidad del equilibrio en general ya sea sentado, parado o hincado.
- Favorece la psicomotricidad.

Material y equipo:

- Colchón.
- Almohadilla.

Procedimientos:

6.1.3.1.- Ejercicios de cuello.

1. El paciente tratará de levantar la cabeza y las rodillas tanto como sea posible, de manera que quede como dentro de una pelota, colocándose primero en decúbito dorsal.
2. Después el paciente deberá acostarse lentamente.
3. Si el paciente no puede hacerlo solo, ayúdelo poniéndole sus manos detrás de sus hombros, conforme el paciente aprenda, dele menos ayuda. Realice el ejercicio 10 veces si es posible.
4. Ahora acostado sobre el colchón el paciente deberá voltearse y quedarse en posición de decúbito ventral, si el paciente no puede ayúdelo girándolo de los hombros.
5. El paciente acostado en posición de decúbito ventral y con los brazos y piernas extendidas y las manos hacia el frente enséñele a levantar la cabeza y las cuatro extremidades como si fuera una mariposa, realícelo 20 veces si es posible.
(Ver fotografía D,E,F)

6.1.3.2. – Equilibrio sentado.

1. Enseñe al paciente a rodar sobre su costado y a usar los brazos para empujarse y sentarse por sí mismo.
2. Si el paciente no es capaz de sentarse por sí solo colóquese delante de él, tome sus manos y jálelo para sentarlo. El paciente deberá impulsarse para sentarse.
3. Si el paciente no es capaz de sostener la cabeza, sosténgasela usted colocando sus manos detrás del cuello.

4. Trate de que el paciente se siente contra la pared, con las piernas en la posición que encuentre más cómoda.
5. Trate de que el paciente sentado realice actividades, si se le dificulta enséñele a a sostenerse con un brazo.
6. El siguiente paso es enseñar al paciente a sentarse sosteniéndose sobre sus brazos lejos de la pared.

Precauciones:

- Vigilar estrechamente al paciente ya que éste tipo de personas tiende a perder el equilibrio muy fácilmente.
- Aleje los objetos que puedan lesionarlo.
- Valore la capacidad de cada paciente para realizar los ejercicios.
- Evite forzar demasiado al paciente, recuerde trabajar solo las capacidades residuales.

Principios:

- La fisioterapia favorece la coordinación, movilización y el equilibrio.
- El equilibrio es el estado de reposo de un cuerpo solicitado por dos fuerzas que se destruyen recíprocamente.
- Debido a las alteraciones cognitivas de la enfermedad de Alzheimer el paciente puede tener problemas físicos que limitan su funcionalidad.

6.1.4.- Ejercicios de rodarse.

Concepto:

Son las acciones que se realizan para adiestrar al paciente afectado para que gire su cuerpo hacia la derecha e izquierda.

Objetivos:

- Lograr que el paciente se desplace por si mismo y cambie de posición para prevenir deformidades y la formación de úlceras por presión.
- Reconocer lateralidades.
- Fortalecer memoria a corto plazo.
- Favorecer la coordinación.

Material y equipo:

- Colchón.

Procedimiento:

En decúbito dorsal cruce una de las piernas sobre la otra, trate de que el paciente se impulse con los brazos y el tronco hacia el lado de la pierna que queda abajo, si la persona no puede hacerlo sola ayúdelo empujándolo suavemente del hombro y la cadera hacia el lado que se va a rodar.

Enséñelo de la siguiente manera:

1. Primero el paciente deberá voltear la cabeza hacia el lado que va a ser volteado.
2. Después él deberá cruzar su brazo y pierna opuestos sobre el lado que va a voltearse.
3. Ahora deberá rodarse a la posición de decúbito ventral.

Si el paciente no puede hacerlo solo ud. Deberá ayudarlo de la siguiente manera:

1. Colóquese del lado al cual el paciente va a ser volteado.
2. Suba y gire la cabeza del paciente hacia usted.
3. Ponga sus manos bajo la espalda y la cadera del paciente en el lado opuesto.
4. Ruede al paciente hacia usted quedando en decúbito ventral.
(Ver fotografía E)

Precauciones:

- Evitar movimientos bruscos para no provocar lesiones músculo-tendinosas.
- Explique al paciente lo que va a realizar con el fin de que entienda y disminuya su angustia.
- No prolongue el ejercicio por mucho tiempo para no cansar y stressar al paciente.

Principios:

- Los ejercicios terapéuticos consisten en movimientos corporales descritos y prescritos para restituir la función normal o conservar un estado de bienestar.
- El mantenimiento de la movilidad articular favorece la autonomía en las actividades de la vida diaria.
- El ejercicio que favorece la coordinación mejora la precisión de los movimientos musculares, es decir, enseña a usar el músculo apropiado en el momento apropiado y con la fuerza necesaria.
- Una presión ejercida por una posición prolongada disminuye el aporte de riego sanguíneo y por lo tanto aumenta el riesgo de úlceras por presión.

6.1.5.- Ejercicios de fortalecimiento muscular.

Concepto:

Son las acciones por medio de las cuales se proporciona al paciente la habilidad para aplicar la fuerza muscular en la realización de actividades de la vida diaria sin exceso de fatiga moviéndose en forma efectiva y ejecutando más eficazmente los movimientos.

Objetivos:

- Lograr que el paciente recupere al máximo de sus potencialidades la fuerza de los músculos.
- Favorecer el incremento de la fuerza y masa muscular.
- Favorecer la circulación y por ende la oxigenación.
- Evitar el síndrome de inmovilidad y el riesgo de caídas.
- Mantener en la medida de lo posible la independencia en las actividades de la vida diaria.

Material y equipo:

- Colchón.
- Silla.
- Bolsas de arena con peso progresivo que puedan sujetarse a los miembros inferiores.
- Barras paralelas.
- Mancuernillas de peso progresivo.

Procedimiento:

6.1.5.1.- Ejercicios de flexión y extensión de las rodillas.

- 1- Coloque la bolsa de arena sujeta en una de las pantorrillas del paciente, éste debe encontrarse colocado en decúbito dorsal sobre el colchón, ya sujeta la bolsa de arena pídale que doble la cadera y rodilla correspondiente.
- 2- Lentamente estire la cadera y la rodilla.
- 3- Repita el ejercicio cuantas veces sea posible.
(Ver fotografía G)

6.1.5.2.- Ejercicio de aducción y abducción de miembros inferiores en decúbito dorsal.

- 1- Acomode al paciente en posición de decúbito dorsal.
- 2- Pídale que lleve una pierna hacia fuera con la rodilla extendida.
- 3- Vuelva a juntar la pierna.
- 4- Repita 10 veces el ejercicio y posteriormente hágalo con la otra pierna. (Ver foto H)

6.1.5.3.- Ejercicios de aducción y abducción de miembros inferiores en decúbito ventral.

- 1- Coloque al paciente en posición de decúbito ventral e indíquelo que levante la pierna hacia atrás manteniendo la rodilla extendida.
- 2- Baje la pierna lentamente.
- 3- Repita 10 veces y posteriormente hágalo con la otra pierna.
(Ver fotografía I)

6.1.5.4.- Ejercicio de flexión y extensión de los pies.

- 1- Coloque al paciente en posición de decúbito dorsal sobre el colchón.
- 2- Sujete una bolsa de arena en el pie del paciente, ahora indíquelo que lleve el pie hacia arriba y posteriormente hacia abajo.
- 3- Ahora indíquelo que realice el movimiento de flexión y extensión trabajando la articulación del tobillo.
- 4- Repita diez veces con cada pie.

Precauciones:

- Evite realizar movimientos bruscos con el fin de evitar lesiones.
- Explíquelo al paciente el procedimiento con el fin de que lo entienda y no se angustie.
- Valore adecuadamente la capacidad de cada paciente para realizar el ejercicio.

Principios:

- Los ejercicios tienen como finalidad aumentar la fuerza de los músculos basándose en repeticiones con esfuerzo activo y tienen especial utilidad en la atrofia consecutiva a la falta de uso.
- El paciente con enfermedad de Alzheimer debido a su padecimiento tiende a ser aislado por lo que disminuye poco a poco su estímulo físico provocando el riesgo de síndrome de inmovilidad.
- La ansiedad tiene efectos adversos en los esfuerzos físicos y psicológicos que se exigen al paciente por lo que hay que tomar en cuenta siempre sus capacidades.
- El trabajo muscular aumenta el consumo de oxígeno y esto a su vez dilata los vasos sanguíneos musculares con lo que se incrementa el retorno venoso y el gasto cardíaco.
- El retorno venoso eficiente favorece la oxigenación cerebral.
- Desde el principio hasta el final del movimiento se aplica una presión rítmica, suave y uniforme para evitar lesiones por esfuerzos repentinos e inesperados.
- Después de cada esfuerzo muscular se hace un periodo de relajación completa para evitar la fatiga.

6.1.6.- Ejercicios de movilización de articulaciones.

Concepto:

Es la acción de movilizar las articulaciones de las extremidades superiores e inferiores a través de su arco de movilidad completa para mantenerlas funcionales.

Objetivos:

- Lograr el máximo de movilidad articular y de ésta manera prevenir la rigidez articular producida por la inmovilización.
- Evitar el síndrome de inmovilidad.
- Mantener la independencia en las actividades de la vida diaria.
- Favorecer la circulación y por ende la oxigenación.
- Mantener la capacidad de reconocer lateralidades y esquema corporal.

Material y equipo:

- Colchón.
- Aros de plástico.

Procedimientos:

- Realice los procedimientos de aducción y abducción de miembros superiores.

A.-

- 1- Con el paciente acostado en decúbito dorsal con su brazo extendido y pegado al cuerpo, coloque una mano sobre el codo y con la otra sosténgale la mano.
- 2- Eleve verticalmente todo el brazo del paciente directamente hacia arriba.
- 3- Suave y lentamente lleve el brazo hacia la cabeza del paciente lo más que pueda sin lastimarlo.
- 4- Si algo impide que el brazo extendido llegue hasta atrás doble el codo.
- 5- Regrese el brazo a la posición inicial y repita el ejercicio 10 veces de ser posible en cada brazo.

(Ver fotografía J)

B.-

- 1- Con el paciente acostado en decúbito dorsal y su brazo pegado al cuerpo, ponga una mano sobre el codo y con la otra la mano del paciente.
- 2- Mantenga el brazo del paciente sobre el colchón con el codo extendido y llévelo hacia un lado alejándolo del cuerpo.
- 3- Siga moviéndolo horizontalmente en la misma forma dándole vuelta hacia la cabeza del paciente, suave y lentamente para no lastimarlo, después regrese a la posición inicial.

C.-

- 1- Coloque una mano arriba del codo del paciente y con la otra tome su mano, coloque el brazo del paciente separado de su tronco, con el codo cerca del borde del colchón.
- 2- Eleve el brazo del paciente y trate de cruzar el pecho del mismo, posteriormente regréselo a la posición inicial.
(Ver fotografía K)

D.-

- 1- Sostenga el brazo del paciente sobre el colchón y alejado del cuerpo, con el codo doblado y la mano apuntando a los pies del colchón.
- 2- Eleve el antebrazo sin elevar el brazo.
- 3- Manteniendo siempre el brazo sobre el colchón y sin desplazarlo, aumente la rotación del codo para llevar la mano suavemente y sin lastimar al paciente, hacia la cabeza posteriormente regrese el antebrazo a su posición inicial.

E.-

- 1- Sostenga la mano con el brazo sobre el colchón, el codo flexionado y alejado del cuerpo, el antebrazo apuntando al cielo.
- 2- Sin mover el codo ni desplazar el brazo, dele vuelta a la mano para que la palma quede hacia la cara del paciente.
- 3- De vuelta a la mano para que la palma quede hacia los pies del paciente, por último regrese el antebrazo a la posición inicial.

