



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES.

CAMPUS ARAGÓN

“LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER COMO FACTOR DE MALTRATO PSICOLÓGICO Y FÍSICO EN LAS PERSONAS DE LA TERCERA EDAD”.

VIDEORREPORTAJE

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADO EN COMUNICACIÓN Y PERIODISMO

P R E S E N T A :
LAURA EUNICE MORENO CORONADO.

ASESOR :
MAESTRO RAFAEL AHUMADA BARAJAS

MÉXICO

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

2002





Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

Gracias Dios por ponerme en este camino para así poder mostrar al mundo una de las verdades más crudas.

Gracias a mi madre, que sin su esfuerzo y dedicación por mis estudios no hubiera llegado tan lejos. Para ti la más profunda gratitud y sincero respeto. Te entrego el orgullo de quien soy hoy en día.

Gracias a mis hermanos que me apoyaron hasta el final y me brindaron algunos de los recursos técnicos. Gracias Betty y Javier.

Gracias tíos Enrique y Lucy por demostrarme que la vida no necesariamente tiene que ser oscura y mostrarme que el amor desinteresado hace más valiosas a las personas.

Gracias Usto, me enseñaste más de lo que tu mente confundida podía comprender; aunque en tus recuerdos nunca existí, en los míos llevo el cariño que me hubieses dado.

Gracias familia Beltrán, por abrirme las puertas y poder compartir con ustedes lo que aquí he aprendido. Gracias en especial a Mary por su apoyo.

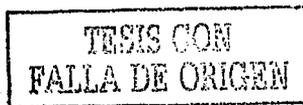
Gracias tíos Benjamín, Delia y familia por apoyarme, tenderme la mano cuando lo necesito y abrirme un espacio en su corazón.

Gracias Pepe por ser mi compañero incondicional y tenderme la mano para la realización de esta aventura.

Gracias por ese pedacito de ternura que vive con nosotros al cual dedico también mi triunfo .A ti Quique todo mi amor.

Doy mi profundo agradecimiento a todas aquellas personas que hicieron posible la realización del presente trabajo, ya que sin su valiosa cooperación jamás hubiera llegado tan lejos en la meta impuesta.

Gracias.



**"...su hijo cambió las chapas y expropió la casa de su madre.
La pobre anciana no supo que hacer pues ni modo
de pleitear contra un hijo, decidió regresar
a vivir con su hija quien la aceptó de tan buena
manera que hasta aceptó, dos meses después,
que su mamá le transfiriera su cuenta bancaria. Un mes después
la ingresó a un asilo.
Por fin conocí a mis hijos, pero como me dolió."**

**"El día que conocí a mis hijos",
escrito por Luz María G. de Sandoval, enferma de Alzheimer.**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	3	
I. PROYECTO DE TESIS	4	
Objetivos generales	4	
Objetivos específicos	4	
Justificación	6	
Esquema preliminar	7	
Fuentes de información	7	
Guías de entrevista	11	
II. INVESTIGACIÓN DOCUMENTAL		
Introducción	16	
Tema 1	Sintomatología y características de la enfermedad	
1.1	Qué es la enfermedad de Alzheimer	18
1.2	Factores de desarrollo genéticos y no genéticos	26
1.3	Trastornos en la salud	27
1.4	Diagnóstico, tratamiento y costos	30
Tema 2	El maltrato psicológico y físico del enfermo de Alzheimer	
2.1	La familia y el Alzheimer	40
2.2	Conflictos intra familiares	
2.2.1	El maltrato físico, psicológico	42
2.2.2	La culpa	43
2.2.3	La delegación de responsabilidad en los cuidadores	44
2.2.4	La ira	47
2.2.5	La depresión	48
2.3	La marginación del enfermo	49
2.4	El avance de la enfermedad y su relación directa con la disminución en la dignidad y la calidad de vida que los familiares dan al enfermo	50
Tema 3	Los asilos para la tercera edad	
3.1	Objetivos	53
3.2	Generalidades	55

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tema 4	Alternativas y soluciones para un mejor cuidado de los enfermos	
4.1	Instituciones de asistencia para pacientes y familiares	56
4.2	Técnicas para un mejor cuidado y convivencia con el enfermo	57
4.3	Equipo especializado para la atención del enfermo	65
III. PRODUCCIÓN		
	Presupuesto	66
	Ruta crítica	67
	Break down	69
	Guión literario	81
	Escaleta	82
	Guión técnico	84
	Guión de edición	107
CONCLUSIÓN		110
MATERIAL CONSULTADO		111

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PRESENTACIÓN

El presente trabajo consta de dos partes: una escrita y un reportaje televisivo; el tema que se abordará será la enfermedad de Alzheimer, en específico el maltrato del que son víctimas los pacientes que han enfermado de este tipo especial de demencia.

A lo largo de la presentación de este material, se pretende lograr el conocimiento de esta enfermedad incurable, así como mostrar las situaciones de maltrato más comunes que ellos viven.

En un primer momento, se encuentra el proyecto de investigación que esboza los temas que se habrán de abordar a lo largo de la producción de este material.

En un segundo término presento una investigación escrita, la cual tiene la finalidad de dar a conocer los aspectos generales sobre este tipo de enfermedad para así ayudar a la comprensión del padecimiento.

Esta investigación consta de cuatro temas que fueron desarrollados en base a una ardua investigación bibliográfica, hemerográfica y en medios electrónicos como el radio, la televisión y el Internet.

Posteriormente, se presentan los pormenores de la producción del reportaje televisivo, desde el plan presupuestal, la ruta crítica, el break down, la escaleta, los guiones literario y técnico hasta finalizar con el guión de edición.

Para finalizar, se encontrarán algunos párrafos a manera de conclusión y la bibliografía que sustentó todo el desarrollo del tema.

TESIS CON
FALLA DE ORDEN

I. PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Tema: La enfermedad de Alzheimer como factor de maltrato psicológico y físico en las personas de la tercera edad

Objetivos generales:

Proponer la dignificación y la mejoría en la calidad de vida de los enfermos con Alzheimer a través de alternativas sobre cuidados e instituciones de asistencia.

Sensibilizar al auditorio sobre el maltrato de que son objeto los enfermos para así lograr una mejor comprensión y atención por parte de los cuidadores.

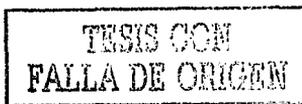
Objetivos específicos:

- Exponer las causas y soluciones al maltrato que sufren las personas de la tercera edad que padecen la enfermedad de Alzheimer.
- Explicar la sintomatología y características médicas y psicológicas del paciente con la enfermedad de Alzheimer.
- Delimitar el uso de los asilos para las personas de la tercera edad.
- Exponer la actual situación de rechazo dentro del núcleo familiar que padecen los pacientes con mal de Alzheimer.
- Proponer la dignificación y la mejoría en la calidad de vida de los enfermos con Alzheimer a través de alternativas sobre cuidados e instituciones de asistencia.

Justificación: En el México de hoy, en los umbrales del siglo XXI, existe un mal que aqueja a la mayoría de la población de la tercera edad aún a pesar de los avances científicos y médicos que la humanidad ha desarrollado a través de sus investigaciones.

Esta enfermedad, que a principios de este siglo nace con el nombre de mal de Alzheimer, siempre ha existido y era comúnmente manejada como demencia senil y tratada como parte normal del proceso de envejecimiento de las personas, delegando sus síntomas y problemas a una situación de conformismo sin saber que realmente es una enfermedad y que necesita de cuidados y medicamentos para una mejor calidad de vida del paciente.

Por lo tanto es parte fundamental de este trabajo explicar esta enfermedad y darla a conocer como tal, quitando las imprecisiones y ayudando a despejar la ignorancia sobre este mal, así como proponer alternativas y soluciones para el cuidado de estos pacientes.



La importancia de tocar este tema radica en que es un problema de salud pública, ya que con el aumento en el promedio de vida de los mexicanos aumenta el factor de riesgo para desarrollar la enfermedad; y debido al desconocimiento de ésta, se produce la falta de atención hacia los enfermos achacándoles sus padecimientos a las características normales del envejecimiento.

Debido a que la ignorancia o el desconocimiento de la enfermedad es el detonador que conduce al familiar hacia una mala actitud para con el enfermo, el cual por su estado mental indefenso y la falta de la visión o criterio para distinguir un hecho bueno del que no lo es, coadyuva para la realización de actos considerados como maltrato y abuso en sus personas o bienes, presentándose un hecho que, aunque lamentable, sucede en la mayoría de las personas con esta enfermedad: el maltrato físico y psicológico.

Estos dos tipos de maltrato, que aquejan a las personas con este padecimiento degenerativo, es un comportamiento generalizado de los cuidadores o familiares hacia el enfermo el cual se presenta siempre con las mismas características: descuido general del enfermo (aseo, alimentación, medicación), sentimientos agresivos (falta de tolerancia y paciencia hacia el comportamiento del enfermo), sentimientos encontrados del cuidador (ira, depresión, culpa) y abuso de las facultades mentales deficientes del enfermo para obtener bienes materiales y monetarios propiedad de quien padece la enfermedad.

Este maltrato y abuso, que se presenta como problema social debido a la falta de o a la mala disposición de los familiares, es una situación que se pluraliza con todos y cada uno de los casos de esta penosa enfermedad, ya sea en sus primeras etapas o en fases terminales, llevando al enfermo a un estado continuo de maltrato y de falta de afecto de los seres queridos por los que vivió y procuró toda su vida: su familia.

Por lo tanto se abordarán de manera profunda las características médicas y sociales de la enfermedad así como las alternativas para el cuidado del paciente, ilustrando el maltrato de que son objeto debido a la ignorancia de la enfermedad y a la falta de disposición de los familiares para lograr un óptimo cuidado y se finalizará con la propuesta para la dignificación y el aumento en la calidad de vida del paciente; hechos que le dan una trascendental importancia a esta investigación, ya que se propondrá ante todo la dignificación y valía de estas personas que, aunque enfermas, no dejan de ser seres humanos gozantes de todo nuestro respeto y consideración.

ESQUEMA PRELIMINAR

Tema 1 **Sintomatología y características de la enfermedad**

- 1.1 ¿Qué es la enfermedad de Alzheimer?
- 1.2 Factores de desarrollo genéticos y no genéticos
- 1.3 Trastornos en la salud
- 1.4 Diagnóstico, tratamiento y costos

Tema 2 **El maltrato psicológico y físico del enfermo de Alzheimer**

2.1 **La familia y el Alzheimer**

2.2 **Conflictos intra familiares**

- 2.2.1 El maltrato físico, psicológico
- 2.2.2 La culpa
- 2.2.3 La delegación de responsabilidad en los cuidadores
- 2.2.4 La ira
- 2.2.5 La depresión

2.3 **La marginación del enfermo**

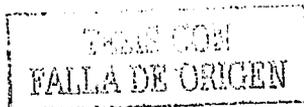
2.4 **El avance de la enfermedad y su relación directa con la disminución en la dignidad y la calidad de vida que los familiares dan al enfermo**

Tema 3 **Los asilos para la tercera edad.**

- 3.1 **Objetivos**
- 3.2 **Generalidades**

Tema 4 **Alternativas y soluciones para un mejor cuidado de los enfermos**

- 4.1 **Instituciones de asistencia para pacientes y familiares**
- 4.2 **Técnicas para un mejor cuidado y convivencia con el enfermo**
- 4.3 **Equipo especializado para la atención del enfermo**



Fuentes de información:

Documentales

- KANE, Robert.
OUSLANDER, Joseph
Geriatría Clínica
Tercera edición
Mc Graw Hill
México
1997
456 pp.

- HIGASHIDA, Berta
Ciencias de la salud
Segunda edición
Mc Graw Hill
México
1991
535 pp.

- ARDILA, Alfredo
Cómo entender y cuidar a nuestros ancianos en casa
La prensa médica mexicana
México
1986
50 pp.

- PEABODY, Mary
Aprenda a cuidar a su enfermo
La prensa médica mexicana
México
1976
63 pp.

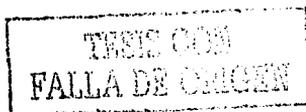
- MACE, Mary.
ROBINS, Peter
Cuando el día tiene 36 horas
Pax México
México
1988
275 pp.

- NOLASCO, Ma. Del Rocío
VENTURA, Margarita
Análisis comparativo entre la autoestima de la anciana de la familia y la anciana de asilo
Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco
México
1997
138 pp.
- POWELL, Leonore
COURTICE, Katie
Enfermedad de Alzheimer. Una guía para la familia
Pax México
México
1990
302 pp.
- SECRETARÍA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA
Manual de funcionamiento de las casas hogar para ancianos
SSA
México
1986
44 pp.
- GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL
Manual de atención: la enfermedad de Alzheimer, recomendaciones para un cuidado de calidad
México
1999
41 pp.
- MICROSOFT
Enciclopedia Encarta 2000
- ASAMBLEA LEGISLATIVA DEL DISTRITO FEDERAL
Ley de los derechos de las personas adultas mayores en el Distrito Federal
México
2000
40 pp.
- CALZADA, María Luisa
Fórmulas para evitar el maltrato físico en pacientes con demencia
Revista Consulta médica
México
Agosto 2000
30 pp.

- SELECCIONES DE READER'S DIGEST
Noticias del mundo de la medicina
México
Marzo 1997
150 pp.
- ASOCIACIÓN MEXICANA DE ALZHEIMER Y ENFERMEDADES SIMILARES
Boletín primavera 2000
Trimestral
- ASOCIACIÓN MEXICANA DE ALZHEIMER Y ENFERMEDADES SIMILARES
Boletín verano 2000
Trimestral
- ALZHEIMER'S DISEASE INTERNATIONAL
Boletín del día mundial de Alzheimer
Septiembre 2000
- Página de Internet: www.alzheimer.org/pubs/prog99.htm
www.alzheimers.org
www.alz.co.uk
www.alzheimer2000.org
www.amaes.org.mx

Vivas

- Dr. Alejandro Uribe Hernández, médico geriatra del Hospital norte de PEMEX
- trabajadora social María Luisa Calzada de la Fundación Alzheimer
- diez personas con familiares con padecimiento de Alzheimer
- Dra. Luz Esther Rangel, especialista en maltrato en la tercera edad
- Dr. Raúl Mena López, Investigador de enfermedad de Alzheimer del IPN
- Claudia Salazar Arenas, vicepresidenta de la Asociación Mexicana de Alzheimer y Enfermedades Similares



Instituciones

- **Instituto Nacional de la Senectud, INSEN**
- **Asociación Mexicana de Alzheimer y enfermedades similares AC, AMAES**
- **Fundación Alzheimer, alguien con quien contar, IAP**
- **Centro de Investigaciones avanzadas, IPN**
- **Hospital Central Norte de PEMEX**

Locaciones

- **Instituto Nacional de la Senectud**
- **Centro de Estudios Avanzados IPN**
- **Hospital Central Norte de PEMEX**
- **Asociación Mexicana de Alzheimer y enfermedades similares AC.**
- **Fundación Alzheimer, alguien con quien contar, IAP**

Guía de entrevista para médico geriatra Dr. Alejandro Uribe Hernández

1. ¿Qué es la enfermedad de Alzheimer?
2. ¿Qué es lo que lo causa?
3. ¿Cuánto dura esta enfermedad?
4. ¿Cómo se diagnostica y cuál es su sintomatología?
5. ¿Por qué el diagnóstico es "probable"?
6. ¿Cuándo se diagnostica definitivamente?
7. ¿Hay algún factor determinante para el desarrollo de la enfermedad?
8. ¿Está ligada la edad con el desarrollo de la enfermedad?
9. ¿Es cierto que todo adulto mayor desarrolla esta enfermedad?
10. ¿El Alzheimer es enfermedad propia de la tercera edad?
11. ¿Todo olvido significa Alzheimer?
12. ¿Qué es lo que se debe hacer a la primera señal de olvido y cuáles son los focos de atención para pensar en Alzheimer?
13. En específico, ¿en qué se modifica la memoria y el comportamiento?
14. ¿Cuál podría ser el porcentaje de personas adultas mayores con esta enfermedad?
15. ¿Existe alguna cura?
16. ¿Cuál es el tratamiento que se le da?
17. ¿Qué sustancias se utilizan para el control de la enfermedad?
18. ¿Cuál es el panorama que vivirá un paciente a futuro?
19. Cuando se llega a la fase terminal ¿qué se recomienda a los familiares?
20. ¿Cuáles son las causas de muerte más frecuentes?
21. ¿Usted recomienda el uso de los asilos?
22. ¿Qué cuidados especiales requieren estos pacientes?
23. ¿Existe depresión en estos enfermos y en los familiares?
24. ¿En qué consiste?
25. ¿Cree usted que exista el maltrato en personas que padecen mal de Alzheimer?
26. ¿Es frecuente esta situación?
27. ¿Cuál cree que sea el porcentaje de maltrato en personas con Alzheimer?
28. ¿Cree que para los familiares esta enfermedad sea motivo de vergüenza social?
29. ¿Ud. ha percibido algún caso de maltrato en los enfermos con Alzheimer?
30. ¿Cómo se percata del maltrato?
31. ¿Cómo distingue el maltrato físico y psicológico real de las alucinaciones del paciente?
32. ¿Cuál sería un ejemplo de maltrato físico?
33. Con respecto al maltrato psicológico, ¿en qué consistiría éste?
34. ¿Qué podría considerarse como abuso en los bienes materiales del enfermo?
35. ¿Cómo procede un médico ante un caso de maltrato?
36. ¿En qué consistiría la marginación del enfermo?
37. ¿En los casos de maltrato, existe una disminución de la calidad de vida con respecto al avance de la enfermedad?
38. ¿A qué se debe esto?

39. ¿Por qué es necesario mantener una buena calidad de vida y la dignidad del paciente?
40. ¿Por qué se reduce la dignidad del paciente?
41. ¿Usted cree que el paciente sienta culpa por los cambios que se están presentando?
42. ¿Puede existir la culpa en la persona que lo maltrata?
43. ¿Existe alguna legislación que proteja a este tipo de pacientes?
44. ¿Cómo se procede penalmente contra los victimarios?
45. ¿Considera esta actitud como un genocidio social?
46. En los casos de personas maltratadas, ¿qué es lo que las acaba, la enfermedad o el maltrato?
47. ¿Cuáles son las características más comunes en el maltrato (golpes, abandono, abuso)?
48. ¿Existe la delegación de responsabilidad en el cuidado del enfermo, alegando jerarquías familiares?
49. ¿Qué se puede hacer cuando una familia se niega a cuidar a su enfermo y lo deja en el total abandono, ya despojado de todos sus bienes?
50. ¿Qué opina del maltrato a los adultos mayores que padecen algún tipo de demencia?
51. ¿Qué sucede en caso de reincidencia en el maltrato?

Guía de entrevista para el sondeo de opinión a familiares

1. ¿Sabía usted de la enfermedad de mal de Alzheimer?
2. ¿Cómo se informó?
3. ¿Cómo era su relación anterior con su paciente?
4. ¿Siente que ha cambiado en algo?
5. ¿De qué manera ha cambiado su trato con su enfermo?
6. ¿Conoce con profundidad las características de la enfermedad y todas sus fases?
7. ¿Han tenido problemas al interior del círculo familiar debido a la enfermedad del Alzheimer?
8. ¿Ha pensado en lo que hará mas adelante cuando su paciente este en fase terminal?
9. ¿Ha sabido usted de alguien a quien se le maltrate a causa de padecer esta enfermedad?

Guía de entrevista para Claudia Salazar Arenas, vicepresidenta de la Asociación Mexicana de Alzheimer y enfermedades similares AC.

1. ¿Existe el maltrato en las personas que padecen mal de Alzheimer?
2. ¿Cuál sería el porcentaje de personas enfermas con mal de Alzheimer que padecen maltrato?
3. ¿En qué consiste?
4. ¿Por qué crees que exista este problema?
5. ¿Cómo puede evitarse esta situación?
6. ¿Qué le aconsejarías a una persona que maltrata a su enfermo?

7. ¿Tu crees que exista la reincidencia en el maltrato?
8. ¿Podrías esbozar un caso típico de maltrato físico?
9. ¿Cuál sería el maltrato psicológico?
10. ¿Crees que se cometan abusos en los bienes materiales del enfermo?
11. ¿Podrías dar algún ejemplo?
12. ¿Qué es un cuidado de calidad?
13. ¿En qué ayuda al enfermo un cuidado de calidad?
14. ¿Es necesario expresar buenos sentimientos y amor a las personas con demencia?
15. ¿Cuál sería el mejor consejo de cuidado que se le puede dar a un familiar o cuidador de un paciente con Alzheimer?
16. ¿Qué nos puedes decir de la dignificación que el cuidador que maltrata le proporciona al enfermo?
17. ¿Cuáles serían las acciones que se traducen en una dignificación del paciente?
18. ¿Los enfermos demenciales pierden sus derechos como seres humanos?
19. ¿Es justificable el maltratar a un enfermo con demencia?
20. ¿Crees que la leyes que existen garanticen la seguridad y protección debida al anciano con demencia?
21. ¿Cuáles son los objetivos de esta asociación?
22. ¿Cuál es el apoyo que brindan?
23. ¿A través de qué programas se logran los objetivos?
24. ¿Cuáles son los requisitos para recibir el apoyo?
25. ¿Es esta una instancia para denunciar el maltrato a personas enfermas con este tipo de demencia?

Guía de entrevista para la Fundación Alzheimer, alguien con quien contar,
IAP

1. ¿Existe el maltrato en pacientes con mal de Alzheimer?
2. ¿A qué se debe esto?
3. ¿En qué consiste?
4. ¿Cuál sería el porcentaje de maltrato a las personas de la tercera edad con esta enfermedad demencial?
5. Además del maltrato físico, ¿existe maltrato psicológico?
6. ¿Tu crees que el abuso en los bienes materiales del enfermo sea otra forma de maltrato?
7. ¿Qué nos puedes decir de la dignificación del enfermo y de la calidad de vida que se les da y la que se les debe dar?
8. ¿Son estos dos aspectos importantes para el enfermo y el cuidador?
9. ¿El abandono o descuido de este tipo de enfermos es un aspecto más del maltrato?
10. ¿Te has percatado de algún caso de maltrato en el paciente adulto mayor?
11. ¿Cómo ha sido ese maltrato?
12. ¿Puedes relatarnos algún caso en especial?
13. ¿Por qué crees que se da el maltrato en este tipo de enfermos?
14. Relátanos como es un enfermo con este padecimiento

15. ¿Requieren de atenciones especiales?
16. ¿Resulta complicado atender a estos pacientes?
17. ¿Por qué trabajas con adultos mayores enfermos con mal de Alzheimer?
18. ¿Podrías darnos algunos consejos para evitar el maltrato del cuidador?
19. ¿Podrías decirnos cómo podemos ayudar a las personas ajenas que observan ese maltrato y desean ayudar al enfermo?
20. ¿Cuáles son los mejores 10 tips para el cuidado del enfermo?
21. ¿Cuáles son las medidas de seguridad que hay que tomar cuando se está cuidando a un enfermo con Alzheimer?
22. ¿Cuál es la finalidad de este centro de apoyo?
23. ¿Cuáles son las terapias que se proporcionan en esta fundación?
24. ¿En qué benefician estas terapias a los enfermos?
25. ¿Cuáles son los requisitos para ingresar a esta fundación?

Guía de entrevista para la Doctora Luz Esther Rangel López, especialista en maltrato en la Tercera Edad

1. ¿Es frecuente el maltrato en los adultos mayores que padecen la enfermedad de Alzheimer?
2. ¿En qué porcentaje se presenta?
3. ¿A qué se debe que se presente el maltrato con esta enfermedad?
4. ¿Cuáles son las principales características del maltrato en estos casos?
5. ¿Cuál es el maltrato físico?
6. ¿Cuál es el maltrato psicológico?
7. ¿Cuál es el tipo de abuso que se comete en estas personas?
8. ¿Existen casos de denuncia sobre esta situación en particular?
9. ¿Quiénes son las personas que por lo regular denuncian el maltrato?
10. ¿Quiénes son las personas que por lo regular maltratan al enfermo?
11. ¿Es a usted a quien se puede recurrir para denunciar el maltrato?
12. ¿Usted ha llegado a atender algún caso de maltrato a un paciente con Alzheimer?
13. ¿Cómo se procede?
14. ¿Existen leyes que protejan y garanticen una calidad de vida digna a los adultos mayores, específicamente a los que padecen enfermedades demenciales?
15. ¿Hace falta algo en materia de legislación para los adultos mayores?
16. ¿Podría contarnos algún caso en específico sobre maltrato en personas con Alzheimer y en qué terminó?
17. ¿El proceso de denuncia es fácil?
18. ¿Cómo se elabora ésta?
19. ¿Cuáles son las sanciones a las que se hacen acreedores los victimarios de estos enfermos?
20. ¿Por qué cree usted que no hayan tantas denuncias como casos de maltrato existen, particularmente cuando se padece esta enfermedad?
21. Como ciudadanos que conocemos de algún caso de maltrato, ¿qué nos corresponde hacer?

22. ¿En el caso de que la familia se niegue a cuidar de su enfermo o se tenga reincidencia en el maltrato, a qué se procede?
23. En estos casos en particular, donde el enfermo no recuerda nada sobre el maltrato, ¿cómo se puede hacer una denuncia?
24. ¿Podría darnos algún porcentaje de maltrato en la tercera edad?
25. ¿Podría darnos el porcentaje de personas de la tercera edad que padecen Alzheimer y que sufren de maltrato?

