

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Aplicado a un paciente con Demencia de Tipo Alzheimer

Que para obtener el título de:

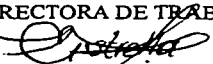
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

Presenta:

Pérez Claudio Norma

No. de Cuenta: 9754722-0

DIRECTORA DE TRABAJO:


L.E.O. Bertha Estrella ÁlvarezEscuela Nacional de
Enfermería y Obstetricia
Coordinación de
Servicio Social



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.

AGRADECIMIENTOS

A mi familia:

Por su amor , ayuda y por el esfuerzo que han realizado , para que pueda seguir adelante.

A Dios:

Por haberme dado la oportunidad de vivir y por haberme permitido culminar una etapa más en mi vida.

A mi hijo:

Por se mi mayor motivación y por quien continuare superándome.

A Verónica y Jesús:

Por su apoyo durante la realización de este trabajo.

A la L.E.O Bertha:

Por haber ayudado y guiado el desarrollo del trabajo , además por el tiempo y la dedicación brindada.

A la Fundación Alzheimer:

Por darme la oportunidad de desarrollarme profesionalmente y de los conocimientos y habilidades que adquirí con las personas que presentan demencias.

RECONOCIMIENTOS

A la L.E.O. Alejandra Martínez Miranda:

**Por haber motivado a la realización de este trabajo,
además de la confianza, amistad y apoyo incondicional
que me ha brindado.**

A la familia Bravo Silva:

**Por la paciencia y el trato que le brindan a
su familiar (paciente) y por haberme
permitido trabajar con ellos para ayudar
a darle una mejor calidad de vida.**

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN	1
- OBJETIVOS	
General.....	3
Específicos.....	3
Particulares.....	4
- JUSTIFICACIÓN.....	5
- MARCO TEÓRICO	
- Antecedentes de Cuidado.....	6
- Conceptualización de Cuidado.....	7
- Metaparadigma.....	7
- Conceptualización de enfermería (Virginia Henderson)	9
- Definición de enfermería.....	11
- Generalidades del modelo de Virginia Henderson	
Reseña histórica.....	12
Teoría de las necesidades.....	13
Descripción de las 14 necesidades.....	14
- Proceso de enfermería	
Antecedentes.....	17
Conceptualización.....	18
Objetivos.....	18
Valoración.....	19
Diagnóstico.....	24
Planeación.....	26

Ejecución.....	30
Evaluación.....	33
- Generalidades del Adulto Mayor.....	35
Características físicas del envejecimiento.....	37
Características psíquicas.....	45
Características sociales.....	46
- METODOLOGÍA.....	48
- APLICACIÓN DEL PROCESO BASADO EN VIRGINIA HENDERSON	
Valoración de enfermería por necesidades.....	49
Diagnósticos de enfermería.....	53
Jerarquización de necesidades.....	54
Plan de cuidados.....	56
Ejecución de los cuidados.....	62
Evaluación de los cuidados.....	69
Plan de Alta.....	72
- CONCLUSIONES.....	73
- SUGERENCIAS.....	75
- GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	79
- BIBLIOGRAFÍA.....	82
- ANEXOS	
1. Instrumento de Valoración.....	84
2. Instrumento de Valoración (Aplicado).....	90
3. La Enfermedad de Alzheimer.....	96
4. Anatomía y Fisiología del Cerebro.....	99
5. Programa de Trabajo de Acondicionamiento Físico.....	102

INTRODUCCIÓN

Durante la formación académica de la profesión de enfermería, se constituye la base de conocimientos teóricos que se deben tener para la realización de la práctica profesional.

El presente Proceso de Enfermería se basa en la teoría de Virginia Henderson ; la escuela de las necesidades, ya que es de apoyo para la detección de los problemas reales y potenciales que presenta la cliente.

Se tomó como modelo el proceso integrado por las 5 etapas que son la Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación y así brindarle la atención individualizada que requiere el cliente y su familia, ya que el objetivo principal de enfermería es el otorgar un cuidado integral al individuo sano o enfermo.

Se abordó el caso de un adulto mayor que presenta demencia de tipo Alzheimer, que se encuentra en la Fundación Alzheimer, y que es semiindependiente para la realización de las actividades básicas de la vida diaria, ya que esta enfermedad al ser progresiva, degenerativa e irreversible limita a las personas a ser independientes por presentar una declinación a nivel cognoscitivo y funcional.

Por lo que este trabajo mostrará una descripción de algunas actividades que se pueden realizar con las personas que presentan demencia y que podrán ser de ayuda a otros profesionistas, ya que estas intervenciones tratan de estimular todas las capacidades que aún se conservan.

Así de esta manera, se puede observar que la profesión de enfermería tiene un campo más de ejercicio en es la Geriatria en un primer nivel de atención y que por lo tanto continuaremos implicando nuestro conocimientos y habilidades en la atención a personas

con deterioro intelectual ya que con ello se dará una mejor condición de vida, pues todo individuo es único y diferente a los demás seres humanos.

Se seleccionó a un adulto mayor, por ser un grupo de edad al cual se le debe de prestar mayor atención, por todas las características físicas y emocionales que van presentando y que ya no le permiten satisfacer todas aquellas necesidades básicas para poder ser independiente, y que por lo tanto la sociedad lo hace ver como una persona no productiva. Siendo que ellos nos dejan aprendizajes tanto intelectualmente como de la experiencia.

Todos los grupos de edad son importantes y relevantes, cada uno de ellos van siendo vulnerables en la etapa en la que se encuentren, en la cual enfermería tiene gran participación en la prevención, mantención y en la rehabilitación de la salud, para así poder llegar a ser un adulto mayor con una mejor calidad de vida.

OBJETIVOS

GENERAL

- Contribuir a que la vida del paciente con demencia de tipo Alzheimer sea más digna y así mismo a la familia, brindando una calidad de atención de enfermería y cuidados que ayuden a mantener funcional al cliente que presenta este tipo de demencia, además de prevenir y/o rehabilitar posibles complicaciones.

ESPECÍFICOS

- Apoyar al cliente a mantener su fisiología dentro de las posibilidades que la demencia y condiciones generales de él, lo permitan.
- Estimular sus capacidades intelectuales y psicomotoras que aún pueda desarrollar, permitiéndole realizar aquellas que son independientes.
- Limitar el proceso de dependencia, para la satisfacción de las necesidades fundamentales, orientando al cliente y su familia sobre los cuidados que requiere.
- Optimizar el estado afectivo familia-cliente para evitar maltrato físico, psicológico y social por desconocimiento de la enfermedad.

- **Brindar apoyo emocional a la familia y paciente, para que su convivencia sea aceptable y comprensiva.**

PARTICULARES

- **Obtener conocimientos de actualidad y cuidado sobre la demencia de tipo Alzheimer para proyectarlo en el desempeño profesional con otras personas que requieran este tipo de apoyo.**
- **Concluir una etapa más como estudiante, mediante la elaboración del presente Proceso, obteniendo el título profesional como meta principal.**

JUSTIFICACIÓN

Los pacientes con demencia de tipo Alzheimer, por presentar deterioro a nivel mental, requieren de una atención holística y especializada, en la cual enfermería puede participar inter y/o multidisciplinariamente, brindando cuidados específicos para cada una de las necesidades que requieren ser satisfechas, ayudándolo a ser menos dependiente manteniendo funcional todas sus capacidades residuales y contrarrestar otras patologías resultantes de las limitaciones físicas y psíquicas que vaya presentando, haciendo con todo esto más digna la vida del paciente.

Este Proceso de Enfermería se encausa a un caso específico de Alzheimer, por ser una de las causas de demencia con más incidencia en comparación con otros procesos que presentan al igual, deterioro intelectual.

“Los padecimientos demenciales tienen una prevalencia aproximada del 5 al 7% que aumenta rápidamente con la edad. La mayor parte de los sujetos afectados por deterioro intelectual sufren de demencia, y de estos más de 50% son afectados por la enfermedad de Alzheimer.”⁽¹⁾

Además puede ser de gran interés al gremio de enfermería, el explorar el campo geriátrico, particularmente los padecimientos demenciales, por ser un conocimiento del cual se obtiene lo fundamental durante nuestra formación profesional y que podría ser una base más de fundamentación para el profesionista que se desempeña dentro del ámbito geriátrico en cualquier nivel de atención.

1. GUTIERREZ Robles, Luis Miguel. Síndrome de deterioro intelectual y padecimientos demenciales. Ed. Publingenio S.A. México 2000. Pág. 11.

MARCO TEÓRICO

ANTECEDENTES DEL CUIDADO

La historia de los cuidados se perfila desde el nacimiento de la vida, desde el surgimiento del Homo Sapiens, ya que eran actos que tanto la mujer como el hombre solían hacer, siendo que es algo innato del ser humano, para tratar de asegurar la supervivencia.

A lo largo de la historia de la humanidad, hubo quienes estaban encargados de proporcionar los cuidados. “Al principio los chamanes o matronas realizaban ritos para la conservación de la salud, después la religión; en la cual el sacerdote tenía como objetivo salvar el alma de los enfermos y de aquellos que prestaban cuidados básicos por medio de conocimientos empíricos con los que se contaba. Durante el siglo XIX, surgieron los médicos, quienes determinaban las causas de muerte con bases científicas, pero los cuidados que ellos brindaban, eran muy limitados, ya que estaban dirigidos únicamente para las clases sociales del medio urbano.

A pesar de los avances de la medicina, durante el mismo siglo Florence Nightingale, fue la primera enfermera que trato de describir la palabra “cuidar” en su escrito “Notas de enfermería”, pues ya desde principios del siglo XX hasta finales de los años 60’s se creía el papel de la mujer como enfermera auxiliar del médico, teniendo como objetivo principal, el cuidado .”(2)

2. COLLIERE, Marie Françoise. Encontrar el sentido original de los cuidados enfermeros. Ed. Interamericana-Mc Graw-Hill. Barcelona 1997. Pág. 16.

CONCEPTUALIZACIÓN DEL CUIDADO

Es un conjunto de acciones, y de todo aquello que pueda contribuir a mantener conservar y continuar el desarrollo de la vida, para satisfacer todas aquellas necesidades indispensables que lleven a la independencia del individuo, además de tratar de compensar todas aquellas alteraciones causadas por enfermedad y que pueden exponer la homeostasis del organismo.

Actualmente el cuidado que otorga el profesional de enfermería se basa en conocimientos y habilidades que se han adquirido a través de los años y a los avances que se han tenido tanto en investigación como en tecnología.

De tal forma que la esencia de enfermería es el cuidado, abordando al individuo como un ser integral que incluye sus aspectos físicos, biológicos, psicológicos, económicos, sociales y espirituales ya que estos también depende el poder llevarlo a un estado óptimo de salud e independencia.

METAPARADIGMA

(Virginia Herderson)

Los cuidados que otorga enfermería se basan en la identificación del estado de salud y en las necesidades que requieren ser satisfechas por el individuo. Esto se obtiene mediante la interacción que existe entre la enfermera y el cliente.

También se basan en la delimitación del campo de acción de la profesión para que el cuidado se centre en la persona, en su entorno, en su salud y en la participación que

enfermería tenga para mejorar las condiciones de estado de salud del individuo, los cuatro conceptos antes mencionados integran el metaparadigma de enfermería.

Para tener más claro el significado del metaparadigma se propone la siguiente definición:

“es una forma de explicar, identificar y delimitar el campo de estudio de la profesión, teniendo como objetivo el otorgar cuidados de enfermería, determinando su ejercicio sobre la persona que recibe los cuidados, el entorno en el que se desarrolla, la salud en el momento del contacto y las acciones de enfermería. Estos cuatro conceptos forman el metaparadigma de enfermería y que se describirán a continuación.” (3)

PERSONA: se entiende como un ser único que comprende factores fisiológicos, socioculturales y espirituales que hacen de él un todo integrado, que por lo tanto manifiesta capacidades y necesidades individuales por ser distinto y que se encuentra en constante integración con su medio ambiente.

ENTORNO: esta constituido por el medio interno, integrado por lo biológico, psicológico y espiritual; además del medio externo, que son todos los aspectos que influyen en el estilo de vida del individuo y los lugares en los cuales nos desarrollamos.

SALUD: se concibe como un valor y como ausencia de enfermedad, es decir, cuando el individuo conserva su bienestar para la realización de todas sus actividades y pueda cuidar de su salud.

3. KERÓVAC, Suzanne, et-al. El pensamiento enfermero. Ed. Masson. España 1996. Pág.27-28.

ENFERMERIA: se concibe como todas aquellas acciones encaminadas al logro de un estado óptimo de salud, teniendo en cuenta que su objetivo principal es el cuidado a la salud del individuo.

CONCEPTUALIZACIÓN DE ENFERMERÍA

(VIRGINIA HENDERSON)

Para Virginia Henderson enfermería la define como:

“La única función de la enfermera es ayudar al individuo sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila), y que realizaría sin la ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad y conocimientos necesarios. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible”. (4)

Henderson en su concepto, enfatiza en que enfermería debe abarcar tanto el campo de prevención como el de atención, pues ambos tienen como objetivo la salud y la independencia dentro del aspecto biopsicosocial, ya que abarca al individuo sano o enfermo, y de no ser posible la recuperación del daño fisiológico el aspecto psicológico de la persona.

También se hace hincapié en la promoción de la salud por medio de la educación de la población y esta pueda ser capaz de autocuidarse por medio de los conocimientos que adquiera para mantener un estado de salud óptimo.

4. TOMEY, Ann Marriner. Modelos y teorías de enfermería. 3ª ed. Ed. Mosby/Doyma libros. España 1994. Pág. 104.

Así mismo, los cuatro conceptos del metaparadigma de enfermería, los define Henderson de la siguiente forma:

SALUD: Considera a la salud en la función de la capacidad del paciente para realizar sin ayuda los 14 componentes de la asistencia de enfermería. Dice que es la calidad de salud más que la vida en sí misma, esa reserva de energía mental y física que permite a la persona trabajar de una forma más efectiva y alcanzar su mayor nivel potencial de satisfacción de la misma.

ENTORNO: Es el conjunto de todas las condiciones e influencias que afectan a la vida y el desarrollo de un organismo.

PERSONA: Considera al paciente como un individuo que requiere asistencia para obtener salud e independencia o una muerte tranquila. La mente y el cuerpo son inseparables. Considera al paciente y su familia como una unidad.

ENFERMERÍA: La define como “una asistencia fundamentalmente al individuo enfermo o sano para que lleve a cabo actividades que contribuyan a la salud o una muerte tranquila y la persona con suficiente fuerza, voluntad o conocimiento llevará a cabo estas actividades sin ayuda. (5)

DEFINICIÓN DE ENFERMERÍA

Tomando en cuenta que la esencia de enfermería es el cuidado, la profesión se basa en modelos y teorías que sustentan el Proceso de Enfermería para brindar una calidad de atención.

El modelo en el cual se basa el presente proceso es en la escuela de las necesidades de Virginia Henderson, ya que ella menciona que se debe apoyar al individuo sano o enfermo, a realizar todas aquellas necesidades que no puedan satisfacer por si mismo o ayudarlo a tener una muerte tranquila.