F.-

- 1- Mantenga el antebrazo alejado del cuerpo sobre el colchón, el codo flexionado y el antebrazo apuntando al cielo, con una mano tome su puño y con otra su mano.
- 2- Extienda los dedos del paciente y lleve su mano hacia atrás.
- 3- Doble los dedos para que quede cerrado el puño y enseguida doble la mano hacia delante.
- 4- Extiéndale los dedos y mueva la mano hasta que quede en línea recta con el antebrazo.

G.-

- 1- Con una mano sostenga en extensión los dedos del paciente.
- 2- Con la otra aleje el pulgar de la mano y repita el ejercicio.
- 3- Mueva el pulgar del paciente en círculo.

- Ejercicios de extremidades inferiores.

A.-

- 1- Coloque una mano debajo de la rodilla y con la otra tome el talón.
- 2- Levante la extremidad y doble la rodilla.
- 3- Doble lentamente tanto como pueda la cadera y la rodilla del paciente llevando su muslo hacia la cabeza sin producir molestias.
- 4- Extienda la rodilla y levante el pie, baje la extremidad a la posición inicial.
(Ver fotografía L)

B.-

Coloque una mano bajo la rodilla y la otra bajo el talón, sostenga la pierna extendida hacia usted y regrese la pierna a la posición inicial.

C.-

- 1- Colóquese del lado derecho del paciente, con su mano derecha tómelo el talón a manera de que el pie se apoye en su antebrazo y con su mano izquierda del paciente usted deberá colocarse al lado izquierdo del colchón.
- 2- Haga presión con su antebrazo sobre la planta del pie para doblarlo hacia arriba, presionando el tobillo con su otra mano para estirar la pierna, después regrese a la posición inicial.
- 3- Deslice su mano izquierda del tobillo hasta la base de los dedos del pie y haga presión sobre éste para extenderlo completamente, mientras que con su mano derecha que sostiene el talón empuja hacia arriba.

Precauciones:

- Evitar movimientos bruscos para no provocar lesiones músculo-tendinosas o fracturas.
- Explicarle al paciente los procedimientos a realizar para evitar ansiedad y angustia.
- No prolongar cada ejercicio por más de cinco minutos para no cansar o stressar al paciente.

Principios:

- El grado de movilidad de una articulación depende de los huesos, músculos, ligamentos y tendones que los unen.
- Las superficies articulares están recubiertas de cartilago, tejido cuyas funciones son muy limitadas y se deterioran a edad temprana.
- En los ancianos existe lentitud en la neoformación ósea, de éste modo los huesos largos en el interior se ahuecan dando como resultado final el debilitamiento del hueso que se torna más susceptible a fracturas.
- La movilización de las articulaciones favorece la autonomía en las actividades de la vida diaria y disminuye el riesgo de síndrome de inmovilidad.

6.2.- MUSICOTERAPIA.

“La música es una de las expresiones del espíritu humano, al igual que la palabra.”⁴

La música se dice es el lenguaje universal ya que sea con letra o no el ser humano siempre logra identificarse con algún tipo, lo cual le ayuda a expresar sus sentimientos en muy diversas formas.

La música que es una forma de comportamiento humano, ejerce una influencia única y poderosa, por medio de ella, los enfermos y deficientes pueden modificar su conducta sea adquiriendo nuevas pautas o mejorando las que ya tiene.

La musicoterapia es el uso dosificado de la música en el tratamiento, la rehabilitación, la educación y el adiestramiento de adultos y niños que padecen trastornos físicos, mentales y emocionales.

El valor terapéutico obedece en primer lugar a la influencia sobre el hombre, de los sonidos y el origen de la música.

Se ha probado en forma científica, que la música influye sobre la capacidad de trabajo y retarda la aparición de la fatiga, facilita la digestión, la respiración y la circulación sanguínea ya que mejora el rendimiento cardíaco, e induce a un estado de relajación.

Sabemos que los pacientes con demencia debido a su pérdida de memoria y a los cambios de personalidad entre muchas otras alteraciones poco a poco van perdiendo su capacidad de expresión y comunicación; así pues a través de la música el paciente puede ser estimulado para que salgan a flote las emociones que guarda dentro de sí, además de favorecer la verbalización y su integración social. Por esto se integra dentro de las terapias ésta muy peculiar.

En algunos casos es la música misma la que provoca cambios pero con mayor frecuencia existe o debe existir como es el caso de pacientes con demencia la persuasión intencionada del terapeuta que directa o indirectamente influye para que se realicen modificaciones.

“Aún para la información más elemental proveniente de nuestro medio dependemos por completo de nuestros sentidos, y el cerebro por así decirlo, es el único órgano que puede aceptar ordenes del ambiente. Se ha señalado el tema de la importancia de los sentidos debido al hecho de que cuanto mayor es el desarrollo sensorial de un organismo, más rico es su mundo externo”⁵

⁴ BENDEL, y col. *Guía práctica de musicoterapia*. Ed. Geaisa México D.F. 1991. 172pp.

⁵ THAYER. *Tratado de musicoterapia*. Ed. Paidós Psiquiatría. Barcelona, Buenos Aires. 1982.

En los pacientes con demencia sabemos lo importante que es para ellos enriquecerles el medio ambiente que les rodea con estímulos constantes con el fin de lograr una mayor adaptación y funcionalidad en todos sus aspectos.

“Este es con bastante precisión el papel que la música tiene en la vida del hombre: enriquecer”⁶

Los ritmos, bailes y cantos en grupo así como otras actividades musicales en grupo establecen una comunicación especial entre los participantes.

Lo que más importa en cualquier situación terapéutica es la persona que recibe la terapia pues solamente a través de la conducta que manifieste y de los cambios que se operen en ella puede verse el éxito de los esfuerzos terapéuticos.

Dentro de las finalidades de la musicoterapia tenemos los siguientes:

- De asociación: El hombre absorbe los sonidos, a menudo en forma inconsciente, y retiene la música en la mente a través de su vida, quizá pasajes muy breves que pueden traerle a la memoria hechos, estados de ánimo o sensaciones asociadas a ella.
- De autoexpresión: Este es uno de los rasgos más trascendentes y es dar al ser humano una salida emocional al traer a la conciencia emociones profundamente asentadas.
- De grupo: El valor de la música es proveer de una válvula emocional dentro del grupo de una forma armónica y ordenada. Debe considerarse que hay música que induce al grupo a una falta de dominio general y al desorden, por lo que debe tenerse especial cuidado en la elección de la música.

La musicoterapia ofrece al individuo la posibilidad de experimentar hechos de ciertas maneras, los procedimientos intentan definir esos modos de experimentarlas.

Ahora solo cabe mencionar que las técnicas de musicoterapia que utilizamos son dos:

- a) La musicoterapia activa y.
- b) La musicoterapia receptiva o también llamada pasiva.

⁶ Idem.

6.2.1.- Musicoterapia activa.

Este tipo de musicoterapia se utiliza sobre todo en pacientes que padecen trastornos de la comunicación que como bien sabemos el enfermo con demencia desde un principio y como va avanzando la enfermedad va adquiriendo un mayor deterioro de ésta función.

La musicoterapia activa tiene como principio esencial la creación de la armonía en el seno del grupo, mediante la acción de interacciones sonoras y rítmicas, de modo que tiene por meta la creación de una comunicación y de una socialización entre el conjunto de participantes.

Dentro de éste tipo de musicoterapia tenemos cuatro ejercicios terapéuticos:

- Canto
- Baile
- Práctica de un instrumento musical
- Redescubrimiento del cuerpo.

6.2.1.1.- Ejercicio de canto.

Concepto:

Ejercicio en el que se forma con la voz sonidos melódicos y variados a un procedimiento con fines terapéuticos.

Objetivos:

- Estimular la memoria a corto plazo.
- Favorecer la verbalización.
- Experimentar un sentimiento de integración grupal.
- Estimular la lectura de comprensión.
- Favorecer la recreación.
- Discriminar colores.

Material y equipo:

- Portarotafolios.
- Canción escrita con letra grande y legible en rotafolios anotando cada párrafo de la canción de diferente color.
- Grabadora.
- Casette o disco compacto con la canción elegida.

Procedimiento:

1. La persona que dirige al grupo debe leer la canción en voz alta y pausada una o dos veces.
2. Pedir al grupo de pacientes que lea la canción con la dirigente dos veces.
3. Escoger a uno de los participantes que pase al frente y lea solo la canción, y así sucesivamente con cada uno de los asistentes.
4. Poner el cassette con la canción, el dirigente enseñará la tonada de la canción y cómo debe cantarse, haciendo pausas entre cada párrafo de la canción.
5. Cantarla todos juntos.
6. Dirigir a cada uno de los pacientes a que cante solo tratando de que respete el ritmo de la canción.
7. De nuevo ya que cantaron solos cada uno de los integrantes volver a cantar todos juntos.
8. Al final realizar una serie de preguntas referentes al contenido de la canción a cada uno de los pacientes estimulando así la memoria y comprensión.

Precauciones:

- Estimule y anime al paciente para que se sienta útil e integrado en la actividad.

- No confunda déficit cognitivo con un problema de mala visión, trate de identificar a éstos últimos y refiéralos con un medico especialista a través de su familiar.
- No alargue la terapia por más de 60 minutos ya que el paciente tiende a inquietarse y angustiarse.
- Trate de tener paciencia y ayude a deletrear las palabras a los pacientes que tengan mayor dificultad.

Principios:

- Mediante la influencia de la música en las actividades del grupo el terapeuta podrá establecer relaciones con el paciente.
- La actividad creativa produce un comportamiento que cuando se le refuerza debidamente puede elevar la autoestima.
- La música ayuda a los pacientes a mantenerse en contacto con la realidad o a establecer breves contactos con ella durante las sesiones.
- Durante las sesiones musicales los pacientes dejan de tenerse lastima y pierden concentración sobre sus dolencias.

6.2.1.2.- Ejercicios de baile.

Concepto:

Ejercicio en el que se mueve el cuerpo, los pies, y los brazos ordenada y acompasadamente al son de la música adaptado a un procedimiento con fines terapéuticos.

Objetivos:

- Mantener la movilidad de las articulaciones.
- Estimular la psicomotricidad.
- Favorecer la coordinación.
- Mantener lateralidades y esquema corporal.
- Estimular memoria a corto plazo.
- Favorecer la capacidad de transferencia.

Material y equipo:

- Grabadora.
- Canción con ritmo marcado y sencillo.
- Brazaletes con cascabel o paliacates.

6.2.1.2.1.- Tabla gimnástica.

Procedimiento:

1. Colocar el brazalete o paliacate en la muñeca derecha o izquierda según el lado que quiera trabajar.
2. Indicar un ejercicio durante un compás de la música, por ejemplo: Levantar el brazo elegido por ocho tiempos si eso es lo que dura el compás, indicándole siempre al paciente “arriba, abajo” y recordándoles el brazo que están utilizando.
3. Cuando acabe el primer compás, parar la música y marcar otro ejercicio, por ejemplo mover el brazo elegido a la derecha y a la izquierda. Recuerde trabajar solo con el brazo identificado por el brazalete.
4. Poner la música en el segundo compás y ensayar el segundo ejercicio.
5. Regresar la canción al principio y ensayar el primer y segundo ejercicio de manera seguida.
6. Ahora sin música integrar al ejercicio de brazo el movimiento de la pierna del mismo lado del que está el brazalete. Este movimiento realizarlo en el tercer compás de la música, por ejemplo, mover el brazo de nuevo hacia arriba y mover la pierna del mismo lado hacia delante al mismo tiempo, después la mano hacia abajo y la pierna hacia atrás por el tiempo que dure el compás.
7. Ensayar el último ejercicio con música.
8. Cuando acabe ese compás de “x” tiempos marcar el siguiente ejercicio moviendo el brazo elegido hacia fuera y adentro, aducción y abducción moviendo la pierna del mismo lado abriendo y cerrando el arco de movimiento.
9. Ensayar el ejercicio con música.
10. Ensayar todos los pasos sin música estimulando la memoria a corto plazo y posteriormente con música tratando de seguir el ritmo.
(Ver fotografía M)

6.2.1.2.2.- Ejercicio de baile libre.