Guía de entrevista para el doctor Raúl Mena López, investigador de la enfermedad de Alzheimer

1. ¿Qué es la enfermedad de Alzheimer?
2. ¿Qué es una enfermedad neuro-degenerativa?
3. ¿Qué produce el Alzheimer?
4. ¿Está ligada la edad con el desarrollo de la enfermedad?
5. ¿Cuál es el porcentaje de personas de la tercera edad con Alzheimer?
6. ¿Cómo se diagnostica?
7. ¿Por qué el diagnóstico es "probable" enfermedad de Alzheimer?
8. ¿Cuándo se declara el diagnóstico definitivo de la enfermedad de Alzheimer?
9. ¿Cuánto dura esta enfermedad?
10. ¿Cuáles son las estructuras que se producen en el cerebro que causan el Alzheimer?
11. ¿En qué regiones cerebrales se producen estas estructuras?
12. ¿Cuáles son sus síntomas?
13. ¿Cómo se modifica el comportamiento?
14. ¿Hay cura?
15. ¿Qué medicamentos o sustancias se utilizan en el tratamiento?

II. INVESTIGACIÓN DOCUMENTAL

Introducción

El presente trabajo que aquí se expone ha sido realizado de una manera minuciosa para poder brindar al lector un amplio panorama sobre la enfermedad de Alzheimer, basado en bibliografía confiable y en entrevistas realizadas a personas calificadas en este rango en especial.

A la par se expone una situación más lacerante que la propia enfermedad, el maltrato. Ello con la intención de hacer reflexionar y propiciar la conciencia en el lector sobre lo difícil que es el trance por esta enfermedad cuando, además de ella, se presenta esta actitud lastimera por parte de los cuidadores.

Abrir los ojos para captar en toda su magnitud este problema de salud, que aqueja a los adultos mayores en su mayoría, es tarea digna para así poder elevar poco a poco el respeto y la dignidad de las personas que en un pasado nos dieron más que su tiempo o su atención, nos dieron su vida completa.

La lectura de esta investigación, abrirá al lector hacia el conocimiento de una enfermedad, hasta ahora considerada por muchos como proceso normal de envejecimiento, que puede acontecerle a cualquiera de nosotros o a algún ser amado, convirtiendo al lector en un cuidador de su enfermo.

La vida, según el conocimiento popular, da tantas vueltas que el día menos pensado puede verse involucrado en este transe. Créalo, tener la leve idea de alguna enfermedad muy rara, no lo salva de vivirla; es indispensable entonces conocerla para así poder saber qué hacer en ese caso.

Duele reconocerlo, pero me sucedió. Tenía la vaga idea de este padecimiento, nunca supe porque se desarrollaba ni que es lo que procede cuando alguien cae dentro de este abismo del olvido, mientras no me involucrara algún día en ella, pues todo marcharía bien.

De repente, mi vida giró vertiginosamente, lo que fue una gran mujer ahora era la molestia de su familia; sí, aquella familia a quienes ella les proporcionó toda su atención y amor.

Lo más extraño de todo fue que yo no compartía lazos sanguíneos con ella, sin embargo me vi envuelta en la problemática del "ya no la soporto, te toca a ti". Yo observaba a menudo la molestia, el descontento, el fastidio de ellos y por el otro lado estaba ella tan confundida, tan triste, tan... en su mundo; había un brillo muy especial en su mirada que me decía que ahí había una persona con sentimientos. Creo que en ese momento la pérdida de su memoria era lo que ayudaba a que no se percatara de lo que pasaba realmente.

En ese momento fue cuando nació esta idea, esta causa, este coraje por terminar de una vez con esas actitudes que, noté observando un poco, son un denominador muy común en todos los casos de personas enfermas con este padecimiento.

Combiné el cuidado de ella con el desarrollo de este trabajo, el cual a decir verdad hacía y rehacía ya que todos los días aprendía algo nuevo en ella y en los demás.

Y es entonces cuando la pasión por terminar con estas acciones me sirvió de guía para lograr devolverle la dignidad y el amor que a ella le faltó.

Entrego entonces al lector, este material con la mejor de mis intenciones: lograr la dignificación y el amor que merecen estos enfermos.

Espero sin lugar a dudas, que esta investigación rendirá los frutos necesarios para terminar con algo de lo más absurdo que existe hoy en día: el maltrato a las personas que padecen la enfermedad de Alzheimer.

La enfermedad de Alzheimer como factor de maltrato psicológico y físico en las personas de la tercera edad

Capítulo 1 Sintomatología y características de la enfermedad de Alzheimer

1.1 ¿Qué es la enfermedad de Alzheimer?

La enfermedad Alzheimer (demencia degenerativa primaria) es una enfermedad demencial como nos explica Kane: "Es un trastorno que implica alteraciones en el número, estructura, y función de las neuronas en ciertas zonas de la corteza cerebral. Aunque no se ha identificado una causa primaria para esta enfermedad, la investigación actual enfoca el problema en las proteínas anormales que se encuentran en las redes neurofibrilares y placas neuríticas, en las alteraciones en la zona colinérgica de zonas específicas del cerebro, infecciones por virus lentos, anomalías cromosómicas, así como factores ambientales y genéticos".¹

A su vez, una página de Internet especializada en esta enfermedad nos describe este padecimiento como: "...desorden cerebral irreversible y progresivo que sucede gradualmente y sus resultados son pérdida de memoria, cambios de conducta y personalidad y el declinamiento en las habilidades del pensamiento. Estos desórdenes son relacionados con la muerte de las células cerebrales y el rompimiento de las conexiones entre ellas. El curso de la enfermedad varía de persona a persona. En promedio los pacientes con esta enfermedad viven por ocho o diez años más después de ser diagnosticada y la enfermedad tiene un tope de 20 años como máximo".²

En el manual de atención de la enfermedad de Alzheimer, editado por el gobierno del Distrito federal, se explica esta enfermedad como: "...un desorden progresivo de las funciones intelectuales superiores tales como la memoria, el lenguaje y otras habilidades cognitivas".³

Pero es preciso esclarecer en este punto lo que significa el concepto de demencia; en este sentido tenemos que, según la enciclopedia Encarta 2000 la demencia es "... un deterioro psíquico debido a una afección orgánica del cerebro que se produce de forma global y progresiva".⁴

La Asociación Mexicana de Alzheimer y Enfermedades Similares AC. AMAES nos dice que la demencia es: "...Un conjunto de síntomas que deterioran el razonamiento y afectan las actividades de la vida diaria. Cuando a una persona se le diagnostica demencia es porque da claras señales de deficiencias en la memoria, el lenguaje, el razonamiento y el comportamiento".⁵

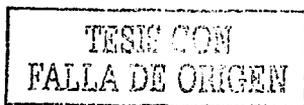
¹ KANE, Robert, OUSLANDER, Joseph. Geriatría clínica, p. 88

² www.alzheimer.org. 21 de octubre 2000

³ ASOCIACIÓN MEXICANA DE ALZHEIMER Y ENFERMEDADES SIMILARES (AMAES). Manual de atención: La enfermedad de Alzheimer, p. 9

⁴ MICROSOFT, Enciclopedia Encarta 2000, Demencia.

⁵ AMAES, op. cit. p. 9



Sin embargo, tenemos que no sólo hay un tipo de demencia, según el libro Cómo entender y cuidar a nuestros ancianos en la casa; existen dos grandes grupos:

1. Las denominadas tipo Alzheimer que se dividen en dos categorías: a) enfermedad de Alzheimer propiamente dicha, si se presenta a los 65 años y b) demencia senil si aparece después de los 65.
2. Demencia por infartos múltiples del cerebro o demencia arteriosclerótica (inflamación de las venas del cerebro)⁶. Cuando existen problemas cardiovasculares pueden producirse obstrucciones en la irrigación cerebral, que lleva a la aparición de zonas carentes de irrigación o zonas de infarto, que en consecuencia pierden su actividad.

Entre los grupos menores se cuenta:

1. La demencia unida a los periodos tardíos de la enfermedad de Parkinson, que se reconoce por el temblor de reposo que presenta el paciente.
2. La demencia por neurosífilis. La sífilis (enfermedad infecciosa de transmisión sexual⁷) en sus etapas avanzadas produce un cuadro demencial, que puede sanar, parcialmente, con un tratamiento adecuado.
3. Existe una gran variedad de cuadros demenciales resultantes de enfermedades transmitidas genéticamente, por virus de acción lenta, por la acumulación de líquido en el cerebro (hidrocefalia), por trastornos nutricionales, por agentes tóxicos, etc.
4. Demencias resultantes de colecciones de sangre (hematomas) que ejercen presión sobre el cerebro, creando un cuadro de demencia.⁸

De todos estos tipos de enfermedades demenciales sólo nos atañe la demencia tipo Alzheimer para objeto de nuestro estudio.

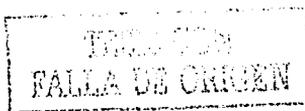
Este tipo de enfermedad demencial tomó su nombre a partir de su descubridor, de quien presentaré a continuación una pequeña biografía:

Alois Alzheimer, nació en 1864 en un pueblo vinícola, Marktbeitz, a las orillas del río Main en Bavaria. Estudió medicina en la Universidad de Berlín, donde se gradúa en 1887, a la edad de 23 años. Publicó una obra de seis volúmenes llamada *Estudios Histológicos y Patológicos de la corteza cerebral* (1904-1918), publicó además el libro *Estudio patológico y clínico de la sífilis*, a la par de investigar la atrofia arteriosclerótica del cerebro, epilepsia y demencia senil.

⁶ MICROSOFT, op.cit., Arteriosclerosis.

⁷ MICROSOFT, op. cit. Sífilis

⁸ ARDILA, Alfredo, Cómo entender y cuidar a nuestros ancianos en la casa, p. 6



El 14 de noviembre de 1906, Alois Alzheimer, describió por primera vez una forma de demencia que, a través del estudio del cerebro de una mujer quien había muerto de una enfermedad desconocida, daría como resultado otro tipo de demencia, la cual años más tarde por sugerencias del doctor Emil Kraepelin se conocerá como la enfermedad de Alzheimer.

Después de haber aportado tanto con sus estudios e investigaciones, muere en 1915 a la edad de 51 años de endocarditis.⁹

En este momento es prudente mencionar también, que esta enfermedad no debe ser considerada inherente al proceso de envejecimiento, siendo esto un absurdo ya que no todas las personas de la tercera edad tienen por que padecerla, tal y como nos explica Kane: "El envejecimiento no causa demencia por sí mismo. Se acompaña de cambios anatómicos y bioquímicos en el sistema nervioso central y, en algunos ancianos, cambios detectables en la memoria y otras actividades psicomotoras, sin embargo, dichos cambios no tienen la gravedad suficiente para producir disfunción en la vida diaria."¹⁰

En este sentido, la AMAES nos explica que la edad avanzada constituye uno de los principales factores de riesgo para la aparición de la enfermedad, no que ésta sea un factor determinante para el desarrollo del padecimiento.¹¹

A la par, esta organización nos señala que: "En México, se estima que el 6% de las personas mayores de 60 años sufren de la enfermedad de Alzheimer o de algún otro tipo de demencia, es decir, aproximadamente 360 mil, y en el Distrito Federal se estima que hay 41 mil personas con esta enfermedad".¹²

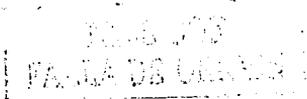
En este sentido la asociación mundial Alzheimer's Disease International nos muestra en su boletín del día mundial del Alzheimer (21 de septiembre) de este año la siguiente gráfica:

⁹ AMAES, Boletín informativo, primavera 2000, p. 4
endocarditis: infección e inflamación de la membrana que cubre las cavidades y válvulas del corazón. (MICROSOFT, op.cit. Endocarditis.)

¹⁰ KANE, Robert, op.cit. p. 86

¹¹ AMAES, op. cit. p. 5

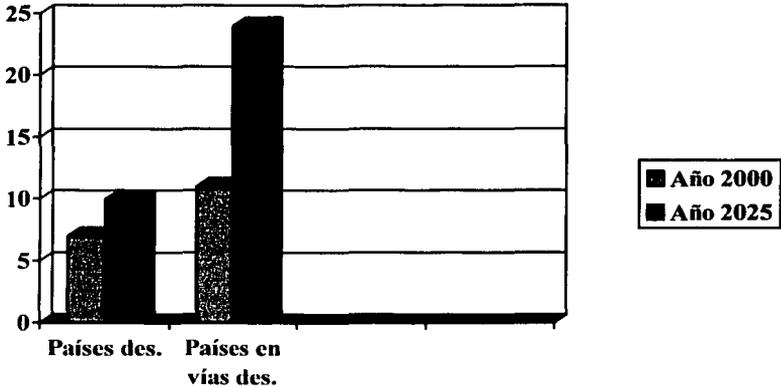
¹² AMAES, Manual de atención: La enfermedad de Alzheimer, recomendaciones para un cuidado de calidad, p. 5



Millones con demencia

"Más de la mitad de las personas (de esta gráfica) padecen Alzheimer"¹³

Por su parte, Ardila nos dice que cerca del 7% de las personas mayores de 60 años, y alrededor del 15%



de las personas mayores de 70 años, presentan demencia.¹⁴

Pero ¿cómo es que se desarrolla la enfermedad de Alzheimer dentro del cerebro?, el libro Enfermedad de Alzheimer: una guía para la familia señala tres características:

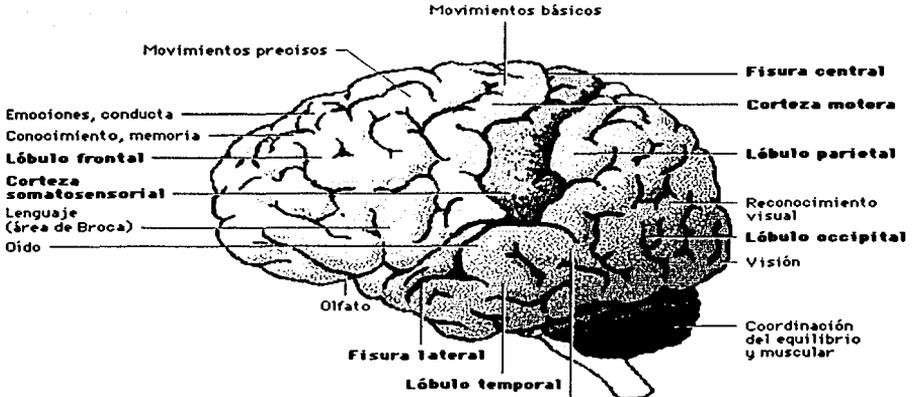
"...La primera y más importante es la maraña neurofibriliar (acumulación de fibras anormales que se concentran en el citoplasma de una célula)... parecen una maraña de filamentos que se concentran con mayor densidad en una zona del cerebro que se conoce como hipocampo. La memoria reciente o a corto plazo esta relacionada con esta región al igual que el conocimiento, las emociones y la conducta."¹⁵

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

¹³ ALZHEIMER'S DISEASE INTERNATIONAL (ADI) Boletín Informativo 21 de septiembre de 2000.

¹⁴ ARDILA, Alfredo. Op. cit, p. 2

¹⁵ POWELL, Leonore. COURTICE, Katie. Enfermedad de Alzheimer: una guía para la familia. p. 28



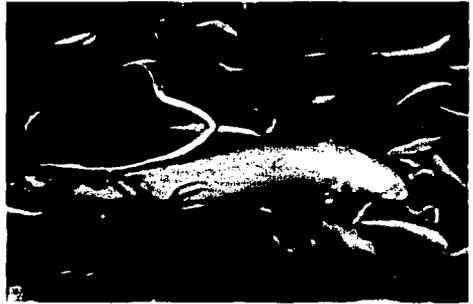
El Microsoft Corporation. Presenta todos los derechos reservados (zona de Wernicke)

Esquema de las funciones cerebrales¹⁶

"El segundo cambio se trata de placas neuríticas o agregados de tejido neural degenerado. La degeneración granulovascular es el tercer cambio que ocurre en el interior de una célula; ésta se llena de vacuolas que tienen líquido y material granular"¹⁷



Marañas neurofibrilares



Placas neuríticas

"Para que el cerebro funcione es necesario que diferentes partes de las células cerebrales y las neuronas se comuniquen entre sí (esa comunicación se denomina neurotransmisor). Una sustancia neurotransmisora es la acetilcolina; se cree que la deficiencia en la síntesis de este neurotransmisor es una de las principales causas de la sintomatología de la enfermedad de Alzheimer.

"Cuando comienzan a degenerar los grupos de terminaciones nerviosas distribuidas en toda la corteza, las resultantes áreas de material neural degenerada irrumpen el paso de las señales electroquímicas entre las células; cuanto mayor sea el número de placas neuríticas y de marañas neurofibrilares, más

¹⁶ MICROSOFT, op. cit., Cerebro

¹⁷ POWELL, Leonore. COURTICE, Katie op. cit. p.28

Fotografías otorgadas por el Doctor Raúl Mena López, Investigador de la enfermedad de Alzheimer en México, en entrevista realizada el 5 de junio de 2001

alteradas se encontrarán la función intelectual y la memoria del paciente. Además, el tamaño y la forma del encéfalo sufren alteraciones. La pérdida constante de células cerebrales es tan acelerada en los pacientes con Alzheimer, que el cerebro se encoge y adquiere un aspecto envejecido.¹⁸

El comienzo de la enfermedad es insidioso: el inicio presenil ocurre entre los 40 y 60 años, el inicio senil se presenta después de los 65 años, tal y como lo expresan Powell y Courtice en su libro.¹⁹

Para efectos de esta investigación nos avocaremos solamente a las personas de la tercera edad que padecen dicha enfermedad. Tomaremos el término persona de la tercera edad o adulto mayor para nombrar a todas aquellas personas mayores de 60 años, a quienes consideran el IMSS, el ISSSTE y el INSEN como personas de edad avanzada.²⁰

A continuación veamos una serie de fotografías que nos explican el deterioro neuronal en la enfermedad de Alzheimer, así como de la primer paciente del doctor Alois Alzheimer en quién se comprobó el primer caso de Alzheimer.

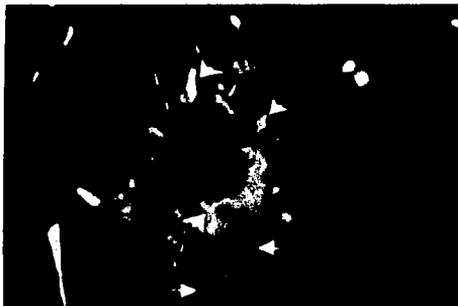


Foto 1 Neurona dañada con Alzheimer en sus fases iniciales

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

¹⁸ POWELL, Leonore; COURTICE, Katie, op. cit., p. 29

¹⁹ IDEM

²⁰ HIGASHIDA, Berta. Ciencias de la salud p.262

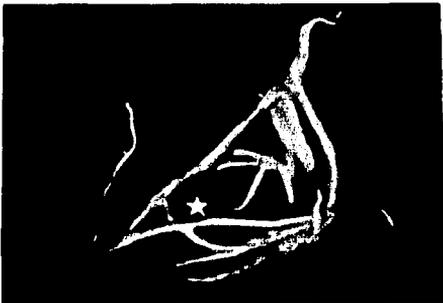


Foto 2 Neurona exponiendo el núcleo (material al centro en color rojo) debido a la degeneración



Foto 3 Neurona que ha expulsado el núcleo



Foto 4 Neurona sin núcleo

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Foto 5 Esqueleto de neurona muerta por enfermedad de Alzheimer



Foto 6 Paciente femenina de 50 años en quien el Doctor Alois Alzheimer descubrió un nuevo tipo de demencia, confirmando la enfermedad de Alzheimer por autopsia. Esta paciente falleció a los 55 años con una neurodegeneración muy avanzada.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1.2 Factores de desarrollo genéticos y no genéticos

Los factores genéticos se describen a continuación:

"Existen dos tipos de enfermedad de Alzheimer: el Alzheimer familiar, el cual sigue un cierto patrón de herencia, y un Alzheimer esporádico, donde no hay un patrón de herencia obvia o a la vista. Hay diferencias en la edad de aparición del Alzheimer. Se describe en una aparición temprana (gente menor de 65 años) y la etapa tardía (gente mayor de 65 años); la aparición temprana es rara (hay 10% de casos) y generalmente afecta a gente de 30 a 60 años. Algunas formas de aparición temprana progresan más rápido que la forma tardía en común."²¹

Dentro de los factores no genéticos, este sitio de Internet señala:

"Una de las más prometedoras teorías es un largo entendimiento de la teoría de la edad. Esta teoría sugiere que la edificación del daño desde un proceso de oxidación (envejecimiento) en las neuronas causa una pérdida de la función. Científicos creen que los tipos particulares de moléculas, llamadas radicales libres, las cuales tienen una corta vida por sí mismas producidas a través de un mecanismo metabólico normal, juegan una posición en varias enfermedades, incluyendo el cáncer y el Alzheimer. El resultado, nuevas combinaciones moleculares que pueden dejar reacciones en cadena, liberando radicales libres adicionales que pueden causar daños en las neuronas. El daño de oxidación por radicales libres contribuirá en el desarrollo del Alzheimer.

"Otra causa probable es la inflamación cerebral, la cual incrementa con la edad pero que es más pronunciada en los enfermos con la enfermedad de Alzheimer; una de las causas de la inflamación cerebral es que pueden destruir neuronas en un repetido ciclo vicioso y para evitar esta infamación los médicos prescriben medicamentos antiinflamatorios.

"También se ha demostrado un posible lazo entre el infarto cerebral y el Alzheimer. El infarto sucede en un área de daño en el tejido cerebral que usualmente ocurre cuando el surtimiento de sangre para esa área es interrumpida, privando a las neuronas de oxígeno y glucosa"²²

A la par es importante anotar los factores que no causan la enfermedad:

- Endurecimiento de las arterias
- Poco o mucho uso del cerebro
- Enfermedades de transmisión sexual e infecciones
- Edad avanzada. No es una etapa normal en el proceso de envejecimiento
- Exposición al aluminio u otros metales²³

²¹ www.alzheimers.org/pubs/proq99.htm. 21 de octubre 2000

²² IDEM

²³ AMAES, *Manual de atención...* p. 13

Sin embargo, de la manera en que suceda, es importante recalcar que esta enfermedad afecta a todos los grupos de la sociedad y no respeta clase social, género, grupo étnico ni lugar geográfico²⁴, tal y como lo señala el AMAES en su manual de atención

1.3 Trastornos en la salud

Los síntomas que presenta esta enfermedad han sido clasificados en cuatro fases en el libro Enfermedad de Alzheimer: una guía para la familia:

"Durante la primera fase, cuyo inicio es insidioso, los parientes del enfermo no parecen estar seguros de que hay algo malo en la persona; quizá les parezca que tiene menos energía, empuje e iniciativa, y que sus reacciones son más lentas así como su capacidad para aprender cosas nuevas. El paciente busca y prefiere a personas, lugares y cosas conocidas; parecen discriminar menos y tienen reacciones catastróficas, alterándose y enojándose con facilidad, en especial cuando no encuentran las palabras que desean emitir.

"En la segunda fase el habla del paciente se vuelve más lenta; puede interpretar mal lo que escucha; pierde el hilo de un relato o no entiende la frase graciosa de un chiste y es posible que pierda la capacidad para hacer cálculos. La persona afectada quien se hace cada vez más retraída, parece por completo insensible a las necesidades y los sentimientos de los demás. El paciente en esta fase, sigue funcionando, pero quizás requiera de cierta supervisión.

"La inhabilitación señala la tercera fase. El paciente pierde la orientación en tiempo y espacio, y no puede identificar a personas o acontecimientos familiares. Se muestra aletargado, inventa palabras y necesita que le repitan las indicaciones y que lo dirijan; se comporta de manera inesperada y expresa muy poco afecto a las personas.

"En la cuarta fase, la víctima se vuelve apática, es incapaz de encontrar el camino en una casa o departamento conocidos, tiende a vagar sin rumbo y necesita ayuda para realizar todas las actividades que implican la vida diaria y el cuidado personal; la persona enferma continúa perdiendo las memorias reciente y distante, repite sílabas, palabras y frases una y otra vez; no se reconoce al mirarse en un espejo y tampoco conoce a los demás. Puede aparecer la depresión, las ilusiones o el delirio. Con la pérdida gradual de la memoria, ocurre una pérdida de la dignidad personal, seguida de falta de confianza. La persona afectada puede volverse incontinente.²⁵

²⁴IBIDEM p. 11

²⁵ POWELL, Leonore. COURTICE, Katie. op. cit. p. 30

Por su parte Alfredo Ardila señala que los síntomas iniciales son tres:

1. Dificultades para recordar las cosas recientes, especialmente lugares e intenciones (¿qué es lo que iba a hacer?) y hechos de la vida diaria (¿dónde dejó el periódico?), con una conservación relativamente buena de los recuerdos más remotos.
2. Problemas de orientación en el espacio y en la realización de ciertas actividades prácticas, como dibujar.
3. Pérdida de intereses, tendencia a la apatía, al descuido personal, desatención al trabajo y aun a las diversiones o amistades.²⁶

Más adelante en su libro este mismo autor nos expresa:

"Al comienzo el paciente trata de disimular sus dificultades de memoria y sus problemas de orientación; es frecuente encontrar a estos pacientes anotando las cosas que hicieron o que van a hacer, para que no se le olviden. Otro recurso suele ser la utilización de un pariente como un 'yo' auxiliar; si al paciente se le pregunta qué día es hoy, en forma inmediata recurre a otra persona repitiendo '¿a qué día estamos hoy?'. De esta manera se establece una dependencia intelectual que cada vez es mayor"²⁷

Al referirse a los diversos cambios que sufre el enfermo, este autor nos señala diferentes partes en que estos suceden:

- Cambios intelectuales: olvido de fechas, confusión de lugares, descuido en el vestir, afectación de la memoria, del lenguaje, de la capacidad para solucionar problemas, del estilo de conducta y su atención.
- Cambios en la memoria: dificultad o incapacidad para recordar cosas recientes. Los recuerdos antiguos están mucho mejor conservados.
- Cambios en el lenguaje: Olvido de palabras, especialmente el nombre de las cosas. El vocabulario se reduce. Aparición de cambios sutiles en la denominación de las cosas (decir mesa por escritorio). El lenguaje se va haciendo cada vez más simple y concreto. Las respuestas a las preguntas se van haciendo progresivamente más cortas y simples; el paciente termina en un estado de mutismo o semimutismo.
- Cambios en la orientación del espacio: Problemas para llegar a lugares (conocidos o desconocidos). El paciente puede terminar perdiéndose en su propio vecindario o su hogar.
- Cambios en la capacidad visual: Dificultad para reconocer dibujos, fotografías, mapas, caras.
- Cambios en las actividades prácticas; Incapacidad para llevar a cabo el vestirse, abrir la puerta, clavar un clavo. El paciente olvida cuáles son los movimientos, y cuál es el orden para realizarlos.