Otro de los modelos en el que se basa, es el modelo de Relaciones Interpersonales de Peplau, pues la enfermera debe tener conocimiento de su propia conducta para ayudar a los demás, ya que debe ser capaz de identificar y responder a las necesidades no satisfechas por medio de la interacción enfermera – cliente.

Por lo tanto, teniendo como fundamento ambos modelos de enfermería podemos retomar que la profesión debe centrar sus conocimientos en la detección de los problemas reales o potenciales del cliente y así mismo a la satisfacción de estos, basándose en las 14 necesidades básicas que enumera Henderson, tratando con lo anterior que el cliente prevenga, mantenga o recupere su salud e independencia o ayudarlo a tener una muerte tranquila.

GENERALIDADES DEL MODELO DE VIRGINIA HERDERSON

RESEÑA HISTÓRICA

El presente Proceso de Enfermería se basa en la escuela de las necesidades, para la identificación de los problemas reales y potenciales que presenta el individuo.

A través de los años diversas teóricas han diseñado modelos de atención de enfermería para poder proporcionar cuidados a individuos, familias y comunidades sanos o enfermos, en cualquier nivel de atención.

Uno de los modelos es el de Virginia Henderson, ya que es un elemento de gran valor en la profesión de enfermería, porque puede colaborar en la detección de las necesidades que requieren ser satisfechas por el cliente.

Por lo anteriormente mencionado a continuación se describirá una biografía con los datos más relevantes de dicha teórica.

Virginia Avenell Henderson, nació el 30 de Noviembre de 1897 en Kansas City, Missouri, paso su infancia y adolescencia en Virginia.

Durante la primera guerra mundial, desarrolló su interés por la enfermería, debido a la demanda de cuidados enfermeros tras dicho conflicto y en 1918 inicio sus estudios en la Army School of Nursing de Washinton D.. C., graduándose tres años después.

“Ya en 1922 fue profesora de enfermería en el Norfolk Protestant Hospital de Virginia. Cinco años más tarde ingreso al colegio de profesores de la Universidad de Columbia en donde obtuvo titulos de B. S. Y M. A. En formación de enfermería. Aquí mismo describió la edición de la obra de Berta Harmer “Textbook of the principles and practice of nursing”, que publicó en 1939. En su libro “The Nature of Nursing” publicado en 1966, describía la principal función que tiene enfermería. En 1983 recibió de Sigma Theta Tau International

el premio Mary Tolle Founders a la Dirección, éste es uno de los mayores galardones de esta sociedad honorífica".(6)

En la convención de la ANA, recibió una mención honorífica especial por las contribuciones que ha dado durante toda su vida a la investigación, formación y desarrollo personal de enfermería.

TEORIA DE LAS NECESIDADES

El modelo de Virginia Henderson denominado "escuela de las necesidades", se originó como una corriente filosófica ya que en aquel entonces el término de teoría aún no se empleaba.

Henderson fué una de las teóricas que incorpora los aspectos espirituales del cliente a la atención del individuo sano o enfermo.

La enfermera trata de asistirlo durante el tiempo que no puede llevar a cabo sus actividades para el logro de su salud mediante la recuperación de la enfermedad, mantener un estado óptimo o una muerte tranquila.

Las 14 necesidades que identifica, tienen una cierta similitud con la jerarquía de las necesidades que requieren ser satisfechas por el individuo dándole cierta jerarquización.

6. SMITH James, P. Virginia Henderson: los primeros noventa años. Ed. Masson S.A. España 1996.

DESCRIPCIÓN DE LAS 14 NECESIDADES

1. RESPIRACIÓN:

Consiste en la captación de oxígeno y desechar el gas carbónico producto de las células. Los factores que contribuyen a su satisfacción son; una buena postura, el ejercicio, la alimentación, el estado emocional, el clima, el ambiente laboral y la vivienda.

2. ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN:

Una necesidad que tiene el organismo para tener un buen funcionamiento, el individuo debe de ingerir alimentos en calidad y cantidad suficientes de acuerdo a su edad, a la actividad física que mantenga, a su estado emocional, a su economía, al clima y a los hábitos que tenga.

3. ELIMINACIÓN:

Se refiere a la eliminación de todo aquello que al organismo ya no le es de utilidad, por medio de la orina, heces fecales, transpiración y espiración pulmonar.

4. MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA:

Es una necesidad que el mismo organismo requiere, ya que permite la eficacia de distintas funciones como la circulación sanguínea. La actividad debe de ir de acuerdo con la edad (ya que se pueden presentar limitaciones), a la actividad laboral y va de acuerdo a la personalidad.

5. DORMIR Y DESCANSAR:

El individuo debe de estar en las mejores condiciones para dormir, el horario debe de ser de 8 horas para concluir un ciclo de sueño , con el fin de tener un buen rendimiento.

6. VESTIDO:

Esta es una actividad de la vida diaria que permite al individuo sentirse protegido. La ropa debe estar de acuerdo a sus circunstancias, al clima, la edad, a la talla, pues debe permitir la libertad de movimiento y a la cultura a la que pertenezca.

7. MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL:

El organismo es el encargado de mantener la temperatura dentro de los límites normales debido a los centros reguladores en el hipotálamo, que es quien inhibe o aumenta la producción de calor cuando así se requiera.

8. HIGIENE:

El aseo es una necesidad que todo individuo requiere con la finalidad de proteger al cuerpo de cualquier microorganismo.

9. EVITAR PELIGROS:

Todo ser humano posee mecanismos de defensa que ayudan a preservar su integridad física y emocional, protegiéndose de todas aquellas agresiones que provienen de su mismo entorno además de sus propias reacciones.

10. COMUNICACIÓN:

Es un proceso de información que puede ser verbal y que nos permite comunicarnos con los demás seres humanos. En este proceso se ven integrados los órganos de los sentidos, la percepción de los estímulos, el entorno y las emociones.

11. CREENCIAS Y VALORES:

Cada individuo es único y por lo tanto diferente a los demás, lo que hace que cada quien tenga sus propios valores y actitudes respecto al entorno que lo rodea y de acuerdo a la cultura en la que se desarrolle.

12. REALIZACIÓN:

Para todo individuo es necesario sentirse ocupado, útil, mediante acciones o actividades que le permitan satisfacer sus necesidades a nivel productivo y de recreación. Para lo cual se requiere de autonomía, del rol social que se tenga y de sus capacidades físicas.

13. RECREACIÓN:

Es una necesidad que todos debemos satisfacer con el fin de liberarnos del estrés y de la rutina, para obtener un descanso físico y psicológico.

14. APRENDIZAJE:

“ Es una forma de adquirir nuevos conocimientos con el objetivo de mantener un estado óptimo de salud, ya que el medio ambiente en el cual nos desarrollamos se encuentra en constante cambio y requiere de aprendizajes nuevos para mejorar su vida diaria.” (7)

7. RIOPELLE, Lise et al. Cuidados de Enfermería: un proceso centrado en las necesidades de la persona. Ed. McGraw-Hill. 4ª ed. Madrid, España 1997. Pág. 35.

PROCESO DE ENFERMERÍA

ANTECEDENTES:

Hace algunos años, cuando aún no se desarrollaba el Proceso de Enfermería, la atención que se les brindaba a las personas enfermas era a base del empirismo, es decir, que los cuidados se daban sin tener una fundamentación, solo se contaba con los conocimientos que se obtenían a través de la experiencia, y que por lo tanto solo se abordaba el aspecto biológico de las personas, sin tomar en cuenta el entorno, lo psicológico, social y la cultura del cliente.

La enfermera desde sus inicios abarcaba muchas áreas, atendía las necesidades más básicas del individuo y en algunos casos las satisfacía totalmente.

A través del tiempo y con los cambios sociales, políticos, económicos, científicos y educativos, se ha delimitado el campo de ejercicio de la enfermera, siendo el centro de atención el cuidado y centra sus conocimientos en la solución de problemas del cliente.

“El Proceso de Enfermería, es un término introducido por primera vez por Lidia May en los 50's, aunque fué considerado por varias teóricas integrado por 3 ó 4 etapas. Ya en la década de los 80's se dió a conocer el modelo de 5 pasos y que son; la Valoración, Diagnóstico, Planeación, Ejecución y Evaluación, convirtiéndose en una guía para la práctica de enfermería y que actualmente continua llevándose a cabo en el ejercicio de la profesión para detectar y solucionar los problemas de salud del cliente”. (6)

6. KOZIER, Bárbara, et-al. Enfermería Fundamental: conceptos, proceso y práctica. Ed. Interamericana/McGraw-Hill. Madrid, España 1996. Pág. 9.

CONCEPTUALIZACIÓN

Por lo tanto, el Proceso de Enfermería se define como:

Una serie de pasos a seguir, en el cual la enfermera adopta una serie de intervenciones ya sea independientes o dependientes en individuos, familias o comunidades sanos o enfermos, al identificarse por medio de recolección de información, las necesidades de salud actuales y potenciales que presentan, para así valorar, diagnosticar, planear, ejecutar y evaluar los resultados, ya que es un proceso cíclico y dinámico que pueda modificarse tanta veces como se requiera y brindar una calidad de atención.

OBJETIVOS

Los objetivos que se enumeran a continuación, son del Proceso de Enfermería.

- Identificar los problemas de salud reales o potenciales del individuo, familia o comunidad.
- Proporcionar cuidados que puedan cubrir las necesidades del cliente.
- Evaluar la atención de enfermería para determinar si se han solucionado las necesidades del individuo.

A continuación se describen cada una de las etapas del Proceso de Enfermería, esta división se hace para estudio porque en la práctica hay flexibilidad y continuidad entre cada una de ellas lo que facilita su desarrollo.

VALORACIÓN

DEFINICIÓN:

Es la primera etapa del proceso, consiste en identificar los problemas o necesidades mediante la recopilación de toda la información que nos va a ser de utilidad para valorar el estado de salud del cliente.

Para la recopilación de datos se requiere de la interacción entre el cliente y la enfermera, esta etapa comienza con el primer contacto que ambos tienen y continúa durante todas las etapas del proceso ya que se van generando cambios y nueva información.

Las fuentes de información por las cuales podemos recopilar datos son las directas; como la entrevista que proviene del mismo cliente y es la principal fuente de información, además la observación y la exploración física.

Dentro de las fuentes indirectas se encuentran; "los familiares, registros de profesionales que hayan trabajado con el cliente y las fuentes escritas que se relacionen con los problemas". (9)

Como ya se mencionó hay diversos métodos para la obtención de datos entre los cuales se encuentran:

9. Op.cit. Pág. 191,192.

LA ENTREVISTA PARA LA VALORACIÓN DEL CLIENTE:

Que se define como una comunicación entre dos personas, además como una habilidad y un instrumento para identificar problemas de salud reales o potenciales, para lo cual la enfermera debe de establecer una relación de confianza desde el primer contacto con el cliente, debe realizarse en un ambiente tranquilo, debemos disponer del tiempo preciso y explicar el objetivo que tiene la obtención de datos. "También es importante saber escuchar ya que el cliente va a ser la principal fuente de datos por lo que debemos permitirle extenderse en su información recabando lo más importante, prestarle atención, no interrumpirle , formulándole preguntas abiertas y cerradas siendo entendibles para el cliente". (10)

Para la realización de la entrevista se puede realizar un guión para determinar los temas y las preguntas de las cuales se va a obtener lo más relevante para poder establecer el plan de cuidados.

El tiempo que se requiera para la realización de la entrevista debe ser programado para que no tengan interrupciones por parte de los familiares, amigos u otros profesionales de la salud.

El lugar en donde se lleve a cabo puede ser una habitación, la cual proporcione parte de intimidad ya que mucha de la gente se inhibe al responder cuando hay más personas en el mismo lugar, y en la cual sean mínimos los estímulos externos ya que se puede bloquear la comunicación y la concentración.

10. Op.cit. Pág. 194.

Las fases para la realización de una entrevista son:

1.-INTRODUCCIÓN:

“Consta de dos pasos, uno de ellos es establecer una relación creando confianza mediante la presentación y el saludo, el segundo es la fase de orientación en la cual se da a conocer el objetivo de la entrevista, la información que se requiera y el destino que se le dará a esta”.(11)

2.-CUERPO:

En esta fase se pueden realizar preguntas abiertas o cerradas, pero que sean sencillas de contestar, con el fin de que el cliente manifieste sus sentimientos, conocimientos y pensamientos.

3.-CIERRE:

Esta fase se realiza cuando se ha obtenido la información que se requiera para el establecimiento de las necesidades que presenta .

VALORACIÓN FÍSICA DE ENFERMERÍA

Otro de los métodos es la valoración física de enfermería, que consiste en la realización de un examen completo del cliente, con el objeto de valorar el aspecto general del estado de salud. Se realiza de forma cefalo-caudal para el registro de datos objetivos y subjetivos ya que se realiza conjuntamente con la entrevista.

Para realización de la valoración se llevan a cabo 4 actividades que integran la exploración, y son:

11. Ibidem. Pág. 196

1.-INSPECCIÓN:

Se realiza mediante la observación minuciosa, con el objetivo de encontrar hallazgos y no perder datos. Además permite tener una mayor información sin tener un equipo especial para su realización.

2.-AUSCULTACIÓN:

Se utiliza para obtener información sobre ciertos órganos, como el corazón, pulmones y el aparato digestivo, además de la presión sanguínea por medio del estetoscopio.

3.-PALPACIÓN:

No es de utilidad para verificar datos que se pudieron hallar durante la inspección, se realiza a través del tacto y la sensibilidad, para obtener características tales como la temperatura, consistencia, etc.

Existen dos tipos de palpación; 1) la superficial que evidencia zonas sensibles o cuando hay distensión, y 2) la profunda, utilizada para descartar signos patológicos.

4.-PERCUSIÓN:

En esta actividad se requiere de habilidad para interpretar los distintos sonidos, se utiliza con el fin de diferenciar o detectar signos patológicos.

Durante la recopilación de información que se realiza en esta etapa, se obtienen dos tipos de datos;

- 1) Los datos objetivos, que son aquellos que pueden ser observables y precisos, como son los signos vitales, datos de laboratorio y gabinete.
- 2) Los datos subjetivos, son aquellos que el cliente proporciona de acuerdo a su propia percepción y sensibilidad. Puede incluirse la información que se obtiene de los familiares.

Una vez obtenida toda la información, se continua con la verificación de los datos para valorar si estos son reales y si no es así obtener más datos para compararlos y confirmar la información para continuar con la siguiente etapa del proceso.

Los datos pueden organizarse mediante un instrumento de valoración, en este caso, será en base al modelo de Virginia Henderson y valorar cada una de las 14 necesidades y de esta forma detectar los problemas reales y potenciales del cliente.

DIAGNÓSTICO

DEFINICIÓN:

Es la segunda fase del Proceso, se define como una descripción que realiza enfermería, de los problemas de salud actuales o potenciales que se detectan mediante la valoración a partir de signos y síntomas que presentan y que como profesionales podemos intervenir en la atención los problemas concernientes a su salud.