Procedimiento:

En ésta sesión sólo se trata de estimular el baile libremente, sin ejecutar pasos establecidos por el terapeuta, sino convivir, bailan pacientes con pacientes o con el personal favoreciendo de ésta forma la socialización.

Precauciones:

- Vigilar estrechamente a aquellos pacientes que tiene problemas de disminución de la fuerza muscular en miembros pélvicos o pérdida de equilibrio con la finalidad de evitar alguna caída.
- Recuerde que el paciente al darse cuenta de su inhabilidad y pérdida de memoria inmediata tiende a desesperarse, trate de ser paciente y se recomienda que solo se trabaje el lado derecho o izquierdo por sesión y que ésta no sobrepase de 45 a 60 minutos.
- Recuerde que el paciente olvida sus lateralidades, es decir, derecha o izquierda y por eso la utilización del brazaletes con el fin de identificar los lados.
- El ejercicio que se planteo en ésta sesión de baile fue un ejemplo, usted puede implementar una gran variedad de ejercicios con el fin de satisfacer sus objetivos.

Principios:

- Mediante movimientos corporales simples al compás de la música se puede ayudar al paciente a mantener una buena circulación y el tono muscular.
- El baile aumenta la interacción social y la comunicación verbal y no verbal.
- La música proporciona el entretenimiento y la recreación que requiere el ambiente terapéutico en general.

6.2.1.3.- Práctica de un instrumento musical.

Concepto:

Es la actividad que permite reconocer los sonidos familiares que producen los diferentes sonidos musicales.

Objetivos:

- Mantener la coordinación.
- Estimular la psicomotricidad.
- Mantener la capacidad de atención.
- Estimular la memoria.
- Favorecer el sentimiento de utilidad.

Material y equipo:

- Instrumentos musicales de diferentes tipos.

Procedimiento:

1. Si estamos trabajando en grupo, dar un instrumento musical a cada uno de los participantes.
2. Enseñar el nombre de cada instrumento y la forma en que se utiliza.
3. Indicar a los pacientes que deben tocar su instrumento y reconocer el sonido.
4. Indicar que cada uno lo toque 2,3,4 veces hasta que se hayan familiarizado con él.
5. Pedir a cada paciente recordando el nombre del instrumento que lo toque las veces necesarias y al final que repita el nombre de cada instrumento.
6. Repetir el paso anterior con cada paciente.
7. Pedir a un paciente al azar el nombre de su instrumento y pedirle que lo toque como desee hasta terminar con cada uno.
8. Pedir a todos los cascabeles, por ejemplo, que toquen juntos tratando de llevar un ritmo sencillo.
9. Ahora todos los tambores y así hasta terminar.
10. Si es posible dependiendo de los pacientes formar un ejercicio en el que primero toquen 5 veces los cascabeles enseguida 5 veces los tambores, etc...

Precauciones:

- No dar instrumentos a los pacientes que ya no reconocen su uso y que de lo contrario puedan lastimarse a sí mismos y a los demás.
- Identificar si algún instrumento causa angustia a los pacientes para descartarlo.
- No prolongar la sesión por más de 45 a 60 minutos.

- Si algún paciente sabe tocar correctamente algún instrumento se le puede dejar tocar alguna pieza que recuerde, al final de la sesión sirviéndole a él como terapia y a los demás de relajación.

Principios:

- La música posibilita la auto expresión.
- La música ofrece los medios para expresarse de modo socialmente aceptable.
- El ejercicio proporciona oportunidades de asumir responsabilidades con uno mismo y con los demás.
- La música aumenta la interacción social y la comunicación verbal y no verbal.

6.2.1.4.- Ejercicio de redescubrimiento del cuerpo.

Concepto:

Ejercicio a través del cual el paciente identifica y refuerza su conocimiento sobre las partes del cuerpo, así como disminuir su angustia a través de la música.

Objetivos:

- Estimular la memoria a corto plazo.
- Favorecer la relajación.
- Identificar esquema corporal.

Material y equipo:

- Grabadora.
- Casette o disco compacto con música clásica o instrumental.
- Colchón.
- Almohadilla.

Procedimiento:

1. Colocar a nuestro paciente cómodo en el colchón, colocándole una almohadilla debajo de la cabeza.
2. Pedirle que se relaje, cierre sus ojos o los deje abiertos según como se acomode y pedirle que escuche la música de fondo.
3. Hable suavemente para que se relaje.
4. Comenzamos pidiéndole al paciente que toque su cabeza suavemente sintiendo su cabello.
5. Posteriormente le pedimos que toque sus ojos para que sienta y reconozca su forma, su piel etc... y se le pregunta para que sirven.
6. Bajamos hacia su nariz y le pedimos que la sienta, que la reconozca y le preguntamos su función.
7. De ésta forma pasamos por las diferentes partes del cuerpo, la boca, los oídos, el cuello, el tórax, los brazos etc... en todas preguntando la función de cada uno. Solo excluimos los genitales para no incomodar al paciente.
8. Dejamos que transcurra un poco de tiempo mientras toca cada parte de su cuerpo, recordándole que escuche la música de fondo estimulando de ésta manera la relajación, dejando en ocasiones tiempo de silencio y cuando le hablemos hacerlo de manera pausada y suave.

Precauciones:

- Este tipo de ejercicios se presta principalmente para los pacientes que se encuentran en un primer nivel de deterioro y que no presentan mucho grado de angustia.

- Vigilar si nuestro paciente no presenta problemas de ortopnea de otra forma buscar la manera más cómoda para realizar el ejercicio utilizando una almohadilla más o colocarlo en posición de semifowler o sedente.
- Realice las indicaciones de forma concreta y repita cuantas veces sea necesario, recuerde que el paciente puede tener dificultad para entenderlo.
- Si el paciente realiza el ejercicio con los ojos cerrados, vigilar si sus movimientos son torpes y pueda lastimarse.

Principios:

- La música ayuda a los pacientes a tener contacto con la realidad.
- La música suave y tranquila favorece la relajación y disminuye la angustia.
- Mediante la influencia de la música en las actividades el terapeuta podrá establecer relaciones mejores con el paciente.

6.2.2.- Musicoterapia receptiva o pasiva.

Esta es definida como “un método terapéutico que utiliza la audición de obras musicales”⁷
Este tipo de musicoterapia es lo contrario de la anterior, ahora el paciente no interactúa con instrumentos, ni cantando, solo escucha.

Esto es muy efectivo en pacientes que se encuentran en primer o segundo nivel en los que la angustia no es muy importante y nos ayuda como medio de relajación más específica. Enseguida se indicará un ejercicio de éste tipo.

⁷ BENCEL, Op.cit.

6.2.2.1.- Ejercicio de relajación.

Concepto:

Método terapéutico que utiliza la audición de obras musicales con el fin de permitir un estado de tranquilidad y reposo en el paciente.

Objetivos:

- Favorecer la relajación mental y física del paciente.
- Disminuir el grado de ansiedad.

Material y equipo:

- Colchón.
- Almohadilla.
- Grabadora.
- Casette o disco compacto con música clásica o instrumental.

Procedimiento:

1. Colocar en posición cómoda sobre el colchón al paciente.
2. Pedirle que cierre los ojos y escuche.
3. Después de unos momentos que escuche la música comenzar a hablarle suavemente al oído o si es grupal en voz alta pero moderada realizando algún diálogo como el siguiente:
4. "Cierren los ojos, relájense, aflojen su cuerpo y escuchen la música, (pausa), ahora vamos a imaginar que estamos en una playa, vemos y sentimos la arena bajo los pies, escuchamos las olas a la orilla del mar, como es de noche observamos las estrellas y la luna. Ahora nos encontramos junto a la persona que más amamos y con la que más nos gusta estar, la tomamos de la mano y la sentimos suave y cálida, esa persona nos hace sentirnos seguros, tranquilos y felices, comenzamos a caminar por la playa y escuchamos las gaviotas que vuelan alrededor etc...
5. Todo este diálogo puede ser inventado por la persona que dirige el ejercicio.
6. Al terminar el dialogo haciendo pequeñas pausas de silencio en el transcurso del ejercicio indicar que continúen relajados, descansando, que respiren profundo y dejar pasar unos cuantos minutos sólo con la música.
7. Al pasar cierto tiempo indicar que abran los ojos suavemente, que respiren profundo y que sigan escuchando siendo ésta una manera de volver a estimularlos e integrarlos a otras actividades.

Precauciones:

- Es muy importante identificar cuáles son los pacientes capaces de colaborar con el ejercicio ya que de otra manera solo aumentamos su angustia y no nos permitirá trabajar con los demás.
- Trate de decir su diálogo con voz suave y de manera pausada dejando un momento de silencio mientras ellos imaginan, solo para escuchar la música.

Principios:

- La música suave y tranquila favorece la relajación y disminuye la angustia.
- Mediante la influencia de la música el terapeuta podrá establecer mejores relaciones con el paciente.

6.3.- TERAPIA DE SOCIALIZACIÓN.

La socioterapia incluye todo tipo de actividades sociales, culturales y de esparcimiento que proporcionen contacto y convivencia con otras personas, no solo dentro de la Institución sino también fuera de ella, para evitar el aislamiento.

Incluye la organización de múltiples actividades como son reuniones, conferencias, espectáculos, juegos, charlas, cine, actividades al aire libre, bailes, fiestas etc... en las que deben participar en mayor o menor grado todos los pacientes.
También se realizan excursiones, visitas a museos o sitios de interés.

Con la socioterapia se trata de mantener o restablecer las actividades de tipo social que existen en un grupo de personas que interactúan entre sí y con la comunidad.

Uno de los objetivos es lograr el interés del paciente, favoreciendo las relaciones interpersonales y disminuir el estado depresivo.
(Ver fotografía N)

ANEXOS

- A) GENERALIDADES DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER.
- B) EVALUACIÓN DEL PACIENTE GERIÁTRICO.
- C) EJEMPLO DE UN PROGRAMA DE TRABAJO.
- D) FOTOGRAFÍAS
- E) GENERALIDADES DE UN MANUAL

7.- ANEXOS.

A) GENERALIDADES DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER.

Concepto:

Para comenzar a hablar sobre la enfermedad de Alzheimer primero debemos recordar que éste es el trastorno más común entre las enfermedades demenciales, así que primero definiremos que es una demencia.

“La demencia es un síndrome que se caracteriza por el deterioro de las funciones cerebrales superiores, es un proceso habitualmente progresivo y ocasionalmente reversible que interfiere con el desempeño de las actividades de la vida diaria, laborales y sociales. Este deterioro se caracteriza por el trastorno persistente de la memoria y de dos o más funciones como son: el lenguaje, las praxias, las gnosias, la abstracción, y el juicio, suele acompañarse de cambios en la personalidad y/o en el estado emocional”⁸

Así bien veremos que existen demencias tratables, no tratables y parcialmente tratables según Cummings.⁹

Dentro de los tipos de demencia tratables tenemos por ejemplo las ocasionadas por condiciones intracraneales como los hematomas subdurales y las neoplasias, las demencias metabólicas como la anoxia, los trastornos endócrinos y las infecciones del sistema nervioso central.

Los tipos de demencias parcialmente tratables pueden ser por hidrocefalia, neurosífilis, y por infartos múltiples.

Y por último las demencias no tratables entre las que encontramos la enfermedad de Huntington, Parkinson y Alzheimer.

La enfermedad de Alzheimer fue descrita por Alois Alzheimer en 1907 cuando descubrió el caso de una mujer que murió a los 51 años de edad después de una demencia que progresó con rapidez.

Actualmente la enfermedad de Alzheimer es el trastorno más común entre las enfermedades demenciales y afecta a aproximadamente 2.5 millones de norteamericanos, siendo la cuarta causa de muerte entre los adultos en ese país.

“En México la Asociación de Alzheimer y Enfermedades Similares (AMAES) ha indicado que más de 350,000 mexicanos sobre los 60 años de edad pueden padecer ésta enfermedad”¹⁰

⁸ CONSENSOS FUNSALUD. Síndrome de deterioro intelectual y padecimientos demenciales. Ed. FUNSALUD. México 1996.