²⁶ ARDILA, Alfredo. op. cit. p. 2

²⁷ IBIDEM. p. 8

- Cambios en la solución de problemas: Pérdida del sentido de la solución de un problema. No logra entender los puntos de partida, ni seguir una estrategia de solución. Dificultad para los problemas numéricos y matemáticos, hacer cuentas, realizar restas sucesivas, etc.
- Cambios en la personalidad: El paciente se vuelve suspicaz, desconfiado, avaro y celoso. Conforme avanza el mal, se vuelve menos crítico hasta que poco o nada le interesa su estado actual²⁸

A su vez, la AMAES, nos especifica tres etapas:

Etapa inicial:

- *Tener dificultades con el lenguaje
- *Tener pérdida significativa de memoria, en especial la reciente
- *Estar desorientado en el tiempo
- *Perdersse en lugares conocidos
- *Tener dificultades en tomar decisiones
- *Tener falta de iniciativa y motivación
- *Manifestar señales de depresión y agresión
- *Perder el interés en actividades
- *Tener alteraciones en el sueño (Inversión de horarios)
- *Descuido en su higiene

Etapa Intermedia

- *Es muy olvidadizo, especialmente de episodios recientes y nombres de personas
- *Necesita ayuda para su higiene personal, ir al baño, lavarse y vestirse
- *No puede cocinar, limpiar o salir de compras
- *Tener dificultades para hablar
- *Comienza a deambular
- *Se pierde en la casa y en la colonia
- *Puede tener alucinaciones
- *Se torna extremadamente dependiente, requiere vigilancia y supervisión las 24 horas

Etapa Tardía

- *Tiene dificultad al comer
- *No reconoce a familiares, amigos y objetos conocidos
- *Tiene dificultad para entender e interpretar situaciones
- *Se pierde dentro de su propia casa
- *Tiene problemas para caminar
- *Tiene incontinencia urinaria y fecal
- *Se comporta de forma inapropiada en público
- *Está en silla de ruedas o postrado en cama en posición fetal o rígida
- *Sólo emite ruidos²⁹

²⁸ IBIDEM, p. 12

²⁹ AMAES. op. cit. p. 12

Después de haber mencionado esta gran gama de síntomas identificables, pasemos enseguida a otro rubro de esta enfermedad: el diagnóstico, el tratamiento y los costos que esta demencia trae consigo.

1.4 Diagnóstico, tratamiento y costos

El diagnóstico debe ser realizado por profesionales en el área de salud, tal como nos lo explica la AMAES:

"...debe realizarse por un médico especialista: geriatra, neurólogo, psiquiatra o médico internista capacitado.

A la par, esta organización nos menciona que: "este diagnóstico o evaluación médica debe consistir en lo siguiente: historia detallada por medio de un familiar o persona cercana junto con un examen del estado físico y mental del paciente, exámenes de laboratorio e imagen, así como pruebas neuropsicológicas"³⁰

Más adelante, en su manual para la atención de la enfermedad de Alzheimer, esta Asociación nos explica los pasos a seguir para el diagnóstico:

"El diagnóstico temprano sigue siendo clínico, generalmente se hace por exclusión (al descartar otras enfermedades que pueden mostrar los mismos síntomas) y su confirmación definitiva es a través de un examen del cerebro después de la muerte.

"La primera evaluación médica de un paciente con demencia, tiene como meta descartar la posibilidad de un cuadro de demencia reversible y la asociación con enfermedades subyacentes"³¹.

Esta meta se logrará a través del neurólogo el cual:

"... se encargará de elaborar una historia detallada acerca de la vida del paciente y el desarrollo de la enfermedad. Se realizarán exámenes de 1)orientación, 2)funciones del lenguaje, 3)funciones motoras, 4)funciones visuoespaciales, 5)funciones de memoria y 6)funcionamiento intelectual general (razonamiento, cálculo, etc.)"³²

Los cuestionarios que se aplican son:

³⁰ IBIDEM, p. 14

³¹ IDEM

³² ARDILA, Alfredo, op. cit. p.27

Cuestionario corto portátil acerca del estado mental³³

Preguntas pertinentes

1. ¿Qué fecha es hoy (día, mes y año)?
2. ¿Qué día de la semana es?
3. ¿Cómo se llama este lugar?
4. ¿Cuál es su número telefónico?
(Si no tiene, ¿cuál es su domicilio)?
5. ¿Cuántos años tiene?
6. ¿Cuándo nació (día, mes y año)?
7. ¿Quién es el presidente actual de su país?
8. ¿Quién fue el presidente anterior?
9. ¿Cuál era el nombre de soltera de su madre? educación mayor a la media superior.
10. Reste tres a 20 y siga restando tres de cada resultado hasta terminar.

Calificación

- 0-2 errores = intacto
3-4 errores = daño intelectual leve
5-7 errores = daño intelectual moderado
8-10 errores = daño intelectual grave
- Permitir un error más si el sujeto no tuvo educación escolar
- Permitir un error menos si el sujeto no tuvo

Prueba estandarizada del estado mental³⁴

I. ORIENTACIÓN (Calificación máxima 10)

Preguntar "¿Cuál es la fecha de hoy?"

Luego preguntar específicamente las partes omitidas: "¿puede también decirme en qué estación estamos?"

Preguntar "¿puede decirme el nombre de este hospital?"

"¿En qué piso estamos?"

"¿En qué ciudad o poblado estamos?"

"¿En qué condado o municipio estamos?"

"¿En qué estado estamos?"

PUNTOS

Fecha.....

Año.....

Mes.....

Día.....

Estación del año...

Hospital.....

Piso.....

Ciudad.....

Condado.....

Estado.....

II. REGISTRO (Calificación máxima 3)

Preguntar si usted puede comprobar la memoria del sujeto, luego decir "pelota", "bandera", "árbol", con claridad y despacio, en cerca de un segundo cada palabra. Después de decir las tres palabras, pedir al sujeto que las repita. esta primera repetición determina la calificación (0-3), pero deben seguirse diciendo (hasta seis intentos) hasta que la persona pueda repetir las tres palabras. Si no logra aprenderlas finalmente, no puede probarse la memoria de manera confiable.

"pelota".....

"bandera".....

"árbol".....

³³ KANE, Robert. op. cit. p. 64

³⁴ IBIDEM. p. 65

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

III ATENCIÓN Y CÁLCULO (Calificación máxima 5)

Pedir al sujeto que inicie en 100 y cuente en orden inverso con decrementos de siete. Pedir que se detenga después de cinco restas (93,86,79,72,65. Calificar cada número con un punto por:

- "93".....
- "86".....
- "79".....
- "72".....
- "65".....

Si la persona no puede realizar esta tarea, solicitarle que deletree la palabra "tigre" al revés (E,R,G,I,T). La calificación es de uno por cada letra en el lugar correcto, por ejemplo, ERGIT =5, EGIRT =3 registrar como deletreo la palabra el paciente: _____

ERGIT

o
de letras correctas

IV. MEMORIA (Calificación máxima 3)

Pedir al sujeto que recuerde las tres palabras que le pidió recordar antes (registro)

- "pellota".....
- "bandera".....
- "árbol".....

V. LENGUAJE (Calificación máxima 9)

Nombre: Mostrar al paciente un reloj de pulso y preguntarle "¿qué es esto?"

Repetir con un lápiz. Anotar un punto por cada artículo que nombre en forma correcta

- "reloj".....
- "lápiz".....

Repetición: pedir a la persona que repita "Sin excusas, ni pretextos". Asignar un punto si repite en forma correcta.

Repetición.....

Orden en tres etapas: proporcionar al sujeto un trozo de papel blanco y decirle: "tome el papel en su mano derecha, dóblelo a la mitad y colóquelo en el piso. Asignar un punto por cada acción correcta

- Lo toma en mano derecha.....
- Lo dobla a la mitad.....
- Lo pone en el piso.....

Lectura: En un trozo de papel blanco escribir: "cierre sus ojos" en letras de tamaño suficiente para que el paciente las vea con claridad. Pedir al sujeto que lo lea y haga lo que dice. Calificar como correcto sólo si en verdad cierra los ojos

Cierra los ojos.....

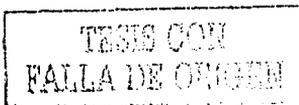
Escritura: proporcionar al paciente un trozo de papel en blanco y pedirle que escriba una frase. Debe escribirla en forma espontánea. Es preciso que tenga un sujeto y un predicado y que tenga sentido. Son necesarias la gramática y la puntuación correcta.

Escribe frase.....

Copia: en un trozo limpio de papel, dibujar pentágonos que se intercepten, cada uno alrededor de 2.5 cm.; pedir al paciente que los copie exactamente como están. Deben estar presentes los 10 ángulos y dos de ellos deben interceptarse para contar como un punto. Deben ignorarse el temblor y la rotación.

Dibujo pentágonos....

CALIFICACIÓN TOTAL _____



En cuanto a los exámenes de imagen, no hay uno que identifique la enfermedad de Alzheimer, sin embargo en una segunda fase, la tomografía computarizada de cráneo, un electroencefalograma, una evaluación psiquiátrica, pruebas neurológicas, resonancia magnética nuclear y tomografía por emisión de positrones son herramientas que se utilizan en el diagnóstico, tal como lo explica la AMAES.³⁵

A la par, esta institución marca que dentro de los exámenes de laboratorio tenemos pruebas en sangre de: biometría hemática, química sanguínea, vitaminas y hormonas tiroideas; examen general de orina, electroencefalograma y radiografías del tórax, son las que se aplican de rigor.³⁶

Toda vez que se ha diagnosticado un cuadro demencial, el médico tratará de determinar el origen o causas del padecimiento (ya sea por tumores, infartos cerebrales, o atrofia cortical) tal y como lo señala el libro Cómo entender y cuidar a nuestros ancianos en casa³⁷

Para llegar a esclarecer este punto, los médicos utilizan una serie de criterios, los cuales son:

Criterios de la NINCDS-ADRDA para el diagnóstico clínico de la enfermedad de Alzheimer³⁸

- I. Los criterios para el diagnóstico clínico de la enfermedad probable de Alzheimer incluyen:
 - A. Demencia establecida por la exploración física y documentada por la miniprueba mental (cuadro anterior), la escala de demencia Blessed o algún examen parecido, y confirmada por pruebas neuropsicológicas
 - B. Deficiencias en dos o más áreas cognitivas
 - C. Agravación progresiva de la memoria y otras funciones cognitivas
 - D. Sin alteraciones de la conciencia
 - E. Inicio entre los 40 y 90 años de edad, con más frecuencia después de los 65 años
 - F. Ausencia de trastornos sistémicos de otras enfermedades cerebrales que pudieran explicar por sí mismas las deficiencias progresivas en la memoria y función mental

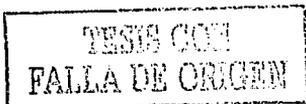
³⁵ AMAES, Manual de atención: La enfermedad de Alzheimer, recomendaciones para un cuidado de calidad, p. 15

³⁶ IDEM

³⁷ ARDILA, Alfredo op. cit. p. 27

³⁸ KANE, Robert, op. cit. p. 85

NINCDS-ADRDA: National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke. Alzheimer's Disease and Related Disorders Association.



II. El diagnóstico de enfermedad de Alzheimer *probable* se sustenta en:

- A. Deterioro progresivo de funciones cognitivas específicas como el lenguaje (afasia; alteración del lenguaje), habilidades motoras (apraxia; incapacidad para realizar actividades motoras a pesar de la comprensión intacta y función motora normal) y percepción (agnosia)
- B. Alteración de las actividades de la vida diaria y patrones anormales de comportamiento
- C. Antecedente familiar de trastornos parecidos, sobre todo si se confirmaron por medios neuropatológicos
- D. Resultados de laboratorio de:
 - 1. Punción lumbar según técnicas normales
 - 2. Patrón normal o cambios inespecíficos en el EEG, como aumento en la actividad de ondas lentas
 - 3. Signo tomográfico de atrofia cerebral con progresión comprobada por exámenes en serie

III. Otras características clínicas consistentes con el diagnóstico de *probable* enfermedad de Alzheimer, después de excluir causas de demencia distintas a esta enfermedad, incluyen:

- A. Mesetas en la evolución de la enfermedad
- B. Síntomas depresivos relacionados, insomnio, incontinencia, ilusiones, alucinaciones, brotes verbales, emocionales o físicos catastróficos, trastornos sexuales y pérdida ponderal
- C. Otras anomalías neurológicas en algunos pacientes, sobre todo con la enfermedad más avanzada, incluyen signos motores como el aumento del tono muscular, mioclonos o alteraciones de la marcha
- D. Convulsiones en etapas avanzadas
- E. Tomografía computarizada normal para la edad

IV Características que hacen que el diagnóstico de enfermedad de Alzheimer *probable* sea incierto o poco probable incluyen:

- A. Inicio súbito o apopléctico
- B. Hallazgos neurológicos focales como hemiparesia, pérdida sensorial, deficiencias del campo visual y falta de coordinación al inicio de la evolución
- C. Convulsiones o trastornos de la marcha al inicio o en una fase muy temprana de la enfermedad

V. Diagnóstico clínico de posible enfermedad de Alzheimer:

- A. Puede establecerse con base en el síndrome de demencia, si no hay otros trastornos neurológicos, psiquiátricos o sistémicos suficientes para ocasionar demencia; también en presencia de variaciones en el inicio, presentación o evolución clínica
- B. Puede establecerse en caso de un segundo trastorno cerebral o sistémico suficiente para producir demencia, que no se considera como la causa de la demencia
- C. Debe usarse en los estudios de investigación cuando se identifica un solo defecto cognoscitivo progresivo en ausencia de otra causa identificable

VI Criterios para el diagnóstico de la enfermedad Alzheimer definitiva:

- A. Criterios clínicos para probable enfermedad de Alzheimer
- B. Prueba histopatológica obtenida por biopsia o autopsia

VII La clasificación de la enfermedad de Alzheimer para fines de investigación debe especificar las características que pueden diferenciar los subtipos de la enfermedad, como:

- A. Presencia en la familia
- B. Inicio antes de los 65 años
- C. Presencia de insomnia 21
- D. Coexistencia de otras alteraciones relevantes, como la enfermedad de Parkinson

Con respecto al tratamiento que se le da a esta enfermedad, el autor Kane nos refiere que: "Aunque no se dispone de una cura completa en la mayor parte de los casos de demencia, el tratamiento óptimo puede lograr mejoras en la capacidad funcional de estas personas, así como en su bienestar integral"³⁹

Los principios clave en el tratamiento de la demencia son:⁴⁰

Optimizar la función del paciente

- o Tratar las enfermedades subyacentes (hipertensión p. ej.)
- o Evitar el uso de fármacos con efectos colaterales en el sistema nervioso central (a menos que se requiera para el tratamiento de trastornos psicológicos o del comportamiento)
- o Valorar el ambiente y sugerir modificaciones, si es necesario
- o Fomentar la actividad física y mental

³⁹ KANE, Robert. op. cit. p.97

⁴⁰ IDEM

- o Evitar situaciones que afecten a las capacidades intelectuales; utilizar auxiliares de la memoria siempre que sea posible
- o Preparar al paciente para los cambios de localización
- o Hacer énfasis en la buena nutrición
- o Identificar y tratar las complicaciones
- o Vagabundeo y otros riesgos
- o Trastornos del comportamiento
- o Depresión
- o Agitación o agresividad
- o Psicosis (ilusiones y alucinaciones)
- o Incontinencia

Proporcionar cuidado continuo

- o Nueva valoración de la función cognoscitiva y física
- o Tratamiento de enfermedades

Brindar información médica al paciente y su familia

- o Naturaleza de la enfermedad
- o Extensión del daño
- o Pronóstico

Proporcionar información del servicio social al paciente y su familia

- o Recursos comunitarios para atención de la salud (guarderías, ayuda doméstica, asistencia domiciliaria de salud)
- o Asesoría legal y financiera

Brindar asesoría a la familia para

- o Identificación y solución de conflictos familiares
- o Manejo de la ira y de la culpa
- o Decisiones respecto al cuidado institucional
- o Preocupaciones legales
- o Aspectos éticos

A la par este autor nos apunta que "...deben tratarse los problemas como el insomnio, la depresión, la ansiedad, la agitación, las ilusiones paranoides y otras formas de psicosis. Las medidas de apoyo suelen aplicarse con mucho éxito, lo que obvia la necesidad de un tratamiento farmacológico. Los medicamentos no deben usarse como restricciones químicas en estos pacientes, solo deben indicarse cuando la ansiedad, agitación o insomnio angustien al paciente o sean destructivas para el ambiente. El adiestramiento de la familia o las personas que lo atiendan acerca de las técnicas apropiadas de interacción y comportamiento quizá ayuden a evitar el uso excesivo de fármacos psicotrópicos"⁴¹

⁴¹ IBIDEM p. 98

En relación a esto, una página de internet nos señala que los medicamentos autorizados para el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer son Tacrine (Cognex) autorizado en 1993 y Donepezil hydrochlorine (Aricept) autorizado en 1996.⁴²

Por su parte, Ardila nos refiere que el deterioro del mal de Alzheimer puede frenarse si se crean para el paciente ciertas condiciones adecuadas, como son: estimulación permanente, conservación de alguna actividad, reaprendizaje continuo y estimulación para que el paciente realice personalmente todas aquellas actividades que le sean posibles, de esta manera no se impedirá que el padecimiento retroceda, sino que su avance será, relativamente más lento⁴³

Por ser el Alzheimer una enfermedad que todavía no tiene cura; los investigadores de todo el mundo trabajan en encontrar alguna sustancia que ayude a dar un gran paso en la solución definitiva para el tratamiento eliminatorio de este tipo de demencia así como evitar que se desarrolle en la gente.

Muestro ahora los avances científicos que hasta la fecha se han logrado en este campo de la investigación científica:

"...los estrógenos ayudan a prevenir la enfermedad Alzheimer o incluso a curar algunos de sus síntomas. Lo averiguado hasta ahora es muy alentador; a saber que la enfermedad es menos frecuente entre las mujeres que tomaron estrógenos después de la menopausia, y que el deterioro mental senil resulta menos intenso entre las ancianas que siguen sometidas a una terapia de restitución hormonal. En experimentos de laboratorio se ha demostrado que los estrógenos estimulan el crecimiento de las neuronas de las regiones cerebrales a las que afecta la enfermedad Alzheimer"⁴⁴

Sin embargo, la página de Internet de la Asociación Internacional de Enfermedad de Alzheimer (ADI) nos señala que :

"...la terapia de estrógenos en la enfermedad de Alzheimer, sugiere que los estrógenos no deben de ser usados en el tratamiento de la demencia una vez que la enfermedad está establecida en mujeres a quienes se les haya practicado una histerectomía"⁴⁵

Los anti-inflamatorios también son sustancias a las que suelen recurrir los doctores; entre estos encontramos el ibuprofeno que, según la página oficial de Internet, tomado por periodos cortos (dos años) muestran la reducción del riesgo de desarrollar el mal de Alzheimer⁴⁶

⁴² www.alzheimer.org octubre 2000

⁴³ ARDILA; Alfredo. op.cit. p.24

⁴⁴ SELECCIONES DE READER'S DIGEST, Noticias del mundo de la medicina p.17, marzo 1997

⁴⁵ www.alzheimers.org enero 2001

Histerectomía: extirpación quirúrgica del útero (MICROSOFT, op. cit. Histerectomía)

⁴⁶ www.alzheimers.org enero 2001

Por su parte, la AMAES nos informa que los medicamentos utilizados en México son el Exelon, Eranz y próximamente saldrá al mercado el Remynil.⁴⁷

Finalmente tenemos que, según un artículo encontrado en una revista de circulación nacional, la risperidona (droga utilizada en el tratamiento de la esquizofrenia) administrada en pequeñas dosis puede aliviar los delirios, la paranoia y la agresividad que se presentan a lo largo del desarrollo de la enfermedad.⁴⁸

Aun así es lamentable que aún no se tenga el tratamiento certero para curar esta enfermedad y que, aunque la ciencia está poniendo todo su empeño en encontrar la última pieza del rompecabezas para la solución a este problema de salud, hoy en día el mejor tratamiento que se le puede dar a estos enfermos radica en nuestros cuidados.

Otro de los aspectos a los que se ha de enfrentar la familia del enfermo serán los costos que el cuidado y vigilancia médicos representarán, a continuación daré un esbozo sobre los gastos que hoy en día se desembolsan para la atención necesaria de estos pacientes:

⁴⁷ Entrevista realizada a Claudia Salazar Arenas. Noviembre 2000

⁴⁸ SELECCIONES DEL RIDER'S DIGEST. Noticias del mundo de la medicina. Septiembre 1998

Costos para el cuidado del enfermo de Alzheimer

Concepto	Costo aproximado
Médicos:	
Neurólogo* (consulta particular)	\$200 a \$400 pesos por consulta (una vez al mes)
Geriatra* (consulta particular)	\$200 a \$400 pesos por consulta (una vez al mes)
Estudios clínicos:	
Tomografía axial computada*	\$2,337 pesos °
Electroencefalograma*	\$ 659 pesos °
Examen general de orina*	\$ 88 pesos °
Biometría hemática*	\$ 130 pesos °
Perfil hepático*	\$ 572 pesos °
Medicamentos:	
Exelon	\$ 417 pesos ◊
equipo especializado para el cuidado del enfermo:	
silla de ruedas •	renta \$ 300 pesos mensuales venta \$ 990 pesos
silla de baño •	venta \$ 650 pesos
enfermera-cuidadora	\$ 300 pesos diarios por cuidado de 12 horas
centros de atención diurna	
públicos	aportación simbólica de recuperación
privados	\$ 50 hasta \$400 pesos diarios
asilos	
asilo privado	\$ 7,000 hasta \$10,500 pesos mensuales
asilo público o casa hogar para ancianos	aportación simbólica de recuperación

*estos conceptos no son aplicables a la personas con derechohabencia en el sistema de salud del gobierno

°precios emitidos por el laboratorio del Chopo

◊ precio otorgado por Farmacia Paris

• precios otorgados por la alquiladora HETZMEK

Precios vigentes a febrero de 2001

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Capítulo 2

El maltrato psicológico y físico del enfermo de la tercera edad con Alzheimer

2.1 La familia y la enfermedad de Alzheimer

“La persona de la tercera edad al igual que todo individuo, necesita mantener interacción con los demás, necesita comunicarse, intercambiar experiencias, dar y recibir atención, afectos, cuidados, etc., que lo hagan sentir que aún cuenta para todos aquellos con que se relaciona”.

“La familia, como grupo en el que se desarrolla y al que pertenecen la mayoría de los individuos, es para el adulto mayor una de las principales fuentes de apoyo social con la que puede contar, constituye la ayuda emocional (confianza, compañía, orientación, etc.) e instrumental (ayuda financiera, ayuda para las labores de la casa, etc.) que requiere, sobre todo en los periodos de crisis como pueden ser las enfermedades crónicas”.⁴⁹

Lo anterior es una concepción armónica de lo que debe ser la familia para el adulto mayor, pero en la realidad, es triste ver que la enfermedad de Alzheimer se convierte en una gran piedra en el camino de las relaciones entre los adultos mayores y la familia.

El doctor Kane nos dice en su libro que: “la familia es el principal objetivo de las estrategias para ayudar en el tratamiento de los pacientes con demencia en ambientes no institucionales. Para los familiares, la atención de un paciente representa estrés físico, emocional y financiero. La información acerca de la enfermedad misma y el grado de deterioro y los recursos comunitarios útiles en el tratamiento de estos pacientes suelen tener importancia crítica para la familia y otras personas que los cuidan. Puede ser primordial anticipar y enseñar a los familiares estrategias para enfrentar problemas frecuentes de comportamiento relacionados con la demencia como vagabundeo, incontinencia, inversión del día y la noche y agitación nocturna.

“La asesoría familiar es de utilidad para el manejo de los aspectos como la culpa y las decisiones acerca del internamiento en una institución, del manejo del capital del paciente y los cuidados terminales. Debe animarse a los familiares a procurar el descanso durante la atención del paciente con objeto de que tengan un tiempo para ellos mismos”.⁵⁰

Al llegar la enfermedad de Alzheimer al seno de una familia, ésta por muy unida que sea, se desatan reacciones que aunque en cada caso son variadas, siempre

⁴⁹ NOLASCO, Ma. Del Rocío, VENTURA, Margarita. Análisis comparativo entre la autoestima de la anciana de la familia y la anciana de asilo .p.62

⁵⁰ KANE, Robert, op. cit. p.99

siguen un patrón determinado de acción, tal y como lo explica la trabajadora social Ma. Luisa Calzada Mancera:

"Las modificaciones en los roles y las costumbres de las familias a menudo conducen a conflictos y malentendidos que muchas veces hacen salir a flote desavenencias, resentimientos y desacuerdos en las expectativas de un miembro de la familia hacia otro".