El diagnóstico describe; “(a) un problema de salud actual; que presenta signos y síntomas caracterizados en cierta patología, detectando la posible etiología; y (b) un problema de salud potencial, que puede llegar a presentarse en el individuo porque presenta factores predisponentes a ciertas patologías”. (12)

Debemos tener en cuenta y conocer la diferencia que existen entre el diagnóstico médico y uno de enfermería.

El diagnóstico médico; se refiere únicamente a describir un proceso patológico, se mantiene solo mientras dura la enfermedad, esta integrado solo por una fase breve.

El diagnóstico de enfermería; esta orientado así a la persona, esta en constante cambio ya que puede modificarse de acuerdo a los cambios que vaya presentando el individuo, además incluye la etiología del problema cuando se llega a conocer.

12. Op.cit. Pág. 208.

Hacer referencia a los factores físicos, socioculturales, psicológicos y espirituales que modifican el estado de salud del individuo.

El proceso de diagnóstico consiste en analizar y sintetizar, se requiere de técnicas cognoscitivas para llevarlas a cabo.

- 1.-Ser objetivo, es decir concretarse a un hecho.
- 2.-Tener pensamiento crítico; aquí los datos se reintegran tomando en cuenta la información obtenida y el conocimiento para formar una opinión.
- 3.-Tener la capacidad de tomar decisiones basándose en los conocimientos que se tienen.
- 4.-Tener un razonamiento inductivo y deductivo.

El proceso de diagnóstico tiene tres fases:

1.-EL PROCESO DE DATOS: en la cual toda la información requiere ser clasificada para una mejor organización y que la enfermera pueda utilizar, haciendo una comparación de estos datos con estándares ya que nos podrá permitir valorar el estado de salud del individuo.

2.-DETERMINACIÓN DEL ESTADO DE SALUD DEL INDIVIDUO: después de que la información fue clasificada, tanto la enfermera como el individuo identifican el estado de salud conjuntamente y para que se trate de solucionar los problemas, el paciente debe aceptar que presenta problemas reales y quizá potenciales también.

3.-FORMULACIÓN DE DIAGNÓSTICOS: “se formula una vez que se encuentra el problema y la etiología dentro de esta última pueden encontrarse factores fisiológicos, psicológicos, sociológicos, espirituales, ya que la causa puede ser multifactorial”.(13)

13. Idem. Pág. 214.

Se debe determinar si los problemas que presenta el paciente pueden ser solucionados únicamente con intervenciones independientes de enfermería o tienen que ser dependientes, con otro personal profesional para poder brindar una calidad de atención al paciente.

PLANEACIÓN

DEFINICIÓN:

Es el establecimiento de objetivos llevados a cabo mediante intervenciones de enfermería que puedan ayudar a prevenir problemas potenciales, reducir a reales y eliminar todas las necesidades que se identificaron en la etapa anterior (diagnóstico).

Son 6 los componentes de la planificación:

1.-ESTABLECER PRIORIDADES: para llevarse a cabo se deben ordenar los diagnósticos jerárquicamente, dando preferencia a los que presenten alta prioridad. Enfermería debe tratar más de un problema al mismo tiempo, ya que se puede solucionar un diagnóstico de baja prioridad.

Las prioridades pueden modificarse cada vez que los problemas cambien y mejoren. Desde luego tomando en cuenta los valores y creencias del paciente para realizar un mejor establecimiento de prioridades.

2.-FIJAR LOS OBJETIVOS DEL PACIENTE Y LOS CRITERIOS DE RESULTADOS: los cuidados específicos para cada uno de los problemas se derivan de los objetivos que se desean alcanzar. Los objetivos van encaminados a la satisfacción de las necesidades o

problemas de salud que se diagnosticaron. Son cambios que se desean, alcanzando un estado óptimo de salud después de llevar a cabo las intervenciones de enfermería.

3.-PLANIFICACIÓN DE ESTRATEGIAS DE ENFERMERÍA: son aquellas acciones que realizara enfermería para la solución de un diagnóstico y llegar a cumplir los objetivos del paciente.

Para tener una planificación de actividades primeramente se tuvo que identificar la etiología desde la primera fase del Proceso (valoración) y así logran cubrir los objetivos.

Deben buscarse ciertas acciones que puedan llevar a cabo enfermería a través de su conocimiento con bases científicas y porque no de conocimientos adquiridos por medio de la experiencia.

Las intervenciones de enfermería deben tener en cuenta la edad y el estado de salud del paciente, si se cuentan con los recursos necesarios para realizar las intervenciones , deben basarse en conocimientos científicos, compararlos con estándares y llevarlos a cabo.

4.-REDACCIÓN DE PRESCRIPCIONES DE ENFERMERÍA: se le llaman así a las intervenciones que la enfermera lleva a cabo para satisfacer los problemas de salud y alcanzar los objetivos planeados.

Las prescripciones de enfermería deben incluir cinco componentes.

-FECHA: se registra el momento en que se plantean y revisarlo frecuentemente ya que hay modificaciones de acuerdo a las necesidades que vaya requiriendo el paciente.

-VERBO: se define como un titulo que se le da a la prescripción y debe ser preciso.

-CONTENIDO Y ÁREA: se refiere al lugar específico que requiere de cuidados y cuales son los que se van a brindar.

-TIEMPO: toma en cuenta “el cuándo, durante, cuánto y cada cuánto”. (14)

-FIRMA: cada vez que se prescriben los cuidados la enfermera debe firmar ya que es un acto de responsabilidad y bases legales.

5.-REDACCIÓN DEL PLAN DE CUIDADOS: es una orientación por escrito de las intervenciones que enfermería realizará conjuntamente con el paciente, para la solución de los problemas detectados con el fin de lograr los objetivos.

Los fines del plan de enfermería son:

- Proporcionar cuidados individuales. Cada persona es distinta a los demás y presenta necesidades diferentes.
- Tener continuidad en los cuidados. No solo se deben tener por escrito los cuidados, se deben llevar a cabo para el logro de los objetivos.
- Realizar un registro de los cuidados que se van a proporcionar al paciente.
- Ayuda a tener una organización con los demás miembros del equipo de salud.

Se deben de contar con un formato para el registro del plan de atención, que incluya el diagnóstico de enfermería, los objetivos que se desean alcanzar, las actividades que se van a realizar y los resultados de una evaluación a esos cuidados.

6.-CONSULTAR: es una forma de buscar apoyo para la realización de ciertas intervenciones dependientes que podría llevar a cabo enfermería y lograr de la mejor manera el logro de los objetivos y obtener un estado óptimo de salud en el paciente.

14. Ibidem. Pág. 235.

Este proceso de consulta presenta seis pasos:

- Se debe tener identificado el problema
- El profesional al cual se le va a consultar, debe recopilar los datos que le sean pertinentes para valorarlo.
- Identificar al consultar adecuado, de acuerdo al problema que se desea solucionar.
- La enfermera debe comunicar oportunamente los cambios que va presentando el paciente, al consultar que esta apoyándolo.
- El profesionista que apoya las acciones de enfermería debe transmitir las actividades que se pueden realizar. con el fin de lograr los objetivos del paciente.
- El plan de cuidados debe ser registrado, para que todos los profesionales que intervienen en el estado de salud del paciente se mantengan informados sobre la mejoría del mismo.

PLANIFICACIÓN DE ALTA

“Es un proceso en el cual se describen y planean las actividades a desarrollar posteriormente al alta del paciente”. (15)

Debe continuarse con una valoración constante para ver que tan eficaz están siendo las acciones y que tanto el paciente va siendo más independiente.

También se debe trabajar con la familia del paciente para que lo ayuden a las satisfacción de sus necesidades y llegar a una pronta recuperación.

15. Op.cit. Pág. 241.

EJECUCIÓN

DEFINICIÓN:

Esta fase consiste en la realización de las acciones planeadas por parte de la enfermera y algunas intervenciones dependientes que van a ser de apoyo al paciente y verificarlo para lograr los objetivos planeados.

La participación del paciente durante esta fase es primordial ya que de él va a depender la realización de esta etapa, y el grado de su intervención va a depender del nivel de salud del presente.

Los tipos de actividades de enfermería son:

1.-ACTIVIDAD INDEPENDIENTE: "son aquellas que realiza enfermería con base a sus propios conocimientos, técnicas y habilidades. La enfermera las planea, determina y ejecuta con responsabilidad para brindar atención al paciente".(16)

2.-ACTIVIDAD DEPENDIENTE: son todas aquellas que son ejecutadas por la enfermeras bajo la supervisión del médico, ya que están orientadas hacia la enfermedad, y que también benefician al paciente al llevarlas a cabo.

3. ACTIVIDAD EN COLABORACIÓN: en esta intervienen otros profesionales del equipo multidisciplinario, para valorar complementariamente el estado de salud del cliente.

16. Ibidem. Pág. 244.

PROCESO DE EJECUCIÓN

Nuevamente incluye una valoración para detectar las necesidades o complementar la información, validar el plan de cuidados o modificarlo y ejecutar las acciones de enfermería.

-La valoración es un proceso continuo y se realiza para obtener cambios tanto físicos como emocionales. Mediante este proceso se verifican si las acciones que se llevan o llevarán a cabo son las adecuadas o no y valorar la necesidad ..

-El plan de cuidados va a ser flexible, va a tender a cambiar de acuerdo a las respuestas que va experimentando el paciente.

-La ejecución de las acciones de enfermería van encaminadas al logro de los objetivos planeados. Estas acciones pueden ser independientes, dependientes o en colaboración.

Para la ejecución se deben tomar en cuenta:

- Que los individuos son diferentes.
- La capacidad del paciente para participar en su cuidado.
- Se deben prevenir complicaciones, interviniendo sobre los problemas potenciales.
- Mantener óptimo el sistema inmunológico.
- Ayudar o apoyar al paciente.
- Las acciones de enfermería se deberán realizar de forma exacta.

Para la realización de la ejecución la enfermera requiere de ciertas capacidades para llevarlas a cabo.

-Capacidades cognitivas; incluye la toma de decisiones y la solución de problemas.

-Pensamiento crítico, se tiene como base los conocimientos, las habilidades y la experiencia, para seleccionar toda la información que le sea importante.

- Pensamiento directo: que es intencionado y tiene un objetivo
- Pensamiento asociativo: implica pensamientos por asociación.
- Pensamiento creativo: es una forma de solucionar cierto problema de forma innovadora y lógica.
- Capacidades interpersonales: es la facilidad de poder comunicarse con los demás de forma verbal o no verbal, con el fin de transmitir conocimientos que pueden ser de apoyo en la atención al paciente.
- Capacidades manuales: para realizar ciertas técnicas o habilidades para ejecutar ciertos procedimientos.

EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES

La enfermera realiza actividades como cuidar, ayudar, educar y que van a estar asociadas y en contacto con el demás personal de enfermería para que continúe con el plan de cuidados y evaluar constantemente la atención brindada.

EVALUACIÓN

DEFINICIÓN:

Consiste en valorar que tanto se han logrado los objetivos al haber llevado a cabo las actividades planeadas para determinar si las acciones de enfermería y el proceso en si termina o cambian de estrategias.

Es un proceso continuo porque se lleva a cabo durante la ejecución para valorar la respuesta del paciente y adecuar las acciones para lograr los objetivos. Además es un proceso terminal porque se evalúa todo el proceso y si se han cubierto las necesidades del paciente.

PROCESO DE EVALUACIÓN

Consta de seis etapas:

- 1.-Determinar el grado de alcance de los objetivos. Haciendo una comparación con datos estandarizados durante la recolección de datos.
- 2.-Recolección de datos. A través de observación, comunicación y registros para realizar conclusiones en cuanto al cumplimiento de objetivos.
- 3.-Verificar el logro de los objetivos. Se observan las respuestas del paciente, si estas han sido cubiertas total o parcialmente o no se han cumplido aún.
- 4.-Relación de las actividades de enfermería con los resultados. "No siempre las acciones que planea enfermería van a dar como resultado el logro o no de los objetivos, o si el alcance de estos ha sido total o parcial".(17)

17. Ibidem. Pág. 252.

5.-Revisión del plan de cuidados. La evaluación al ser un proceso flexible, permite realizar una valoración para determinar si se han resuelto, reducido o prevenido los problemas de salud del paciente.

-Cuando los objetivos se han alcanzado podemos concluir que el problema se ha solucionado o que sigue existiendo aún cuando se ha logrado el objetivo.

-Cuando los objetivos no se han cubierto, la enfermera debe valorar nuevamente toda la información, diagnósticos y estrategias para asegurarse de que todo esta correcto o cambiar y elegir lo más adecuado para el buen desarrollo del proceso.

6.-Modificación del plan de cuidados. Al revisar toda la información, se puede detectar que existe la necesidad de modificar el plan de cuidados, se debe valorar y hallar nuevos datos, cambiar los diagnósticos y revisar las prioridades del paciente para establecer nuevas intervenciones que correspondan a los nuevos diagnósticos, para lograr los resultados deseados y un estado de bienestar óptimo.

GENERALIDADES DEL ADULTO MAYOR

La longevidad es uno de los logros del hombre, ya que con los progresos científicos y prestación eficaz de los servicios de salud, se obtuvo una reducción de las enfermedades crónicas e incapacitantes y por lo tanto disminución en la morbimortalidad.

Los cambios en el estilo de vida, como la reducción o eliminación del consumo de tabaco y alcohol, el aumento de la actividad física, la mejora de los hábitos dietéticos y las revisiones de salud más frecuentes para la detección oportuna de enfermedades, han permitido el cambio existente en la pirámide poblacional.

Otro de los aspectos que influyen en el aumento de la población adulta, es que “la mejoría del estado de salud del adulto mayor, el deseo de permanecer activos y con fuerza, limitan la posibilidad del deseo de jubilarse, la percepción social relativa a la contratación de trabajadores mayores esta cambiando, haciendo con esto que la autoestima del adulto se eleve y se sienta satisfecho de continuar en contacto social.” (18)

Siguiendo la misma tendencia que se manifiesta a nivel mundial , en nuestro país se vive la transformación de la pirámide de población caracterizada por la disminución del índice de natalidad y el incremento de la esperanza de vida. Pues se prevee que para el año 2025, América Latina triplique su población anciana.

18. BURKE, Mary N. Enfermería Gerontológica. 2ª ed. Ed. Harcourt Brace. Madrid, España. 1998.

A este respecto , cabe mencionar que el envejecimiento es un proceso dinámico que se inicia en la concepción y termina con la muerte; es universal , individual e irreversible, los órganos envejecen a distinta velocidad dentro del mismo individuo y se determina por factores intrínsecos o genéticos (herencia) y extrínsecos o ambientales (nutrición, contaminación, estrés, estilos de vida, medio ambiente). Es el deterioro del cuerpo humano producto del descuido, falta de información , deficiencias nutricionales, estilos de vida erróneos y demás factores ambientales.

Es un hecho real que la población adulta presenta múltiples cambios biológicos, psicológicos y sociales, y que dentro de este proceso de envejecimiento se encuentra la mayor presentación de procesos demenciales estando como principal patología la enfermedad de Alzheimer.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS DEL ENVEJECIMIENTO

Los cambios biopsicosociales que se presentan en los adultos mayores varían de acuerdo al estado de salud que cada individuo presente, pues cada organismo es diferente.