⁹ OSTROSKY. Diagnóstico del daño cerebral. Ed. Trillas. México 1991. 349 pp.

¹⁰ MENA, R. La enfermedad de Alzheimer: una revisión. Revista biomédica. Vol.4 No. 4 pag. 205-217 Oct.-Dic. 1993.

Etiología:

- Factores hereditarios.

En la enfermedad de Alzheimer los factores hereditarios tienen un papel muy importante. En estos pacientes el 60% no tienen antecedentes familiares y se denominan casos esporádicos, el 25% tienen antecedentes de demencia en sus parientes pero no es posible establecer un patrón de herencia específico y en el 15% restante existen antecedentes de familiares compatibles con herencia autosómica dominante (AD).

El ser humano tiene 23 pares de cromosomas y un miembro de cada par se hereda del padre y el otro de la madre, 44 son denominados autosomas y el par restante está constituido por los cromosomas sexuales. Al referirnos a herencia autosómica estamos indicando que el gen que produce la enfermedad está en uno de los autosomas y dominante implica que basta con que uno de los genes del par de cromosomas esté alterado para que la enfermedad se manifieste.

Para la descendencia de un individuo con un padecimiento autosómico-dominante el riesgo de heredarlo es del 50% es decir, cada hijo tiene 50% de posibilidad de estar enfermo y 50% de estar sano. En este tipo de herencia podemos ver el árbol genealógico en el cual se observan varias generaciones afectadas donde hay hombres y mujeres enfermas en la misma proporción. En familias con herencia autosómica dominante se han localizado tres genes capaces de producir la enfermedad, en algunas familias el gen que está alterado está en el cromosoma 21, este gen normalmente produce la proteína precursora del amiloide que se deposita anormalmente en los cerebros de los pacientes con Alzheimer.

Otro gen está en el cromosoma 14 y codifica para una proteína llamada presenilina 1, finalmente el tercer gen se localiza en el cromosoma 1 donde se produce una proteína denominada presenilina 2. No se sabe todavía cual es la función de la presenilinas.

Es característica de las familias con herencia autosómica dominante producida por alteraciones en estos genes tener una edad de inicio más temprana entre los 40 – 45 años de edad a diferencia de casos esporádicos cuyo inicio es generalmente después de los 60 años.

En conclusión a los parientes de los pacientes con enfermedad de Alzheimer que no tienen antecedentes familiares de la enfermedad podemos decirles que el riesgo de presentarla es el mismo para cualquier persona de la población en general, si tienen familiares con demencia pero no hay un patrón de herencia específico tienen un riesgo menor del 10% y en los casos con patrón autosómico dominante que son los menos frecuentes el riesgo para los hijos de un paciente es del 50%.

- Virus.

Se piensa que la enfermedad de Alzheimer pudiera estar entre las enfermedades del sistema nervioso que se crec son originadas por virus de lento desarrollo. Esta teoría sostiene que un virus oculto es responsable del daño lentamente progresivo en el cerebro, el cual después de un largo período produce los síntomas de la enfermedad.

- Sistema inmunológico.

Algunos investigadores creen que en la vejez el sistema inmune pierde su capacidad para reconocer elementos del cuerpo del paciente y que los anticuerpos anticerebrales pueden ser el origen de la degeneración neuronal.

- Deficiencia bioquímica.

Otra hipótesis es que existe algún desequilibrio bioquímico en las células nerviosas que controlan la memoria, el pensamiento y el juicio, estas se dañan e interrumpen el paso de mensajes entre las células. Los mensajes se transmiten a través de compuestos químicos llamados neurotransmisores y hay un neurotransmisor específico, la acetilcolina que el cerebro deja de producir.

Esta es la razón de peso para los síntomas de la enfermedad.

- Aluminio.

Algunos investigadores han hecho notar que en las marañas neurofibrilares encontradas en los cerebros de personas con enfermedad de Alzheimer contenían concentraciones de sales de aluminio en cantidades mayores a las normales.

Aparentemente algún elemento que pudiera estar contactado con la enfermedad permite la entrada de aluminio en el cerebro de la persona y quedarse ahí. Lo más probable es que la enfermedad origine la retención del aluminio y no que este origine la enfermedad.

Cuadro clínico:

Sus síntomas varían de una persona a otra, sin embargo poseen características muy bien definidas.

En sus etapas iniciales se presenta una pérdida progresiva de la memoria y en sus etapas más avanzadas están caracterizadas por un deterioro severo de las funciones intelectuales.

La presentación clínica de la enfermedad de Alzheimer es bastante típica. El deterioro de la memoria reciente y la atención están presentes casi invariablemente en las etapas iniciales de la enfermedad.

Estas etapas también se caracterizan por una disminución de la percepción espacial y por una desorientación en tiempo y espacio, además se presenta generalmente una gran ansiedad. Conforme avanza la enfermedad se avanza más el detrimento de todos los aspectos de la memoria además se presenta afasia, apraxia y agnosia.

Comúnmente los pacientes presentan un síndrome psicótico que se acompaña de alucinaciones.

En las etapas tardías el cuadro clínico se caracteriza por un gran deterioro de las funciones intelectuales, se presenta un aumento en el tono muscular y el hundimiento de su personalidad, al grado que incluso no reconoce a sus familiares ni a su propio rostro en el espejo.

Otros datos clínicos comunes son la pérdida del control de esfínteres, una disminución de peso y finalmente en forma drástica el paciente termina en un estado vegetativo. La enfermedad inevitablemente concluye con la muerte la cual frecuentemente es producida por enfermedades secundarias principalmente por enfermedades pulmonares.

Diagnóstico:

Para evaluar y dar un diagnóstico certero se debe revisar al paciente de la manera más completa posible realizando:

- Historia clínica.

Esta puede revelar déficits en varias áreas del funcionamiento intelectual. En ocasiones el paciente no puede darnos datos fidedignos por lo que hay que ayudarnos de los datos que los familiares encargados pueden darnos. Debe interrogarse sobre todo con relación a dificultades para recordar eventos recientes y para la ejecución de las actividades de la vida diaria. Dentro de la historia clínica deben encontrarse sus antecedentes como los familiares con padecimientos demenciales u otros que puedan darnos un diagnóstico diferencial como la ingestión crónica de medicamentos, hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedades endocrinas etc...

Además de registrar la evolución del cuadro clínico.

- Examen clínico.

El examen debe orientarse a la búsqueda de signos anómalos asociados al deterioro intelectual y a la identificación de entidades específicas, siempre teniendo en mente descartar la presencia de:

Deterioro sensorial.

Síntomas psicóticos

Incompatibilidad de lenguaje.

Retraso mental.

- Evaluación del deterioro cognoscitivo.

La evaluación clínica de las funciones cognoscitivas deben acompañarse de la evaluación de la repercusión funcional y en particular del funcionamiento social, laboral y familiar. Para ello se hace necesario efectuar específicamente el interrogatorio al cuidador primario preguntándole por observaciones acerca de comportamientos anormales.

Para detectar la posible alteración del deterioro cognoscitivo se sugiere el empleo de las pruebas que se anexan y que incluyan maniobras sencillas para investigar atención, orientación lenguaje, memoria reciente y remota, relaciones viso-espaciales, praxias, cálculo y juicio.

Se debe aclarar que para su adecuada interpretación nunca debe perderse de vista el nivel de educación y el lenguaje ya que puede influir de manera importante la calificación que se obtiene de estos cuestionarios.

- Exámenes de laboratorio y gabinete.

El interés de los exámenes de laboratorio no solo está en el diagnóstico diferencial sino fundamentalmente en la identificación de etiologías potencialmente reversibles.

También es importante la indicación de estudios de imagen como la tomografía axial computada y resonancia magnética nuclear.

Tratamiento:

- Farmacológico.

Actualmente no existe ningún fármaco cuya utilidad haya sido demostrada para curar la enfermedad, sin embargo existen algunos medicamentos para modificar algunas manifestaciones del síndrome.

Existen algunos medicamentos que tratan de mejorar la función de neurotransmisores como la acetilcolina o modificar el metabolismo neuronal lo referente a síntesis de proteína.

Así mismo también son muy utilizados los medicamentos de tipo ansiolítico y neurolépticos debido al grado de angustia y ansiedad que pueden sufrir los pacientes.

Es importante en todo momento vigilar y evitar la polifarmacia y automedicación ya que ambos encierran el riesgo de efectos adversos en los ancianos.

Rehabilitación:

La rehabilitación pretende retardar el proceso de desintegración psicomotriz de la demencia e impedir la instalación del síndrome de inmovilidad.

El objetivo de la rehabilitación es lograr el bienestar del paciente a través de su adaptación a la enfermedad y a su medio ambiente preservando la autonomía funcional, evitando las complicaciones y favoreciendo una vida digna.

La rehabilitación puede iniciar en las fases iniciales de la enfermedad, ésta debe ser en el aspecto físico y estimular todas las áreas mentales residuales.

Es necesario tomar en cuenta en el medio ambiente del paciente los aspectos familiares, las características arquitectónicas y de diseño de la vivienda que deben adecuarse a su nivel de funcionalidad, procurando en todo momento evitar el aislamiento social.

Psicoterapia:

Esta debe ser dirigida por una persona capacitada para ello, se puede dar apoyo para el paciente que se encuentra en una etapa inicial ya que suelen sufrir de desconcierto y angustia por que se dan cuenta de que algo sucede en ellas y no se sienten capaces de sobrellevarlo.

Así mismo sirve de apoyo a los familiares ya que conforme avanza la enfermedad va siendo afectada su vida debido a la dependencia del paciente, además de que sufre de sentimientos encontrados con los cuales se ven afectados y confrontados.

B) EVALUACIÓN GENERAL DEL PACIENTE GERIÁTRICO.

El estado funcional del anciano es un factor de evolución y de pronóstico más importante que el diagnóstico de la enfermedad. Se llega a una situación de incapacidad funcional y dependencia por múltiples causas entre las que encontramos la enfermedad de Alzheimer.

Sabemos de antemano que el paciente que sufre demencia debe llevar a cabo una rehabilitación que lo ayude a continuar con una vida lo más independiente y digna posible.

Para ello nosotros debemos llevar a cabo una evaluación que contemple el área física y mental para poder adaptar un plan de trabajo que se adecue a las necesidades de nuestro paciente.

Es importante recordar que la persona afectada solo debe ser rehabilitada en sus áreas que aún son funcionales, no es posible tratar de que realice operaciones aritméticas si su área afectada es la del cálculo, ya que así solo aumentaremos su angustia y frustración.

Así en este capítulo hablaremos sobre algunas de las evaluaciones que se realizan al paciente enfermo para saber hasta que grado es posible su rehabilitación y que áreas pueden ser trabajadas.

- Cuestionario de Pfeiffer.

En este apartado trataremos de evaluar de manera general que tan afectado se encuentra nuestro paciente del área de la memoria.

Sabemos que el paciente con demencia tipo Alzheimer tiende a tener mayor problema con la memoria reciente y menos problema con la memoria remota es por eso que en muchas ocasiones contestará que está en años anteriores o que gobierna un presidente de años atrás, trate de tener paciencia y no le ayude a contestar. Como observará son preguntas bastantes simples de aplicar.

La evaluación se calificará de la siguiente manera:

0 – 3 puntos = muy confuso.

4 – 7 puntos = moderadamente confuso.

7 – 8 puntos = levemente confuso.

Mayor de 9 puntos = normal.

CUESTIONARIO DE PFEIFFER

- A) ¿Cuántos años tiene usted? (entre dos años) _____
- B) ¿ En que año nació? (año exacto) _____
- C) ¿ En que año estamos? (año exacto) _____
- D) ¿ En qué mes estamos? (mes exacto) _____
- E) ¿ Qué comió en su última comida? _____
- F) ¿ Qué lugar es éste? _____
- G) ¿Cuál es su dirección? _____
- H) ¿ Qué día de la semana es hoy? _____
- I) ¿ Quien es el presidente del país? _____
- J) Cuenta del 20 al 1 (para atrás) _____

Calificación

0 - 3 = muy confuso.