"El progreso del deterioro del paciente, sus cambios de personalidad y la incapacidad de la familia para adaptarse a sus necesidades, desatan una serie de sentimientos hacia el enfermo que pueden poner en riesgo la dinámica y la integración familiar".

"Entre otros problemas podemos encontrar rencor, tristeza, culpabilidad, estrés, resurgimiento de conflictos en el pasado no resueltos, rechazo, ira, vergüenza, confusión, temor, frustración y maltrato".⁵¹

Desde el primer momento en que la familia se entera de la enfermedad del adulto mayor, se comienza a vivir un duelo el cual consta, según esta trabajadora social, de las siguientes etapas:

- **Negación:** Al aceptar que el diagnóstico podría ser real, se inicia una especie de regateo, con los médicos y profesionales de la salud, con la vida, y hasta con dios, a cambio de que el paciente mejore y regrese a ser como antes.
- **Rabia y frustración:** La impotencia de encontrar una solución acusa rabia, ocasionada por un sentimiento de frustración y de culpa.
- **Depresión:** Ocasionada por la tristeza y el sentimiento de desesperanza que provoca el continuo deterioro del ser querido.
- **Aceptación:** Ya no es tan fuerte la angustia y se implantan una nueva forma de vida que permita un manejo más adecuado del paciente.⁵²

Para explicar esto de manera más profunda, encontramos que el libro: *Enfermedad de Alzheimer: una guía para la familia*, en forma amena y clara nos explica por qué es que se actúa de esta forma:

"Nos decimos que, tal vez, los médicos están equivocados... nuestra capacidad para querer a los demás nos hace vulnerables cuando aquellos a quienes amamos nos lastiman o desilusionan; y cuando se encuentra en peligro, nos

⁵¹ CALZADA, Ma. Luisa. *La sombra del maltrato*. Revista Consulta Médica, agosto 2000, p.12

⁵² IBIDEM p.13

volvemos indefensos ante el dolor. Para no sentir dicho dolor, respondemos negando el sentimiento”.

“Esta negación instantánea forma parte de un mecanismo de adaptación a ideas y acontecimientos que son tan terribles que resulta imposible comprenderlos de una vez, nos ayuda a aturdir y adormecer nuestras emociones”.

“Las negaciones en la familia pueden existir hasta que los actos del enfermo se vuelven tan extraños que ya no pueden ignorarse; la negación de la enfermedad del pariente impide, de esta manera satisfacer las necesidades reales”.

“Sin embargo, la familia, aun después que haya agotado todos los recursos de los médicos y los medicamentos de los investigadores, puede continuar la búsqueda de un fármaco que devuelva la memoria a sus parientes. Esta es otra forma de negación”.

“Aunque ‘la esperanza es lo último en morir’ y debemos sentirnos esperanzados para seguir viviendo, el gasto de energías emocionales y físicas, así como de recursos económicos es, después de cierto punto, una forma de negación”.⁵³

Después de haber explicado el concepto de la negación y cómo es que este fenómeno se presenta en las familias con pacientes enfermos de Alzheimer, demos paso a uno de los puntos centrales de este trabajo: los conflictos intra familiares.

2.2 Conflictos intra familiares

2.2.1 El maltrato físico y psicológico

Este es el punto neurálgico de lo que nos compete, ¿acaso en nuestros más extraños sueños pudimos imaginar que los adultos mayores pueden ser víctimas de todo tipo de maltrato, desencadenado por tener una enfermedad de la cual ellos no tienen control?, ¿cómo es posible que a nuestros padres o abuelos quienes nos ofrendaron toda una vida de amor, respeto, cariño y cuidados sean los mismos a quienes por fastidio, desesperación, ignorancia o desidia tratemos mal en todos los sentidos?, ¿por qué lastimar sus cuerpos y mentes confundidas y perdidas en la nada?, ¿será una buena excusa el que no recuerde los últimos acontecimientos para desquitarnos por cualquier manera y de cualquier modo de una enfermedad que incomoda más al cuidador que al mismo enfermo?, ¿por qué se repiten constantemente los actos de saqueo de pertenencias y cuentas bancarias a quienes, a pesar de tener la mente inactiva, merecen nuestro total respeto y consideración?, ¿será acaso que la salud y el respeto del enfermo es lo que pasa a segundo plano y nuestra avaricia o codicia es lo que debe imperar en nuestro mundo, donde tenemos el total control sobre las pertenencias del enfermo y podemos disponer de ellas a nuestro antojo?.

⁵³ POWELL, Leonore. op. cit. p. 49

A simple vista podrían resultar exageradas estas preguntas, pero tener la certeza de que en el universo donde viven las personas que conocen o atienden a un enfermo con Alzheimer, esto es el pan de todos los días; el asombro al que se puede llegar al dar cuenta de lo que es capaz la misma familia por relegar al enfermo y no cuidarlo hasta de hacer auténticos actos de rapiña con sus pertenencias es algo que, aunque inaudito, sucede con más frecuencia de la que usted se imagina.

Es en este momento cuando la enfermedad pasa a ser sólo un factor de un problema real y cotidiano: el maltrato. Para esclarecer un poco este asunto recurriré a la voz de las personas que diariamente luchan contra este problema social.

La trabajadora social Ma. Luisa Calzada, quien trabaja en la Fundación Alzheimer: alguien con quien contar, nos explica sobre el maltrato:

“Un gran porcentaje de enfermos con demencia es víctima de maltrato por abuso y omisión, e incluso es tratado a golpes. Desafortunadamente muy pocas ocasiones son denunciadas tales conductas y lo más lamentable de dicho maltrato se observa por lo general en el hogar”.

“El grado con que el maltrato físico a los enfermos de demencia perdura, se verá reflejado en un daño tanto para el paciente como para la familia y la misma sociedad”.

“Algunos signos de abuso físico son: rasguños, heridas, moretones, torceduras, luxaciones, quemaduras, escaldaduras, heridas en la cabeza, huesos rotos, articulaciones inflamadas o adoloridas, somnolencia y modorra. Lo que ocasiona el miedo hacia los familiares o tutores, deseo de evitarlos, pasividad o irritabilidad exagerada, rechazo al contacto físico, necesidad excesiva de afecto, miedo de regresar a casa o a visitar a algún familiar en particular, cambios repentinos de humor (de ruidoso a tímido, de activo a aislado, de pasivo a agresivo), problemas para controlar esfínteres, dificultad para dormir y pesadillas”.⁵⁴

2.2.2 La culpa

Primero habré de explicar que es la culpa. Para ello referiré nuevamente a la autora Powell, quien nos dice:

“El propósito de la conciencia es hacer que el individuo sea responsable ante un grupo; ésta nos ayuda a sentirnos bien cuando nos encontramos en armonía con los parámetros originales y los valores de nuestros padres, pero cuando cometemos errores o nos comportamos de manera egoísta e ignoramos los intereses de los demás, nos enfrentamos a un castigo infligido por nosotros

⁵⁴ CALZADA, Ma. Luisa, Fórmulas para evitar el maltrato físico en pacientes con demencia, Revista Consulta Médica, agosto 2000, p.15

mismos. Dicho castigo es un dolor constante que se convierte en un compañero inseparable; el dolor constante es un sentimiento de culpa. La culpa nos dice que no hemos aprobado nuestra conducta⁵⁵.

"Dentro de la culpa que se maneja en la familia donde hay un enfermo con Alzheimer, se desprende la culpa por perder el control; los miembros de la familia suelen sentirse culpables cuando se enfadan por el comportamiento de la persona enferma, aún sabiendo que el paciente no puede controlar su conducta, sin embargo la mayor parte del tiempo las personas tienen poca conciencia de lo que hacen y no buscan lastimar, de manera intencional, a su pariente".⁵⁶

Más adelante, este mismo autor nos explica que: "...la culpa es difícil de disipar. Es como un dolor constante que puede convertirse en un compañero incansable que agobia a los miembros de la familia y los hace ser especialmente duros con ellos mismos. Es necesario reconocer que han hecho todo lo posible según los conocimientos intelectuales que poseen y sus recursos emocionales, para evitar sentimientos de culpa".⁵⁷

A la par, este autor nos maneja un antídoto para disipar la culpa de los cuidadores que ya no saben que hacer con sus enfermos, el cual versa así: "repetir varias veces: soy una persona decente, hago todo lo que puedo, no soy culpable. Aférese a esta idea y no permita que lo manipulen o lo intimiden para hacerle sentir culpable. Recuerde también que en ocasiones, la mayoría nos sentimos culpables por cosas en las que la culpa no está justificada.

Hablar de sus sentimientos de culpa con un psicoterapeuta o un buen amigo puede ser de gran utilidad, y a la vez le aliviará del peso de esa incómoda emoción".⁵⁸

2.2.3 La delegación de responsabilidad en los cuidadores

Cuando se tiene un enfermo con Alzheimer es muy frecuente que se escuchen decir frases como: es tu madre (o padre), tú cuidala(o)... yo tengo que trabajar, tienen que ver quien la(o) va a cuidar... hace cosas muy extrañas yo no me hago responsable si algo le pasa...yo no tengo tiempo de estar atendiéndola(o)...yo me desespero a mí ni me la(o) dejen... yo por qué la(o) voy a cuidar si no soy siquiera de su familia... es que no tengo espacio para tenerla, mejor llévensela(o) otro lugar...yo siempre la(o) cuido, ya te toca...yo no puedo ni me la(o) dejen...ya estoy harta de ser siempre yo el que la(o) cuida, tiene más familia que bien se puede hacer cargo...es que mi marido o mis hijos se enojan porque está aquí ensuciando todo...los que la cuidan ni siquiera están al pendiente, nada más la(o) mantienen sedada(o)...yo no la(o) puedo cuidar porque ya estoy muy grande para darle todas

⁵⁵ POWELL, Leonore, op. cit. p.99

⁵⁶ IBIDEM p.107

⁵⁷ IBIDEM, p.118

⁵⁸ IDEM

las atenciones que requiere...mejor vamos a pagar con su pensión un asilo para que ahí la(o) aguanten y si falta pues nos cooperamos...

Lo más lamentable de esta situación es que aunque sea muy duro escuchar semejantes aseveraciones, la mayoría de las ocasiones traen al enfermo de un lado para otro como si fuese un mueble viejo inservible y estorboso, lo que ayuda a una mayor desorientación en el paciente, ya que las constantes mudanzas debidas al "ya te toca a ti" hacen que su mente, confusa de por si, se pierda más cada vez.

Sin embargo hay algo de lo que los familiares no saben y que si lo supieran pensarían dos veces en maltratar o abandonar a sus enfermos, esto es la ley.

Efectivamente, la ley ha pensado en estos casos y existe una legislación que los protege y que, en caso de aplicarla mediante una denuncia de maltrato, puede causar graves dolores de cabeza a los familiares y cuidadores inconscientes, los cuales si se niegan a cumplirla pueden ser objeto de enjuiciamientos y penas legales.

Una de las principales es la Ley de los derechos de las personas adultas mayores en el Distrito Federal, la cual se conforma de 50 artículos, entre los cuales tenemos:

"Art.5: Derechos de las personas adultas mayores:

A)De la integridad y dignidad

III. A una vida libre de violencia

V. A ser protegidos contra toda forma de explotación

VIII. A vivir en entornos seguros, dignos y decorosos que cumplan con sus necesidades y requerimientos.

B)De la certeza jurídica y familia

I. A vivir en el seno de una familia

II. A recibir un trato digno y apropiado cuando sean víctimas

C)De la salud y alimentación

I. A tener acceso a los satisfactores necesarios, considerando alimentos, bienes, servicios y condiciones humanas o materiales, para su atención integral

II. A tener acceso a los servicios de salud

Más adelante, el título tercero de esta ley nos muestra las responsabilidades de la familia, las cuales son:

Art. 6.-La familia de la persona adulta mayor deberá cumplir su función social, por tanto de manera constante y permanente deberá hacerse cargo de cada una de las personas adultas mayores que formen parte de ella, conociendo sus necesidades, proporcionándoles los elementos necesarios para su atención integral.

Art. 8.-La familia tendrá las siguientes obligaciones:

- I. Otorgar alimentos
- II. Fomentar la convivencia familiar cotidiana, donde la persona adulta mayor participe activamente, y promover al mismo tiempo valores que incidan en sus necesidades afectivas, de protección y de apoyo
- III. Evitar que alguno de sus integrantes, cometa cualquier acto de discriminación, abuso, explotación, aislamiento, violencia, actos jurídicos que pongan en riesgo su persona, bienes y derechos”.⁵⁹

Para esclarecer más a fondo el problema de “yo por qué, cuidalo tú”, tenemos que aceptar una serie de situaciones tal como Ardila nos explica:

“...Tenemos que aceptar que se trata de un miembro de la familia; aceptar que está enfermo; aceptar que el paciente ha cambiado notoriamente; aceptar que la familia tiene la obligación moral, social y legal de cuidarlo y responder por él. Existe siempre una jerarquía de responsables legales, para cuando una persona no pueda responder por sí misma y se encuentre incapacitada. Los padres tienen la obligación, no solo moral, sino también legal de responder por sus hijos, pero los hijos tienen también la responsabilidad, no solo moral, sino también legal, de cuidar de sus padres cuando estos se encuentren incapacitados o en estado de demencia”.⁶⁰

Sin embargo por mucho que lo puntualicemos en este apartado, es muy difícil que la gente proceda legalmente contra aquellos familiares que faltan a sus obligaciones legales, ya que el temor de desatar conflictos con los demás familiares es mayor y, aunque el enfermo debiera ser el que denuncie el maltrato o el despojo, difícilmente podrá hacerlo debido a su estado mental, lo que convierte esto en un problema sin salida para el enfermo quien es el que tiene que recibir los cuidados de la manera en que sus cuidadores se los propinen y aguantar y esperar lo que la santa voluntad de su cuidador desee hacer con él.

⁵⁹ ASAMBLEA LEGISLATIVA DEL DISTRITO FEDERAL, Lev. de los derechos de las personas adultas mayores en el Distrito Federal, arts. 5, 6, 8

⁶⁰ ARDILA, Alfredo, op. cit. p.30

2.2.4 La ira

Este tipo de sentimiento es uno de los cuales los cuidadores o familiares de enfermos con Alzheimer sentimos más de una vez al día, ya que el comportamiento del enfermo nos llega a desesperar y, como si fuese una olla de presión, llega un momento en el cual por más paciencia que se desee tener con el enfermo, la intolerancia hace su aparición y puede derrumbar en un segundo todo lo que habíamos ganado con nuestro enfermo.

Sin embargo, trataré de explicar a través de voces calificadas por qué es que la ira hace su aparición en escena.

Powell nos explica que "casi todos los que viven con una persona que tiene deterioro de la memoria conocen estos sentimientos. La gente que pierde la memoria a menudo se comporta de maneras extrañas o inesperadas, las cuales nos resultan frustrantes, agotadoras y embarazosas.

"Estas conductas nos provocan sentimientos de enojo, impaciencia, irritación, resentimiento, furia y rabia, todo lo cual queda abarcado por la emoción conocida como ira"⁶¹.

Más adelante nos explica que: "La ira es una respuesta humana hacia la frustración, el desencanto y el pesar. Al sentir ira nos protegemos del dolor de sentirnos indefensos, vulnerables; que la pérdida de la memoria en las actividades más rutinarias (cepillarse los dientes, amarrarse las agujetas, leer la hora en el reloj, etc.) ocasiona la necesidad de hacerles recordatorios y brindarles ayuda constante lo que hace incrementar nuestra fuente de irritación y deviene la ira como el resultado de nuestra frustración".⁶²

Es difícil de entender cómo es que una persona pierde el control y sucede la ira en él, pero créanme que cuando se vive una situación así es muy fácil saltar de una emoción a otra, eso de que no se le tenga la paciencia necesaria es falso ya que cuando llegamos a estallar en ira es porque hemos tenido ya un largo camino de paciencia y dedicación y vemos que nuestros esfuerzos, los cuales fueron llevados al máximo, no han servido de nada pues el enfermo no nos ayuda en gran cosa; el problema posterior es la gran culpa que nos acecha después de haber estallado en ira y esos sentimientos son todavía más difíciles de manejar.

El mismo autor nos señala que: "a veces nos domina la exasperación debido a que nos avergüenza la conducta de nuestro pariente, y también porque tenemos que soportar las miradas de amigos y desconocidos".⁶³

⁶¹ POWELL, Leonore, op. cit. p.61

⁶² IBIDEM, p. 62

⁶³ IBIDEM, p.65

"Lo más lamentable de esto es que algún acto del enfermo nos provoca y es el paciente quien recibe la descarga de nuestra ira ; en el momento desaparece nuestra comprensión intelectual de que el paciente no es responsable de su conducta. En ese instante quizá lastimemos a la persona que nos ocasión la incomodidad"⁶⁴; tal como lo explica ese mismo autor.

Es prudente apuntar en este momento que la ira, aunque usted no lo crea, le puede hacer llegar a extremos que jamás pensó llegar algún día con su enfermo; se suceden desde los gritos, los golpes, el descuido y el total abandono de estas personas por parte de los cuidadores quienes no aprendieron a manejar su ira y terminaron con el consecuente estado de culpabilidad por haber estallado de tal o cual forma ante su indefensa familiar.

Es entonces que uno es parte ya del círculo vicioso del cuidado del enfermo: "ira/ estallido/ culpa/ mas ira"⁶⁵; como nos lo especifica Powell en su libro.

2.2.5 La depresión

Empecemos por determinar que es la depresión, Powell nos dice que: "...cuando nos sentimos tristes, infelices, desanimados, preocupados, inquietos, nerviosos, irritables, dominados por la angustia, disgustados con nosotros mismos y embargados por una intensa culpa, agobiado, agitado, desesperanzado, irritado por pequeños obstáculos, si su apetito ha desaparecido y su sueño es intranquilo eso es una forma de depresión la cual es una experiencia física y emocional."⁶⁶

Continua diciendo que los síntomas físicos, entre otros son: "dolor de cabeza, mareos y desmayos, visión borrosa, latido cardiaco acelerado (taquicardia), pérdida de control corporal (dejar caer las cosas), problemas respiratorios (pesadez en el pecho), sensación quemante en los alto y detrás de la cabeza, estreñimiento y diarrea, agruras o náuseas".⁶⁷

Más adelante este mismo autor nos apunta que: "los cuidadores también experimentan sentimientos de soledad y aislamiento social al descubrir que se encuentran solos con su carga. Se alejan de amistades y evitan otras relaciones; a su vez las otras personas se alejan de ellos; los otros miembros de la familia se alejan porque les espanta ver a la persona enferma y no les gusta presenciar su conducta, a veces extraña."⁶⁸

Estar al pendiente de una persona con Alzheimer es avasallador ya que "...en algún momento, durante el transcurso de la enfermedad de un pariente, muchos cuidadores comienzan a sentirse inútiles e impotentes; en consecuencia

⁶⁴ IBIDEM p. 69

⁶⁵ IBIDEM, p. 80

⁶⁶ IBIDEM p. 80

⁶⁷ IBIDEM, p..81

⁶⁸ IBIDEM, p. 90

experimentan apatía, indiferencia, nerviosismo, irritabilidad, disminución de la vitalidad física y de la energía mental, y una disminución general de la fuerza...como cuidadores descuidamos la necesidad de descansar suficiente e ingerir buenos alimentos, luego nos colocamos en situaciones de estrés crónico que pueden orillarnos a una depresión".⁶⁹

Más adelante, este autor nos especifica que: "la depresión que sucede en los cuidadores es del tipo reactiva, es decir son precipitadas por la enfermedad del familiar; mientras avanza la enfermedad, el cuidador ve que su bienestar y su futuro serán totalmente modificados y que cuando la enfermedad llegue a sus últimas consecuencias pues irremediablemente perderá a su ser amado, este sentimiento se incrementa cuando la pérdida que sufrirá será muy grande y su pesar y duelo serán inconsolables".⁷⁰

Es de este modo como la depresión se encuentra arraigada también al cuidador a quien, aunque lo desee con todas sus fuerzas, el desgaste físico y emocional que representa el cuidar a ese tipo de enfermos se hará presente y tratará de acabar con su buena disposición y su mente por más apacible que ésta sea.

2.3 La marginación del enfermo

Es triste reconocer que además de todos los anteriores estadios que presenta y sufre un enfermo con Alzheimer, hay que sumarle la marginación a la que sus familiares lo condenan.

"La vergüenza social que esta enfermedad demencial produce en la familia se debe a la falta de cultura de la misma y a la confusión de la locura con la demencia, llevando de este modo al enfermo a la marginación ya que los familiares lo mantienen escondido o en el mutismo".⁷¹

En este sentido, el Doctor Alejandro Uribe nos remite que: "la marginación que padecen estos enfermos, a la par de ser por vergüenza social, es además una actitud castigadora, ya que los relegan para no atenderlos ya que es muy agobiante su cuidado además de no exhibirlos ante las amistades debido a los comportamientos impropios que estos pacientes pueden mostrar y antes de pasar vergüenzas se prefiere aislarlos. Además nos explica que la marginación que padecen estos pacientes demenciados, crece conforme el deterioro se va acrecentando".⁷²

⁶⁹ IBIDEM, p. 91

⁷⁰ IBIDEM, p. 93

⁷¹ Dra. Luz Esther Rangel López, entrevista realizada el 29 de mayo de 2001, INSEN

⁷²Dr. Alejandro Uribe Hernández, entrevista realizada el 23 de junio de 2001. PEMEX

2.4 El avance de la enfermedad y su relación directa con la disminución en la dignidad y las calidad de vida que los familiares dan al enfermo

Es causa de disgusto ver como a medida de que pasa el tiempo y los actos de nuestro enfermo se van volviendo cada vez más incomprensibles y frustrantes para nosotros, se va perdiendo a la vez la dignidad y la calidad de vida que nosotros debemos brindarle al enfermo, esto a causa de nuestra falta de paciencia o desgano por mejorarles un poco la vida de la mejor manera rescatable con todas las limitaciones que esta enfermedad mental conlleva.

Quizá el que no haya remedio para evitar el progreso de la enfermedad tarde o temprano nos lleve a decir "ya para qué", y nos olvidamos por completo de que aunque nuestro enfermo sea una persona confundida en su mundo de nada, merece todo nuestro respeto y dedicación porque estas personas han perdido la memoria no su valor como seres humanos merecedores de todo nuestro respeto.

Entonces, por qué en tanto más avanza la enfermedad más descuidamos de él, ya sea por una situación de hartazgo o de indiferencia. Aunque lo anterior suene patético, déjeme decirle que esto sucede y muy a menudo, por ello las organizaciones mundiales dedicadas a la enfermedad de Alzheimer, en un afán de terminar con estas situaciones, nos presentan una serie de estatutos que llevan la intención de ayudar a mantener la calidad de vida de los enfermos con este padecimiento.

La Alzheimer's Disease International (ADI) emitió en el año de 1999, una carta de principios para el cuidado de las personas con demencia y sus cuidadores.

"1.- La enfermedad de Alzheimer y otras demencias afines son enfermedades progresivas que incapacitan el cerebro y producen un profundo impacto sobre los pacientes y los miembros de su familia.

2.-La persona con demencia continúa siendo una persona en toda su valía y dignidad, y que merece el mismo respeto que cualquier otro ser humano

3.-Las personas con demencia necesitan encontrarse físicamente seguros en el lugar que habitan, así como protegidos ante el posible abuso contra su persona y bienes.

4.-Las personas con demencia requieren información y acceso a servicios médicos y de asistencia social coordinados. Necesitan de un examen médico todas las personas que muestran síntomas de esta enfermedad, y los enfermos necesitan cuidado y tratamiento continuado.

5.-Las personas con demencia deben, en lo posible, participar en las decisiones que afecten su vida diaria y su futuro cuidado.

6.-Se deben evaluar y proveer las necesidades de los familiares que cuidan a una persona con demencia, así como permitir que estos familiares tengan un papel activo en este proceso.

7.-Los recursos adecuados deben estar disponibles y ser publicitados para ayudar a las personas con demencia y a sus cuidadores durante el transcurso de toda la enfermedad.

8.-Se debe poner a disposición de todos aquellos involucrados en el cuidado de las personas con demencia todo tipo de información, educación y entrenamiento referente a la enfermedad, sus efectos y cómo cuidarlos.

Sin embargo es prudente puntualizar lo que significa el término calidad de vida, para ello esta organización, la ADI nos dice que la calidad de vida es un término difícil de puntualizar debido a la diversidad de ideas que cada quien se hace de las cosas, pero que reuniendo algunos conceptos frecuentes tenemos que calidad de vida se refiere a un completo bienestar mental, físico y social".⁷³

Más adelante nos muestra lo que influye en la calidad de vida y así tenemos que para la persona con demencia son:

- Sus circunstancias vitales
- Redes de apoyo de familiares y amigos
- Relaciones familiares anteriores y posteriores a la enfermedad
- La personalidad de aquellos implicados
- El cuidado recibido
- Recursos económicos

Para la comunidad local la calidad de vida estará influida por:

- Conciencia de la demencia en la comunidad local
- Actitudes positivas y negativas (estigma)
- Solidaridad en el vecindario
- Servicios sociales y de salud
- Transporte e infraestructura
- Grupos de apoyo y servicios de voluntariado

Para el estado, la calidad de vida está medida por:

- Convenciones internacionales
- Política de sanidad
- Riqueza y bienestar
- Responsabilidad del cuidado a largo plazo (estado o familia)
- Conciencia de la demencia en el ámbito nacional (el papel que juega la asociación de Alzheimer, los medios de comunicación y el gobierno)⁷⁴

⁷³ ADI, op. cit., 21 de septiembre de 2000

⁷⁴ IDEM

Para saber de qué calidad de vida estamos hablando es importante evaluarla a través de las siguientes perspectivas:

"Cuidadores y otros familiares.- Suponen una valiosa fuente de información. Pueden estar al tanto de asuntos que la persona con demencia haya olvidado por causa de su enfermedad".