Las personas de la tercera edad presentan cambios biológicos, psicológicos y sociales aparentemente normales que los hacen más vulnerables a ciertas enfermedades y problemas emocionales que los limitan a permanecer un equilibrio funcional.

A continuación se describirán los cambios biológicos que se van presentando dentro del proceso de envejecimiento normal.

NIVEL CELULAR

- “Se presenta una disminución de células debido a que su división y crecimiento es más lento provocando que cada órgano del cuerpo tenga una pérdida de peso y volumen.
- Durante esta etapa de la vida se presenta un régimen alimentario inapropiado tanto en cantidad como en calidad de alimentos lo que ocasiona un aumento de tejido adiposo en el tronco más que en extremidades”.(19)

PIEL

- Debido a la pérdida gradual de células, en la piel se va presentando una disminución de células epidérmicas y de colágena, lo que hace que se presente pérdida de elasticidad provocando la aparición de arrugas.
- Se presenta la atrofia de glándulas sudoríparas y sebáceas; y disminuye la secreción de estas mismas originando la pérdida de olor corporal (sudoración), hay flacidez,

19. GARCÍA Hernández, Misericordia. Enfermería Geriátrica. Ed. Masson S.A. España 1993. Pág. 25.

la piel es menos turgente, hay sequedad y hay una aparición de pigmentación cutánea en rostro y brazos (létigo senil).

CABELLO

- El cabello tiene un crecimiento más lento
- Hay pérdida de melanina, causante de la falta de coloración (canas).
- Se presenta fragilidad y caída del cabello, que puede ser ocasionada por factores nutricionales, hereditarios y hormonales. Los hombres son más susceptibles a la pérdida de cabello, en tanto que las mujeres hay aumento de vello facial.

UÑAS

- En realidad son muy pocos los cambios que se presentan.
- Hay una disminución en su crecimiento, es más lento.
- Se toman más gruesas y duras.
- Aparecen estrías longitudinales, pierden brillo.
- En los pies hay curvatura hacia arriba y hacia abajo (onicogrifosis), se entierran (onicocriptosis) y endurecimiento.

MÚSCULO-ESQUELÉTICO

A nivel óseo ocurren cambios que son muy marcados.

- Se presenta una disminución en la talla debido a una pérdida gradual de la masa ósea, ocasionada por la desmineralización denominada osteoporosis, por la escasa ingestión de calcio, siendo una de las causas por las cuales el adulto mayor presenta fracturas, además por la falta de movilidad provocando contracturas, por trastornos del sistema endocrino y por alteración en el metabolismo de diversos nutrientes.

- Aparece cifosis dorsal, que es causada por el desgaste de los discos vertebrales que amortiguan el peso corporal y permiten movimientos como la rotación, flexión e inclinación, lo que la silueta de la persona sea vista con mayor inclinación de la cabeza y rodillas, aparentando menor talla.
- Al mismo tiempo se va presentando desgaste de las superficies articulares provocando que ambas queden en contacto y se presente signos como la crepitación y dolor, haciendo que el adulto mayor tenga limitación al movilizarse. Aunque el dolor pueda también ser signo de que hay deformidades óseas originadas por el crecimiento irregular del hueso ocasionado por degeneración articular, pudiendo ser problema para la deambulaci3n, la alineaci3n y mantener el eje del equilibrio.

SISTEMA CARDIOCIRCULATORIO

Como se menciono al principio, existe una disminuci3n a nivel celular ocasionando p3rdida del volumen y peso en los 3rganos, tal es el caso del coraz3n que adem3s presenta atrofia y esclerosis.

- Las v3lvulas a3rtica, mitral, pulmonar, tric3spide, pulmonar y venosas presentan dep3sito de calcio ocasionando rigidez.
- Los vasos sanguineos pierden elasticidad por dep3sitos de lipidos (aterosclerosis) en las paredes vasculares haciendo que sea menor la velocidad circulatoria.
- Con la reducci3n del gasto cardiaco puede presentarse una insuficiencia circulatoria que ocasiona aumento de la frecuencia cardiaca con variaciones en las caracteristicas del pulso (ritmo, frecuencia, intensidad) y aumento de la tensi3n arterial, present3ndose adem3s que el proceso de cicatrizaci3n y el llenado capilar sea m3s lento.

APARATO RESPIRATORIO

Los cambios en tórax óseo, como son la disminución de los espacios intervertebrales, cifosis y la calcificación del cartilago costoesternal, originan alteraciones en el proceso ventilatoria, la capacidad espiratoria se reduce, por lo que la respiración torácica es sustituida por la abdominal.

- Los pulmones del adulto mayor disminuyen en peso y volumen, son menos distendibles, hay una pérdida gradual de los alvéolos presentándose una reducción en el intercambio gaseoso.
- La reducción de la capacidad muscular, la ineficacia ciliar y la disminución del reflejo tóxico, ocasionan una acumulación de secreciones en tráquea y bronquios haciendo al anciano más vulnerable a presentar infecciones respiratorias.

APARATO DIGESTIVO

Los cambios más significativos se presentan a nivel funcional.

- Aunque pueden verse un poco más afectados por los cambios que ocurren en la boca como son la adoncia o edentulia y la disminución de la fuerza de los músculos masticatorios ocasionan problemas de la fuerza de los músculos masticatorios ocasionan problemas en la masticación, la disminución de las glándulas salivales provocan alteraciones en la deglución. También se presenta atrofia de las papilas gustativas que hacen que el anciano deje de percibir los sabores y ya no distingue lo caliente y el frío.

- Se presenta una disminución de la motilidad intestinal, hay una degeneración de la mucosa gástrica, la reducción del tono muscular y la disminución del ácido clorhídrico hacen más susceptibles al anciano tener problemas digestivos como estreñimiento, gastritis, hernia hiatal, reflujo esofágico, anorexia y por lo tanto desnutrición.
- El intestino grueso también sufre atrofia presentando insuficiencia funcional, lo que origina una disminución del peristaltismo y sea menor el control de la eliminación intestinal.

APARATO URINARIO

Los riñones presentan una disminución de peso y volumen al igual que los distintos órganos del cuerpo, muestran una imagen irregular, zonas calcáreas y pierden la capacidad de contracción de la orina.

- Hay una pérdida de nefronas (unidades funcionales del riñón)
- La vejiga urinaria pierde elasticidad y tono muscular por lo que el anciano solo tolera 200 ml de orina, y la capacidad de vaciamiento ya no es total ocasionando frecuentes infecciones de vías urinarias.
- A nivel funcional “hay una disminución de la filtración glomerular y una reducción del flujo sanguíneo renal”. (20)

GENITALES

- Hay una pérdida de vello púbico en ambos sexos.
- En la mujer hay atrofia de la mucosa vaginal.

20. SIMÓN Staab, Angela. Enfermería Gerontológica. Ed. McGraw-Hill/Interamericana. México 1998. Pág. 38.

- Disminuye la secreción vaginal, lo que ocasiona que sean frecuentes las infecciones
- Se produce un acortamiento de la vagina por la disminución del tamaño de la vulva, clítoris y labios menores.
- A nivel de ovarios hay una disminución de su tamaño y dejan de producir óvulos.
- Se presenta flacidez en glándulas mamarias por la atrofia de sus tejidos y disminución de los niveles hormonales.
- En el varón hay una reducción de los testículos, en la bolsa escrotal se produce distensión, aumento de la próstata pero a su vez disminuye su secreción hormonal.
- La función reproductora en el varón disminuye gradualmente mientras que en la mujer cesa después de la menopausia.

SISTEMA ENDOCRINO

- La secreción hormonal disminuye conforme avanza la edad.
- El sexo femenino a consecuencia de la atrofia de los ovarios, se dejan de producir los estrógenos además de una probable descalcificación, además de la disminución brusca de progesterona.
- En el hombre la secreción de estrógenos continua produciéndose a nivel de la corteza suprarrenal.

SISTEMA INMUNITARIO

- Se presenta una disminución de la producción de anticuerpos por la atrofia del timo, lo que ocasiona que haya un descenso de la inmunidad durante el envejecimiento y el adulto mayor sea más propenso a las infecciones.

SISTEMA NERVIOSO

- **Anatómicamente hay una disminución del peso del cerebro.**
- **Hay una reducción de neuronas (unidades funcionales del cerebro) sin mecanismos compensadores, presentan degeneración glanulovascular.**
- **Se presenta depósitos de amiloide, madejas neurofibrilares y bloqueo en el transporte de metabolitos.**
- **El depósito de amiloide en las dentritas alteran la función de la sinapsis. Estos cambios pueden alcanzar los cilindroejes formándose las llamadas placas seniles.**
- **Hay alteración de las funciones nerviosas como “la disminución en la transmisión de impulsos, lentitud en los reflejos y en la capacidad de aprendizaje”. (21)**

ORGANOS DE LOS SENTIDOS

VISTA:

- **Disminución de la agudeza visual (dismetropía).**
- **Disminución de la secreción lagrimal tanto en cantidad como en calidad lo que ocasiona la sequedad de la mucosa ocular.**
- **Hay una pérdida de la grasa periorbitaria, el ojo parece hundido en la órbita (enofalmo)**
- **Hay plácidez de los párpados, originando un descenso del párpado superior (ptosis) y ectropión (la inversión del párpado inferior hacia adentro)**

21. Op.cit. Pág. 40.

- El depósito de sustancias, lipídicas forman un arco senil y provocan la opacidad del cristalino ocasionando una disminución de la agudeza visual y del campo periférico.
- La pupila tiene una reducción y hay una disminución de los reflejos oculares.

OIDO:

- Se presenta una disminución de la agudeza auditiva por degeneración del nervio auditivo
- Aumento del tamaño del pabellón de la oreja por el crecimiento de cartilago
- Hay un engrosamiento de la membrana timpánica

GUSTO Y OLFATO

- Se produce la atrofia de las papilas gustativas por lo que el anciano deja de percibir especialmente lo salado y lo dulce.
- Los problemas a nivel dental y de encías pueden alterar la función gustativa
- El sentido del olfato se ve afectado por la degeneración del nervio olfatorio.
- La nariz aumenta de tamaño por el crecimiento de cartilago.

TACTO:

“Hay una disminución de la sensibilidad térmica y dolorosa profunda”.(22)

22. Op.cit Pág. 41

CARACTERÍSTICAS PSÍQUICAS

Continuaremos con los cambios psíquicos que se presentan durante el envejecimiento.

Como ya se ha mencionado, todo ser humano es diferente ya que presenta características únicas y ha adquirido otras por el entorno y la cultura en el cual se desarrolla.

Los cambios psicofisiológicos que van apareciendo durante el envejecimiento incluyen el comportamiento y la autopercepción ante las nuevas situaciones que se vayan presentando.

Las modificaciones más relevantes dentro de estos cambios son: 1) las capacidades intelectuales y 2) los rasgos de la personalidad y carácter.

1) Hay una declinación de las funciones intelectuales a partir de la tercera década de la vida, acelerando este proceso a partir de los 60-65 años. Se observa que la capacidad de resolución de problemas disminuye al igual que la intuición.

-Es más lento el proceso de pensamiento para dar respuestas a esta resolución de problemas.

-La capacidad de inteligencia para procesar información, expresión verbal y no verbal, sufren modificaciones de acuerdo al estado mental en el que se encuentre el anciano.

-La creatividad y la imaginación se conservan

-La capacidad de recordar (memoria) es el cambio más significativo dentro de las capacidades intelectuales. "Para el adulto mayor es más fácil evocar los hechos anteriores que los recientes(memoria a largo plazo)". (23)

23,Op.cit. Pág. 35.

2) Dentro de los rasgos de la personalidad los cambios no son tan importantes a menos que se presente algún cambio patológico.

-Pueden presentarse situaciones que hagan al anciano acentuar algunos rasgos de carácter, como la capacidad de adaptación o ante situaciones desconocidas.

CARACTERÍSTICAS SOCIALES

Por último se mencionaran los cambios sociales a los cuales se enfrenta el anciano.

-La sociedad tiende a ver al anciano como una persona improductiva, ya que deja de realizar tareas productivas tanto para él como para los demás.

-Los cambios sociales más significativos son; el cambio de rol individual y comunitario y la dificultad de adaptación e integración a estos cambios.

-Primeramente cada individuo debe estar consciente y aceptar el proceso de envejecimiento y por lo tanto de las limitaciones, para tener una calidad de vida sin daños emocionales ni aislamiento social.

DENTRO DEL CAMBIO DE ROL INDIVIDUAL: Se debe de ver él, como ser único e indivisible, que posee creencias ante la vida y la muerte propias, tanto puede ser un proceso aceptado o rechazado por los valores con los que cuenta y por las influencias por un medio externo.

- -Presenta un sentimiento de miedo al transformar su rol dentro del seno familiar, tendiente a la dependencia o independencia de ellos.
- -Puede sentirse independiente cuando no presenta problemas de salud, es capaz de ayudar a nivel doméstico y porque no, también laboral.

- -Puede volverse dependiente cuando ya no es capaz de autocuidarse produciéndose un cambio en las relaciones, el anciano pasa de proporcionar ayuda para recibirla, y es cuando la convivencia familiar se rompe.

-La tercera edad se concibe como una etapa de pérdidas, tanto físicas, afectivas, económicas, etc., que son acompañadas de sentimientos como la tristeza o soledad que son difíciles de superar.

-El cambio de rol comunitario al que se enfrenta el adulto mayor es cuando deja de generarse riqueza, y cuando la sociedad deja de valorarlo, siendo que son ellos los que pueden aportar sus conocimientos a las jóvenes generaciones.

-El momento de la jubilación es un cambio a nivel laboral, sucede cuando una persona tiene derecho a una pensión por haber cumplido con su profesión total o parcialmente y al cumplir con una edad reglamentaria.

-La pérdida del rol de trabajador trae consigo cambios sociales que repercuten en la situación económica y en su estado de salud.

-Las relaciones sociales se van perdiendo al dejar el ambiente laboral o reduciendo por las pérdidas efectivas.

-Los recursos económicos son insuficientes para la satisfacción de sus necesidades.

-El anciano debe organizarse al contar con un tiempo libre que es excesivo y que era dedicado a su trabajo.

-Por lo tanto el anciano al presentar los cambios anteriormente mencionados puede tener repercusiones sobre su salud como depresión, ansiedad, trastornos del sueño o aparición de otras enfermedades. Por lo que muchos gerontólogos recomiendan tener una preparación emocional para poder llegar a la tercera edad en las mejores condiciones físicas, psicológicas y sociales.

METODOLOGÍA

El presente Proceso de Enfermería, se aplicó a una paciente que presenta demencia, se realizó dentro de las instalaciones de la “Fundación Alzheimer I. A. P. Alguien con quien contar”, y que se abordó desde un aspecto holístico. El cual se inicio con la observación de las necesidades que requerían ser satisfechas por medio del instrumento de valoración, en el cual se registraron datos tanto objetivos como subjetivos y que al ser analizados se continuo con la siguiente etapa, al realizar los diagnósticos de enfermería en forma prioritaria, dando lugar a la estructura de planeación de cuidados llevados a cabo en la ejecución y evaluando los resultados a los que se llevo. Todo esto basándose previamente en investigación para la realización del marco teórico.