4 - 7 = moderadamente confuso.

7 - 8 = levemente confuso.

Mayor de 9 puntos = normal.

- Escala de actividades instrumentales de Lawton y Brody.

En ésta escala se valora la capacidad del paciente para realizar las actividades que requieren de mayor precisión, mayor coordinación, psicomotricidad fina y mayor capacidad en las funciones cognitivas como el lenguaje, el calculo y la memoria.

Aquí se valora la capacidad de usar el teléfono, para ir de compras, para la cocina como preparar sus propios alimentos, el cuidado del hogar, la lavandería, la capacidad para transportarse solo, la automedicación y el manejo de sus finanzas.

Aquí es importante señalar que los hombres suelen tener una menor calificación que la mujer por el hecho se que casi nunca cocinan, ni lavan y tal vez casi no participa en el cuidado del hogar.

Cada opción de respuesta tiene un número que califica de acuerdo a la capacidad del paciente y se anotará en la evaluación indicada.

La calificación más alta será de ocho en caso de las mujeres y en el caso de los hombres algunos llegan a calificar hasta cinco por la razón antes mencionada, sin embargo no hay que descartar que pueden haber hombres que lleguen a calificar hasta ocho.

Es importante mencionar que la mayoría de las veces ésta prueba debe ser contestada por el cuidador primario ya que el paciente puede darnos respuestas incorrectas para esconder sus incapacidades.

ESCALA DE ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LAWTON Y BRODY.

A. Capacidad para usar el teléfono.		
1. La opera por iniciativa propia, marca sin problemas	1	_____
2. Marca solo unos cuantos número bien conocidos	1	_____
3. Contesta el teléfono pero no llama	1	_____
4. No usa el teléfono	0	_____
B. Compras.		
1. Vigila sus necesidades independientemente	1	_____
2. Hace independientemente solo pequeñas compras	0	_____
3. Necesita compañía para cualquier compra	0	_____
4. Incapaz de cualquier compra	0	_____
C. Cocina.*		
1. Planea, prepara y sirve los alimentos correctamente	1	_____
2. Prepara los alimentos, solo si se le provee de lo necesario	0	_____
3. Calienta, sirve y prepara pero no lleva una dieta adecuada	0	_____
4. Necesita que le preparen los alimentos.	0	_____
D. Cuidado del hogar.*		
1. Mantiene la casa solo con ayuda mínima	1	_____
2. Efectúa diariamente trabajo ligero eficientemente	0	_____
3. Efectúa diariamente trabajo ligero sin eficiencia	0	_____
4. Necesita ayuda en todas las actividades	0	_____
5. No participa	0	_____
E. Lavandería.*		
1. Se ocupa de sus ropas independientemente	1	_____
2. Lava solo pequeñas cosas	1	_____
3. Todo se lo tienen que lavar	0	_____
F. Transporte.		
1. Se transporta sólo	1	_____
2. Se transporta solo en taxi pero no puede usar otros recursos	1	_____
3. Viaja en transporte colectivo acompañado	1	_____
4. Viaja en taxi o auto y acompañado	0	_____
5. No sale	0	_____

G. Medicación.

- | | | |
|---|---|-----|
| 1. Es incapaz de tomarla a su hora y dosis correcta | 1 | ___ |
| 2. Se hace responsable solo si se le prepara por adelantado | 0 | ___ |
| 3. Es incapaz de hacerse cargo. | 0 | ___ |

H. Finanzas.

- | | | |
|--|---|-----|
| 1. Maneja sus asuntos independientemente | 1 | ___ |
| 2. Solo puede manejar lo necesario para pequeñas compras | 0 | ___ |
| 3. Es incapaz de manejar dinero | 0 | ___ |

Total

*Cuenta en hombres sólo si viven solos

Calificación

Hombres = 5

Mujeres = 8

- Evaluación de marcha y balance de Tinetti.

En esta evaluación calificaremos que tan afectado puede estar el paciente en lo que se refiere al área de marcha y balance.

Esto principalmente nos permitirá darnos cuenta hasta que punto el paciente puede realizar actividades físicas, tomando en cuenta que es un punto muy importante para su autonomía ya que si se encuentra muy afectado siempre necesitará de alguien que le ayude a trasladarse o movilizarse.

Ahora puede ser que el paciente pueda utilizar una silla de ruedas, andadera o bastón, sin embargo hay que recordar que el deterioro cognitivo pueda tal vez limitarlo en cuanto al uso de los mismos, puede que olvide como manejar la silla de ruedas o tal vez ya no identifique los bordes del suelo, lo cual lo ponga en riesgo de sufrir alguna lesión aún cuando sepa utilizar el bastón.

Es ahí donde se encuentra la importancia de realizar este tipo de evaluación al momento de integrar al paciente a un programa de rehabilitación.

En la primera parte de la evaluación calificaremos el balance el cual está dividido en varias partes, calificaremos el balance sentado, el balance al levantarse, al intentar levantarse, el balance inmediato al levantarse, de pie, de pie aplicando un ligero empujón, el mismo con los ojos cerrados, balance al realizar el giro de 360 grados y al sentarse.

El paciente con demencia debido al deterioro cognitivo conforme avanza su enfermedad tiende a perder el equilibrio muy fácilmente lo cual lo pone en riesgo de sufrir caídas y como consecuencia de ellas las fracturas.

Es importante recomendar la vigilancia estrecha al momento de aplicar la prueba ya que no sabemos que tanta capacidad tenga el enfermo de mantener su equilibrio.

Ahora bien podemos observar en el formato que cada punto a evaluar tiene opciones que se refieren a la respuesta del paciente, estas serán calificadas con un número por ejemplo:

1. Balance sentado:
 - se va de lado o resbala = 0
 - se mantiene firme y seguro = 1

Si el paciente cuando se encuentra sentado tiende a irse de lado o se resbala de la silla tendrá una calificación de cero; así se continuará calificando cada uno de los siguientes puntos y al final se hará la suma de los puntos reunidos.

La calificación que indica lo normal es de 16 puntos en esta primera parte.

En la segunda parte de la evaluación calificaremos la marcha.

El procedimiento será igual que el anterior, solo que es importante mencionar que tal vez haya ocasiones que se tenga que repetir la instrucción varias veces o improvisar formas en que el paciente realice lo que se indica ya que como se sabemos debido a la enfermedad el paciente puede no entender la instrucción.

Cabe señalar que hay puntos en los que se darán dos calificaciones, por ejemplo:

11. Longitud y elevación del paso:

a. balance del pie derecho

no rebasa pie izquierdo = 0

el pie derecho no deja el piso = 0

rebasa el pie izquierdo = 1

el pie derecho deja el piso = 1

Aquí se están calificando dos cosas si el pie derecho rebasa al izquierdo o no y si deja el piso o no, así que se calificarán dos opciones de las cuatro que hay, se sumaran las dos y serán el resultado de ese punto.

Al final se sumarán todos los puntos lo normal califica 12 en esta segunda parte.

EVALUACIÓN DE LA MARCHA Y EL BALANCE DE TINNETI

Instrucciones: El sujeto debe estar sentado en una silla rígida y sin brazos. A partir de tal postura se evalúan:

Balance

1. Balance sentado:
Se va de lado o se resbala = 0 Firme y seguro = 1 _____
2. Levantarse:
Incapaz sin ayuda = 0 Capaz pero usa brazos = 1 _____
Capaz pero sin brazos = 2
3. Intenta levantarse:
Incapaz sin ayuda = 0 Capaz en más de un intento = 1 _____
Capaz a la primera = 2
4. Balance inmediato al levantarse (5 segundos)
Estable con apoyo físico = 1 Inestable (vacila, mueve los
pies) = 0 _____
Estable sin ningún apoyo = 2
5. Balance de pie:
Inestable = 0 Estable pero con amplia base de
Sustentación (+10 cms) o apoyo
físico = 1 _____
Estable con base normal de sustentación = 2
6. Empujón (con el sujeto con los pies juntos, el examinador empuja
con la palma de la mano sobre el esternón 3 veces)
Comienza a caer = 0 Se tambalea = 1 _____
Está firme = 2
7. Ojos cerrados (misma posición):
Inestable = 0 Estable = 1 _____
8. Giro de 360 grados:
Pasos irregulares = 0 Pasos uniformes = 1 _____
Inestable = 0 Estable = 1
9. Al sentarse:
Inseguro (juza mal la distancia, se deja caer) = 0 _____
Usa los brazos o está inseguro = 1 _____
Seguro, baja con suavidad = 2 _____

SUBTOTAL 16 _____

Marcha

Instrucciones: El sujeto se pone de pie con el examinador, camina a lo largo del corredor o atraviesa el cuarto, primero "a su paso", de regreso "rápido" pero con precaución (usando su apoyo habitual)

10. Inicio de la marcha (inmediatamente luego de decirle "sale")

Duda o intenta "arrancar"
más de una vez = 0

No titubea = 1

11. Longitud y elevación del paso:

a. Balance del pie derecho

No rebasa al pie izquierdo = 0

El pie derecho no deja el piso = 0

Rebasa al pie izquierdo = 1

El pie derecho deja el piso = 1

b. Balance del pie izquierdo

No rebasa al pie derecho = 0

El pie izquierdo no deja el piso = 0

Rebasa al pie derecho = 1

El pie izquierdo deja el piso = 1

12. Simetría en los pasos entre izquierdo y derecho:

Desigual = 0

Uniforme = 1

13. Continuidad en los pasos:

Discontinuos = 0

Parecen continuos = 1

14. Rumbo:

Marcada desviación = 0

Derecho sin auxilio = 2

Desviación moderada o se
apoya = 1

15. Tronco:

Balanceo marcado o usa

Apoyo físico = 0

No balanceo no flexión = 2

No hay balanceo o pero flexiona
rodillas o dorso o separa los
Brazos = 0

16. Base de sustentación:

Talones separados = 0

Talones se tocan al caminar = 1

SUBTOTAL MARCHA = 12

TOTAL = _____

- Índice de Katz : Evaluación de actividades básicas de la vida diaria.

El índice de Katz es una de las evaluaciones más importantes para saber que tan independiente es nuestro paciente en cuanto a actividades básicas, así podremos identificar que áreas son susceptibles de rehabilitación y nos ayudará a realizar nuestro programa de trabajo.

Es muy importante que si el paciente es quien contesta las preguntas, se corrobore la respuesta con el familiar ya que muchas veces el paciente con el fin de quedar bien y negar que es deficiente en algunas ocasiones altera las respuestas. En etapas avanzadas de la enfermedad obviamente la aplicación es directamente con el cuidador primario.

Como veremos esta prueba califica seis actividades básicas de la vida diaria que son: el baño, el vestido, ir al baño, la transferencia, la continencia y la alimentación.

Cada actividad tiene tres apartados el primero habla de que el paciente es totalmente capaz de realizar la actividad descrita, el segundo habla de semidependencia es decir que suele necesita alguna pequeña ayuda y el tercero indica una dependencia total para realizar la actividad.

Al final la prueba de Katz da ocho opciones de calificación.

INDICE DE KATZ: EVALUACIÓN DE ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA
DIARIA

1. BAÑO: ESPONJA, REGADERA O TINA.

No recibe asistencia,
puede entrar y salir de la
tina por si mismo si
la tina es su medio usual
de baño.

Que reciba asistencia
durante su baño en una
sola parte del cuerpo.

Que reciba asistencia
durante el baño en más de
una parte del cuerpo.

2. VESTIDO: Que pueda tomar del closet o de los cajones la ropa, incluyendo ropa interior y vestido que pueda abrochar.

Que pueda tomar las
prendas y vestirse
completamente, sin
asistencia.

Que pueda tomar las
prendas y vestirse sin
asistencia excepto en
abrochar los zapatos.