"Profesionales sociales y de la salud.- Puede que no siempre sepan que es lo más conveniente para la persona con demencia. Su evaluación puede verse influida por sus propias creencias, prioridades o los servicios que ofrezcan".

"La comunidad.- El cuidado que reciba la persona con demencia, la posición y la ayuda proporcionada a los cuidadores pueden también ser influidos por las creencias, actitudes y acciones de la comunidad".⁷⁵

En resumen, esta organización nos menciona que la calidad de vida en la demencia puede mejorarse por ejemplo a través de que: "los gobiernos pueden ser dirigidos para proporcionar un nivel adecuado de ayuda económica para las personas con demencia y sus cuidadores; los profesionales de la salud comunitaria pueden aprender nuevas habilidades para la enseñanza de programas de entrenamiento; una persona recién diagnosticada con demencia y sus familiares se pueden beneficiar de folletos informativos".⁷⁶

Para finalizar y por encima de todo, es indispensable recalcar que las personas con demencia continúan siendo personas valiosas y con dignidad, gozantes de derechos y merecedoras de nuestro respeto.

⁷⁵ IDEM

⁷⁶ IDEM

Capítulo 3 Los asilos para la tercera edad

3.1 Objetivos

Hablar de los asilos es un cuchillo de dos filos, por un lado se tiene la idea generalizada de un lugar tétrico, abandonado por la caridad humana y los buenos tratos y la concepción de bodega donde la sociedad va y encierra a los adultos mayores que ya no aportan nada y que sí roban espacio y aire para respirar. Del otro lado, se tiene el concepto de lugar salvador de cualquier incomodidad que su familiar de la tercera edad le está causando, en este sentido en lo que menos se piensa es en que si irán a tratar bien a nuestro familiar o no, lo que nos urge es quitarnos la carga de la responsabilidad de atender a nuestro viejito, máxime si sufre la enfermedad de Alzheimer.

Lo anterior, además de ser una idea de dominio general, también es explicado por Margarita Ventura, cuando afirma que "la imagen que se ha forjado del asilo es aquella que alude a la privación de la libertad, a la falta de confort, de aislamiento de los familiares, de la convivencia forzada con personas de toda clase con regímenes de comida desusadas, etc; el asilo es visto como alternativa de casos de situación conflictiva extrema, de pobreza insostenible o de enfermedad incurable".⁷⁷

El libro de Geriatría Clínica nos expone que los objetivos de los asilos deben ser:

"Proporcionar un ambiente seguro y de apoyo para las personas dependientes y con enfermedades crónicas; recuperar y mantener el mayor nivel posible de independencia funcional; conservar la autonomía personal, mejorar al máximo la calidad de vida, el bienestar y la satisfacción de la vida que percibe la persona; proporcionar comodidad y dignidad a pacientes con enfermedades terminales y a sus seres queridos; estabilizar y retrasar el avance de enfermedades crónicas, siempre que sea posible; prevenir enfermedades agudas, identificarlas y tratarlas de inmediato cuando se presenten".⁷⁸

Para las casas hogar para ancianos dependientes de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA); el objetivo general a perseguir es: "proporcionar a través de un hogar colectivo los servicios que cubran las necesidades físicas, psíquicas, sociales y culturales para mantener el bienestar biopsicosocial del anciano en el estado de abandono o desamparo; ello se logrará mediante la atención social en forma inmediata y oportuna a los ancianos en estado de abandono o desamparo; dar al anciano a través de los servicios de alojamiento, alimentación, reacondicionamiento físico, vestido y actividades ocupacionales y recreativas, los elementos necesarios para promover su salud integral y por último reintegrar al

⁷⁷ NOLASCO, Ma. Del Rocío, VENTURA, Margarita. Op. Cit. p. 75

⁷⁸ KANE, Robert, op. cit. p. 369

anciano, de acuerdo a los intereses personales que manifieste a la vida social y productiva".⁷⁹

Sin embargo es prudente afirmar que el internamiento en un asilo no libra a los familiares de las relaciones afectivas que debe tener con su internado, tal y como nos lo explica Nolasco:

"...Vivir en un asilo no quiere decir que la separación espacial signifique necesariamente un rompimiento de las relaciones familiares...el anciano no rompe así con la convivencia familiar sino que a veces prefieren vivir separados por considerar que en las familias numerosas se ocasionan más molestias".⁸⁰

Más adelante esta misma autora nos expresa que el rechazo, la soledad y la indiferencia vivida por una persona de la tercera edad desemboca en varias situaciones, ya sea de que el anciano se encierre en sí mismo y ya no interactúe con los demás, que sus actitudes ya no ayuden a solucionar los problemas que tenga con su familia y que ésta no esté dispuesta a soportar más esta situación y se llegue a la decisión del internamiento en alguna institución, estén o no de acuerdo con esa decisión.⁸¹

Con respecto a dar este gran paso, esta autora considera que: "...la decisión de ingresar al anciano en el asilo no es un acto reprochable, en muchas ocasiones este va cargado de sentimientos de culpa...empero cuando al familia no está en condiciones de cumplir con la función de apoyo hacia el anciano, ya sea por cuestiones económicas, espaciales, de convivencia, etc. esta alternativa puede llegar a ser la adecuada e incluso recomendada por un especialista, aunque siempre y cuando la familia no la considere como una liberación de sus responsabilidades pues aún en el asilo la familia puede hacer mucho por sus ancianos".⁸²

Una vez que hemos sentado los objetivos de los asilos pasemos a sus generalidades.

⁷⁹ SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA, Manual de casas hogar para ancianos, p. 17

⁸⁰ NOLASCO, Ma. Del Rocío. op. cit. p. 65

⁸¹ IBIDEM, p. 71

⁸² IBIDEM, p. 72

3.2 Generalidades

Después de una ardua investigación, recopilé los siguientes datos sobre las generalidades de estos lugares referentes a los procedimientos de internamiento, funcionamiento y reglamento que en ellos se manejan.

Expondré el caso en concreto de un asilo llamado La casa del cisne (sito en Calzada de las Águilas no. 1467, Col. Lomas de las Águilas, DF) en el cual, dentro de los requisitos para ingresar a un adulto mayor, tenemos que: de entrada un médico geriatra hace una valoración médica del adulto mayor, se pide firmar un contrato, se le da a conocer el reglamento interno de la institución y de pagos los cuales constan de una inscripción de \$7,000 pesos más \$9,500 pesos más IVA al mes por concepto de habitación en el asilo, la ropa del interno debe ir marcada con su nombre y se debe proporcionar el nombre de una persona responsable por el interno quien deberá dar su teléfono y dirección; si el interno requiere de pañales y medicamentos estos corren por cuenta del responsable del interno. Si el interno requiere de una cuidadora por las noches, el cobro es aparte y tiene un costo de \$180 pesos más IVA diarios, lo cual cubre un cuidado de 12 horas.

Los servicios con los que cuenta son: habitación individual, enfermería, servicio médico, revisiones geriátricas dos veces por semana, tres comidas, actividades diversas, cuenta con elevador y cuidadores especializados.

En este asilo privado a diferencia de algunos más, sí aceptan a personas enfermas con mal de Alzheimer; al momento de la investigación habían tres personas internadas que padecían Alzheimer.⁸³

En tanto los asilos públicos, aunque gozan de muy mala fama, son a los que más se recurre por lo barato de los servicios y los pocos requisitos que se piden para el ingreso del paciente.

Así tenemos que en los cuatro asilos del DIF se cobra una cuota de recuperación de 100 pesos o el servicio se da gratuitamente, desgraciadamente a este tipo de asilo no pueden ingresar personas inválidas. En los siete albergues del INSEN el servicio es gratuito o en el caso de tener posibilidades económicas se cobra una cuota de recuperación de 100 pesos. En las cuatro casas del DDF el servicio es gratuito y en este sí se aceptan a personas enfermas o minusválidas.

En estos tres casos los cuartos son compartidos, van desde las 8 camas en el albergue del INSEN hasta una galeras de 20 ó 30 camas en las casas hogar del DDF; en todos estos asilos se cuenta con servicio médico, terapia ocupacional, ropa y libertad de movimiento del interno.⁸⁴

⁸³ Encuesta realizada vía telefónica en el mes de noviembre del año 2000

⁸⁴ NOLASCO, Ma. Del Rocío, op. cit. p. 81

Capítulo 4

Alternativas y soluciones para un mejor cuidado de los enfermos con Alzheimer

4.1 Instituciones de asistencia para pacientes y familiares

Quando una enfermedad como el Alzheimer ataca a alguien conocido sea o no de nuestra familia, nos sentimos desconcertados ya que no se sabe hacia donde voltear buscando ayuda; y la poca o mucha ayuda que podamos recibir proviene de nuestros amigos y/o nuestros familiares; el doctor sólo se avoca a mencionarnos lo que muy probablemente sucederá en el comportamiento y salud de nuestro enfermo pero no sabemos de la existencia de organizaciones que prestan sus servicios tanto a los pacientes como a las familias; créame que si toda la gente supiera que hay una enfermedad denominada Alzheimer y que además hay instituciones dedicadas a tratar todos los ámbitos que este padecimiento presenta, la ignorancia y el maltrato sobre este problema social sería cosa del pasado; para colaborar con esa misión, aquí les presento una serie de instituciones que están totalmente comprometidas a brindarle todo su apoyo.

En primera instancia tenemos la Asociación Mexicana de Alzheimer y Enfermedades Similares (AMAES), la cual tiene como objetivo: "ofrecer a los familiares y cuidadores una alternativa de tratamiento y cuidado para mejorar la calidad de vida tanto del enfermo como de quienes lo rodean. Su principal objetivo es la difusión del conocimiento actualizado y las implicaciones sociales de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias; esto se logra a través de grupos de apoyo dirigidos a los familiares, cursos y conferencias para profesionales de la salud, familiares y población en general, programas, artículos y entrevistas en los medios masivos de comunicación".⁸⁵

Es interesante mencionar que esta asociación fue fundada en 1986 por un pequeño grupo de familiares y profesionales de la salud, pero no fue sino hasta 1988 cuando deciden constituirse legalmente y así de esta manera formar parte de la asociación mundial Alzheimer's Disease International (ADI) fundada en 1984 en la ciudad de Chicago; en la actualidad, esta organización está conformada por 44 países miembros y 8 miembros provisionales⁸⁶.

"La AMAES es una asociación civil de carácter privado y sin fines de lucro, que ha logrado difundir el conocimiento de la enfermedad a todos los niveles, ha participado en grupos de capacitación para profesionales de la salud, ha apoyado y asesorado a familiares y cuidadores a través de cursos y grupos de apoyo y ha promovido la investigación básica, clínica y psicosocial".⁸⁷

⁸⁵ AMAES, Boletín informativo, primavera 2000, p. 2

⁸⁶ IBIDEM, p.3

⁸⁷ www.amaes.org.mx, 25 de enero de 2001

Esta asociación se encuentra disponible a todo el público en Insurgentes sur 504 despacho 402, colonia Del Valle, código postal 03100, México DF; teléfono y fax 5523-1526

Otra instancia a la que se puede acudir es la Fundación Alzheimer: alguien con quien contar, la cual pertenece a la iniciativa privada y es un centro de cuidado diurno para personas que padecen Alzheimer, a quienes sus familiares tienen que dejar mientras realizan sus labores diarias y por las tardes pueden ocuparse de ellos.

Esta fundación tiene su domicilio en División del Norte esquina con San Borja no. 1044 en la colonia Narvarte, México, DF, teléfonos 5575-8320 y 5675-8323; la atención que brinda es de lunes a viernes de 9:00 a 15:00 horas.

4.2 Técnicas para un mejor cuidado y convivencia con el enfermo

Powell, en su libro nos explica el por qué debemos estar al pendiente de los actos que comete el enfermo y por qué debemos ayudarlo a que estos no le hagan daño alguno:

"A veces el paciente con Alzheimer olvida cómo debe cuidar su cuerpo, hace tanto tiempo que aprendimos a vestirnos, lavarnos los dientes y comer nuestros alimentos, que tal pareciera que nacemos con el conocimiento de estas actividades...Después de asimilada esta enseñanza, tales actividades se vuelven autónomas, hasta que el daño físico al cerebro ocasiona que la memoria de las conductas aprendidas se pierda en forma total o parcial. Si su paciente ha perdido alguna de estas memorias, quizá tenga que enseñarle una vez más, y con paciencia, las tareas más simples del cuidado diario. Hay momentos en que el sentido de la intimidad personal, y del paciente, se estremece ante la necesidad de ayudarlo con los hábitos de higiene y otras tareas personales que nos enseñaron a no compartir; empero, si estamos conscientes de nuestra incomodidad y podemos desecharla o trabajar en ella, estaremos capacitados para atender los aspectos físicos de las necesidades del enfermo... Al brindar estos servicios para las necesidades físicas, tenemos la oportunidad de mostrar al paciente, con gestos y palabras amables, que es una persona querida y que alguien se ocupa de él".⁸⁵

De esta manera nos damos cuenta de que la responsabilidad de cuidar a un enfermo con Alzheimer va más allá de vigilar sus actos, tenemos que formar parte de ellos y estos a veces son un tanto incómodos o molestos de realizar para los cuidadores, es por ello que a continuación presento algunos consejos para hacer de estos actos algo menos difícil y con un mejor manejo.

En un principio, varios autores nos recomiendan que se debe planear la vida diaria del paciente y para ello, Ardila nos refiere que lo primero que debe hacerse es mantener ocupado a nuestro enfermo tanto como sea posible, esto con el fin de

⁸⁵ POWELL, Leonore, op. cit. p. 125

mantenerlo el mayor tiempo que se pueda ligado a la realidad, teniendo en cuenta que ahora, después de diagnosticarse la enfermedad demencial no es un ser humano capaz de desarrollar actividades con cierto grado de dificultad, así que al fomentar una actividad sencilla nos permitirá mantenerlo activo en nuestra vida diaria y a la vez seguirá siendo una persona útil.

Estas dinámicas darán al paciente un sentimiento de utilidad en el hogar; por el contrario, si la actividad que señalemos no la ejecuta bien esto provocará frustración y por ende aumentará la inactividad del enfermo.⁸⁹

A la par, al realizar actividades que no lo abrumen, el enfermo contribuye a conservar el bienestar físico y podría evitar otras enfermedades e infecciones agregadas; pero todo con moderación, ya que agobiar al enfermo con cosas difíciles o poco atractivas solo desencadenarán una serie de sentimientos negativos entre los dos ya que es muy probable que se irrite fácilmente y no se logrará nada; para ello es necesario recordar que las habilidades del paciente se han ido para siempre y que si encontramos una actividad relacionada con su vida pasada, el paciente la encontrará atractiva y no será tan abrumador y disgustante el realizarla.⁹⁰

Dentro de los cuidados que debemos dar al paciente tenemos el arreglo personal, el suministro de alimentación suficiente y equilibrada y la atención médica permanente.⁹¹

Para ello, a continuación presento situaciones específicas y la mejor manera de solucionarlas:

- El vestido: Los cajones donde se guarda la ropa pueden etiquetarse según su contenido, agrupar las prendas por familias de colores (p. ej. toda la ropa azul en sus diversos tonos), asegurarse de que la ropa que está usando esta bien puesta y que va acorde con el clima para evitar que sienta frío o demasiado calor.⁹²
- La higiene personal: Tomar un baño es una de las actividades que más atemorizan a estos pacientes debido a que quizá teman que el agua los lastime o tal vez ya hayan olvidado como regular la temperatura de la misma, así que acompañe a su enfermo y realice el baño a la misma hora todos los días o varias veces a la semana.⁹³

Por su parte el manual de cuidado de AMAES nos aconseja que, además de mantener la rutina antes descrita, el cuidador debe tratar de que el baño sea un momento de placer y relajamiento, de que tomar un baño de ducha es mejor que

⁸⁹ ARDILA, Alfredo, op. cit. p.31

⁹⁰ MACE, Mary; ROBINS, Peter, Cuando el día tiene 36 horas, p. 47

⁹¹ ARDILA, Alfredo, op. cit. p. 33

⁹² POWELL, Leonore, op. cit. p. 126

⁹³ IBDEM p. 129

uno de tina, pero que si el enfermo no está acostumbrado a la regadera mejor no intentarlo ya que se puede asustar, debemos simplificar la tarea lo más posible, no obligarlos si por el momento se resiste al baño y puede usted intentarlo más tarde cuando el paciente se encuentre de mejor humor, debemos permitir que la persona se maneje sola el mayor tiempo posible, si el desnudar a la persona la hace sentir mal se puede optar por un desnudo parcial o hacerlo por partes, debemos proveer el baño de algún aditamento en donde el paciente pueda agarrarse y poner tapetes antideslizantes o una silla extra, si el baño es motivo de conflictos se puede hacer de pie con toallitas húmedas.⁹⁴

- La higiene bucal: "Si su paciente puede cepillarse los dientes, bajo supervisión, por supuesto, usted puede vigilar el estado de sus dientes y encías; de lo contrario, utilice la misma actitud descrita para el baño: una persuasión serena y tranquilizadora".⁹⁵
- La administración de medicamentos: Las personas enfermas con Alzheimer no deben por ningún motivo administrarse por sí mismas los medicamentos; se deben supervisar para asegurarse que se está tomando la dosis indicada de los medicamentos correctos.⁹⁶
- Comer: Es muy común que al enfermo se le olvide que ha comido aun cuando justamente se acabe de levantar de la mesa, y este olvido le desata el deseo de comer nuevamente aunque para él esto no haya sucedido; es cuando las discusiones salen a flote, peor aún si el enfermo le comenta a otras personas que jamás le dan de comer, aunque siempre se le alimente a sus horas y con una buena dieta. Este frecuente hecho de querer comer a todas horas si es complacido, tiene una mala repercusión a nivel del peso corporal. Además en las últimas etapas de la enfermedad el paciente ya no puede comer por sí mismo ya que se le ha olvidado cómo usar los cubiertos y hasta cómo masticar y deglutir los alimentos.

Para sobrellevar esta situación debe ser paciente y tendrá que recordarle a la persona cómo comer, se le debe dar comida que pueda comer con las manos, cortar la comida en pequeños trozos, asegurarse de que la comida no esté muy fría o caliente ya que se pueden quemar por causa de no distinguir el calor del frío y debe utilizar vasos y platos más grandes que la porción de comida que está sirviendo en el.⁹⁷

- La incontinencia y el buen uso del retrete: La incontinencia es un problema que se desarrolla dentro del padecimiento de esta demencia y esto sucede a causa de que las señales que le manda el cuerpo (la vejiga y el intestino) no saben ser interpretadas por el cerebro y esto lo conduce a sufrir un

⁹⁴ AMAES, Manual de atención: La enfermedad de Alzheimer, p.25

⁹⁵ POWELL, Leonore, op. cit., p. 131

⁹⁶ IBIDEM, p. 133

⁹⁷ AMAES, Manual de Atención: La enfermedad de Alzheimer, p. 27

accidente indeseado y embarazoso; en caso de que esto suceda intente conservar la calma, esté tranquilo y lleve a su enfermo de buena manera al baño para desvestirlo y estimularlo a orinar o defecar, ya que si usted se altera y regaña al enfermo, él no entenderá por qué es esta reprimenda y sólo le hará sentir que usted quién sabe por qué le grita y lo lastima física y emocionalmente.

Otro de los graves problemas relacionados con este tema es la higiene que presenta el enfermo en este aspecto; usted tendrá que recordarle, ya sea de palabra o colocando un letrero en el baño, que se limpie y que descargue el agua del baño; después será necesario recordarle que se lave las manos perfectamente.⁹⁸

Por su parte la AMAES nos indica que debemos seguir un horario metódico para el baño; que especifiquemos con un cartel de letras grandes en la puerta que ahí es el baño, recuerde que esto se debe a la confusión de su mente la cual puede llevarlos a perderse dentro de su propia casa; debe dejar la puerta abierta para facilitarle al enfermo el ingreso al baño; debemos asegurarnos de que la ropa que trae es fácil de quitar para el propio enfermo y disminuya la ingesta de líquidos antes de acostarse para evitar accidentes cuando se esté acostado.⁹⁹

- Conducir un auto: Las personas con esta enfermedad demencial que estaban acostumbradas a conducir es mejor que acepten el hecho de que esto ya no debe suceder así por el bien de todos, ya que estas personas tienen los reflejos lentos; no debemos permitirles que usen el coche, convencerlos amablemente de que ya no pueden hacerlo, sugerirles usar transporte público y acompañarlos.¹⁰⁰
- Dormir: Durante la noche es cuando surge en estas personas un fenómeno llamado agitación nocturna, en el cual se encuentran despiertos y con una gran actividad mientras que en el día descansan; para hacer llevadera esta situación se recomienda: trate de que el enfermo no duerma de día; haga largas caminatas y aumente la actividad física durante el día; identifique si hay depresión ya que esta puede alterar el sueño; asegúrese de que se encuentra cómodo en su cama; dele leche caliente antes de acostarse para lograr que se relaje; acostumbre al enfermo a ir al baño antes de dormir y deje una pequeña luz encendida para que se pueda orientar si acaso se despierta.¹⁰¹
- El comportamiento repetitivo: La situación de pérdida de la memoria inmediata llega a desarrollar un comportamiento repetitivo o reiterativo en las preguntas y acciones que ejecuta el paciente llevando al cuidador a un

⁹⁸ POWELL, Leonore, op. cit. p. 144

⁹⁹ AMAES, Manual de atención: Enfermedad de Alzheimer, p.26

¹⁰⁰ IBIDEM. p. 27

¹⁰¹ IBIDEM. p.28.,

estado de desesperación debido a la "necedad" de la persona por repetir una acción o reiterar alguna pregunta a la cual se le ha dado respuesta más de dos veces con anterioridad, según nos explica la AMAES; y para sobrellevar estas situaciones, esta organización nos expone que se distraiga a la persona enferma con algo distinto para ver, oír o hacer; y que se escriban las respuestas más comunes a las preguntas más frecuentes y, sobre todo, mantenga la calma.¹⁰²

Por su parte, Powell nos menciona que si aparece un comportamiento repetitivo y siente que las repeticiones del paciente están por sacarlo de sus casillas, es aconsejable: tomar unos minutos para estar a solas; golpee una almohada; salga a dar una caminata; utilice alguna técnica de relajación o hable con otra persona eso le ayudará a no perder la cabeza.¹⁰³

- La pérdida de objetos y la acusación de robo: las personas enfermas con este tipo de demencia por lo general olvidan donde dejaron los objetos y acusan a los familiares o cuidadores de robo; para evitar estas penosas situaciones descubra el escondite favorito que la persona con demencia tiene, tenga repuestos de las cosas importantes como llaves por ejemplo, revise los contenedores de basura antes de vaciarlos, conteste suavemente a las acusaciones y no se ponga a la defensiva y conveza a la persona de que el objeto está perdido y ayúdela a encontrarlo.¹⁰⁴
- Delirio y alucinaciones: Las alucinaciones y el delirio son síntomas comunes en estos padecimientos; para este tipo de enfermos las situaciones que oyen o creen estar viviendo son muy reales y les causan temor y pueden derivar incluso hasta en un comportamiento angustiante, para evitar llevar estos momentos a una situación desagradable para los cuidadores y el enfermo es necesario que no se discuta con al persona sobre la veracidad de lo que haya visto u oído; cuando la persona esté asustada trate de calmarla tomándola de la mano y hablándole suavemente; distraiga a la persona mostrándole algo real en la habitación haciéndole ver que su alucinación estaba infundada y por último consulte a su médico sobre la medicación, ya que ésta puede influir en la aparición de alucinaciones.¹⁰⁵
- Las relaciones sexuales: El padecimiento de la enfermedad de Alzheimer no afecta la función orgánica sexual, pero lo que si modifica es el comportamiento del individuo, la conducta puede alterarse; la persona que padece esa demencia puede de pronto aparentar falta de interés o comportarse de alguna manera que haga sentir al compañero un tanto incómodo, a la vez el enfermo puede demandar una cantidad exagerada o no habitual de sexo o por el contrario no quiere tener ningún tipo de

¹⁰² IDEM

¹⁰³ POWELL, Leonore, COURTICE, Katie, op. cit. p.161

¹⁰⁴ AMAES, Manual de atención: la enfermedad de Alzheimer, p.29

¹⁰⁵ IDEM

contacto sexual; el único consejo se refiere a hablar con un profesional en ese campo como por ejemplo un psicólogo quien le orientará que hacer o como comprender a su pareja quien ya no quiere estar con su compañero en la intimidad o que se comporta de manera inusitada.