Como se refirió anteriormente, se realizó en la Fundación Alzheimer, en la cual ingreso al cliente y con la cual se tuvo comunicación durante el mes de Noviembre del 2001, teniendo sesiones cada tercer día con un horario de 9:00 a 13:00 pm, en las cuales se tuvo una atención tanto con la cliente como a su familia.

Durante este tiempo se tuvo la oportunidad de dar orientación a sus familiares sobre eventos que pueden ocurrir fuera de la “Fundación Alzheimer” y que son importantes para la paciente, quien finalmente se evaluó a través de todo el Proceso de Enfermería.

APLICACIÓN DEL PROCESO BASADO EN VIRGINIA HENDERSON VALORACIÓN DE ENFERMERÍA POR NECESIDADES

Se trata de la paciente C. B. S., que cursa su séptima década de la vida (74 años), perteneciente al sexo femenino, es viuda desde hace 40 años, creyente de la religión católica, curso estudios de comercio, el trabajo anterior al que se dedicó por más tiempo fue secretaria, es originaria de Morelia, Michoacán, residente del D. F. desde hace 1 año.

Al momento de la exploración presenta una frecuencia respiratoria de 18 respiraciones por minuto, movimientos respiratorios simétricos, frecuencia cardiaca de 72 pulsaciones por minuto con ritmo irregular ya que presenta arritmia y con una amplitud fuerte, su temperatura corporal de 36 grados centígrados, siendo periférica a nivel axilar y tensión arterial corporal de 100/50 mmHg en una posición supina en brazo derecho.

Su peso es de 51.300 Kg. y 1.55m de talla.

No tiene problemas para respirar, antecedente de tabaquismo negados, no convive con fumadores en su domicilio, no tiene animales domésticos, presenta un espacio bien ventilado, nunca ha presentado enfermedades pulmonares graves. En la exploración se escuchan campos pulmonares ventilados, no se auscultan estertores o sibilancias y presenta un llenado capilar de 2 segundos.

Mantiene una alimentación adecuada, suficiente y variada, por lo que no toma complementos alimenticios, su horario de desayuno es aproximadamente a las 8:00 AM., la comida a las 14:00 PM y la cena alas 20:00 HRS., no tiene problemas para masticar, aunque cabe mencionar que presenta edentulia y puente bien ajustado, no es alérgica a ningún tipo de alimento, presenta problemas para controlar su peso, ya que uno de los signos de la demencia es la pérdida de peso, aproximadamente ingiere 7 vasos de agua al

día, entre los horarios de las comidas, como galletas, pastel o fruta, no tiene problemas digestivos.

Durante la exploración se observan mucosas orales hidratadas, puente removible en óptimas condiciones e higiene, piel hidratada, no son palpables adenomegalias.

Aproximadamente defeca una vez al día, no presenta problemas de hemorroides, diarrea, estreñimiento, sangrado, no es incontinente fecal, aparentemente no presenta dolor al evacuar, al día micciona 3 veces, su orina es de color amarillo claro, cabe mencionar que ha tenido accidentes ocasionales de incontinencia urinaria por desorientación espacial. A la exploración se observa ligera distensión abdominal, no hay dolor a la palpación y tiene un giordano negativo.

Su capacidad de levantarse, sentarse y caminar no le limita movimiento, aunque el tronco tiende a hacer propulsión, durante el último año ha tenido dos caídas (al tropezar con la alfombra de su habitación) sin complicaciones. Se observa una postura con tendencia hacia delante, sus pasos son continuos y simétricos, su marcha es estable.

Presenta problemas para conciliar el sueño por insomnio, aproximadamente duerme 6 horas por episodios, durante la tarde duerme 1 hora en su recámara sin ruido. No se observan ojeras, no bosteza, es dinámica, participativa, anteriormente tuvo un periodo de hipomovilidad.

Diariamente se baña con cambio de ropa completo, se lava los dientes 2 veces al día con cepillo dental, su aseo de manos lo realiza antes de comer y después de ir al baño.

Para realizar su higiene tiene que ser supervisada y recordarle que lo tiene que hacer. Es una persona higiénica en general, su corte de uñas es cada 3-4 días.

Presenta dismetropía, que es corregida con lentes, aunque comúnmente no los usa, en su casa hay factores de riesgo que la pongan en peligro como pisos resbalosos en pasillos y

día, entre los horarios de las comidas, como galletas, pastel o fruta, no tiene problemas digestivos.

Durante la exploración se observan mucosas orales hidratadas, puente removible en óptimas condiciones e higiene, piel hidratada, no son palpables adenomegalias.

Aproximadamente defeca una vez al día, no presenta problemas de hemorroides, diarrea, estreñimiento, sangrado, no es incontinente fecal, aparentemente no presenta dolor al evacuar, al día micciona 3 veces, su orina es de color amarillo claro, cabe mencionar que ha tenido accidentes ocasionales de incontinencia urinaria por desorientación espacial. A la exploración se observa ligera distensión abdominal, no hay dolor a la palpación y tiene un giordano negativo.

Su capacidad de levantarse, sentarse y caminar no le limita movimiento, aunque el tronco tiende a hacer propulsión, durante el último año ha tenido dos caídas (al tropezar con la alfombra de su habitación) sin complicaciones. Se observa una postura con tendencia hacia adelante, sus pasos son continuos y simétricos, su marcha es estable.

Presenta problemas para conciliar el sueño por insomnio, aproximadamente duerme 6 horas por episodios, durante la tarde duerme 1 hora en su recámara sin ruido. No se observan ojeras, no bosteza, es dinámica, participativa, anteriormente tuvo un periodo de hipomovilidad.

Diariamente se baña con cambio de ropa completo, se lava los dientes 2 veces al día con cepillo dental, su aseo de manos lo realiza antes de comer y después de ir al baño.

Para realizar su higiene tiene que ser supervisada y recordarle que lo tiene que hacer. Es una persona higiénica en general, su corte de uñas es cada 3-4 días.

Presenta dismetropía, que es corregida con lentes, aunque comúnmente no los usa, en su casa hay factores de riesgo que la pongan en peligro como pisos resbalosos en pasillos y

baño, alfombras a la entrada de las habitaciones, colchas de cama, debido a la pérdida de memoria reciente presenta desorientación espacial. Recuerda algunas medidas de protección en caso de incendio como es el apagar fuego con agua y en el caso de temblor salir in correr. No es alérgica a ningún medicamento. Su capacidad auditiva aún es conservada, presenta dismetropia pero aún es muy ligera.

Sus antecedentes gineco-obstétricos son los siguientes: su menarca fue a los 11 años aproximadamente, de ritmo regular, nulípara, se desconoce si presento complicaciones o tratamiento durante la menopausia, al igual que exámenes para la detección de cáncer.

Por ser un punto que no es muy relevante en este caso, además del problema de demencia que presenta, solo se reunió la información anterior.

Es capaz de escuchar con claridad, vive con, su hermana, cuñado y sobrina se observa que mantienen una relación buena, el riesgo de maltrato es mínimo, lo que ha llevado a que ella tenga una progresión lenta de la enfermedad. La comunicación que existe es alterada debido a los cambios que va generando la demencia, cambia el significado de las cosas, no encuentra las palabras correctas, no esta consiente del presente pero presenta buen humor.

Cuenta con mucho tiempo libre que lo dedica a caminar y ve televisión, practicaba tenis, cerca de su vivienda hay un parque al que acude cada tercer día. Su estado de salud ha modificado sus actividades anteriores volviéndose semi-independiente para la realización de las actividades de la vida diaria(bañarse, controlar esfínteres, vestirse) y actividades instrumentales(usar el teléfono, preparar sus alimentos, participar en el cuidado de la casa, usar dinero transportarse y realizar compras). En su vivienda tiene un jardín y un patio de espacio reducido.

Tiene el conocimiento de que esta enferma pero desconoce la enfermedad, no esta consiente de la enfermedad que padece, le gustaria conocer la salud de su familia, no se

automedica. La hermana asiste al grupo de apoyo a familiares, que brinda la Fundación Alzheimer, para poder ayudar a su hermana.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Eliminación.

- Alteración de la eliminación urinaria relacionado con los trastornos motores postsensoriales, manifestado por incontinencia urinaria ocasional.

Descanso y sueño.

- Alteración del patrón del sueño relacionado con la inversión del ciclo vigilia-sueño manifestado por dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido y deambulacion nocturna.

Evitar peligros.

- Alto riesgo de traumatismo relacionado con la falta de preocupaciones de seguridad y pérdida de la memoria reciente manifestado por caídas ocasionales.

Comunicación.

- Trastorno de la comunicación verbal relacionada con el desarrollo de la demencia, manifestada por la incapacidad para encontrar las palabras, decir las o identificar los objetivos y fuga de ideas.

Aprendizaje

- Alteración de los procesos de pensamiento relacionado con la pérdida de memoria, manifestado por dificultad de concentración, atención y desorientación.

JERARQUIZACIÓN DE NECESIDADES

PROBLEMA	ETIOLOGÍA	MANIFESTACIONES
Alto riesgo de traumatismo	Falta de precauciones de seguridad y pérdida de la memoria reciente	Caidas ocasionales

Dx. Alto riesgo de traumatismo relacionado con la falta de precauciones de seguridad y pérdida de la memoria reciente manifestado por caídas ocasionales.

PROBLEMA	ETIOLOGÍA	MANIFESTACIONES
Trastorno de la comunicación verbal	Desarrollo de la demencia	Incapacidad para encontrar las palabras, decir las o identificar los objetos y fuga de ideas

Dx. Trastorno de la comunicación verbal relacionado con el desarrollo de la demencia manifestado por la incapacidad para encontrar las palabras, decir las o identificar los objetos y fuga de ideas.

PROBLEMA	ETIOLOGÍA	MANIFESTACIONES
Alteración de los procesos de pensamientos	Pérdida de memoria	Dificultad de concentración, atención y desorientación

Dx. Alteración en los procesos de pensamientos relacionado con pérdida de memoria manifestado por dificultad de concentración, atención y desorientación.

PROBLEMA	ETIOLOGÍA	MANIFESTACIONES
Alteración del patrón del sueño	Inversión del ciclo vigilia-sueño	Dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido y desorientación nocturna

Dx. Alteración del patrón del sueño relacionado con inversión del ciclo vigilia-sueño manifestado por dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido y desorientación nocturna.

PROBLEMA	ETIOLOGÍA	MANIFESTACIONES
Alteración de la eliminación urinaria	Trastornos motores postsensoriales	Incontinencia urinaria ocasional

Dx. Alteración de la eliminación urinaria relacionado con trastornos motores postsensoriales manifestado por incontinencia urinaria ocasionales.

PLAN DE CUIDADOS

DIAGNÓSTICO 1

Alto riesgo de traumatismo relacionado con la falta de precauciones de seguridad y pérdida de la memoria reciente manifestado por caídas ocasionales.

OBJETIVO:

Disminuir los factores de riesgo ambientales que impidan garantizar la seguridad del cliente.

INTERVENCIONES:

Orientar a los familiares para realizar los cambios necesarios como:

- Adaptar a modificar los pisos con antiderrapantes.
- Las alfombras deben de ser de colores contrastantes para que el cliente identifique los cambios de un lugar a otro sin tropezar .
- Las colchas de la cama deben de ser acomodadas como una sábana de cajón para evitar caídas.
- Recomendar tener una luz encendida por la noche.
- Las escaleras deben contar con barandales al igual que el baño para evitar resbalar.
- Orientar frecuentemente al cliente la localización del baño, habitación, comedor y sala para que pueda trasladarse de un lugar a otro.
- Mantener cerrada la puerta que da hacia la calle para evitar que el cliente se pueda desorientar y perderse.

- Colocar protectores en los bordes de muebles que pueden ser de punta para evitar golpes.

OBSERVACIONES:

Se requiere de la cooperación de los familiares para la realización de estas actividades.

DIAGNÓSTICO 2

Trastorno de la comunicación verbal relacionado con el desarrollo de la demencia manifestado por incapacidad para encontrar las palabras, decirlas o identificar objetos, etc. Y fuga de ideas.

OBJETIVO:

Aumentar la comunicación con el cliente para limitar el deterioro del estado cognitivo.

INTERVENCIONES:

-Mantener conversaciones sencillas con el cliente.

-Hablar con un tono de voz claro.

-Hacer que el cliente utilice la expresión corporal como medio de comunicación (como terapia de juego relacionando gestos o movimientos que expresen sus sentimientos, actitudes y necesidades).

-Estimular al cliente a relatar algún momento de su pasado ya que puede conservarse la memoria a largo plazo.

-Utilizar fotografías de familiares para que recuerde el nombre de ellos.

-Estimular sus capacidades visuales, táctiles, del gusto, olfato y oído, mediante el reconocimiento de colores, objetos, figuras, sabores y sonidos repetidamente.

-Incitar al cliente a leer para que sea capaz de articular palabras y formar frases.

OBSERVACIONES:

Para realizar las intervenciones anteriores se requiere de paciencia y lograr la atención del cliente, por lo que se recomienda iniciar con un tiempo de 5 minutos e ir aumentando conforme la capacidad del cliente sin crear angustia o ansiedad.

DIAGNÓSTICO 3

Alteración en los procesos de pensamiento relacionado con la pérdida de memoria manifestado por dificultad de concentración, atención y desorientación.

OBJETIVO:

Mantener su capacidad de memoria residual adoptando medidas que estimulen su atención.

INTERVENCIONES:

-Orientar al cliente su persona, espacio y tiempo.

-Establecer una rutina sobre las actividades que puede realizar durante el día.

-Realizar actividades como jugar memorama, lotería, dominó, juegos de destreza, etc., para lograr la atención del cliente, con el fin que recuerde el nombre de las cosas, estimulando su memoria remota.

-Recomendar a los familiares que coloquen al cliente una pulsera identificadora con todos sus datos personales(en caso de extravío).

-Fomentar la convivencia familiar, para que el cliente recuerde sus nombres y tipo de familiar.

-Colocar etiquetas de nombres y dibujos para señalar los lugares de la casa (baño, recámara, cocina, comedor, etc.) así el cliente podrá identificarlos más fácilmente.

OBSERVACIONES:

- Se requiere de participación de todas las personas cercanas al cliente para estimular sus capacidades.

DIAGNÓSTICO 4

Alteración del patrón del sueño relacionado con la inversión del ciclo vigilia-sueño manifestado por dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido y deambulación nocturna.

OBJETIVO:

Aumentar el periodo de sueño por la noche disminuyendo en lo posible la utilización de medicamentos.

INTERVENCIONES:

-Orientar a la familia los cambios en el patrón del sueño como frecuentes despertares, deambulación por la noche.

-Eliminar las siestas por la tarde.

-Fomentar el ejercicio a realizar actividades sencillas que ayuden al cuidado de la casa y mantengan activo al cliente.

-Establecer una rutina para acostarse.

-Mantener la seguridad del cliente cuando deambule (puerta que da a la calle cerrada, luz encendida, eliminar objetos con los cuales pueda tropezar)

-Evitar en lo posible el aumento de la dosis del medicamento.