Que reciba asistencia para
tomar las prendas y
vestirse.

3. IR AL BAÑO: ir al baño, limpiarse y arreglar su ropa.

Sin ninguna asistencia,
puede utilizar algún objeto
como bastón o silla de
ruedas y/o que pueda
manejar por si mismo el
pañal o cómodo
vaciándolo por si mismo.

Que reciba asistencia al ir
al baño, en limpiarse y
arreglar su ropa o en el uso
del pañal o cómodo.

Que no vaya al baño.

4. TRANSFERENCIAS

Que se mueva dentro y fuera de la cama y silla sin ninguna asistencia (puede utilizar un objeto de soporte)

Que pueda moverse dentro y fuera de la cama y silla con asistencia.

Que no pueda salir de la cama.

5. CONTINENCIA

Control total de esfinteres

Que tenga accidentes ocasionales.

Necesita ayuda para la supervisión del control de esfinteres, utiliza sonda o es incontinente.

6. ALIMENTACIÓN.

Que se alimente por si sólo sin asistencia alguna.

Que se alimente por si sólo y que tenga asistencia sólo para cortar la carne o untar la mantequilla.

Que reciba asistencia en alimentación o que se alimente parcial o totalmente por vía enteral o parenteral.

TOTAL 1() 2() 3()

CALIFICACIÓN Katz:

1. Independencia en alimentación, continencia, transferencias, ir al baño, vestirse y bañarse.
2. Independencia en todas las funciones menos una.
3. Independencia en todo menos bañarse y otra función adicional.
4. Independencia en todo menos bañarse, vestirse y otra función adicional.
5. Dependencia en el baño, vestido, ir al baño y otra función adicional.
6. Dependencia en el baño, vestido, ir al baño, transferencia y otra función adicional.

7. Dependencia total en las seis funciones.
8. Dependencia en dos funciones pero que no clasifican en 3, 4, 5, 6.

- Test del estado mínimo mental.

Mini examen del estado mental de Folstein (MEEM)

Es un instrumento cuyos objetivos son establecer una cuantificación de las capacidades cognitivas, y de esta manera permitir detectar los posibles problemas funcionales.

Las puntuaciones obtenidas discriminan entre pacientes con demencia, pacientes con depresión, con alteración depresiva y pacientes con depresión aislada, siendo capaz también de detectar cambios en el estado cognoscitivo del paciente deprimido.

El MEEM evalúa aspectos sobre atención, memoria, lenguaje y es fácil de aplicar y calificar (5 – 15 minutos aproximadamente)

Sin una evaluación adecuada del estado cognoscitivo quizá no se detecte la demencia temprana o leve. Los casos con demencia pueden conservar las suficientes capacidades sociales como permitir conversaciones simples sin demostrar la existencia de deterioro, por medio de la locución de frases ya aprendidas o de emitir respuestas vagas para compensar las deficiencias en conocimientos.

El MEEM consiste en una medición de 30 puntos que es la adecuada para la detección de deterioro cognoscitivo y establecer un punto de partida y medir con el tiempo el deterioro mental.

La puntuación indica:

24 – 30 Deterioro cognoscitivo normal.

17 – 23 Deterioro cognoscitivo leve.

0 – 17 Demencia.

Instrucciones generales del examen mini – mental:

1. La prueba deberá administrarse en un lugar libre de distracciones y contar con buena luz.
2. Cuando sea posible, el sujeto deberá estar solo con la persona que lo examina mientras la prueba se está aplicando. Si permitimos que un miembro de la familia o el cuidador esté presente, puede distraer o interferir con la aplicación de la prueba.
3. Es muy importante hablar fuerte y enunciar claramente cuando se den las instrucciones, estas deben ser despacio y asegurando que el sujeto entienda perfectamente las indicaciones.
4. Es preferible que las instrucciones se den de corrido, pero si el sujeto no entiende, se permitirá hacerlo por frases. No se permitirá dar respuestas directamente o dar claves para contestar las preguntas.
5. Es muy importante mantener una relación cómoda con el sujeto. Las instrucciones deberán darse amigablemente y como parte de una conversación. Si el sujeto está

teniendo problemas con algún punto de la prueba, se le puede estimular, por ejemplo: "vas muy bien", "es una pregunta difícil", "haz lo mejor que puedas."

6. Cuando el sujeto no pueda contestar alguna pregunta se procurará no presionarlo.

MINI EXAMEN DEL ESTADO MENTAL.
(Folstein, et al, 1975)

Modificada por el grupo del consenso sobre el síndrome de deterioro intelectual y padecimientos asociados. Fundación Mexicana para la Salud, 1996.

En todos los casos, las respuestas del sujeto se califican con el número 1 cuando son correctas y con 0 cuando son incorrectas; la calificación debe usarse dentro de los paréntesis que aparecen a la derecha. Al término de cada sección, sume el número de respuestas y anote el resultado en el paréntesis de la izquierda, correspondiente a dicha sección. Finalmente, sume todas las calificaciones de cada apartado para obtener la puntuación total y anótelas en el espacio destinado a la calificación total que aparece en la ficha de identificación.

Calificación Máxima	Calificación Obtenida	(Asigne un punto por cada respuesta correcta obtenida)
		Orientación
5	()	Pregunte ¿Que fecha es hoy?. Después complete sólo las partes omitidas formulando las siguientes preguntas: ¿En qué año estamos? () ¿En qué mes estamos? () ¿Qué día del mes es hoy? () ¿Qué día de la semana? () ¿Qué hora es aproximadamente? ()
5	()	Pregunte ¿ En donde nos encontramos ahora? (casa, consultorio, hospital, etc.) para obtener la información faltante haga las siguientes preguntas: ¿En qué lugar estamos? () ¿En qué país? () ¿En qué estado? () ¿En qué ciudad o población? () ¿ En qué colonia, delegación o municipio? ()
3	()	Registro Diga al sujeto la siguiente instrucción: Ponga mucha atención, le voy a decir una lista de tres palabras: Flor, coche y nariz. Después pida al sujeto: Repita las palabras. Califique su ejecución en el primer intento. Cuando el sujeto diga que ha terminado o cuando deje de responder. Si no fue capaz de recordar las tres palabras diga:

“Nuevamente le voy a decir la misma lista de tres palabras, cuando termine repita todas las que recuerde”. Esta instrucción deberá presentarse hasta que el sujeto sea capaz de repetir las tres palabras, o bien hasta 6 ensayos consecutivos. Anote en la línea correspondiente el número de ensayos o veces que presento la lista para que el sujeto la recordara. (Recuerde la calificación para este reactivo, se determina por el número de palabras que el sujeto fue capaz de recordar en el primer ensayo).

Flor ()
 Coche ()
 Nariz ()
 Numero de ensayos: (De 1 a 6) _____

Atención y Calculo

- 5 () Pida al sujeto: Reste de 4 en 4, a partir del 40. Fíjese bien, se trata de contar para atrás restando 4 cada vez, por ejemplo: $40-4=36-4=32$. Continúe hasta que yo le diga que se detenga. Deténgalo después de 5 sustracciones (no proporcione ayuda).

28 ()
 24 ()
 20 ()
 16 ()
 12 ()

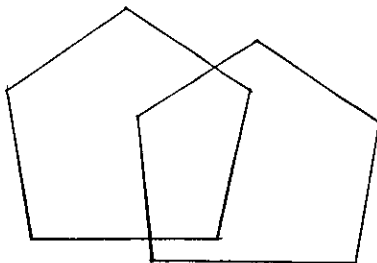
Evocación

- 3 () Pida al sujeto: Repita las tres palabras, que le pedí recordara.

Flor ()
 Coche ()
 Nariz ()

- 2 () **Lenguaje**
 Nombrar: Muestre al paciente un reloj y pregúntele: ¿Cómo se llama esto? Repita lo mismo con una pluma.
- Reloj ()
 Pluma ()
- 1 () **Repetición**
 Diga al sujeto la siguiente instrucción: Le voy a decir una oración y repítala después de mí, (Diga lenta y claramente): No voy si tú no llegas temprano (solo un ensayo).
- 3 () **Comprensión**
 Coloque una hoja de papel sobre el escritorio y pida al sujeto:
 Tome la hoja de papel con su mano derecha, después dóblela y tirela al piso (Dé un punto por cada paso correctamente ejecutado).
- Tome la hoja de papel ()
 Con la mano derecha ()
 Dóblela ()
 Tirela al piso ()
- 1 () **Lectura**
 Muestre al sujeto la instrucción escrita: "CIERRE LOS OJOS".
 Pida al sujeto; Por favor haga lo que dice aquí. ()
- 1 () **Escritura**
 Presente al sujeto una hoja y pídale: Escriba en este espacio, un pensamiento que sea una oración con sentido, que tenga sujeto y verbo (no proporcione ayuda). ()

- 1 () Copia del modelo
() Muestre al sujeto el modelo de los dos pentágonos cruzados y pídale: copie por favor, este dibujo en el espacio en blanco de esta hoja. Debe haber 10 ángulos, y dos intersectados. ()
(No tome en cuenta temblor ni rotación)



Total

Diagnóstico

Criterios de calificación:

- 24- 30 Deterioro Cognitivo Normal
- 17- 23 Deterioro Cognitivo Leve
- 0- 17 Demencia

- Test mininutricional

Este examen es muy importante y de vital importancia iremos describiendo el porqué en cada apartado. La evaluación se divide en cuatro áreas:

A. Evaluación antropométrica.

Estos tres primeros apartados se evaluarán el primero de acuerdo a la formula que se marca, el segundo y tercero midiendo el brazo y la pantorrilla.

El cuarto podemos valorarlo con el familiar en la primera evaluación y en las siguientes con el registro de peso que se lleve en la Institución.

Debemos tomar en cuenta que hay que tratar de encontrar la causa que provoque la pérdida de peso del paciente en caso de que así se registre ya que se puede deber a una mala nutrición, depresión o alguna enfermedad de importancia como diabetes, cancer, SIDA etc...

B. Evaluación global.

4. Si el paciente vive en casa:

El paciente con demencia para su mejor cuidado debe vivir con su familiar lo cual se da en su mayoría al inicio de la enfermedad ya que esto lo hace sentir más seguro y mejor anímicamente, aunque en ocasiones conforme avanza su enfermedad se va aislando de manera considerable hasta terminar viviendo solo con un cuidador contratado, el cual tal vez no lo entienda tan bien como su propia familia lo cual lo hace caer en muchas ocasiones en una depresión importante empeorando su proceso demencial y estado nutricional.

5. Ingiere más de tres fármacos al día:

En muchas ocasiones en los pacientes geriátricos existe el problema de la polifarmacia ya que el paciente además de la demencia que tal vez lo obligue a tomar medicamentos de tipo ansiolítico también puede tener enfermedades adyacentes como diabetes, hipertensión etc... lo cual lo lleve a tomar otro tipo de medicamentos.

Es muy importante indicar al familiar que el paciente debe ser tratado por un medico especialista como el geriatra que además tiene la especialidad de medicina interna y pueden llevar un control adecuado de sus medicamentos administrándole solo los realmente necesarios y efectivamente controlados ya que algunos pueden tener efectos secundarios que aunado a algún otro medicamento pueda dar como consecuencia resultados lamentables.

Además sabemos que debido a cambios fisiológicos en la vejez los medicamentos no pueden llegar a ser totalmente desechados del organismo, por lo cual se debe tener un especial cuidado en este punto.

7. Problemas psicológicos o enfermedad aguda en los últimos tres meses:

El principal problema que ya se ha mencionado con anterioridad que debe vigilarse es la depresión, en cuanto a otras enfermedades es importante enfatizar que el curso de la enfermedad de Alzheimer puede ser alterada y acelerarse con rapidez por muchas razones y una de ellas son las infecciones. Es muy importante mencionarle al familiar que cualquier alteración que el paciente presente debe ser revisado por un médico y realizarle exámenes de laboratorio periódicos y de gabinete si son necesarios con el fin de descartar procesos infecciosos que estén pasando desapercibidos. Debemos vigilar estrechamente el estado de salud de nuestros pacientes, cualquier cambio puede ser una señal de alarma.