Por otro lado el comportamiento inapropiado de la sexualidad del enfermo es una situación difícil de manejar aún más que el de la falta de interés sexual; si su compañero se comporta inadecuadamente usted debe conservar la calma y no reaccionar exageradamente, trate de distraer a la persona con otra actividad y si la persona se desnuda públicamente o en privado, desapruébe esta actitud amablemente y distraiga al enfermo con otra actividad.¹⁰⁶

- **Deambular:** Este es un grave problema que sin duda tendrá que atravesar, este tipo de enfermos suelen deambular ya sea dentro de la casa o lo que es peor aún, por la colonia lo que conduce al peligro inminente de perderse o sufrir algún accidente, para evitar estos riesgos usted debe asegurarse de que lleve el enfermo una identificación (puede conseguir una placa que tenga grabado el nombre, el padecimiento "pérdida de la memoria" y el teléfono de su casa y colgársela en el cuello con una cadenita que no le sea fácil de quitarse), cerciórese de que la casa sea un sitio seguro, de que la persona permanezca en ella y de que no pueda salir sin su consentimiento (cierre la puerta con llave y no la deje cerca o en lugar visible al enfermo) y por último tenga fotos actuales del enfermo para el caso de que se pierda y usted necesite ayuda.¹⁰⁷
- **La violencia y la agresión:** Por causa de la misma enfermedad, la persona puede encontrarse en un estado agresivo o violento, para poder sobrellevar estos desagradables momentos usted debe: mantener la calma y trate de no mostrar miedo o alarma; trate de llevar la atención de la persona hacia una actividad serena; concédale más espacio a la persona; averigüe qué fue lo que le causó esa reacción y trate de evitarla en el futuro; si la violencia se presenta muy a menudo, pida ayuda y hable con alguien que lo respalde y consulte a su médico para que le ayude a controlar la situación.¹⁰⁸
- **La depresión y la ansiedad:** Estos síntomas no son exclusivos de los cuidadores, los enfermos las padecen cuando todavía están lúcidos y se percatan de que en el futuro sus habilidades mentales serán nulificadas o dañadas, y en un segundo momento, estos sentimientos pueden ser experimentados como parte del desarrollo de la enfermedad y llegan a afectar la rutina diaria y el interés por la comida; para sobrellevar esta situación se recomienda: acudir con el médico el cual muy probablemente

¹⁰⁶ IBIDEM, p.30

¹⁰⁷ IDEM

¹⁰⁸ IBIDEM, p.31

lo refiera a un psiquiatra o un psicólogo; dele más apoyo y cariño y por último no espere que salga pronto de ese estado, sea paciente.¹⁰⁹

- Comunicación verbal: es muy probable que su paciente experimente confusión la referirse a las cosas por su nombre y esto se debe a que la interpretación de los sonidos y los conceptos en su mente están revueltos, esto puede desencadenar además que olvide nombres, confunda la realidad con la fantasía, que hable de manera incoherente, que equivoque el orden de las palabras o que repita la misma frase una y otra vez; para lograr una comunicación con su enfermo y que éste le comprenda usted debe: hablarle por su nombre y espere a que le preste atención; asegúrese de que su voz sea lo bastante alta para que lo pueda escuchar sin problema; dé tiempo al enfermo para que asimile el mensaje y pueda comprenderlo; repita el comunicado si es necesario; utilice frases simples y breves así como un vocabulario sencillo; utilice el lenguaje corporal para reforzar su idea; facilite la palabra que el enfermo olvidó para evitarle sentimientos de enojo o frustración.¹¹⁰

Si el paciente deja de hablar: No se mortifique si el paciente entra en un estado de mutismo, recuerde que éste es un proceso normal en el desarrollo de la enfermedad; para hacer llevadero este aspecto negativo usted puede pensar que hay un enorme fondo de comunicación no verbal, que le será de mucha ayuda para poder comunicarse con el enfermo; busque las señales físicas como sonrisas, movimientos de la cabeza, contactos con las manos y movimientos oculares; utilice tantas señales no verbales como sea posible.¹¹¹

Todo lo anterior, estoy segura, le servirá de mucho; ya que la vida al cuidado de una persona enferma con este tipo de demencia es muy dura, difícil de llevar y llena de complicaciones que, a veces por muy simples que parezcan, le pueden llevar a reaccionar de manera negativa y afectará la estima del paciente, quien se encuentra de por sí confundido, y se afectará a si mismo por su supuesta incapacidad para controlar cierta situación y el remordimiento de haber actuado de manera errónea y de haber lastimado a su ser querido.

Es tiempo justo ahora para poder darle unos consejos sobre usted mismo, el cuidado de este tipo de enfermos es muy agotante y usted merece también darle salida a toda la carga física y emocional que lleva auestas, ya que sólo descansándola podrá ofrecer un cuidado de calidad y no un pseudo cuidado de personas que ya están fastidiadas y cansadas de atar sus vidas al cien por ciento a una enfermedad tan agobiante.

¹⁰⁹ IDEM

¹¹⁰ POWELL, Leonore; COURTICE, Katie, op. cit, p. 159

¹¹¹ IBIDEM, p. 163

Familia: Es en estos casos en los cuales la familia debe apoyarlo a usted en el cuidado de la persona y no dejarle a costas la totalidad de la responsabilidad; comparta el cuidado con sus familiares; si su familia se rehúsa a cuidar del enfermo por desidia o por desconocimiento de la enfermedad, será necesario que convoque a una junta familiar.¹¹²

Comparta sus problemas: De ser necesario comparta con otros sus sentimientos y experiencias como cuidador; si los guarda para sí es muy difícil cuidar a la persona; trate de aceptar la ayuda que otros le ofrecen aunque le parezca que será una molestia para la gente y trate de pensar en una persona que lo puede cuidar en caso de una emergencia.¹¹³

Tiempo para uno mismo: Es esencial que tenga tiempo para usted; esto le permitirá compartir con otras personas, disfrutar sus pasatiempos favoritos y lo más importante: divertirse.¹¹⁴

Conozca sus límites: Usted debe darse cuenta de cuánto puede aguantar antes de llegar al punto en que el cuidado le abrume, si su situación es insoportable, pida ayuda para evitar una crisis.¹¹⁵

No se culpe usted mismo: No se culpe usted ni al enfermo por los problemas que están atravesando, si usted cree que las relaciones con sus amigos se están perdiendo no se culpe ni los culpe; trate de buscar las causas de la ruptura y discútalas con ellos, recuerde que el apoyo que le pueden brindar estas personas será invaluable para usted.¹¹⁶

Busque asesoría: Le ayudará buscar asesoría sobre su rol cambiante y las modificaciones que ocurren en la persona con mal de Alzheimer.¹¹⁷

Recuerde que usted es importante: Usted es una persona importante para sí mismo y para el enfermo; sin usted, la persona con Alzheimer se sentirá perdida; debe aceptar la ayuda de otras personas para que usted se pueda relajar un tiempo y pueda dar su mejor empeño sin esfuerzos maratónicos innecesarios; los grupos de autoayuda que dan algunas instituciones como el AMAES, son de mucha utilidad; estos grupos dan al oportunidad a los cuidadores de encontrarse, compartir sus problemas, soluciones y apoyarse los unos a los otros.¹¹⁸

¹¹² AMAES, Manual de atención: la enfermedad de Alzheimer, p. 35.

¹¹³ IDEM

¹¹⁴ IDEM

¹¹⁵ IDEM

¹¹⁶ IBIDEM, p.36

¹¹⁷ IDEM

¹¹⁸ IDEM

4.3 Equipo especializado para la atención del enfermo

Con respecto a este punto, muy poco es el equipo que se puede utilizar en el cuidado de este tipo de pacientes, ya que a decir de las enfermeras, esta clase de enfermos sólo requieren de una silla de ruedas para cuando la habilidad de la marcha se haya perdido por completo y una silla de baño para poder realizar la higiene de esta persona de la manera más cómoda posible, ya que la manipulación de este tipo de enfermos en fases terminales es muy complicada si no se tienen los recursos necesarios y se vuelve un gran trabajo el estarlo cargando para llevarlo a la mesa, al baño o a la regadera.

Por otra parte, el uso de una cama que se pueda reclinar en varias posiciones, o un sillón reclinable en su defecto, es de mucha utilidad, ya que en las fases últimas de la enfermedad, donde el paciente ya no se mueve, es muy frecuente la aparición de llagas o escaras debido a la permanencia de la misma posición; es bueno estar moviendo a estos enfermos para evitar la anterior complicación y también reducir el riesgo de una broncoaspiración, poniendo en peligro la vida del paciente.¹¹⁹

¹¹⁹ Entrevista realizada a la enfermera Rosa Chávez Pérez. Diciembre 2000

III. PRODUCCIÓN

Presupuesto

CONCEPTO	PRECIO
Cámara de video 8 mm	\$4,000.00
Cassettes de 8 mm. (10)	\$750.00
Micrófono unilateral	\$100.00
Cassettes VHS (10)	\$270.00
Tripié de aluminio	\$400.00
Reflector de halógeno	\$150.00
Consumibles de computo	\$400.00
Impresora	\$2,200.00
Combustible y transporte colectivo	\$500.00
Papelería	\$200.00
Extensiones eléctricas	\$150.00
Servicios telefónicos (locales e Internet)	\$250.00
Cassettes de audio	\$50.00
Alimentos grabación dramatización	\$200.00
Libros y publicaciones	\$450.00
Servicios fotográficos	\$85.00
Copias y fax	\$120.00
TOTAL	\$10275.00

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RUTA CRÍTICA

Día 1

29 de mayo de 2001.

Entrevista a Doctora Luz Esther Rangel López, médico del INSEN, especialista en maltrato a la tercera edad.

Día 2

30 de mayo de 2001.

Entrevista a Claudia Salazar Arenas, Vicepresidente de la Asociación Mexicana de Alzheimer y Enfermedades Similares (AMAES) AC.

Día 3

5 de junio de 2001.

Entrevista a Doctor Raúl Mena López, investigador de la enfermedad de Alzheimer, IPN.

Día 4

9 de junio de 2001.

Entrevista a la trabajadora Social María Luisa Calzada Mancera, trabajadora de la Fundación Alzheimer, alguien con quien contar. AC.

Día 5

10 de junio de 2001.

Videograbación de las instalaciones y los enfermos en Fundación Alzheimer

Día 6

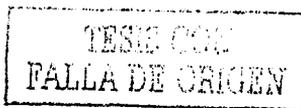
14 de junio de 2001.

Entrevista a familiares de pacientes enfermos con Alzheimer.

Día 7

23 de julio de 2001.

Entrevista a Doctor Alejandro Uribe Hernández, Médico geriatra del hospital de Petróleos Mexicanos central Norte.



Día 8

25 de julio de 2001.

Videograbación de la dramatización, secuencia 1

Día 9

26 de julio de 2001.

Videograbación de la dramatización, secuencia 2.

Día 10

27 de julio de 2001.

Videograbación de la dramatización, secuencia 2.

Día 11

30 de julio de 2001.

Videograbación de la dramatización, secuencia 3.

Día 12

29 de octubre de 2001.

Entrevista a los abogados Mónica Muñoz y Juventino Marcos, abogados civil y penal respectivamente.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

BREAK DOWN

TÍTULO: ALZHEIMER, ¿UN MAL...TRATO?	DÍA DE PRODUCCIÓN: 1
PRODUCCIÓN Y DIRECCIÓN: LAURA E. MORENO CORONADO	FECHA: 29 DE MAYO DE 2001
BLOQUE: 2 Y 4	INT. X EXT.
DURACIÓN: 3 HORAS	DÍA X NOCHE

LOCACIONES:	PERMISOS:
INSTITUTO NACIONAL DE LA SENECTUD	
DIRECCIONES:	REQUISITOS:
DR. FEDERICO GÓMEZ 7 COL. DOCTORES	

IDENTIFICACIONES Y LLAMADOS

NOMBRE	DIRECCIÓN Y TELÉFONO	HORA
DR. LUZ ESTHER RANGEL LÓPEZ	044 5909 0505	9:30 AM.

PRODUCCIÓN:	EQUIPO ESPECIAL:
CÁMARA DE VIDEO, LÁMPARA, MICROFONO, TRIPIÉ	

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

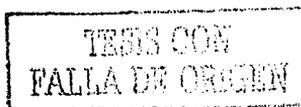
TÍTULO: ALZHEIMER, ¿UN MAL...TRATO?	DÍA DE PRODUCCIÓN: 2
PRODUCCIÓN Y DIRECCIÓN: LAURA E. MORENO CORONADO	FECHA: 30 DE MAYO DE 2001
BLOQUE : 4	INT. X EXT.
DURACIÓN: 1 HORA	DÍA X NOCHE

LOCACIONES:	PERMISOS:
ASOCIACIÓN MEXICANA DE ALZHEIMER Y ENFERMEDADES SIMILARES, AC.	
DIRECCIONES:	REQUISITOS:
INSURGENTES SUR 594 DESPACHO 402 CASI ESQUINA XOLA	

IDENTIFICACIONES Y LLAMADOS

NOMBRE	DIRECCIÓN Y TELÉFONO	HORA
CLAUDIA SALAZAR ARENAS	5523 1526	10:00 AM.

PRODUCCIÓN:	EQUIPO ESPECIAL:
CÁMARA DE VIDEO, TRIPIÉ, MICRÓFONO, LÁMPARA	



 TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

TÍTULO: ALZHEIMER, ¿UN MAL...TRATO?	DÍA DE PRODUCCIÓN: 3
PRODUCCIÓN Y DIRECCIÓN: LAURA E. MORENO CORONADO	FECHA: 5 DE JUNIO DE 2001
BLOQUE : 1	INT. X EXT.
DURACIÓN: 2 HORAS	DÍA X NOCHE

LOCACIONES:	PERMISOS:
LABORATORIO 2 DE NEUROCIENCIAS DEL IPN	
DIRECCIONES:	REQUISITOS:
AV. INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL 2508 ESQ. TICOMÁN	

IDENTIFICACIONES Y LLAMADOS

NOMBRE	DIRECCIÓN Y TELÉFONO	HORA
DR. RAÚL MENA LÓPEZ	5747 3800 EXT. 5105	10:00 AM.

PRODUCCIÓN:	EQUIPO ESPECIAL:
CÁMARA DE VIDEO, LÁMPARA, TRIPIÉ, MICRÓFONO	

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

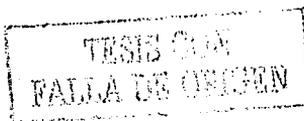
TÍTULO: ALZHEIMER, ¿UN MAL...TRATO?	DÍA DE PRODUCCIÓN: 4
PRODUCCIÓN Y DIRECCIÓN: LAURA E. MORENO CORONADO	FECHA: 9 DE JUNIO DE 2001
BLOQUE : 1, 2 Y 4	INT. X EXT.
DURACIÓN: 1 HORA	DÍA X NOCHE

LOCACIONES:	PERMISOS:
FUNDACIÓN ALZHEIMER, ALGUIEN CON QUIEN CONTAR.	
DIRECCIONES:	REQUISITOS:
AV. DIVISIÓN DEL NORTE 1044 ESQUINA SAN BORJA	

IDENTIFICACIONES Y LLAMADOS

NOMBRE	DIRECCIÓN Y TELÉFONO	HORA
T.S. MARÍA LUISA CALZADA MANCERA	5575 8320	9:00 AM

PRODUCCIÓN:	EQUIPO ESPECIAL:
CÁMARA DE VIDEO, LÁMPARA, TRIPIÉ, MICRÓFONO	



TÍTULO: ALZHEIMER, ¿UN MAL...TRATO?	DÍA DE PRODUCCIÓN: 5
PRODUCCIÓN Y DIRECCIÓN: LAURA E. MORENO CORONADO	FECHA: 10 DE JUNIO DE 2001
BLOQUE: 1 AL 4	INT. X EXT.
DURACIÓN: 4 HORAS	DÍA X NOCHE

LOCACIONES:	PERMISOS:
FUNDACIÓN ALZHEIMER, ALGUIEN CON QUIEN CONTAR	
DIRECCIONES:	REQUISITOS:
AV. DIVISIÓN DEL NORTE 1044 ESQUINA SAN BORJA	

IDENTIFICACIONES Y LLAMADOS

NOMBRE	DIRECCIÓN Y TELÉFONO	HORA
PACIENTES CON ALZHEIMER		9:00 AM.

PRODUCCIÓN:	EQUIPO ESPECIAL:
CÁMARA DE VIDEO, MICRÓFONO, TRIPIÉ, LÁMPARA	

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

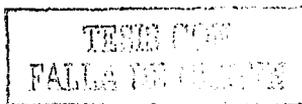
TÍTULO: ALZHEIMER, ¿UN MAL...TRATO?	DÍA DE PRODUCCIÓN: 6	
PRODUCCIÓN Y DIRECCIÓN: LAURA E. MORENO CORONADO	FECHA: 14 DE JUNIO DE 2001	
BLOQUE : 1 Y 2	INT. X	EXT.
DURACIÓN: 3 HORAS	DÍA	NOCHE X

LOCACIONES:	PERMISOS:
FUNDACIÓN ALZHEIMER, ALGUIEN CON QUIEN CONTAR	
DIRECCIONES:	REQUISITOS:
AV. DIVISIÓN DEL NORTE 1044 ESQUINA SAN BORJA	

IDENTIFICACIONES Y LLAMADOS

NOMBRE	DIRECCIÓN Y TELÉFONO	HORA
FAMILIARES DE PACIENTES CON ALZHEIMER		7:00 PM.

PRODUCCIÓN:	EQUIPO ESPECIAL:
CÁMARA DE VIDEO, MICRÓFONO, TRIPIÉ, LÁMPARA	



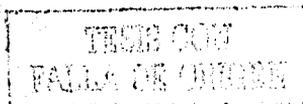
TÍTULO: ALZHEIMER, ¿UN MAL...TRATO?	DÍA DE PRODUCCIÓN: 7
PRODUCCIÓN Y DIRECCIÓN: LAURA E. MORENO CORONADO	FECHA: 23 DE JUNIO DE 2001
BLOQUE: 3	INT. X EXT.
DURACIÓN: 1 HORA	DÍA X NOCHE

LOCACIONES:	PERMISOS:
ESCUELA NACIONAL DE HOMEOPATÍA DEL IPN.	
DIRECCIONES:	REQUISITOS:
AV. GUILLERMO MASSIEU S/N COL . LA ESCALERA	

IDENTIFICACIONES Y LLAMADOS

NOMBRE	DIRECCIÓN Y TELÉFONO	HORA
DR. ALEJANDRO URIBE	5754 6533	1:00 PM.

PRODUCCIÓN:	EQUIPO ESPECIAL:
CÁMARA DE VIDEO, LÁMPARA, TRIPIÉ, MICRÓFONO	



TÍTULO: ALZHEIMER, ¿UN MAL...TRATO?	DÍA DE PRODUCCIÓN: 8
PRODUCCIÓN Y DIRECCIÓN: LAURA E. MORENO CORONADO	FECHA: 26 DE JULIO DE 2001
BLOQUE : 1	INT. X EXT.
DURACIÓN: 3 HORAS	DÍA X NOCHE

LOCACIONES:	PERMISOS:
CASA DE DRAMATIZACIÓN	
DIRECCIONES:	REQUISITOS:
EHÉCATL 47 MZ. 5 LOTE 21 COL. CIUDAD AMANECER, ECATEPEC	

IDENTIFICACIONES Y LLAMADOS

NOMBRE	DIRECCIÓN Y TELÉFONO	HORA
MÓNICA GARCÍA CONTRERAS	VALLE DE LUCES 14-2 COL. 1° VALLE DE ARAGON 5711 7840	9:00 AM
ERICA JUÁREZ	5794 6908	9:00 AM

PRODUCCIÓN:	EQUIPO ESPECIAL:
CÁMARA DE VIDEO, LÁMPARA, TRIPIÉ, MICRÓFONO	VESTUARIO, CARACTERIZACIÓN

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

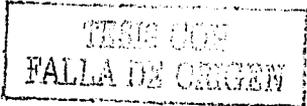
TÍTULO: ALZHEIMER, ¿UN MAL...TRATO?	DÍA DE PRODUCCIÓN: 9
PRODUCCIÓN Y DIRECCIÓN: LAURA E. MORENO CORONADO	FECHA: 26 DE JULIO DE 2001
BLOQUE : 2	INT. X EXT.
DURACIÓN: 3 HORAS	DÍA X NOCHE

LOCACIONES:	PERMISOS:
CASA DE DRAMATIZACIÓN	
DIRECCIONES:	REQUISITOS:
EHECATL, 47 MZ. 5 LOTE 21 COL. CIUDAD AMANECER, ECATEPEC	

IDENTIFICACIONES Y LLAMADOS

NOMBRE	DIRECCIÓN Y TELÉFONO	HORA
MÓNICA GARCÍA CONTRERAS	VALLE DE LUCES 14-2 COL. 1° VALLE DE ARAGON 5711 7840	9:00 AM
ERICA JUÁREZ	5794 6908	9:00 AM

PRODUCCIÓN:	EQUIPO ESPECIAL:
CÁMARA DE VIDEO, LÁMPARA, TRIPIÉ, MICRÓFONO	VESTUARIO, CARACTERIZACIÓN



 TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

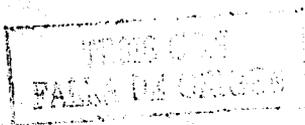
TÍTULO: ALZHEIMER, ¿UN MAL...TRATO?	DÍA DE PRODUCCIÓN: 10	
PRODUCCIÓN Y DIRECCIÓN: LAURA E. MORENO CORONADO	FECHA: 27 DE JULIO DE 2001	
BLOQUE: 3	INT. X	EXT.
DURACIÓN: 3 HORAS	DÍA X	NOCHE

LOCACIONES:	PERMISOS:
CASA DE DRAMATIZACIÓN	
DIRECCIONES:	REQUISITOS:
EHECATL, 47 MZ. 5 LOTE 21 COL. CIUDAD AMANECEC, ECATEPEC	

IDENTIFICACIONES Y LLAMADOS

NOMBRE	DIRECCIÓN Y TELÉFONO	HORA
MÓNICA GARCÍA CONTRERAS	VALLE DE LUCES 14-2 COL. 1° VALLE DE ARAGON 5711 7840	9:00 AM
ERICA JUÁREZ	5794 6908	9:00 AM

PRODUCCIÓN:	EQUIPO ESPECIAL:
CÁMARA DE VIDEO, LÁMPARA, TRIPIÉ, MICRÓFONO	VESTUARIO, CARACTERIZACIÓN



TÍTULO: ALZHEIMER, ¿UN MAL...TRATO?	DÍA DE PRODUCCIÓN: 11
PRODUCCIÓN Y DIRECCIÓN: LAURA E. MORENO CORONADO	FECHA: 30 DE JULIO DE 2001
BLOQUE: 4	INT. X EXT.
DURACIÓN: 3 HORAS	DÍA X NOCHE

LOCACIONES:	PERMISOS:
CASA DE DRAMATIZACIÓN	
DIRECCIONES:	REQUISITOS:
EHÉCATL, 47 MZ. 5 LOTE 21 COL. CIUDAD AMANECER, ECATEPEC	

IDENTIFICACIONES Y LLAMADOS

NOMBRE	DIRECCIÓN Y TELÉFONO	HORA
MÓNICA GARCÍA CONTRERAS	VALLE DE LUCES 14-2 COL. 1° VALLE DE ARAGON 5711 7840	9:00 AM
ERICA JUÁREZ	5794 6908	9:00 AM

PRODUCCIÓN:	EQUIPO ESPECIAL:
CÁMARA DE VIDEO, LÁMPARA, TRIPIÉ, MICROFONO	VESTUARIO, CARACTERIZACIÓN

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

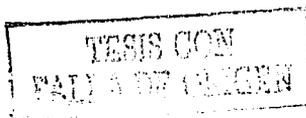
TÍTULO: ALZHEIMER, ¿UN MAL...TRATO?	DÍA DE PRODUCCIÓN: 12
PRODUCCIÓN Y DIRECCIÓN: LAURA E. MORENO CORONADO	FECHA: 29 DE OCTUBRE DE 2001
BLOQUE : 2 Y 3	INT. X EXT.
DURACIÓN: 2 HORAS	DÍA X NOCHE

LOCACIONES:	PERMISOS:
DESPACHO JURÍDICO MUÑOZ MARCOS Y ASOCIADOS	
DIRECCIONES:	REQUISITOS:
AV. NUEVO LEON 54 DESPACHO 604 COL. HIPÓDROMO CONDESA	

IDENTIFICACIONES Y LLAMADOS

NOMBRE	DIRECCIÓN Y TELÉFONO	HORA
LIC. MÓNICA MUÑOZ ÁNGELES	5211 4020	5:00 PM
LIC. JUVENTINO MARCOS TORRES	5553 0410	5:00 PM

PRODUCCIÓN:	EQUIPO ESPECIAL:
CÁMARA DE VIDEO, MICRÓFONO, TRIPIÉ, LÁMPARA	



GUIÓN LITERARIO

El reportaje que aquí se presenta bajo el título de: Alzheimer ¿un mal...trato?, consta fundamentalmente de cuatro partes o bloques determinados.

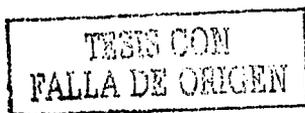
En primer término se presenta la primera secuencia de una historia acerca de dos hermanas quienes "padecen" a su madre enferma con este tipo de demencia, lo cual nos esbozará los principios de esta enfermedad en cuanto al comportamiento alterado que presentan los enfermos.

Después, bajo la cortinilla "¿qué es el Alzheimer?", se desarrolla la explicación de dicho padecimiento. Para ello se presentan los momentos más importantes de la entrevista realizada al doctor Raúl Mena López, investigador de la enfermedad de Alzheimer y director del banco de cerebros del IPN; esto complementado con los testimonios reales de las personas que padecen y sufren junto a su enfermo este tipo de demencia: los familiares, quienes son las personas más calificadas en el área humanista de este tema, debido a la lucha diaria en la batalla por preservar lo mejor posible la personalidad de su enfermo.

Para ilustrar de una manera dinámica, se presenta a la par de el sonido, imágenes de cerebros, fotografías de neuronas en sus diversas etapas de degeneración por la enfermedad, personas enfermas con Alzheimer y cuadros de información sobre las generalidades de este padecimiento.