-Eliminar los alimentos que puedan evitarle conciliar el sueño (café, chocolate y sugerir el baño nocturno o tomar leche).

-Orientar al cliente sobre el día y la noche.

OBSERVACIONES:

Motivar al cliente a realizar actividades que puedan hacer para mantenerlo activo durante todo el día.

DIAGNÓSTICO 5

Alteración de la eliminación urinaria relacionado con los trastornos motores postsensoriales manifestado por incontinencia urinaria ocasional.

OBJETIVO:

Disminuir los problemas originados por incontinencia urinaria por medio de un reentrenamiento vesical.

INTERVENCIONES:

- Reeducación de esfínteres.**
- Establecer horarios de eliminación.**
- Orientar al cliente la localización del baño.**
- Recordarle que vaya al servicio.**
- Procurar recordarle al cliente paso a paso lo que debe de realizar.**
- Estimular la higiene después de ir al baño.**
- Disminuir la cantidad de líquidos por la tarde o noche para evitar las ganas de orinar por la noche.**
- Orientar a los familiares sobre las características normales de la eliminación urinaria e intestinal para poder detectar posibles anomalías en orina y heces.**

OBSERVACIONES:

Es importante preservar las habilidades que el cliente aún tiene, además de respetar su privacidad, dignidad y la capacidad de autonomía que conserva.

EJECUCIÓN DE LOS CUIDADOS

Se tuvo contacto con este cliente del 5 al 30 de noviembre del 2001, dentro de las instalaciones de la Fundación Alzheimer, y se llevaron sesiones de 4 horas cada tercer día.

5 DE NOVIEMBRE DEL 2001

En este día se tuvo contacto con la familia, ya que se les oriento sobre las características de la enfermedad y los problemas que esta presentando su familiar.

Se realizó un recorrido por toda la casa y se fueron mencionando los posibles cambios que debían de realizarse para evitar todo tipo de accidente; como el tipo de piso para prevenir caídas, colocar barandales en el baño, colocar etiquetas con los nombres de los diferentes espacios de la casa, y colocar todos los objetos personales que son utilizados diariamente en un mismo lugar.

7 DE NOVIEMBRE DEL 2001

Se trabajo con el cliente acondicionamiento físico para evitar sedentarismo, rigidez, contracturas y deformidad articular. Se realizó un programa de trabajo (anexo) de acuerdo a sus capacidades, iniciando con 15 minutos de calentamiento, 15 minutos de lateralidad con aros de colores que son de estimulación visual y coordinación, 15 minutos de fuerza con mancuernas, 15 minutos en caminadora eléctrica y 15 de bicicleta fija para trabajar sistema cardiovascular, y 30 minutos se llevó a cabo terapia de juego, que fue carrera de relevos para estimular coordinación y equilibrio. Todas estas actividades fueron bien toleradas por el cliente.

Se continuó con 30 minutos para descanso, se brinda una colación, se continua con el segundo horario para reeducación de esfínteres, llevándose dentro de este mismo tiempo terapia de socialización.

Se llevo a cabo 30 minutos para estimular la memoria por medio de recuerdos de acontecimientos históricos, ya que una de las características de la demencia Alzheimer, es que mantienen la memoria remota.

Finalmente se llevó a cabo 1 hora para terapia ocupacional en la cual se utilizaron crayones para iluminar banderas, ya que insita al cliente a reconocer colores, bordes y mantiene el movimiento de la mano para iluminar.

9 DE NOVIEMBRE 2001

Se inicio el día con el mismo programa de acondicionamiento físico durante dos horas (calentamiento, lateralidad, coordinación, fuerza, sistema cardiovascular y terapia de juego durante 30 minutos en la cual se realizo mimica y sonidos de animales para estimular la comunicación no verbal y verbal).

Se tuvieron 30 minutos para descanso, socialización, reeducación de esfínteres, tomar una colación.

La siguiente media hora se continuó con canto acompañado de instrumentos como el pandero, claves y maracas para estimular coordinación, vista, ritmo y memoria.

Se concluyeron las actividades con una hora con juegos de mesa como la lotería, bolos, domino y rompecabezas.

Es importante mencionar que este tipo de actividades deben mantenerse como tiempo límite (20 minutos) para que el propio cliente mantenga su atención y no se muestre ansioso.

12 DE NOVIEMBRE DEL 2001

Comenzamos trabajando acondicionamiento físico, durante dos horas en las cuales el cliente mostró aceptación y tolerancia a todas las actividades realizadas durante el calentamiento, lateralidad, coordinación, fuerza, sistema cardiovascular y el tiempo de baile que incluyó los ritmos de música tropical, rock and roll , cha cha cha y regional.

Se tuvieron 30 minutos para descansar, reeducación de esfínteres, colación y socialización. Para continuar con media hora en el taller de psicomotricidad y para estimular sus capacidades residuales, para ensartar, coser y enredar hilos.

Se finalizó con una hora de terapia ocupacional, en el cual se utilizó la plastilina para rellenar un dibujo (casa).

14 DE NOVIEMBRE DEL 2001

Se inicio el día con el programa de trabajo de acondicionamiento físico que abarca 2 horas. Continuando con 30 minutos que son organizados de tal forma que la cliente descanse, tome alguna colación, se socialice y se lleve a cabo la reeducación de esfínteres.

Se estimuló la memoria durante 30 minutos, recordando hechos recientes y orientación al a realidad en cuanto a tiempo, lugar y persona.

Durante una hora se tuvo conversación con la familia de la cliente para que se le mandara a realizar una pulsera de identificación para ella, que contara con los datos más importantes (nombre, dirección, teléfono), esto con el fin de que cuente con una identificación en caso de extravió cuando salga de su casa sola por algún descuido.

16 DE NOVIEMBRE DEL 2001

Como todos los días, al llegar la cliente se le realizó una toma y registro de signos vitales teniendo como datos, T/A 100/50 mmHg, FC: 72 latidos por minuto y FR: 20 respiraciones por minuto. La cliente no refirió síntomas agregados al dato de la tensión arterial, por lo que le brinde líquidos con cantidad suficiente de azúcar y descanso por un lapso de 30 minutos para que aumentara su tensión arterial, teniendo como dato el término de este tiempo una T/A de 115/70 mmHg, por lo que la cliente reinicio con las actividades planeadas para este día.

19 DE NOVIEMBRE DEL 2001

Se llevaron a cabo los ejercicios de acondicionamiento físico con las actividades de calentamiento durante 15 minutos, se trabajo lateralidad con aros y palos, coordinación con pelotas, fuerza con mancuernas y sistema cardiovascular que incluyeron 15 minutos de caminadora y 15 minutos de bicicleta fija concluyendo estas dos horas con 30 minutos de carreras de relevos.

Se continuó con 30 minutos distribuidos para descansar, tomar una colación, socializarse con las demás personas y reeducación de esfínteres.

En los siguientes 30 minutos se llevó a cabo canto con instrumentos para la estimulación de la memoria, coordinación y lenguaje.

Finalizó la sesión con una hora de terapia ocupacional con pintura y pinceles para estimular psicomotricidad fina (movimiento de la mano y detener el pincel), reconocer bordes, figuras y colores.

21 DE NOVIEMBRE DEL 2001

Durante este día se oriento a los familiares sobre la colaboración que deben de tener para que la cliente se mantenga activa durante el día.

Las actividades que se recomendaron fueron: incitar a la cliente a leer pequeños párrafos para articular palabras y estimular memoria recordando lo que leyó, conversar con ella con el fin de utilizar su comunicación verbal y darle la oportunidad de expresarse y socializarse, mostrarle fotografías de sus familiares para estimular su memoria remota, orientarla en cuanto a tiempo, lugar y persona, dinámicas con juegos de mesa (memorama, dominó, lotería) para estimular memoria y captar su atención por momentos cortos y se le brindo una copia del programa de actividades físicas de acondicionamiento físico con el cual se trabaja diariamente y explicándole, de tal forma de que ellos le ayudaran a realizar todos aquellos que se pudieran realizar en su casa los días que no fuera a la institución.

23 DE NOVIEMBRE DEL 2001

Se inicio el día con el programa de acondicionamiento físico (calentamiento, lateralidad, fuerza, coordinación y sistema cardiovascular) además de la terapia de juego por 30 minutos que consistía en ensartar aros con una silla para estimular coordinación y equilibrio. Durante estas actividades la cliente mostró; interés, aceptación, tolerancia y estuvo contenta.

Durante los siguientes 30 minutos la cliente descanso, tomo una colación, se socializó con las demás personas y con el personal, además de continuar con la reeducación de esfínteres.

Finalmente se continuo con el taller de terapia ocupacional con plastilina para rellenar un dibujo ya que se estimula la discriminación de textura (suave, duro) además del color, reconocimiento de bordes y figuras.

26 DE NOVIEMBRE DEL 2001

Se tuvo una platica con los familiares de la cliente para reforzar la reeducación de esfinteres, ya que al ser una persona que se encuentra en un primer nivel de demencia se puede limitar la incontinencia urinaria e intestinal, por lo que se les oriento y recordó que los horarios para la reeducación de esfinteres debería ser a las 6:00 AM, 11:00 AM, 15:00 PM y 20:00 PM, además de sugerirles que se disminuyeran los liquidos por la noche.

También se les reforzó a que deben de orientarla sobre la localización del servicio, paso a paso lo que debe hacer para asistir, y estimular la higiene.

Se oriento sobre las características normales de la orina y que ocasionalmente se vigile a la cliente cuando asista al baño para detectar posibles infecciones urinarias por medio de la observación de la orina y heces fecales además de la expresión facial de ella, ya que por ser una persona que presenta alteraciones motoras puede no referir dolor u otro sintoma, para detectar a tiempo posibles enfermedades.

28 DE NOVIEMBRE DEL 2001

En este día la cliente inició con el programa de acondicionamiento fisico por dos horas, manteniéndose atenta, alegre y participativa durante la realización de todas las actividades físicas. Continuando con 30 minutos para descansar, tomar una colación, reeducar esfinteres y socializarse ya que el enfermo con Alzheimer tiende a la desconexión con el

medio, con los demás y consigo mismo, por lo que se trata en lo posible por impedir que pierda esa relación con los demás.

También se reforzó el tema del sueño y descanso, se sugirió que durante el día y tarde se mantuviera activa a la cliente, que no durmiera en el transcurso del día, se propuso una hora exacta para que se acostara (22:00 hrs.) y sugerirle el baño nocturno para que concilie el sueño, además de mantener seguridad en la casa para evitar cualquier tipo de accidente(mantener una luz nocturna, puertas cerradas y eliminar objetos con los cuales pueda tropezar fácilmente por si se levanta en la noche).

30 DE NOVIEMBRE DEL 2001

Al ser el último día que se trabajó con la cliente, se inicio el día con la toma de signos vitales teniendo como datos; T/A 105/70 mmHg , FC: 76 por minuto y FR: 20 por minuto, además del programa de acondicionamiento físico, el cual tiene un objetivo preventivo, pues hay que evitar el sedentarismo, el cual da lugar a la rigidez, contractura y deformidad articular, llegando así a la inmovilidad y por lo tanto a la dependencia.

Se le cuestionó a la cliente como se sintió durante las 10 sesiones que se trabajo juntas y ella refirió que en general se sintió bien, pues tanto ella como su familia agradecieron el tiempo que se colaboró con ellos ya que mencionaron que a veces es difícil el trato con una persona que presenta demencia. Al mismo tiempo se les agradeció tanto a la cliente y su familia, el haber apoyado y aceptado la realización del presente trabajo realizado durante un mes.

EVALUACIÓN DE LOS CUIDADOS

Al llevar a cabo todas las intervenciones de enfermería con el apoyo de la familia y personas cercanas al cliente se le obtuvieron los siguientes resultados.

1.- La necesidad de Comunicación aumento por medio de la socialización, ya que se estimuló esta necesidad y la memoria, con las actividades planeadas (juegos, recuerdos y destrezas) utilizando la comunicación verbal y no verbal con el fin de que expresara sus necesidades de una forma sencilla y entendible, logrando que los familiares tuvieran la habilidad para entender y comunicarse con ella.

Esta necesidad se mantuvo igualada ya que los problemas de afasia son un signo de la enfermedad y a medida que avanza, el diálogo se hace cada vez más difícil, presentándose posteriormente dificultad para entender el significado de las palabras y finalmente pierde el control de la articulación de sonidos.

2.- En la necesidad de Descanso y Sueño, no se logró cumplir totalmente con el objetivo, ya que con las intervenciones de enfermería obtuve; que se eliminaran las siestas por las tardes, se mantuvo activamente al cliente durante todo el día, se estableció un horario para acostarse (10:00 PM) y se llevaron a cabo medidas de seguridad por las noches como mantener una luz encendida, cerrar puertas que lleven a la calle, retirar objetos con los que se pueda tropezar fácilmente.

Con lo anterior se logro que el cliente conciliara ,más fácilmente el sueño, continua presentando sueño interrumpido, la dosis de medicamento Rivotril (benzodiacoequina) continua siendo igual (3 gotas).

3.-Durante el seguimiento de aproximadamente un mes el cliente presentó solo 2 incontinencias urinarias durante el día, por lo que se puede mencionar que se logro el objetivo de esta necesidad, ya que fue de utilidad la reeducación de esfinteres por medio del establecimiento de horarios y señalización de la localización del servicio de baño, asi mismo a partir de las 7:00 PM se disminuyeron y eliminaron los líquidos para evitar incontinencias nocturnas.

Se debe tener en cuenta que este tipo de problemas también puede ser característica física del envejecimiento, por la relajación de los músculos de los esfinteres y que puede presentarse más tarde tanto incontinencia urinaria como intestinal.

4.-Las intervenciones que se llevaron a cabo para lograr el objetivo de la necesidad de Aprendizaje, como la orientación de la persona, espacio y tiempo, el establecimiento de una rutina con actividades recreativas y estimulando su memoria, logrando la atención del cliente y por medio de una rutina sobre ejercicio y actividades de la vida diaria (bañarse, vestirse, alimentarse y trasladarse de un lugar a otro) se logró el aprendizaje básico para continuar con el grado de independecia que aún conserva.

5.-La necesidad de Evitar Peligros se esta logrando gracias a la cooperación de la familia, ya que continúan realizándose los cambios necesarios para evitar al máximo caídas, golpes y extravío del propio cliente.

Al ser un cliente que se encuentra en un primer nivel de demencia de tipo Alzheimer, se puede mencionar que su evolución ha sido muy lenta y que puede ser debido a la atención que le brinda su familia, ya que ha sido de gran ayuda para ella, además de la cooperación que ha tenido y la aceptación para realizar todos aquellos cambios que se tuvieron y tendrán que hacer para que su familiar tenga una calidad de vida.

PLAN DE ALTA

Tomando en cuenta que la ejecución se realizó con la cooperación de la familia y que los objetivos se cumplieron en un 90% en general, se puede recomendar que se continúe con la misma rutina durante la estancia en su casa para que no se pierdan los logros que se han obtenido.

Además de continuar con la motivación y estimulación para que el cliente prolongue el mayor tiempo posible el grado de independencia que aun conserva.