8. Movilidad:

Ahora estamos evaluando a nuestro paciente para que entre a un programa de rehabilitación y debemos saber que tanta movilidad o capacidad de transferencia tiene, si puede caminar por sí solo o manejar su silla de ruedas, esto sería un gran punto a nuestro favor, pero si no, es importante que el familiar sepa los riesgos que conlleva mantener al paciente en una sola posición como puede ser el riesgo de úlceras de presión o el síndrome de inmovilidad, el cual llega a ser una consecuencia final de la enfermedad.

Pero nuestra labor es tratar de mantener su independencia por el mayor riesgo posible evitando así el grave problema de las contracturas.

9. Problemas neuropsicológicos:

Traemos a un paciente a valoración porque presenta pérdida de la memoria, de juicio, alteraciones de lenguaje etc... de principio debe hacerse un diagnóstico diferencial entre demencia y depresión ya que ésta última cuando es muy severa presenta un cuadro clínico similar a la demencia por lo que es importante descartarla, y si ya es una demencia diagnosticada correctamente es importante saber si es inicial, moderada o severa ya que de ello dependerá el tipo de trabajo que se realice.

10. Úlceras de presión.

En ocasiones el paciente ya se encuentra en un periodo demencial avanzado en el cual las capacidades cognitivas tal vez son nulas o muy disminuidas, pero el paciente aún conserva su capacidad de transferencia es decir de ir un lado a otro caminando por sí solo o con cierta vigilancia, es importante que fomentemos la marcha si así lo requiere solo o vigilado pero no dejar a nuestro paciente sentado nada más porque ya no realiza ninguna otra actividad.

Sucede que esto pasa con los familiares que ya no saben que hacer con el paciente y mejor lo dejan sentado o acostado dando como consecuencia la aparición de úlceras de presión.

C. Evaluación dietética.

11. Cuantas comidas hace al día:

Este punto es muy importante, el paciente con demencia suele olvidar si ya comió o no y si además se encuentra con depresión o en un estado avanzado de demencia suele no comer.

Aquí la función del cuidador es la de darle de comer aunque no quiera, si se encuentran en el centro diurno y no comen es seguro que tal vez en casa tampoco lo hagan y solo acepten comida “chatarra” así que es nuestro trabajo obligar al paciente a comer sino a la larga se favorece a una desnutrición grave que puede dar como consecuencia una inmunodepresión y por lo tanto una infección que en casos graves los lleva a la muerte.

12. Que alimentos toma cuando menos una vez al día:

Se da en muchas ocasiones que el familiar le da al paciente solo lo que a éste último se le antoja, no hay que olvidar que el paciente tiene perdida del juicio y ya no sabe lo que es nutricional o no. Se da un caso en el que un paciente solo quiere comer puré de papas con azúcar y el familiar es todo lo que le da.

Es importante concientizar al cuidador primario que ahora es su responsabilidad darle una alimentación balanceada a su juicio y no al juicio perdido del paciente.

13. Consume frutas y vegetales:

Es un punto que queda incluido en el párrafo anterior.

14. Ha disminuido la ingestión de alimentos en los últimos tres meses por perdida del apetito, problemas digestivos o de la deglución:

Hablábamos anteriormente que el paciente con demencia por su falta de memoria puede perder el apetito o bien, olvidarse de sus comidas por lo que es obligación del rehabilitador y cuidador primario el darle de comer. Ahora volviendo a los problemas de salud, puede ser que el paciente presente disfagia o regurgitación por lo que es importante detectarla y canalizarla a tiempo a su medico a través del familiar.

Ahora también hay que tomar en cuenta que conforma avanza la enfermedad el paciente tiende a olvidar como deglutir la comida por lo que cada vez que coma hay que recordarle que debe masticarla y pasarla despacio, en pacientes con gran nivel de angustia tienden a comer con rapidez, sin masticar bien prácticamente “tragando” el bocado, hay que vigilar este tipo de acciones y de identificar si es un problema funcional o resultado de su demencia ya que si no es vigilado puede traernos consecuencias graves como broncoaspiración y muerte.

15. Cuantos vasos de agua toma al día:

Hay que tomar en cuenta que debido a cambios en el envejecimiento existe disminución de la peristalsis del colon dando como consecuencia problemas de estreñimiento en los pacientes, por lo que hay que ayudarles en la ingesta de líquidos ya que ellos por olvido o por problemas de afasia no pueden darnos a entender su necesidad de agua por lo que debemos estar al pendiente de este punto.

16. Modo de alimentación:

Hay ocasiones en que el paciente come sin ayuda sin embargo muchas veces es necesario vigilarlos como se menciona en puntos anteriores, hay que tratar de ayudarles dándoles confianza para realizar las cosas recordándoles como deben hacerlo, pueden olvidar como tomar los cubiertos y este es un proceso de enseñanza continua, para que sean

independientes hay que dejarlos que hagan sus actividades solos y asistiéndolo solo cuando sea necesario si no lo único que lograremos será inutilizarlos y favorecer el deterioro.

D. Valoración subjetiva:

17. El paciente considera que tiene problemas de salud:

Esta es una pregunta que debe ser corroborada o contestada directamente por el cuidador primario al igual que el siguiente punto de la prueba.

Al final de la evaluación se suman los puntos obtenidos según lo que haya calificado en cada cuadro y se valora de la siguiente manera:

Mayor de 24 puntos: Buen estado nutricional y sin riesgos.

17 – 23 puntos: En riesgo de mala nutrición

Menor de 17 puntos: Desnutrición.

Al final de acuerdo al puntaje valoramos el estado nutricional:

- Bueno.
- Riesgo (alto, bajo)
- Desnutrido.

- Test mininutricional.

Fecha: _____

Nombre: _____

Edad: _____

Peso: _____

Talla: _____

A. Evaluación antropométrica.

0.0 Masa muscular magra peso/ (talla) = Kg/m

0 = m.m.m. menor a 19

1 = m.m.m. mayor a 19 menor a 21

2 = m.m.m. mayor a 21 menor a 23

3 = m.m.m mayor a 23

1.0 Circunferencia braquial.

2.0 = mayor de 21

0.5 = mayor de 21 menor de 22

1.0 = mayor de 22

3.0 Circunferencia de la pantorrilla.

0 = menor de 31

1 = mayor de 31

4.0 ¿ Ha perdido peso en los últimos tres meses?

0 = Perdida mayor de 3 kilogramos

1 = Se desconoce

2 = Perdida entre 1 y 3 kilogramos

3 = No hay perdida

B. Evaluación global.

5.0 El paciente vive en casa:

0 = No

1 = Si

6.0 Ingiere más de 3 fármacos al día:

0 = Si

1 = No

7.0 Ha tenido problemas psicológicos o enfermedad aguda en los últimos tres meses:

0 = Si

1 = No

8. Movilidad:

- 0 = Cama o silla de ruedas
- 1 = Se pasa a la silla de ruedas
- 2 = Es independiente

9. Problemas neuropsicológicos en los últimos tres meses:

- 0 = Demencia severa o depresión
- 1 = Demencia moderada
- 2 = Sin problemas

10. Ulceras por presión:

- 0 = Si
- 1 = No

C. Evaluación dietética.

11. Cuantas comidas al día:

- 0 = 1 comida
- 1 = 2 comidas
- 2 = 3 comidas

12. Que alimentos toma cuando menos una vez al día:

- | | | |
|---------------------------------|----|----|
| Leche, queso, yogurt | Si | No |
| Frijoles o huevo + 2 por semana | Si | No |
| Carne, pescado, aves | Si | No |
- 0.0 = 0 ó un si
 - 0.5 = 2 si
 - 0.0 = 3 si

13. Consume dos o más veces frutas y vegetales al día:

- 0 = No
- 1 = Si

14. Ha disminuido la ingestión de alimentos en los últimos tres meses por perdida del apetito, problemas digestivos o de la deglución:

- 0 = Severa
- 1 = Moderada
- 2 = Sin problemas

15. Cuantos vasos de agua toma al día:

- 0.0 = Menos de 3 vasos
- 0.5 = 3 a 5 vasos
- 1.0 = Mas de 5 vasos

16. Modo de alimentación:

- 0 = Asistencia total
- 1 = Solo pero con dificultad
- 2 = Sin problemas

D. Valoración subjetiva.

17. El paciente considera que tiene problemas con su nutrición:

- 0 = Desnutrición
- 1 = No lo conoce
- 2 = Moderada desnutrición
- 3 = Sin problemas

18. En comparación con otras personas de su misma edad, considera su estado de salud:

- 0.0 = No es buena
- 0.5 = No lo conoce
- 1.0 = Es buena
- 2.0 = Es mejor

Calificación máxima 30 puntos

Calificación obtenida = _____

E. Valoración:

Mayor de 24 puntos = Buen estado nutricional sin riesgos

De 17 a 23.5 puntos = En riesgo de mala nutrición

Menor de 17 puntos = Desnutrido

Estado nutricional:

- Bueno
 - Alto
- Riesgo
 - Bajo
- Desnutrido

C) EJEMPLO DE UN PROGRAMA DE TRABAJO.

FUNDACIÓN ALZHEIMER PROGRAMA SEMANAL DE TRABAJO FECHA: Del 02 al 06 de Septiembre de 1998.		
HORA	ACTIVIDADES	OBJETIVOS
08:00	RECEPCIÓN DE PACIENTES	
09:00	GIMNASIO	
	Utilización de poleas	Favorecer tono y fuerza muscular.
	Utilización de pesas	Estimular marcha y balance.
	Uso de escaleras fijas	Estimular movilización de articulaciones.
	Bicicleta fija	Disminuir el síndrome de inmovilidad.
10:00	ACONDICIONAMIENTO FÍSICO	
	Utilización de aros	Favorecer tono y fuerza muscular.
	Utilización de barras paralelas	Favorecer coordinación y lateralidades.
	Uso de pesas	Mantener capacidad de transferencia.
	Ejercicios respiratorios	Mantener independencia en actividades de la vida diaria.
	Ejercicios de relajación	
	Implementación de juegos	Favorecer el equilibrio.
11:00	Descanso.	Apoyar relaciones interpersonales. Favorecer la verbalización.

HORA	ACTIVIDADES	OBJETIVOS
LUNES		
11:30	EJERCICIOS DE	Favorecer fluidez de lenguaje.
12:30	VERBALIZACIÓN.	Estimular memoria a largo y corto plazo.
12:30	TERAPIA OCUPACIONAL:	
13:15	Pintura	Estimular psicomotricidad fina y gruesa. Reconocimiento de colores. Reconocimiento de colores.
MARTES		
11:30	TALLER DE CANTO:	
12:30	"Cielito lindo"	Favorecer la verbalización. Favorecer memoria a corto plazo. Estimular relaciones interpersonales.
MIÉRCOLES		
11:30	TALLER DE COCINA:	
12:30	Pastel de galletas.	Favorecer la coordinación. Estimular psicomotricidad fina y gruesa. Seguimiento de instrucciones.
JUEVES		
11:30	TALLER DE BAILE:	
12:30	"Mujer bonita"	Disminuir el síndrome de inmovilidad. Favorecer la coordinación. Estimular esquema corporal y lateralidad.

HORA	ACTIVIDADES	OBJETIVOS
VIERNES		
11:30	TERAPIA OCUPACIONAL:	
12:30	Elaboración de banderas.	Reafirmación del Símbolo Patrio. Estimular psicomotricidad fina y gruesa. Utilización de instrumentos.
TODA LA SEMANA		
12:30	TERAPIA OCUPACIONAL:	
13:15	Pintura Manualidades Collage	Estimular psicomotricidad fina y gruesa. Favorecer coordinación. Reconocimiento de objetos. Capacidad de atención y retención.
13:30	COMIDA	Favorecer el estado nutricional.
15:00		
15:00	HIGIENE:	Favorecer el estado de salud.
15:30	Lavado de dientes.	
15:30	ENTREGA DE PACIENTES	Mantener comunicación con el familiar.
16:00		

D) FOTOGRAFIAS
Ejercicios de marcha.