Durante el segundo bloque, a la par de la secuencia dos de la dramatización, se aborda la problemática del maltrato del que son objetos los pacientes con esta enfermedad, a través de los testimonios de familiares y de los especialistas que en su quehacer cotidiano detectan los casos de maltrato y abuso. Para ello he contado con la valiosa participación de la doctora Luz Esther Rangel López, médico del INSEN, de la trabajadora social Ma. Luisa Calzada, colaboradora en la Fundación Alzheimer, alguien con quien contar y de la vicepresidenta de la Asociación Mexicana de Alzheimer y Enfermedades Similares, AMAES Claudia Salazar Arenas. Todas ellas, en entrevistas, de las cuales se han extraído las partes fundamentales de su aportación.

En el tercer apartado "Pena y castigo" se expone la tercera secuencia de la dramatización, a la par de mostrar las entrevistas a profesionales, los derechos de los adultos mayores y las penas y castigos que la ley impone a quienes lastimen y abusen del estado mental del enfermo; esto a través de entrevistas enriquecidas con imágenes de las víctimas inocentes de la enfermedad y de su familia; con lo cual se pone en alerta a las personas al cuidado de este tipo de enfermos sobre las consecuencias que sus actos poco caritativos pueden acarrearles. Las entrevistas han sido realizadas al doctor Alejandro Uribe, médico geriatra del Hospital de Concentración Nacional Norte de PEMEX, así como de los abogados Mónica Muñoz Ángeles y Juventino Marcos Torres, litigantes en el área civil y penal respectivamente.



Por último, junto a la última parte de la dramatización, se informa de las asociaciones que existen en México para ayudar en la ardua tarea del cuidado del enfermo: sus direcciones, generalidades, programas de apoyo, entre otras; todo ello con la ayuda de entrevistas de nuestros especialistas y de cuadros de información explicados por el locutor.

Dentro de este bloque y para cerrar, se presenta un collage de personas enfermas con la finalidad de invitar al auditorio a la reflexión y a la sensibilización sobre este sector de la población, que, a la falta de una cura, pide atención, dignidad y amor por parte de los suyos.

ESCALETA

IMAGEN

- Logotipo de la UNAM
- Logotipo de la ENEP Aragón
- Título del programa: El Alzheimer, un mal...trato
- Inicia dramatización: secuencia 1
- Cortinilla 1 qué es la Enfermedad de Alzheimer
- Investigador de Alzheimer
- Fotografía de un cerebro
- Corte cerebral
- Cerebro sano
- cuadro 1 "Generalidades de la enfermedad"
- cuadro 2 "causas de la enfermedad"
- fotografía 1 de neurona afectada en fase inicial
- fotografía 2 de neurona afectada
- fotografía 3 de neurona afectada
- fotografía 4 de neurona afectada
- fotografía 5 de neurona afectada
- fotografía de placa neurítica
- persona enferma de Alzheimer
- manos envejecidas
- investigador de Alzheimer
- cuadro 3 "características iniciales de la enfermedad"
- investigador de Alzheimer
- testimonio de un familiar de enfermo con Alzheimer
- trabajadora social Fundación Alzheimer
- Investigador en Alzheimer
- testimonio de un familiar de enfermo con Alzheimer
- enferma con Alzheimer
- enferma en silla de ruedas con Alzheimer
- grupo de enfermos de Fundación Alzheimer
- testimonio de un familiar de enfermo con Alzheimer
- Dramatización secuencia 2
- Cortinilla 2 El maltrato y el Alzheimer

- doctora del INSEN
- testimonio de familiar de enfermo con Alzheimer
- cuadro 4 "tipos de maltrato"
- testimonio de familiar
- trabajadora social de Fundación Alzheimer
- doctora del INSEN
- trabajadora social de Fundación Alzheimer
- doctora del INSEN
- trabajadora social Fundación Alzheimer
- doctora del INSEN
- vicepresidenta de AMAES
- abogado penal
- testimonio de un familiar de enfermo con Alzheimer
- enfermo con terapeuta de la Fundación Alzheimer
- Dramatización secuencia 3
- Cortinilla 3 Pena y castigo
- mujer bordando
- enfermo con Alzheimer
- fotografía de una pareja adulta mayor
- enfermo con Alzheimer
- entrevista abogada civil
- entrevista abogado penal
- dramatización secuencia 4
- cortinilla 4 Instancias de apoyo
- vicepresidenta de AMAES
- trabajadora social de Fundación Alzheimer
- logotipo de la Fundación Alzheimer
- gimnasio de la Fundación Alzheimer
- comedor de la Fundación Alzheimer
- enfermos con terapias de pelotas en Fundación Alzheimer
- terapia enferma con Alzheimer
- terapia de estimulación a enfermo
- enfermos en taller de pintura
- terapia de baile para los enfermos
- enfermos caminando por una rampa
- collage de enfermos con Alzheimer
- créditos

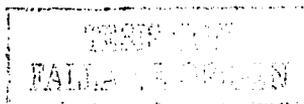
**TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN**

GUIÓN TÉCNICO

<u>VIDEO</u>	<u>AUDIO</u>
<p>FADE IN ENTRA LOGOTIPO DE LA UNAM</p>	<p>FADE IN <u>MÚSICA Y SE MANTIENE EN PRIMER PLANO</u></p>
<p>DISOLVENCIA CON TORRES DE LA ENEP ARAGÓN</p>	
<p>DISOLVENCIA CON TÍTULO DEL PROGRAMA: ALZHEIMER ¿UN MAL...TRATO?</p> <p>FADE OUT</p>	<p><u>MÚSICA SE DESVANECE HASTA DESAPARECER</u></p>
<p>FADE IN INT. SALA DE UNA CASA. DÍA TWO SHOT EN PLANO AMERICANO DE DOS MUJERES PLATICANDO: SANDRA Y JULIA, QUIENES SON HERMANAS. SANDRA ES LA MAYOR DE ELLAS, TIENE APROXIMADAMENTE 45 AÑOS DE EDAD, AMA DE CASA, ESPOSA Y MADRE DE DOS HIJOS; SU VESTIMENTA ES PROPIA DE LAS LABORES DEL HOGAR Y SU FORMA DE HABLAR ES COLOQUIAL. JULIA, LA HERMANA MENOR, ES DE POSICIÓN ACOMODADA, VISTE ROPA CARA Y SUS AFICIONES SON DARSE LA BUENA VIDA CON LAS PERSONAS QUE ELLA CONSIDERA DE LA ALTA SOCIEDAD, SIN RECONOCER SU ORIGEN HUMILDE. ELLA TIENE CERCA DE LOS 42 AÑOS, SE VISTE JOVIALMENTE. ES SOLTERA Y HABLA CON ACENTO PRESUMIDO. SE ENCUENTRAN SENTADAS EN LA SALA DE LA CASA DE LA MAMÁ, EN DONDE TAMBIÉN VIVE SANDRA CON SU FAMILIA, ES DE POSICIÓN ECONÓMICA MEDIA.</p>	<p><u>FADE IN</u> <u>SANDRA (MOLESTA):</u> Buenas noches mamá... hasta que vamos a poder estar en paz, un ratito aunque sea mana, porque, nombre, ya se pone bien necia no, no hay que batallar terrible con ella, yo me canso harto de andarla siguiendo parece niña chiquita ya estoy harta, harta de su terquedad.</p>

<u>VIDEO</u>	<u>AUDIO</u>
<p>TRAVELING RODEANDO A JULIA Y SANDRA Y TERMINA EN TWO MEDIUM SHOT</p>	<p><u>JULIA (SERENA):</u> Ay oye pero cálmate, yo creo que a su edad, pues todos los viejos han de actuar de igual manera ¿no?, y pues no sé, lo único que podemos hacer es tratar de evitar que haga sus...cosas. Ya se le pasará hombre.</p> <p><u>SANDRA:</u> Cálmate, cálmate, sí como tu no eres la que la estás cuidando ¿verdad? No, si ya hay que andarla siguiendo pa' todos lados que va.</p> <p>¿El otro día qué crees?, que la mando al mercado y tuve que ir por ella quesque porque dice el camicero que se perdió, ¡hazme favor! ¿quién carambas se va a andar perdiendo del mercado a su casa? ¿quién?</p> <p><u>JULIA:</u> Oye, ¿pero cómo?, ¿mi mamá se perdió?</p> <p><u>SANDRA:</u> Sí, eso dice ella pa' llamar la atención</p> <p><u>JULIA:</u> Oye no, eso ya no me está gustando ¿eh?; está bien que sea una lata pero eso de no saber ni dónde está; no, no ¿sabes qué? mejor mañana la llevo al doctor</p> <p><u>SANDRA:</u> Pus ay como quieras ¿eh? pero la neta yo creo que el doctor te va a decir que ya está chocheando y de plano la va a querer mandar al manicomio, pus ay tu sabes , llévala...</p>
<p>FADE OUT</p>	<p>FADE OUT</p>

VIDEO	AUDIO
FADE IN CORTINILLA LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER	
CORTE A INT. LABORATORIO DE NEUROCIENCIAS. DÍA MEDIUM SHOT DEL DOCTOR RAÚL MENA LÓPEZ, INVESTIGADOR DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN MÉXICO	<u>DOCTOR RAÚL MENA</u> : Es un proceso... ...de razonar, de abstraer.
CORTE A TIGHT SHOT DE LA PROYECCIÓN DE UN CEREBRO	<u>DOCTOR RAÚL MENA(EN OFF)</u> : En la enfermedad de Alzheimer, la mayor neurodegeneración ocurre...
CORTE A TIGHT SHOT DE CORTE CEREBRAL	<u>DOCTOR RAÚL MENA(EN OFF)</u> :... en las áreas de la memoria que se llama hipocampo y en toda la ...
CORTE A TIGHT SHOT DE UN CEREBRO HUMANO .	<u>DOCTOR RAÚL MENA(EN OFF)</u> : ...neocorteza, entonces hay una atrofia cerebral por la neurodegeneración.
DISOLVENCIA A NEGROS CON ROTULO DE CUADRO 1 GENERALIDADES "Enfermedad de Alzheimer <ul style="list-style-type: none"> • personas mayores de 65 años • segunda causa de demencia • 18 millones de personas con demencia a nivel mundial • 2/3 partes son Alzheimer • 350 mil personas con Alzheimer en México* *aproximación matemática hecha por la Asociación Mexicana de Alzheimer y Enfermedades Similares"	<u>FADE IN</u> <u>LOCUTOR EN OFF</u> : La enfermedad de Alzheimer tiene su aparición en promedio después de los 65 años, aunque se han registrado casos tempranos de 40 años. Es la segunda causa de demencia a nivel Mundial, actualmente se estima que son 18 millones de personas quienes padecen algún tipo de demencia, de las cuales dos terceras partes de esta población padece la demencia tipo Alzheimer



<u>VIDEO</u>	<u>AUDIO</u>
CORTE A INT. CONSULTORIO. DÍA TWO MEDIUM SHOT DE FAMILIAR Y ENFERMO	<u>FAMILIAR</u> : Pues se ha vuelto muy distraído... ...lo pone por ahí y se le olvida.
CORTE A INT. OFICINA. DÍA MEDIUM CLOSE UP DE TRABAJADORA SOCIAL DE FUNDACIÓN ALZHEIMER, MARÍA LUISA CALZADA MANCERA	<u>T.S. MA. LUISA CALZADA</u> : El paciente siente... ...miedo el paciente se aísla.
CORTE A INT. LABORATORIO DE NEUROCIENCIAS. DÍA MEDIUM SHOT DEL DOCTOR RAÚL MENA LÓPEZ	<u>DOCTOR RAÚL MENA</u> : Y luego esto sigue... ...la persona no reconoce los objetos.
CORTE A INT. CONSULTORIO. DÍA TWO MEDIUM SHOT DE FAMILIAR Y ENFERMO	<u>FAMILIAR</u> : Tiene mucho sueño... ...ya no le interesa su persona.
CORTE A MEDIUM SHOT DE ENFERMA RECIBIENDO TERAPIA	<u>DOCTOR RAÚL MENA(EN OFF)</u> : Finalmente, la tercera etapa es la de postración en que la persona pierde la desimisión emocional en que la persona cae postrada...
CORTE A FULL SHOT DE ENFERMA EN SILLA DE RUEDAS	<u>DOCTOR RAÚL MENA(EN OFF)</u> : ...puede sufrir desnutrición y empieza a padecer incontrol de los esfínteres; es cuando la persona yace; así puede pasar muchísimo tiempo.
DISOLVENCIA A NEGROS CON RÓTULO DE CUADRO 4 DURACIÓN DE LA ENFERMEDAD Y CAUSAS DE MUERTE "Duración de la enfermedad -gen de herencia: deterioro rápido -Alzheimer después de los 65: de 5 hasta 20 años o más Causas de muerte -desnutrición -neumonía -infecciones"	<u>LOCUTOR (EN OFF)</u> : La duración de la enfermedad es diversa y depende de varios factores: los pacientes jóvenes, con Alzheimer por gen de herencia, se deterioran muy rápido; en cambio los pacientes con Alzheimer después de los 65 años pueden durar 5, 10 ó hasta 20

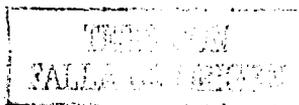
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

<u>VIDEO</u>	<u>AUDIO</u>
<p>FADE OUT</p>	<p>años según la velocidad del proceso de deterioro.</p> <p>Las causas de muerte pueden ser: desnutrición, neumonía e infecciones causadas por las escaras debido a la pronunciada permanencia en una posición.</p> <p>FADE OUT</p>
<p>FADE IN INT. CONSULTORIO. DÍA TWO MEDIUM SHOT DE FAMILIAR Y ENFERMO</p> <p>FADE OUT</p>	<p>FADE IN <u>FAMILIAR</u>: Pues lo que uno piensa... ...nunca pensé que fuera una enfermedad.</p> <p>FADE OUT</p>
<p>FADE IN INT. COMEDOR CASA DE SANDRA. TARDE. TWO MEDIUM SHOT DE SANDRA Y JULIA, PLATICANDO TIEMPO DESPUÉS</p>	<p>FADE IN <u>SANDRA (DESESPERADA)</u>: No pus ya es el colmo ¿eh? ; yo ya estoy harta de veras, estoy harta, ya no aguanto; 'tá bien que el doctor nos advirtió que todo esto del alzajime o como se diga esta chiva de enfermedad que tiene mi mamá, que era retcomplicada pero la verdad es que paciencia ya no tengo, paciencia ya sé que hay que estar muy tranquila, muy calmada, atendería pero pus yo no soy una santa pa' aguantar tanto...</p>

VIDEO	AUDIO
	<p><u>JULIA (IMPACIENTE):</u> Esto ha sido más difícil de lo que esperábamos; Mira nomás, ayer agarró las llaves y las tiró en el bote de basura y cuando le pregunté que si las había visto, resulta que me enseña los mugrosos zapatos diciendo que eso era, chale de plano, que esas eran las llaves, ya ni la amuela ¡está relocal!</p>
<p>CORTE A PLANO AMERICANO DE SANDRA</p>	<p><u>SANDRA (MOLESTA):</u> Ay no, y eso no es nada mana, aquí nos da cada susto; figúrate que el otro día ya estábamos dormidos todos, ay no, pus no se levantó quesque porque quien sabe quien había entrado a la casa y agarró las tijeras que pa' matar a no se cuanta gente, a nosotros nos dio rebien harto miedo, pus pa' colmo obviamente que no podíamos dormir, como tenía tantas energías lo que hice fue sacarle el arroz y los frijoles y ponerla a que los limpiara, eso fue lo que hizo.</p>
<p>CORTE A OVER SHOULDER DE JULIA EN MEDIUM SHOT DE SANDRA</p>	<p><u>SANDRA (SUAVIZANDO UN POCO LA VOZ)</u> ... cambiando de tema manita, fíjate que el otro día dijo mamá que le gustaría que yo me quedara con la casa, además yo creo que me la merezco, pa' que no fuera a olvidársele ni tarda ni perezosa fui a la notaría pa' hacer todos los trámites pertinentes, espero que no te moleste, manta...</p>

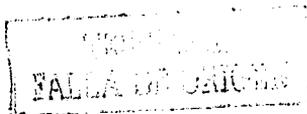
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

<u>VIDEO</u>	<u>AUDIO</u>
CORTE A CRISS CROSS DE MEDIUM CLOSE UP AMBAS MUJERES	<p><u>JULIA (INCRÉDULA)</u>: ¿estás segura?, no te estés aprovechando de que no se acuerda de nada, ¿eh? ¿o de plano la estás induciendo a que diga lo que tu quieres que diga?</p> <p><u>SANDRA (OFENDIDA)</u>: ¡Chales mana!, ¡chales!, me ofendes, me ofendes en el alma ¿a poco crees que yo sería capaz de hacer algo así? no, es más si no me crees pus órale, llégale a preguntarle a mi mamá, como vas llégale; claro que igual y ni se cuerda de nada, verdá ya ves como anda, pero en tu conciencia va quedar no cumplir la voluntad de nuestra mamacita linda...</p>
CORTE A TWO SHOT EN CONTRAPICADA	<p><u>SANDRA (CAMBIANDO EL TONO A MOLESTA)</u>: Eso yo se lo agradezco en el alma, ¡ay pero de veras que ya no la aguanto!, no la aguanto, es insoportable, intolerable ya no quiere bañarse, apesta, apesta toda la casa por donde va caminando; ¡ay no!, y me avergüenza cada vez que vienen mis cuatitas, hijole mano, se pone a gritarles no sé qué cuanto grosería, a mí me da rehearta pena ya ni puede venir nadie a visitarme...</p> <p><u>(RECRIMINANDO)</u>...y por si juera poco que se quita los calzones el otro día delante de mi marido, imagínate yo ni cabía de la</p>



VIDEO	AUDIO
	<p>pena pus como decirle, él que culpa nosotras pus somos sus hijas pero él; no y con eso de que ora con eso de que ya se anda haciendo en los calzones por toda la casa que del uno que del dos no más por llamar la atención...</p>
<p>CORTE A CÁMARA SUBJETIVA DE JULIA EN MEDIUM CLOSE UP DE SANDRA</p>	<p><u>SANDRA</u> Ay no, de veras que es un fastidio, está bien que sea eso del alzajime y toda la movida pero no, no se puede con ella de veras yo estoy segura que puede hacer más cosas de las que dice ella que puede hacer...</p>
<p>CORTE A TRAVELING DE DERECHA A IZQUIERDA EN MEDIUM SHOT DE AMBAS MUJERES</p>	<p><u>SANDRA</u> lo que sí me molesta es que se haga en los calzones; ¿qué cree?, ¿que aquí está su burra pa' deslomarse y estarse fregando con todo lo que ella haga? pus no, mira si ella quiere andar batida pus es su bronca ¿no? por eso ya mejor la mandé al cuarto de atrás, ahí que haga y deshaga a su antojo porque aquí mira se andaba pasiendo y en todos los sillones me dejaba su regero, era refeo mis hijos ya están rebien enojados conmigo...</p>
<p>CORTE A OVER SHOULDER DE SANDRA EN MEDIUM CLOSE UP DE JULIA</p>	<p><u>JULIA (ASOMBRADA)</u>: ¿y lo que digan tus hijos es lo que importa?; (<u>MOLESTA</u>)... mira, si yo pudiera me la llevaba a la casa a mi mamá pero yo no voy a cargar con toda la</p>

<u>VIDEO</u>	<u>AUDIO</u>
CORTE A INT. FUNDACIÓN ALZHEIMER. NOCHE MEDIUM CLOSE UP DE FAMILIAR DE UN ENFERMO CON ALZHEIMER	<u>FAMILIAR</u> : La mayor este, simplementese hizo la ofendida.
FLASH FOWARD MISMO FAMILIAR	<u>FAMILIAR</u> : De plano dejó de visitarnos... ...eso sea un apoyo.
CORTE A INT. OFICINA. DÍA MEDIUM CLOSE UP DE TRABAJADORA SOCIAL DE FUNDACIÓN ALZHEIMER, MARÍA LUISA CALZADA MANCERA	<u>T.S. MA. LUISA CALZADA</u> : Cuando un paciente te pide... ...primera vez que te está preguntando.
CORTE A INT. CONSULTORIO. DÍA MEDIUM CLOSE UP DE DOCTORA RANGEL	<u>DOCTORA RANGEL</u> : Maltratos por omisión... ... y dormidito no me das lata.
CORTE A INT. OFICINA. DÍA MEDIUM CLOSE UP DE TRABAJADORA SOCIAL DE FUNDACIÓN ALZHEIMER, MARÍA LUISA CALZADA MANCERA	<u>T.S. MA. LUISA CALZADA</u> : El maltrato psicológico... ...en depresiones muy profundas.
CORTE A INT. CONSULTORIO. DÍA MEDIUM CLOSE UP DE DOCTORA RANGEL	<u>DOCTORA RANGEL</u> : De los bienes hacerles... ... de los objetos que tienen.
FLASH FOWARD INT. CONSULTORIO. DÍA MEDIUM CLOSE UP DE DOCTORA RANGEL FADE OUT	<u>DOCTORA RANGEL</u> : Las familias en muchasactitudes coherentes <u>FADE OUT</u>
FADE IN INT. COMEDOR CASA DE SANDRA. TARDE MEDIUM SHOT DE JULIA	<u>FADE IN</u> <u>JULIA (DESCONCERTADA)</u> : No, no te enojes mira; tu sabes que mamá es lo que más quiero en el mundo, pero yo considero que



<u>VIDEO</u>	<u>AUDIO</u>
	tu la tienes muy bien cuidada y pues en vacaciones yo me llevo a mi mamacita santa a la casa; ¡ay!, mi chiquita indefensa, y así te ayudo con el cuidado de mi mamá.
CORTE A MEDIUM CLOSE UP DE SANDRA	<u>SANDRA (MOLESTA)</u> : Hijo, eres una hipócrita de lo peor ¿eh? de veras, pal' caso yo la cuido y ya, pero eso sí ya me está fastidiando tu falta de responsabilidad.
CORTE A CÁMARA SUBJETIVA DE SANDRA EN CLOSE UP DE JULIA	<u>JULIA (DÓCIL)</u> : No te enojas; por fa... oye hay otra cosa que quiero decirte; lo que pasa es que hace dos meses te hice el favor de cuidarla y como no me diste lo de la pensión y ahorita ando un poquito apretada de dinero, pues necesito que me des el dinero, para pagar unas deudas que tengo...
CORTE A CÁMARA SUBJETIVA DE JULIA EN CLOSE UP DE SANDRA	<u>SANDRA (IRÓNICA)</u> : Se me olvidaba que a ti hay que pagarte para cuidar a... ¡tu madre!; claro no pus si para eso esta su pensión ¿o no?, pa' pagarte a alguien que la quiera cuidar de güena gana...
CORTE A CRISS CROSS EN MEDIUM CLOSE UP DE AMBAS NUJERES	<u>JULIA (MOLESTA)</u> :...y también trabajó para regalarte las casas y todas sus cuentas bancarias que te has clavado ¿no?