- Realizar tareas sencillas en casa (lavar, barrer, contestar el teléfono).
- Dibujar; para reconocer bordes, colores, figuras.
- Interpretar estímulos sensoriales táctil, visual, auditivo, gustativo y olfatorio.
- Realizar ejercicios físicos para reconocer el esquema corporal, lateralidades, mantener tono y fuerza muscular, arcos de movimientos, coordinación y marcha.
- Estimular la memoria, por medio del reconocimiento de objetos, personas, lugares, etc.
- Orientar al cliente en cuanto a su persona, tiempo y espacio.
- Recomendar a la familia que permanezca en contacto estrecho con el cliente para poder detectar a tiempo posibles problemas de salud agregados a la demencia.

CONCLUSIONES

La Geriátría es un campo de la salud, el cual requiere de personal profesional calificado para poder brindar una calidad de atención y de vida al anciano.

Como profesional de enfermería siento satisfacción por haber tenido la oportunidad de trabajar con una persona que presenta la enfermedad de Alzheimer, ya que es una demencia que va siendo mas frecuente en personas mayores de 60 años.

Gracias al apoyo de personal profesional de las áreas de medicina, enfermería, psicología, gericultura y trabajo social , se obtuvieron grandes conocimientos en cuanto a teoría y práctica, ya que todas estas áreas de la salud deben permanecer estrechamente relacionadas para valorar la evolución que van presentando las personas con demencia y trabajar en forma conjunta.

De tal forma, que con estos conocimientos se valora al cliente para detectar los problemas reales y potenciales que presentaba y por lo tanto brindarle los cuidados que se requería para la satisfacción de sus necesidades y así poder ser de apoyo para ella y su familia.

Se mantuvo una comunicación estrecha con la familia de la cliente desde el inicio hasta la culminación del proceso, por lo que se obtuvieron resultados tanto positivos (como la aceptación a los cambios en el hogar y el interés por aprender) como negativos(pues en la necesidad de descanso y sueño no se logro con el objetivo totalmente) ya que su ayuda, apoyo y cooperación durante la ejecución del plan de cuidados mostraron gran interés al igual que la cliente.

Por lo tanto se puede concluir que el trabajar con una persona que presenta demencia y que además se le suman todas aquellas características y problemas de salud que surgen durante el envejecimiento, es difícil al principio, pero una vez contando con los conocimientos y habilidades para su atención los ayudamos a tener una mejor calidad de vida durante el curso de su enfermedad y a que permanezca lo más independiente posible por medio de la estimulación de todas las capacidades que aún conserva.

SUGERENCIAS

ADECUACIÓN DEL ESPACIO

EL HOGAR:

- Se deben conservar los objetos de uso cotidiano siempre en el mismo sitio para evitar la confusión del cliente.
- Se puede utilizar carteles con dibujos sencillos para indicar la ubicación de su habitación, cuarto de baño y flechas para señalar los recorridos.
- Es importante mantener al cliente en un ambiente iluminado y tratar de mantener las luces encendidas durante la noche
- El baño y las escaleras deben contar con barandales para evitar accidentes.
- Los pisos deben ser antiderrapantes en áreas susceptibles de accidentes.

LA RECÁMARA

- Colocar la cama de tal manera que pueda bajar y subir sin molestias por los dos lados.
- Mantener una luz nocturna permanente para evitar caídas si se despierta durante la noche.
- Cubrir o quitar los espejos, puede ser factor de riesgo para su seguridad.

VESTIRSE

El cliente puede olvidar como vestirse, o no reconocer la necesidad de cambiarse de ropa, o presentarse con ropa inadecuada por lo que se debe:

- Presentarle la ropa en el orden en que debe ponérsela
- Procurar que tenga independencia al vestirse el mayor tiempo posible

-Rehacer su guardarropa para que solo tenga las prendas necesarias fáciles de poner y quitar (con velcro).

-Elegir un calzado adecuado, fácil de colocar.

LA COCINA

-Colocar chapas de seguridad en la puerta de la cocina, del refrigerador y de los armarios que guarden pequeños electrodomésticos, productos de limpieza y objetos punzocortantes.

-Tener mucho cuidado con las llaves del gas.

ALIMENTACIÓN

-Proporcionarle una dieta balanceada, que haya de acuerdo a las características y necesidades del cliente.

-Tendrá que recordarle como comer paso a paso.

-Servir la comida en la temperatura adecuada ya que no distingue lo caliente y lo frío y los alimentos deben de ser cortados en pequeños trozos para favorecer la masticación y deglución.

-Utilizar vasos y platos de plástico de colores contrastantes, ayuda a identificar los objetos.

-Ofrecer abundantes líquidos.

-Proporcionar sólo los accesorios necesarios (plato, vaso, cuchara).

EL BAÑO

-La regadera debe contar con tapetes antiderrapantes y barras para no resbalar.

-Las llaves de agua fría y caliente deben de ser claramente inidentificables.

-Estimular sus capacidades residuales (bañarse solo pero con vigilancia).

- Recomendar el aseo bucal después de cada alimento para evitar problemas bucales.
- Las prótesis deben estar ajustadas para evitar lesiones.
- Mantener el aseo de las manos y uñas cortas.
- Visita periódicamente al podólogo para evitar que las uñas se encarnen.
- Mantener la piel hidratada y lubricada.

CONTROL DE ESFÍNTERES

El cliente puede perder la noción de cuando ir al baño, donde se encuentra el inodoro o cómo usarlo.

- Establecer un horario y hacerlo como rutina para evitar incontinencias.
- Orientación de la ubicación del baño.
- Es importante vigilar cualquier alteración de la frecuencia, coloración u otra anomalía en la orina y heces, para detectar posibles infecciones urinarias.

ESTABLEZCA RUTINAS

La rutina puede contribuir a mejorar las habilidades del cliente dándole mayor seguridad y autonomía, es más sencillo para ellos y para la familia, ya que en muchas ocasiones acceden más rápido para realizar las actividades.

MANTENGA LA INDEPENDENCIA Y LA DIGNIDAD DE LA PERSONA

Esto le permitirá mantener la autoestima del enfermo.

- Este tipo de personas son más vulnerables a presentar maltrato físico y/o psicológico, por presentar limitaciones para comunicarse y para relacionarse con el medio que los rodea por

la pérdida progresiva de sus capacidades (hablar, ejecución de movimientos, etc.) Por lo tanto a estas personas las debemos de cuidar con cariño y paciencia, ya que aún son capaces de sentir y tener momentos de lucidez, que los hacen darse cuenta de las cosas y comprender.

ESTIMULAR LA MEMORIA

-Exhiba fotos grandes, claras y nombres de familiares , para recordar, ya que ellos mantienen la memoria remota .

-Colocar etiquetas en las puertas de las habitaciones, para que pueda trasladarse de un lugar a otro .

-Mostrar tarjetas de animales, objetos, frutas, transportes, números, letras, etc., para que sean capaces de identificar las cosas.

GLOSARIO DE TÉRMINOS

A

AFASIA: Alteración, pérdida o desintegración adquirida del lenguaje, a causa de una lesión cerebral, se pueden presentar trastornos en la comprensión o en la expresión y en ocasiones se observan cuadros mixtos.

AGNOSIA: Es la incapacidad de identificar un objeto ofrecido a la percepción, siempre y cuando no haya un déficit sensorial. El sujeto tiene una gran dificultad en su contacto con el mundo. Se relaciona con defectos de la aprehensión visual, con déficit de las habilidades gestuales y con defectos de reconocimiento del propio cuerpo.

ALUCINACIONES: Impresión sensorial (vista, oído, tacto, olfato o gusto) que no tiene base en estimulación externa. Las alucinaciones pueden tener causas psicológicas, como en las enfermedades mentales o pueden ser el resultado de drogas, alcohol o enfermedades orgánicas, tales como tumor cerebral, senilidad o agotamiento.

ANOMIA: Variedad de afasia en la que se observa una incapacidad para nombrar los objetos o reconocer sus nombres.

APRAXIA: Es la incapacidad para seleccionar y combinar movimientos para llevar a cabo un acto voluntario, es un rasgo importante en la evolución de las demencias. El individuo olvida como ejecutar actos rutinarios.

FORMULARIO NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

C

CONFABULACIÓN: Producción de recuerdos ficticios , y relato de experiencias que no tienen relación con la verdad , para llenar los vacíos debidos a la pérdida de memoria.

CONFUSIÓN: Trastorno de la orientación con respecto a tiempo , lugar o persona , acompañado a veces por un trastorno de la conciencia.

D

DEMENCIA: Es un síndrome que se caracteriza por el deterioro de las funciones cerebrales superiores , en cuyo curso la conciencia permanece clara . Es un proceso habitualmente progresivo y ocasionalmente reversible , que interfiere con el desempeño de las actividades de la vida diaria , laborales y sociales. Este deterioro se caracteriza por el trastorno persistente de la memoria y de dos o más funciones psicológicas a saber; el lenguaje , las praxis , las gnosis , así como la abstracción , el juicio y la conceptualización. Suele acompañarse de cambios en la personalidad y en el estado emocional.

E

ECOLALIA: Repetición patológica involuntaria de frases o palabras dichas por otra persona.

ESCARA: Ulcera producida por una presión prolongada sobre el cuerpo del paciente.

I

ILUSIONES: Percepción errónea debido a una mala interpretación de un estímulo sensorial ; creer que algo es lo que no es.

J

JUICIO: Capacidad de un individuo de valorar una situación , llegar a conclusiones razonables y decidir un curso de acción.

P

PERSEVERANCIA: Recurrencia constante de una idea , o tendencia a seguir repitiendo las mismas palabras o acciones.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.-ALFÁRO Levre , Rosalinda . Aplicación del proceso de enfermería . 2ª ed. Ed. Mosby / Doyma libros. España 1992. 251 pp.
- 2.- BURKE, Mary N. Enfermería Gerontológica. 2ª ed. Ed. Harcourt Brace. Madrid, España. 1998. 650 pp.
- 3.-CARVAJAL , García Rosa. Cuando la realidad se aleja del anciano. México 1996, 84 pp.
- 4.-COLLIERE , Marie Francoise. Encontrar el sentido original de los cuidados enfermeros. Ed. Interamericana Mc Graw-Hill , Barcelona 1997.
- 5.-COLLIERE, Marie Francoise. Promover la vida de la práctica de las mujeres cuidadoras o los cuidadores de enfermería. Ed. Interamericana Mc Graw-Hill México, 1997.
- 6.-Diccionario de Enfermería. 21ª ed. Ed. Interamericana - Mc Graw Hill. México, 1995. 575 pp.
- 7.-Diccionario Médico. 4ª ed. Ed. Masson S. A. México, 1998. 746 pp.
- 8.-GARCÍA Hernández, Misericordia. Enfermería geriátrica. Ed. Masson-Salvat. España, 1993, 185 pp.
- 9.-GAUNTLETT Beare , Patricia. Enfermería , principios y práctica . Ed. Médica Panamericana. España, 1993 445 pp.
- 10.-Gufa medica de la salud para mayores de 50 años. Darmouth Institute for Better Health. Ed. Trillas. México, D. F. 1996 .23-26 pp.
- 11.-HARRISON, Principios de medicina interna. 12ª ed. Ed. Interamericana . 1991.
- 12.-HERNÁNDEZ Coneza, Juana. Fundamentos de enfermería, teórica y método. Ed. Mc-Graw Hill Interamericana. España, 1999. 152 pp.
- 13.-IVER, Patricia. Proceso y diagnóstico de enfermería. 3ª ed. Ed. Mc-Graw Hill Interamericana. México, 1997 444 pp.
- 14.-JUÁREZ García, Luz del Carmen. La enfermedad de Alzheimer, bases fisiopatológicas, diagnóstico y alteración de tratamiento. Ed. Trillas. México, 1997. 75 pp.
- 15.-KASCHAK, Neumon. Plan de cuidados en geriatría. Ed.. Mosby/ Doyma libros. España, 1994. 321 pp.

- 16.-KÉROUAC, Suzanne. El pensamiento enfermero. Ed. Masson S. A. España, 1996. 167 pp.
- 17.-KOZIER, Bárbara. Conceptos y temas en la práctica de enfermería. 2ª ed. Ed. Interamericana Mc-Graw Hill, México, 1995. 654 pp.
- 18.-KOZIER, Bárbara. Enfermería fundamental, conceptos, proceso y práctica. Ed. Interamericana. Mc-Graw Hill Madrid, España, 1997. 480 pp.
- 19.-KRASSOIEVITCH, Miguel. Demencia senil y presenil. Ed. Salvat Mexicana. México, 1992. 282 pp.
- 20.-RIOPELLE, Lise. Cuidados de enfermería, un proceso centrado en las necesidades de la persona. 4ª ed. Ed. Mc Graw Hill Madrid, España, 1997. 480 pp.
- 21.-SIMÓN Staab, Angela. Enfermería Gerontológica. Ed. Mc-Graw Hill-Interamericana México, 1998. 479 pp.
- 22.-SMITH James, P. Virginia Henderson, los primeros noventa años. Ed. Masson S. A. España, 1996. 141 pp.
- 23.-SUDDARTH, Doris. Enfermería, práctica de Lippincott. 5ª ed. Ed. Interamericana. Mc-Graw Hill. México, 1995. 872 pp.
- 24.-TAUSSIY, Maribel. La enfermedad de Alzheimer. 2ª ed. Ed. ASAES Sonora, 1995. 136 pp.
- 25.-TOMEY, Ann Marriner. Modelos y teorías de enfermería. 3ª ed. Ed. Mosby/ Doyma libros. España, 1994. 530 pp.
- 26.-WESLEY, Ruby. Teorías y modelos de enfermería. Ed. Mc-Graw Hill-Interamericana México, 1997. 179 pp.

ANEXO 1

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA INSTRUMENTO DE VALORACIÓN

DATOS GENERALES:

Nombre _____ Edad _____ Sexo _____
Ocupación _____ Estado civil _____ Religión _____
Escolaridad _____ Domicilio _____
Teléfono _____ Institución de Salud _____

SIGNOS VITALES:

Respiración: Frecuencia _____ Amplitud: Buena _____ Mediana _____ Reducida _____
Pulso: Frecuencia _____ Ritmo :Regular _____ Irregular _____ Amplitud: Fuerte _____
Débil _____
Temperatura corporal: _____ Tensión arteria _____

SOMATOMETRIA

Peso _____ Talla _____

NECESIDADES

RESPIRACIÓN

- ¿Tiene algún problema para respirar? No _____ Si _____ Describa _____
¿Fuma usted? No _____ Si _____ ¿Cuántos cigarros diarios? _____
¿Convive usted con fumadores? No _____ Si _____ ¿Dónde? _____
¿Tiene usted animales en casa? No _____ Si _____ ¿De que tipo? _____

¿Su casa esta bien ventilada? No ___ Si ___ ¿Ha sufrido alguna enfermedad pulmonar? No ___

Si ___ ¿Cuál? _____

Explore (Ruidos y movimientos respiratorios, coloración ungual)

ALIMENTACIÓN

¿Tiene algún problema con su apetito? No ___ Si ___ Describa _____

¿Sigue usted alguna dieta especial? No ___ Si ___ ¿Cuál? _____

¿Tiene algún complemento alimenticio? No ___ Si ___ ¿Cuál? _____

¿Su horario de alimentos es? Desayuno ___ Comida ___ Cena _____

¿Tiene problemas para masticar? No ___ Si ___ ¿Cuál? _____

¿Sabe usted de alguna alergia alimentaria? No ___ Si ___ ¿Cuál? _____

¿Tiene dificultades para controlar su peso? No ___ Si ___ ¿Cuántos vasos de agua toma al

día? _____ ¿Come entre comidas? No ___ Si ___ ¿Qué tipo de alimentos?