Fotografía A



Fotografía B



Fotografía C

Ejercicios de equilibrio de cuello.



Fotografía D



Fotografia E



Fotografia F

Ejercicios de fortalecimiento muscular.



Fotografía G



Fotografía H



Fotografía I

Ejercicios de movilización de articulaciones.



Fotografía J

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA



Fotografia K



Fotografia L

Ejercicio de baile



Fotografía M



Fotografía N

E) GENERALIDADES DE UN MANUAL.

El manual de procedimientos es una herramienta útil de la administración, recopila por escrito el alcance de las responsabilidades del departamento y representa un amplio marco para ejecutar los objetivos de la enfermería.

Es un documento para orientar al personal nuevo, una referencia para problemas inesperados y un sólido principio para la discusión cuando se presentan diferencias.

Los manuales de estatutos y procedimientos son importantes porque establecen los límites dentro de los cuales debe operar el hospital y le permiten transmitir sus principios. Sin ellos la administración carece de dirección y es vulnerable a las decisiones inconvenientes.

El uso de reglamentos y procedimientos escritos ayuda al hospital en su objetivo general : Proporcionar una atención de calidad.

El manual de reglamentos y procedimientos de la unidad de enfermería puede:

- Describir la estructura y organización de cada unidad de enfermería clínica o zona relacionada.
- Identificar los reglamentos y procedimientos de la administración y práctica de la enfermería clínica que se relaciona con las unidades de enfermería.
- Describir los reglamentos y procedimientos del hospital.

Los manuales de procedimientos proporcionan una base para la orientación y el desarrollo del personal, y son una fácil referencia para todos los empleados.

Uniforman los procedimientos y el equipo, y pueden proporcionar una base para la evaluación.

Los procedimientos convenientes pueden tener por resultado ahorros en tiempo y mano de obra.

CONCEPTO

Los procedimientos son un conjunto de operaciones ordenadas de secuencia lógica y cronológica, que precisan la forma sistemática de un determinado trabajo de rutina.

El manual de procedimientos, tiene la descripción de las operaciones que deben seguirse en la realización de las funciones administrativas.

Los procedimientos escritos exigen un formato consecuente que tome en cuenta la definición, el propósito, los materiales necesarios, las fases del procedimiento, los resultados esperados, y las precauciones.

Deberá ser de fácil acceso, estar bien organizado con respecto a su tabla de materias, contener un índice y cada procedimiento debe ser fácilmente sustituido por otro ya corregido.

CARACTERISTICAS

Se requiere:

Identificación

Introducción

Contenido

OBJETIVOS DE LOS PROCEDIMIENTOS

Explicación del propósito.

AREAS DE APLICACIÓN

- Relación de la unidades administrativas que intervienen en los procedimientos.
- Criterios y lineamientos generales que participan en el desarrollo de los procedimientos.

DESCRIPCIÓN DE OPERACIONES

- En forma narrativa y secuencial.
- Señalamiento de que la unidad lo ejecuta a puesto responsable.

8.- GLOSARIO DE TERMINOS.

A.

- Acinesia:

Perdida o cesación de movimientos.

- Afasia:

Defecto del lenguaje consecutivo a una lesión cerebral que perturba la utilización de las reglas para la producción y/o la comprensión de la palabra.

- Agnosia:

defecto de las funciones nerviosas superiores perceptivas por la cual las aferencia pierden su carácter específico de signo, con la consiguiente incapacidad de reconocimiento fr. los objetos o personas.

- Antropometría:

Ciencia que estudia las proporciones del cuerpo humano por procedimientos métricos.

- Ansiolítico:

Adj. Que disminuye la ansiedad. M. Fármaco que tiene esta propiedad. Tranquilizante.

- Astenia:

Falta o pérdida de fuerza.

- Asterixis:

Temblo por sacudidas de flexión-extensión de la muñeca que se observa especialmente en el coma diabético.

- Atrofia:

Disminución de volumen y peso de un órgano por defecto de nutrición.

Por extensión, reducción del volumen de la célula, tejido u órgano de origen patológico.

Por deshuso. Atrofia orgánica por falta o disminución de actividad.

B.

- Balance:

m. equilibrio.

- Bradicinecia:

Lentitud anormal en los movimientos voluntarios.

C.Coordinación:

f. actividad armónica de partes que cooperan en una función, especialmente la de grupos musculares bajo la dirección cerebral.

D.

- Disfagia:
Deglución difícil.

- Disforia:
Inquietud, malestar.

E.

- Espasmo:
Contracción involuntaria persistente de un músculo o grupo muscular.

- Equilibrio:
m. estado de un cuerpo en el que fuerzas opuestas se contrarrestan exactamente.

F.

- Fisioterapia:
Empleo de las fuerzas naturales luz, calor, aire, agua, ejercicio etc... en el tratamiento de las enfermedades.

- Flexibilidad:
f. Cualidad de flexible.

- Flexible:
Adj. Susceptible de doblarse sin romperse.

- Fuerza:
Causa o propiedad que produce, impide o modifica el movimiento.

H.

- Hipercinesia:
Mov. Excesivo , actividad muscular exagerada.

P.

- Patología:
Rama de la medicina que estudia las enfermedades y los trastornos que se producen en el organismo.

- Posición:Es la alineación de segmentos orgánicos que se adecua en forma intencional con fines de comodidad, diagnóstico y tratamiento.

- Postura:

Es la alineación de segmentos orgánicos de se adoptan espontáneamente en forma correcta o incorrecta.

- Postulado:

Proposición aceptada sin prueba y que sirva de fundamento ya sea para la comprensión de la realidad , para la construcción de un sistema científico o para la comprensión de un orden moral.

- Praxia:

Facultad de cumplir ciertos movimientos adaptados a un fin determinado, que se conocen como actos psicomotores o gestos.

- Principio:

El principio científico es el hecho o conjunto de hechos relacionados entre sí que forman una ley o teoría generalmente aceptada por la sociedad.

- Gnosias:

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

- Psicomotor:

Adj. Relativo a los efectos motores de la actividad psíquica.

R.

- Resistencia:

Oposición a la acción de una fuerza.

9.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. ASOCIACIÓN DE FISIOTERAPEUTAS. Fisioterapia. Vol. 19 No. 2 Abril-Junio 1997. Ed. Garcí. 164 pp.
2. BENDEL y col. Guía práctica de musicoterapia. Ed. Geaisa. México D.F. 1991. 172 pp.
3. BALSEIRO, L. Principios de Administración. Ed. Acuario. México D.F. 1989. 191pp.
4. BLANCO, M. Consideraciones sobre el demente y su cuidador en la enfermedad de Alzheimer. Revista geriátrica vol. 11 1995.
5. BRAYLOBSKY,S Y COL. El cerebro averiado. Ed. Fondo de cultura económica. México 1992. 206 pp.
6. BUSSE, E. Cerebro y envejecimiento. Ed. Fondo de cultura económica. México 1992. 206 pp.
7. BUSSE. Geriatric psychiatry. Ed. American Psychiatric press inc. Washington 1990. 725pp.
8. CHANDROSOMA. Patología general. Ed. Manual moderno. México 1994. 1161 pp.
9. CONSENSOS FUNSALUD. Síndrome de deterioro intelectual y padecimientos demenciales. Ed. Funsalud. México 1996. 56 pp.
10. FERNÁNDEZ, J. Introducción a la administración. Dir. Gral. De publicaciones U.N.A.M. 280 pp.
11. FERNÁNDEZ, J. El proceso administrativo. Ed. Herrero. México 1970. 249 pp.
12. GOLDMAN. Psiquiatría general. Ed. Manual moderno. 3ra. Ed. México 1992. 636 pp.
13. GOMEZ. L. Enfermedad de Alzheimer. Presentación de siete casos en tres familias. Revista de investigación clínica. Vol. 38. Julio-Septiembre 1986. p.261-267.
14. HAMONET. Manual de rehabilitación. Ed. Toray-Masson. 2da. Ed. Barcelona 1992.
15. HOPKINS, H. Occupational therapy. Ed. J.B. Lippincot company. 7ma.ed. Filadelfia 1988. 863pp.
16. HOWARD, A. Medicina de rehabilitación. Ed. Interamericana. Barcelona 1972. 571 pp.
17. JUÁREZ, L. La enfermedad de Alzheimer. Diagnóstico y alternativas de tratamiento. Ed. Trillas. México 1997. 325 pp.
18. KOLD. Psiquiatría clínica. Ed. Interamericana 10ma. ed. México 1985. 850 pp.
19. KRASSOIEVITCH, M. Demencia senil y presenil. Ed. Salvat. México 1988. 283 pp.
20. KUMAR. Patología humana. Ed. Interamericana. 5ta. Ed. México 1995. 797 pp.
21. LEIGUARDA, R. Neurología. Ed. El ateneo. Argentina 1992. 725 pp.
22. LIPPMANN, H. Medical care for the elderly. Ed. Archives of physical medicine and rehabilitation. Vol 72. Mayo 1991.
23. LOUIS, P. Educación psicomotriz y retraso mental. Ed. Científico medica. España 1990. 274 pp.
24. MASE, N. Cuando el día tiene 36 horas. Ed. Pax México. México 1988. 275 pp.
25. MENA, R. Enfermedad de Alzheimer, una revisión. Revista biomédica. Vol. 4 No. 4 Octubre-Diciembre 1993. p.205-217.
26. MCDONALD. Terapéutica ocupacional y rehabilitación. Ed. Salvat. 2da. Ed. España 1980. 520 pp.
27. MOREHOSE. Fisiología del ejercicio. Ed. El ateneo. 9na. Ed. México 1986. 318 pp.
28. MUÑOZ, C. Alzheimer. Revista de neurología. Agosto 1993. No.9.

29. NEISTADT, M. Occupational therapy for adults with perceptual deficits. The American Journal of occupational therapy. Vol. 42. No.7 July 1988. p 434-439.
30. OSTROSKY, F. Diagnóstico del daño cerebral. Ed. Trillas. México 1991. 349pp.
31. PEÑA, J. Evaluación Neuropsicológica y funcional de la demencia. Ed. J.R. PROUS. México 1994. 450 pp.
32. PUNWAR, A. Occupational therapy. Principles and practice. Ed. Williams and Wilkins. 2da. Ed. Maryland 1994.
33. QUIROZ-SRAGER. Lenguaje, aprendizaje y psicomotricidad. Ed. Panamericana. Buenos Aires. 1987. 240pp.
34. ROSSMAN, I. Clinical geriatrics. Ed. Lippincot company. 3ra. Ed. Philadelphia 1986. 742 pp.
35. RUSSIN, M. Stroke rehabilitation. A geropsychological perspective. Ed. Archives of physical medicine and rehabilitation. Vol. 7 Octubre 1990. p.914-920.
36. SCHWARTZBERG, S. Principles of psychiatric occupational therapy practice. Ed. Psychiatric and mental health.
37. SHESTACK, R. Manual de fisioterapia. Ed. Manual moderno. México 1985. 194 pp.
38. SHUELL. Afasia en adultos. Diagnóstico, pronóstico y tratamiento. Ed. Panamericana. Brasil 1993.
39. SIEBERS, M. Coping with loss of independence. Ed. Singular publishing group. Inc. California 1993. 229 pp.
40. TAUSSIG, M. La Enfermedad de Alzheimer. Ed. ASAES. S.S.A. 2da. Ed. México 1995. 135 pp.
41. THAYER. Tratado de musicoterapia. Ed. Paidós psiquiatría. Barcelona, Buenos Aires. 1982.
42. THE AMERICAN JOURNAL OF OCCUPATIONAL THERAPY. Vol. 46 . No. 3. March 1992. Maryland. 288 pp.
43. THOMAS. ABC de la enfermedad de Alzheimer. Ed. Masson. España 1992. 102 pp.