<u>VIDEO</u>	<u>AUDIO</u>
	<p><u>SANDRA (OFENDIDA)</u>: No pus sí, no te confundas ¿eh?, la casa está pa' que ella pueda vivir tranquila y además no sé de cuentas bancarias me hablas, ella no tenía nada</p> <p><u>JULIA (EXCUSÁNDOSE)</u>: Si le llamas casa a tenerla arrumbada allá atrás, pues... ay oye, pero ya no vamos a estar discutiendo sobre eso; ¿y sabes qué? mejor ya me voy chulis, lo que pasa es que tengo que ir a jugar canasta con mis amigas del club.</p>
FADE OUT	<p><u>SANDRA</u> : Adiós, (<u>DICE PARA SI MISMA</u>) abusiva; mira que llamarme abusiva, algo tengo que sacar de esto, ¡qué fácil!</p> <p><u>FADE OUT</u></p>
FADE IN INT. DESPACHO LEGAL. DÍA MEDIUM CLOSE UP DE ABOGADO JUVENTINO MARCOS TORRES. ABOGADO PENAL	<p><u>ABOGADO MARCOS</u>: Yo creo que de cadallegan a denunciar.</p>
FLASH FOWARD INT. DESPACHO LEGAL. DÍA MEDIUM CLOSE UP DE ABOGADO MARCOS	<p><u>ABOGADO MARCOS</u>: Es común que lospara darle la comida.</p>
CORTE A INT. FUNDACIÓN ALZHEIMER. NOCHE MEDIUM CLOSE UP DE FAMILIAR DE UN ENFERMO CON ALZHEIMER	<p><u>FAMILIAR</u>: Es una situación mucho... ...son ellos, es la enfermedad.</p>

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

VIDEO	AUDIO
<p>CORTE A INT. FUNDACIÓN ALZHEIMER . DÍA CÁMARA LENTA DE MEDIUM SHOT DE ENFERMO CON ALZHEIMER</p> <p>FADE OUT</p>	<p><u>DOCTORA RANGEL (EN OFF)</u>: Que los amen profundamente que ellos van a responder y van a responder a lo mejor con el brillo de la mirada porque no pueden más.</p> <p>FADE OUT</p>
<p>FADE IN INT. RECÁMARA CASA DE SANDRA. DÍA CLOSE UP CARA DE JULIA GRITANDO</p>	<p><u>FADE IN JULIA (ATERRADA)</u>: ¡Tú la mataste!, ¡tú la mataste!; fue tu culpa...</p>
<p>CORTE A CLOSE UP CARA DE SANDRA</p>	<p><u>SANDRA (REPROCHANDO)</u>: ¡ Chales! Yo no tuve la culpa de que ella se enterrara el cuchillo. ¿cómo si no supiera pa' que sirven los cuchillos?...</p>
<p>CORTE A MEDIUM CLOSE UP DE SANDRA</p>	<p><u>SANDRA</u>, ¿ qué querías que hiciera si eso fue en la noche? Y pus yo estaba dormida, yo no podía estaría cuidando todo el día, además pus si ella no le gustaba dormir pus yo qué podía hacer, como dices que a ti ni te pasó nada pero que tal el día que se te salió a la calle, ni quién te diga nada, verdad? ni quién te diga nada...</p>
<p>CORTE A OVER SHOULDER DE JULIA A FULL SHOT DE SANDRA</p>	<p><u>JULIA (MOLESTA)</u>: ¡No estoy hablando de eso; ella era tu única responsabilidad y no la cuidaste!; nunca te dije nada de cuando la encerraste en el baño y tampoco te dije nada de cuando la hiciste lavar las sábanas por haberlas ensuciado; y tampoco te dije nada de cuando le pegaste...</p>

<u>VIDEO</u>	<u>AUDIO</u>
<p>CORTE A LONG SHOT DE MUJER ADULTA MAYOR BORDANDO</p>	<p><u>LOCUTOR EN OFF:</u> Los adultos mayores gozan de los siguientes derechos: Tienen el derecho de ser útiles para la sociedad. Deben ser admitidos para formar así parte de ella.</p>
<p>CORTE A CLOSE UP CARA DE ENFERMA CON ALZHEIMER</p>	<p><u>LOCUTOR EN OFF:</u> Se les deben dar oportunidades dentro de lamisna. Poseen el derecho a seguir capacitándose y de vivir en un hogar.</p>
<p>CORTE A FOTOGRAFÍA EN BLANCO Y NEGRO DE PAREJA ADULTA MAYOR</p>	<p><u>LOCUTOR EN OFF:</u> No se les podrá privar de sus pertenencias, así como podrán administrarlas y gozar de los beneficios que de ellas les convenga. Gozarán de vivir en familia.</p>
<p>CORTE A MEDIUM SHOT DE ENFERMO CON ALZHEIMER</p>	<p><u>LOCUTOR EN OFF:</u> Además de ser dueños de decisiones propias sin aceptar influencias de otras personas cuando éstas no convengan a sus intereses.</p>
<p>DISOLVENCIA CON INT. DESPACHO LEGAL. DÍA MEDIM CLOSE UP DE ABOGADA MÓNICA MUÑOZ ÁNGELES, ABOGADA CIVIL</p>	<p><u>ABOGADA MUÑOZ:</u> La ley le da... ...de interdicción.</p>
<p>CORTE A RÓTULO ¿QUIÉN TIENE LA OBLIGACIÓN DE CUIDAR AL ENFERMO?</p>	

<u>VIDEO</u>	<u>AUDIO</u>
CORTE A INT. DESPACHO LEGAL. DÍA MEDIUM CLOSE UP DE ABOGADA MUÑOZ	<u>ABOGADA MUÑOZ</u> : Primero por ley está... ...a alguna institución.
FLASH FOWARD ABOGADA MUÑOZ	<u>ABOGADA MUÑOZ</u> : No sólo tenemos... ...hay un delito.
FLASH FOWARD ABOGADA MUÑOZ	<u>ABOGADA MUÑOZ</u> : Cuidarlos, atenderlos... ...el administrativo.
DISOLVENCIA CON INT. DESPACHO LEGAL. DÍA MEDIUM CLOSE UP DE ABOGADO MARCOS	<u>ABOGADO MARCOS</u> : Penalmente sí hay... ...derechos de ellos.
FLASH FOWARD ABOGADO MARCOS	<u>ABOGADO MARCOS</u> : Tenemos ya unlesiones en ocasiones.
FLASH FOWARD ABOGADO MARCOS	<u>ABOGADO MARCOS</u> : Una cosa es quey es un delito.
FLASH FOWARD INT. DESPACHO LEGAL. DÍA MEDIUM SHOT DE ABOGADO MARCOS FADE OUT	<u>ABOGADO MARCOS</u> : Una persona que abusa... ...lo hagan dignamente. FADE OUT
FADE IN CORTINILLA INSTANCIAS DE APOYO FADE OUT	
FADE IN CORTINILLA AMAES	
CORTE A INTERIOR. OFICINA. DÍA MEDIUM SHOT DE CLAUDIA SALAZAR	<u>CLAUDIA SALAZAR</u> : Los objetivos son... ...esta enfermedad a futuro.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

<u>VIDEO</u>	<u>AUDIO</u>
<p>FLASH FOWARD INTERIOR. OFICINA AMAES , DIA MEDIUM SHOT DE CLAUDIA SALAZAR ARENAS, VICEPRESIDENTA DE LA ASOCIACIÓN MEXICANA DE ALZHEIMER Y ENFERMEDADES SIMILARES</p> <p>FADE OUT</p>	<p><u>CLAUDIA SALAZAR</u>: Tenemos apoyo dehorarios en distintas partes .</p> <p><u>FADE OUT</u></p>
<p>FADE IN CORTINILLA FUNDACIÓN ALZHEIMER, ALGUIEN CON QUIEN CONTAR FADE OUT</p>	
<p>FADE IN INT. OFICINA FUNDACIÓN ALZHEIMER. DÍA MEDIUM SHOT DE TRABAJADORA SOCIAL MARÍA LUISA CALZADA MANCERA</p>	<p><u>FADE IN</u> <u>T.S. MA. LUISA CALZADA</u>: Nosotros somos un centro de rehabilitación para pacientes con demencia, cualquier tipo de demencia, ya sea Alzheimer o cualquier otra que se le parezca; las actividades que se dan aquí son de sobrestimulación...</p>
<p>CORTE A TOMA GENERAL DE GIMNASIO DE LA FUNDACIÓN ALZHEIMER</p>	<p><u>T.S. MA. LUISA CALZADA(EN OFF)</u>: ...no le vamos a curar la demencia, pero por lo menos con esta sobrestimulación...</p>
<p>CORTE A TOMA GENERAL DEL COMEDOR DE LA FUNDACIÓN ALZHEIMER</p>	<p><u>T.S. MA. LUISA CALZADA(EN OFF)</u>: ...vamos a evitar que el paciente deteriore tan rápido; vamos a ...</p>
<p>CORTE A TOMA GENERAL DEL PATIO DE FUNDACIÓN ALZHEIMER</p>	<p><u>T.S. MA. LUISA CALZADA(EN OFF)</u>:... conservar sus capacidades residuales, aquellas que aún le quedad, el mayor tiempo posible...</p>



<u>VIDEO</u>	<u>AUDIO</u>
CORTE A PLANO AMERICANO DE ENFERMA RECIBIENDO TERAPIA	<u>T.S. MA. LUISA CALZADA(EN OFF):</u> ...y por medio de esta sobreestimulación, que viene siendo terapia física,...
CORTE A MEDIUM SHOT DE ENFERMO EN TERAPIA	<u>T.S. MA. LUISA CALZADA(EN OFF):</u> terapia ocupacional, terapias recreativas y terapias de estimulación integral...
CORTE A TOMA GENERAL DE TALLER DE PINTURA DE FUNDACIÓN ALZHEIMER	<u>T.S. MA. LUISA CALZADA(EN OFF):</u> ...vamos a mejorar la calidad de vida del paciente...
CORTE A TOMA GENERAL DE PATIO DE FUNDACIÓN ALZHEIMER	<u>T.S. MA. LUISA CALZADA(EN OFF):</u> ...y también de la familia, porque a parte de que estamos rehabilitando al paciente...
CORTE A TOMA GENERAL DE CONDUCCIÓN DE PACIENTES EN FUNDACIÓN ALZHEIMER	<u>T.S. MA. LUISA CALZADA(EN OFF):</u> ... la familia toma un gran descanso...
CORTE A INT. OFICINA FUNDACIÓN ALZHEIMER. DÍA MEDIUM SHOT DE TRABAJADORA SOCIAL MARÍA LUISA CALZADA MANCERA FADE OUT	<u>T.S. MA. LUISA CALZADA(EN OFF):</u> ... y aparte de que están tranquilos de que aquí están cuidados, al mismo tiempo estimulados, y pueden dedicarse a otra actividad que ellos necesiten o requieran. <u>FADE OUT</u>
FADE IN FLASH FOWARD DE CLOSE UP DE ENFERMA EN SILLA DE RUEDAS	<u>FADE IN MÚSICA NOSTÁLGICA</u>

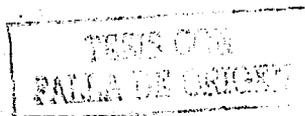


 INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES PSICOLÓGICAS Y EDUCACIONALES

<u>VIDEO</u>	<u>AUDIO</u>
FLASH FOWARD DE MEDIUM SHOT DE ENFERMO	
FLASH FOWARD DE MEDIUM CLOSE UP DE ENFERMA	
FLASH FOWARD DE MEDIUM SHOT DE ENFERMA	
FLASH FOWARD DE CLOSE UP CARA DE ENFERMA	
FLASH FOWARD DE CLOSE UP CARA DE ENFERMO	
FLASH FOWARD DE MEDIUM SHOT DE ENFERMA	
FLASH FOWARD DE MEDIUM SHOT DE ENFERMA	
FLASH FOWARD DE MEDIUM SHOT DE ENFERMA	
FLASH FOWARD DE CLOSE UP CARA DE ENFERMA	
FLASH FOWARD DE CLOSE UP CARA DE ENFERMA	
FLASH FOWARD DE MEDIUM CLOSE UP DE ENFERMA	
FADE OUT	<u>FADE OUT</u>

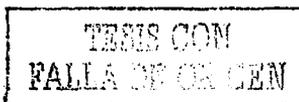
TESES CON
FALLA DE ORIGEN

<u>VIDEO</u>	<u>AUDIO</u>
<p>FLASH FOWARD DE FULL SHOT DE ENFERMA</p> <p>FADE OUT</p>	<p><u>FADE IN</u> <u>DOCTORA RANGEL (EN OFF)</u>: El maltrato y el abuso hacia otro ser humano es punible, es terrible; el maltrato a un viejo es exponencialmente más terrible, porque no se puede defender. Y el maltrato a una persona con demencia no tiene calificativo porque esa persona fue, tiene una historia, él no buscó estar enfermo, es una víctima inocente de esta malvada enfermedad y es una víctima inocente también de la sociedad.</p> <p><u>FADE OUT</u></p>
<p>FADE IN AGRADECIMIENTOS Y CRÉDITOS</p> <p>FADE OUT</p>	<p><u>FADE IN</u> <u>MÚSICA DE CIERRE</u></p> <p><u>FADE OUT</u></p>

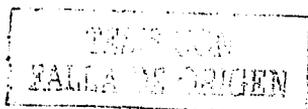


GUIÓN DE EDICIÓN

No. KCT	Localización	Descripción	T. Parcial	T. Total
8	17:16-18:38	Sec.1 dramatización; mujeres en la sala	1'22"	1:22"
7	0:14-0:47	Dr. Raúl Mena López	33"	1:55"
7	4:34-4:50	Dr. Raúl Mena López (en off)	16"	2:11"
1	1:34:56 -1:35:46	Proyección de un cerebro (sólo video)	5"	
1	1:19:10 -1:19:44	Proyección de un corte cerebral (sólo video)	5"	
3	52:52 - 54:15	Cerebro sano (sólo video)	6"	
7	5:20 - 5:44	Dr. Raúl Mena (en off)	24"	2:35"
7	6:08 - 6:15	Dr. Raúl Mena (en off)	7"	2:42"
8	1:12:46 - 1:13:06	Neurona con Alzheimer en fase uno (sólo video)	6"	
8	1:13:13 - 1:13:48	Neurona con Alzheimer en fase dos (sólo video)	7"	
8	1:13:53 - 1:14:18	Neurona con Alzheimer en fase tres (solo video)	6"	
8	1:14:22 - 1:14:41	Neurona con Alzheimer en fase cuatro (solo video)	6"	
8	1:15:46 - 1:15:09	Neurona con Alzheimer en fase cinco (solo video)	6"	
7	6:40 - 6:54	Dr. Raúl Mena López (en off)	14"	2:56"
3	1:02:13 - 1:02:20	Enfermo con Alzheimer (sólo video)	7"	
3	1:06:38 - 1:06:45	Manos envejecidas (sólo video)	7"	
7	6:54 - 7:12	Dr. Raúl Mena López	18"	3:14"
7	7:35 - 7:44	Dr. Raúl Mena López	9"	3:23"
7	1:23 - 1:43	Dr. Raúl Mena López	20"	3:43"
5	37:18 - 37:45	Familiar de enfermo con Alzheimer	27"	4:10"
5	1:32:23 - 1:32:33	Trabajadora social Fundación Alzheimer	10"	4:20"
7	1:50 - 2:50	Dr. Raúl Mena López	60"	5:20"
5	37:58 - 38:14	Familiar de enfermo con Alzheimer	16"	5:36"
7	2:58 - 3:19	Dr. Raúl Mena López (en off)	21"	5:57"
2	1:35:48 - 1:39:55	Terapia enferma de Alzheimer (sólo video)	11"	
3	1:20:18 - 121:10	Enferma en silla de ruedas (sólo video)	10"	
5	40:37 - 40:47	Familiar de enfermo con Alzheimer	10"	6:07"
8	8:03-8:43	Sec.2 dramatización. Mujeres en el comedor	40"	6:47"
8	9:10 - 9:38	dramatización. Mujeres en el comedor	28"	8:15"
8	9:45 - 10:04	dramatización. Mujeres en el comedor	19"	8:34"
8	12:04 - 12:40	dramatización. Mujeres en el comedor	36"	9:10"
8	12:43 - 13:26	dramatización. Mujeres en el comedor	43"	9:53"
8	13:35 - 13:48	dramatización. Mujeres en el comedor	13"	10:06"
8	14:55 -15:17	dramatización. Mujeres en el comedor	22"	10:28"
8	23:42 - 23:56	dramatización. Mujeres en el comedor	14"	10:42"
8	25:24 - 25:44	dramatización. Mujeres en el comedor	20"	11:02"
5	1:00:04 - 1:00:38	Dra. Luz Esther Rangel López	34"	11:36"
9	26:40 - 27:06	Familiar de enfermo con Alzheimer	26"	12:02"
9	35:08 - 35:21	Familiar de enfermo con Alzheimer	13"	12:15"
9	36:00 - 36:26	Familiar de enfermo con Alzheimer	26"	12:41"
9	36:28 - 36:37	Familiar de enfermo con Alzheimer	9"	12:50"
5	1:36:18 - 1:36:34	Trabajadora social Fundación Alzheimer	16"	13:06"
5	1:03:48 - 1:04:15	Dra. Luz Esther Rangel López	27"	13:33"



5	1:36:40 - 1:37:09	Trabajadora social Fundación Alzheimer	29"	14:01"
5	1:08:21 - 1:08:28	Dra. Luz Esther Rangel López	7"	15:00"
5	1:08:30 - 1:08:43	Dra. Luz Esther Rangel López	13"	15:13"
8	25:50 - 26:11	Sec. 3 Esc. 1 dramatización. Mujeres en el comedor	21"	16:45"
8	26:28 - 26:39	dramatización. Mujeres en el comedor	11"	16:56"
8	26:39 - 27:04	dramatización. Mujeres en el comedor	25"	17:21"
8	27:07 - 27:25	dramatización. Mujeres en el comedor	18"	17:39"
8	29:40 - 30:29	dramatización. Mujeres en el comedor	49"	18:28"
8	1:00:52 - 1:01:08	Abogado penal Juventino Marcos	16"	15:29"
8	1:08:42 - 1:09:09	Abogado penal Juventino Marcos	27"	15:56"
9	55:59 - 56:17	Familiar de enfermo con Alzheimer	18"	16:14"
5	1:23:00 - 1:23:10	Dra. Luz Esther Rangel López (en off)	10"	16:24"
1	1:43:21 - 1:43:31	Enfermo con Alzheimer (sólo video)	10"	
8	18:41 - 18:46	Sec.3 dramatización. Mujeres en recámara	5"	21:43"
8	18:49 - 18:58	dramatización. Mujeres en la recámara	9"	21:52"
8	19:04 - 19:27	dramatización. Mujeres en la recámara	23"	22:15"
8	19:30 - 20:06	dramatización. Mujeres en la recámara	36"	22:51"
8	20:52 - 21:44	dramatización. Mujeres en la recámara	52"	23:43"
8	21:48 - 22:17	dramatización. Mujeres en la recámara	29"	24:12"
8	31:47 - 32:05	dramatización. Mujeres en la recámara	18"	24:30"
9	1:03:14 - 1:03:43	mujer adulta mayor bordando (sólo video)	10"	18:38"
3	1:01:54 - 1:02:20	Enfermo con Alzheimer (sólo video)	9"	18:47"
1	1:11:20 - 1:11:38	Enfermo con Alzheimer	8"	18:55"
2	1:19:12 - 1:19:34	Enfermo con Alzheimer (sólo video)	8"	19:03"
8	36:00 - 36:07	Abogada civil Mónica Muñoz	7"	19:10"
8	46:21 - 47:00	Abogada civil Mónica Muñoz	39"	19:49"
8	41:45 - 42:04	Abogada civil Mónica Muñoz	19"	20:08"
8	42:21 - 42:39	Abogada civil Mónica Muñoz	18"	20:26"
8	52:17 - 52:47	Abogado penal Juventino Marcos	30"	20:56"
8	53:37 - 53:45	Abogado penal Juventino Marcos	8"	21:04"
8	1:07:05 - 1:07:23	Abogado penal Juventino Marcos	18"	21:22"
8	1:11:27 - 1:12:43	Abogado penal Juventino Marcos	16"	21:38"
1	54:59 - 55:10	Claudia Salazar Arenas. AMAES	11"	24:41"
5	1:47:37 - 1:47:49	Trabajadora social Fundación Alzheimer	12"	24:53"
5	1:47:49 - 1:48:34	Trabajadora social Fundación Alzheimer (en off)	45"	25:38"
5	1:31:14 - 1:31:38	Gimnasio Fundación Alzheimer (sólo video)	5"	
5	1:40:32 - 1:41:32	Comedor Fundación Alzheimer (sólo video)	5"	
2	1:53:02 - 1:55:31	Juego pelotas patio Fundación Alzheimer (sólo video)	5"	
2	1:35:48 - 1:39:55	Terapia enferma de Alzheimer (sólo video)	5"	
5	1:56:12 - 1:57:56	Enfermo con Alzheimer (sólo video)	5"	
3	56:12 - 56:19	Taller de pintura (sólo video)	5"	
3	1:04:50 - 1:05:09	Enfermo con Alzheimer (sólo video)	2"	25:40"
2	1:19:12 - 1:19:34	Enfermo con Alzheimer (sólo video)	2"	25:42"
2	1:23:40 - 1:23:50	Enfermo con Alzheimer (sólo video)	2"	25:44"
2	1:25:26 - 1:25:33	Enfermo con Alzheimer (sólo video)	2"	25:46"
3	55:16 - 55:54	Enfermo con Alzheimer (sólo video)	2"	25:48"
2	1:25:16 - 1:25:25	Enfermo con Alzheimer (sólo video)	2"	25:50"



2	1:25:33 - 1:25:41	Enfermo con Alzheimer (sólo video)	2"	25:52"
2	1:25:41:1:25:50	Enfermo con Alzheimer (sólo video)	2"	25:54"
3	1:01:54 - 1:02:20	Enfermo con Alzheimer (sólo video)	2"	25:56"
2	1:39:55 - 1:40:02	Enfermo con Alzheimer (sólo video)	2"	25:58"
2	1:56:20 - 1:57:56	Enfermo con Alzheimer (sólo video)	2"	26:00"
5	1:56:21 - 1:56:28	Enfermo con Alzheimer (sólo video)	2"	26:02"
5	1:22:17 - 1:22:55	Dra. Luz Esther Rangel López (en off)	38"	26:42"
2	1:34:10 - 1:34:44	Enfermo con Alzheimer (sólo video)	38"	

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CONCLUSIÓN

A manera de conclusión, la realización de este trabajo en especial fue intensa, apasionante y sobre todo de una gran retroalimentación para mí, ya que en el transcurso de la producción descubría cosas nuevas en el entorno de los que padecen esta terrible enfermedad incurable.

Las situaciones que se fueron desplegando ante mis ojos me mostraron una realidad que, aunque sospechada, jamás la hubiera entendido en su totalidad de no haber sido por el contacto directo y humano con los enfermos, quienes con sus miradas distraídas todavía poseen el don de los destellos en sus ojos.

En la parte del conocimiento de la enfermedad, tuve el gran apoyo de profesionales en esta rama: investigadores, geriatras, neurólogos y trabajadores de asociaciones civiles, a quienes doy mi más profunda gratitud por la sabiduría amablemente compartida conmigo.

A pesar de la disposición de estas maravillosas personas, las cosas no siempre salieron rápido; hubo ocasiones en que fue necesario repetir una entrevista, cambiar la hora de encuentro con el entrevistado, esperar varios días para que el personaje a entrevistar tuviera el tiempo y la dedicación suficiente para brindarme un material valioso y exclusivo. A la par, los recursos técnicos con los que contaba eran limitados y en ocasiones tuve que valerme del ingenio para sacar las cosas adelante, sobre todo en la realización de la dramatización.

Siempre supe que la producción televisiva era una labor extenuante y compleja; ahora sé lo que un guionista, un camarógrafo, un director de escena, un iluminador, un utilero, un decorador, un diseñador de vestuario, un continuista, un productor, etc. sienten al hacer su trabajo. Todas las emociones y el estrés de todas estas personas las viví y padecí en carne propia al mismo tiempo al sacar adelante el trabajo, ahora sé que el estar sólo al frente y en todos y cada uno de los detalles de la producción simultáneamente es tarea titánica, avasallante, exigente, pero puede ser realizada de la mejor manera posible y lograr un producto de buena calidad aún con los impedimentos económicos, técnicos y humanos que se me presentaron .

La realización de la dramatización es, sin duda, el mejor complemento a los relatos de los especialistas, ya que de esa manera se muestra con claridad y en un plano más cercano a la cotidianidad, lo expresado por los entrevistados. De haberse quedado en el video sólo los testimonios de los familiares y la información recabada, el reportaje hubiera estado incompleto; es fácil relatar una realidad a través de las intervenciones de gente experta, se pudieron abordar todos y cada uno de los ángulos de este padecimiento, pero al final, la dramatización nos pondría en un mayor contacto con la realidad; es decir, aprender lo que la enfermedad significa y transportarla a un terreno más real. De tal modo, las cosas no sólo quedarían en la llana explicación de un problema de salud, sino que quedan "aterrizadas" en la representación de la realidad.



Así mismo, también tengo que reconocer que el curso previo para quienes deseamos titularnos mediante este sistema de producción televisiva, es una de las armas más poderosas que pude haber utilizado; ya que con él tuve la oportunidad de practicar mucho más lo aprendido de la carrera; siempre tuve la disposición de los profesores para escucharme y alentarme a realizar lo que yo tenía en mente sobre tomas, encadenamientos, estructura y cadencia que le diera al reportaje.

MATERIAL CONSULTADO

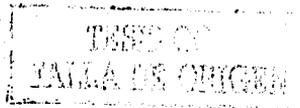
Bibliografía

- KANE, Robert.
OUSLANDER, Joseph
Geriatría Clínica
Tercera edición
Mc Graw Hill
México
1997
456 pp.

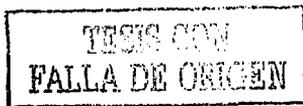
- HIGASHIDA, Berta
Ciencias de la salud
Segunda edición
Mc Graw Hill
México
1991
535 pp.

- ARDILA, Alfredo
Cómo entender y cuidar a nuestros ancianos en casa
La prensa médica mexicana
México
1986
50 pp.

- PEABODY, Mary
Aprenda a cuidar a su enfermo
La prensa médica mexicana
México
1976
63 pp.



- MACE, Mary.
ROBINS, Peter
Cuando el día tiene 36 horas
Pax México
México
1988
275 pp.
- NOLASCO, Ma. Del Rocio
VENTURA, Margarita
Análisis comparativo entre la autoestima de la anciana de la familia y la anciana de asilo
Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco
México
1997
138 pp.
- POWELL, Leonore
COURTICE, Katie
Enfermedad de Alzheimer. Una guía para la familia
Pax México
México
1990
302 pp.
- SECRETARÍA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA
Manual de funcionamiento de las casas hogar para ancianos
SSA
México
1986
44 pp.
- GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL
Manual de atención: la enfermedad de Alzheimer, recomendaciones para un cuidado de calidad
México
1999
41 pp.
- FUNDACIÓN ALZHEIMER, ALGUIEN CON QUIEN CONTAR
No me acuerdo. Cuentos de abuelos y abuelas con enfermedad de Alzheimer
México
2000
85 pp.



- o LINARES, Marco Julio
El quión
Pearson Educación
México
1998
302 pp.

Hemerografía

- o ASOCIACIÓN MEXICANA DE ALZHEIMER Y ENFERMEDADES SIMILARES
Boletín primavera 2000
Trimestral
- o ASOCIACIÓN MEXICANA DE ALZHEIMER Y ENFERMEDADES SIMILARES
Boletín verano 2000
Trimestral
- o ALZHEIMER'S DISEASE INTERNATIONAL
Boletín del día mundial de Alzheimer
Septiembre 2000

Electrónicas

- o Página de Internet: www.alzheimer.org/pubs/prog99.htm
www.alzheimers.org
www.alz.co.uk
www.alzheimer2000.org
www.amaes.org.mx