¿Tiene problemas digestivos? No ___ Si ___ ¿Cuáles? _____

Explore (Mucosas, dientes, estado de la piel, cuadrantes abdominales)

ELIMINACIÓN

¿Cuántas veces defeca al día? _____ ¿Tiene problemas de hemorroides? ___ Diarrea _____

Estreñimiento ___ Sangrado ___ Heces negras ___ Heces con alimentos _____

Incontinencia fecal ___ Dolor al evacuar ___ Otros _____

¿Cómo los soluciona? _____

¿Cuántas veces orina al día? _____ ¿De que color es su orina? _____

¿Experimenta algún problema para orinar? No _____ Si _____ Describa _____

Ganas frecuentes de orinar _____ Dolor al orinar _____ Incontinencia urinaria _____

Esfuerzo al orinar _____ Otros _____

¿Cómo los remedia? _____

Explore (Globo vesical, cuadrantes abdominales, características de la orina)

MOVILIDAD Y POSTURA

Presenta dificultad para: Levantarse _____ Sentarse _____ Caminar _____

¿Ha sufrido alguna lesión o fractura que dificulte su movilidad? No _____ Si _____

Describa _____

Explore (Postura, marcha, simetría)

DORMIR Y DESCANSAR

¿Duerme usted bien? Si _____ No _____ Describa _____

¿Cuántas horas duerme? _____ ¿Duerme por la tarde? No _____ Si _____

¿Cuántas horas? _____ ¿El lugar donde duerme favorece su descanso y sueño? Si _____

No _____ ¿Por qué? _____

Explore (Orejas, bostezo, cansancio hipodinámica)

VESTIDO, HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

¿Cada cuánto se baña? _____ ¿Su cambio de ropa es? Completo _____

Parcial _____ ¿Se lava los dientes? Si _____ No _____ Su aseo de manos lo realiza:

De vez en cuando _____ Antes de comer _____ Después de ir al baño _____

Explore (Higiene personal y de vestido, mucosas, dientes, uñas, calzado)

EVITAR PELIGROS

¿Tiene algún problema con los órganos de los sentidos? No _____ Si _____

¿Cuál? _____

¿En su casa existe algún problema que lo ponga en riesgo? No _____ Si _____

¿Cuál? _____ ¿ Conoce usted las medidas de protección en caso de

incendios, temblores, erupciones, etc.? Algunas _____ Todas _____ Ninguna _____

¿Es alérgico a algún medicamento? No _____ No sabe _____ Si _____ ¿ A cual? _____

¿ Desde cuando? _____

¿Qué medidas lleva para controlarla? _____

Explore (Capacidad auditiva y visual, condiciones de peligro en la vivienda)

REPRODUCCIÓN SEXUAL

Menarca _____ Ritmo _____ IVSA _____ Gesta _____ Para _____ Aborto _____

Cesárea _____ Menopausia _____ ¿Tuvo síndrome climatérico? _____

¿Tuvo tratamiento sustitutivo? _____

¿Ha recibido tratamiento hormonal después de la menopausia? _____

COMUNICACIÓN

¿Escucha bien? Si _____ No _____ ¿Por qué? _____

¿Con quien vive? _____

Describa su relación _____

Observe (Características del lenguaje verbal, cambios de expresión verbal, humor, apoyos, estado de conciencia)

RECREACIÓN

¿Cuenta con tiempo libre? Si _____ No _____ ¿A que lo dedica? _____

¿Practica algún deporte? No _____ Si _____ ¿Cuál? _____ Frecuencia _____

¿Su estado de salud le ha modificado sus actividades anteriores? Si _____ No _____ ¿Existe en su comunidad lugares para divertirse o para practicar algún deporte? No _____ Si _____

¿Cuál? _____

¿Acude usted a esos lugares? Frecuentemente _____ Rara vez _____ Nunca _____

Observe (condiciones de la vivienda que propicien la recreación o deporte)

APRENDIZAJE

¿Ha recibido información acerca de su salud? No — Si — ¿De que tipo? _____

¿Hay algo que desearía saber acerca de su salud o la de su familia? _____

¿Usted se automedica? _____

¿Le gustaría participar en algún grupo de apoyo para mejorar su salud? _____

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

ANEXO 2

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
INSTRUMENTO DE VALORACIÓN (APLICADO)

DATOS GENERALES:

Nombre CBS Edad 74 Sexo Femenino
Ocupación Secretaria Estado civil Viuda Religión Católica
Escolaridad Comercio Domicilio Cerro de Chiquihuite #205 Col. Campestre
Teléfono 55-44-08-03 Institución de salud Particular

SIGNOS VITALES:

Respiración: Frecuencia 18x' Amplitud: Buena X Mediana Reducida
Pulso: Frecuencia 70x' Ritmo: Regular Irregular X Amplitud: Fuerte X Débil
Temperatura corporal: 36grados región axilar Tensión arterial 110-50mmhg
asintomático.

SOMATOMETRIA:

Peso 51.300 Kg. Talla 1.55 m

NECESIDADES:

RESPIRACIÓN

¿Tiene algún problema para respirar? No x Si Describa
¿Fuma usted? No x Si ¿Cuántos cigarrillos diarios?
¿Convive usted con fumadores? No x Si Donde
¿Tiene usted animales en casa? No x Si ¿De que tipo?

¿Su casa esta bien ventilada Si x No ¿Ha sufrido alguna enfermedad pulmonar? No x
Si ¿Cuál? _____

Explore (Ruidos, y movimientos respiratorios, coloración ungual)

Campos pulmonares ventilados, no se auscultan estertores o subilancias, movimientos de
amplexión y aplexación simétrica, llenado capilar de 2 segundos

ALIMENTACIÓN

¿Tiene algún problema con su apetito? No X Si Describe _____

¿Sigue usted una dieta especial? No x Si ¿Cuál? _____

¿Toma algún complemento alimenticio? No x Si ¿Cuál? _____

¿Su horario de alimentos es? Desayuno 8:00 Comida 14:00 Cena 20:00

¿Tiene problemas para masticar? No x Si ¿Cuál? _____

¿Sabe usted de una alergia alimentaria No x Si ¿Cuál? _____

¿Tiene dificultades para controlar su peso? Si x No ¿Cuántos vasos con agua toma al
día? 7 ¿Come entre comidas? Si x No ¿qué tipo. de alimentos? Galletas, frutas,
pastel..

¿Tiene problemas digestivos? No x Si ¿Cuáles? _____

Explore (Mucosas, dientes, estado de la piel, cuadrantes abdominales)

Es una persona muy higiénica, puente removible en buenas condiciones, mucosas orales
hidratadas, no son palpables adenomegalias, presenta placas removibles limpias.

Mida destrostix 80 mg/dl

ELIMINACIÓN

¿Cuántas veces defeca al día? 1 vez ¿Tiene problemas de hemorroides? No Diarrea No
Estreñimiento No Sangrado No Heces negras No Heces con alimentos No
Incontinencia fecal No Dolor al evacuar No Otros

¿Cómo los soluciona? _____

¿Cuántas veces orina al día? 3 ¿De que color es su orina? Amarillo claro ¿Experimenta
algún problema para orinar? No x Si _____ Describe: Ganas frecuentes de orinar No
Dolor al orinar No Incontinencia urinaria Ocasionalmente Esfuerzo al orinar No Otros
¿Cómo los remedia? Presenta ligera distensión abdominal, no hay dolor a la palpación su
orina es de color amarillo claro.

MOVILIDAD Y POSTURA

Presenta dificultad para Levantarse No Sentarse No Caminar No
¿Ha sufrido alguna lesión o fractura que le dificulte su movilidad? No Si x Describe
En el último año tuvo dos caídas sin complicaciones
Explore (Postura, marcha, simetría)
Su postura es hacia adelante, su marcha es estable sus pasos son simétricos y continuos

DORMIR Y DESCANSAR

¿Duerme usted bien? Si No x Describe Presenta insomnio
¿Cuántas horas duerme? 5-6 ¿Duerme por la tarde? No Si x
¿Cuántas horas? 1 hora ¿El lugar donde duerme favorece su descanso y sueño? Si x No

¿Por qué? Es tranquilo, sin ruido

Explore (Orejas, bostezo, cansancio, Hipodinamia)

No se observan ojeras, no bosteza, es dinámica y participa en todas aquellas actividades que se le incita a realizar

HIGIENE, VESTIDO Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

¿Cada cuando se baña? Diario ¿Su cambio de ropa es? Completo Parcial

¿Se lava los dientes? Si No Frecuencia 1-2 al día

¿Utiliza cepillo dental? Si No Su aseo de manos lo realiza: De vez en cuando
antes de comer Después de ir al baño Antes de ir al baño

Explore (Higiene personal y del vestido, mucosas, dientes, uñas, calzado)

Es muy higiénica, mucosas orales y placas dentales higiénicos, corte de uñas cada tercer día, calzado limpio

EVITAR PELIGROS

¿Tiene algún problema con los órganos de los sentidos? No Si ¿Cuál?

Ligera dismetropía corregida con lentes, que no utiliza

¿En su casa existe algún problema que lo ponga en riesgo? No Si ¿Cuál?

Pisos resbalosos, alfombras. ¿Conoce usted las medidas de protección en caso de incendio, temblores, erupciones, etc.? Algunas Todas Ninguna

¿Es alérgico a algún medicamento? No No sabe Si ¿Cuál?

¿Desde cuándo? ¿Qué medidas lleva a cabo para controlarla?

Explore (capacidad auditiva y visual, condiciones de peligro en la vivienda)

Capacidad auditiva conservada, presenta ligero problema de disminución visual, en casa

REPRODUCCIÓN SEXUAL

Menarca 11 años Ritmo regular IVSA ----- Gesta 0 Para 0

Aborto 0 Cesa 0 Menopausia No

¿Tuvo síndrome climatérico? No

¿Tuvo tratamiento sustitutivo? No

¿Ha recibido tratamiento hormonal después de la menopausia? No

COMUNICACIÓN

¿Escucha bien? Si x No ¿Por qué? ¿Con quién vive? con su hermana,

cuñado y sobrina ¿Describe su relación? Tiene buena relación, riesgo de maltrato

mínimo

Observe (características de lenguaje verbal, cambios de expresión verbal, humor, apoyos, estado de conciencia)

Afasia, anomia no es realmente consciente de la realidad en cuanto a tiempo y espacio,

presenta cambios de conducta ocasionales.

RECREACIÓN

¿Cuenta con tiempo libre? Si x No ¿A que lo dedica? caminar, dormir, ver T. V.

¿Practica algún deporte? No x Si ¿Cuál? Practicaba tenis

Frecuencia cada tercer día ¿Su estado de salud le ha modificado sus actividades anteriores? No Si x

¿Existen en sus comunidad lugares para divertirse o para practicar algún deporte? No -----

Si x ¿Cuál? 1 parque ¿Acude usted a esos lugares?: Frecuentemente x Rara
vez _____ Nunca _____

Observe (condiciones de la vivienda que propicien la recreación o deporte)

En su casa tiene un jardín y un patio reducido, pero cabe mencionar que se recrea
frecuentemente

APRENDIZAJE

¿Ha recibido información acerca de su salud? No _____ Si _____ ¿De qué tipo?

No es consciente de lo que tiene

¿Hay algo que usted desearía saber acerca de su salud o de su familia? _____

¿Usted se automedica? No ¿Le gustaría participar en algún grupo de apoyo para mejorar
su salud? Su hermana asiste al grupo de apoyo de la fundación Alzheimer,

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

ANEXO 3

ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

La enfermedad de Alzheimer es un tipo de demencia degenerativa primaria y es considerada como la más importante dentro del grupo de las demencias.

ANTECEDENTES

Fue descrita por primera vez en 1907 por el médico alemán Alois Alzheimer, en la 37ª Conferencia de psiquiatría en Alemania, quien describió el caso de una mujer que falleció a los 55 años de edad por el deterioro mental progresivo que presentó durante 4 años y medio, se encontró en la autopsia marañas neurofibrilares por la acumulación de la proteína amiloide en las terminaciones neuronales.

Más tarde se dio a conocer el caso de dos hermanos con la enfermedad de Alzheimer, con lo que se señaló un posible papel hereditario de la enfermedad.

En la actualidad se considera esta enfermedad como una de las principales causas de demencia durante la vejez.

CONCEPTO

Así el envejecimiento al ser considerado como una etapa en la que hay una reducción de las funciones de todo el organismo, se produce un deterioro progresivo e irreversible, por lo que la demencia de tipo Alzheimer se puede definir como:

Un proceso patológico neurodegenerativo de causa desconocida, con deterioro global y progresivo de las funciones intelectuales como lo son la atención, el cálculo, lenguaje, abstracción, juicio, razón, etc., de la personalidad y estado emocional que es el producto de

la pérdida irreparable y continuada de las células a nivel de la corteza cerebral y de los centros de la memoria.

SIGNOS Y SÍNTOMAS

- Su inicio es lento e insidioso.
- Desorientación temporo-espacial.
- Pérdida de la memoria reciente y remota.
- Confabulación , ilusiones y alucinaciones .
- Ideas de daño y referencia.
- Cambios bruscos del estado de ánimo.
- Afasia, apraxia y agnosia.
- Inversión del ciclo vigilia-sueño.
- Adherencias y perseverancias.
- Ecolalia.
- Reacciones catastróficas.

Conforme va progresando la enfermedad, los signos y síntomas van siendo más complejos y el individuo llega a ser totalmente dependiente.

COMPLICACIONES

- Inmovilidad
- Infecciones
- Incontinencia
- Escaras

- **Muerte**

Según la Organización Panamericana de la Salud , en América Latina, las tasas de prevalencia de esta enfermedad, oscilan entre un 5.9-9% en los mayores de 60 años. Aunque también en aquellas personas que tienen un alto nivel de estudios.

ANEXO 4

ANATOMÍA Y FISIOLÓGÍA DEL CEREBRO

- **CEREBRO**

El cerebro comprende la porción anterior y superior que es también la más voluminosa del encéfalo. Se encuentra alojado totalmente en la cavidad craneal. Está constituido por dos mitades simétricas, denominadas hemisferios cerebrales, separadas una de otra por una cisura muy profunda llamado cuerpo calloso, otra central (de Rolando), lateral (de Silvio) y la fisura parieto-occipital.

Estas escotaduras subdividen a cada hemisferio en varios lóbulos, cada uno de los cuales tienen el nombre del hueso que se encuentra por encima, y que son; el frontal, parietal, occipital, temporal, el de la ínsula y el del cuerpo calloso.

- **FUNCIONES DEL CEREBRO.**

El cerebro merece el título de “órgano humano más importante”, ya que efectúa el proceso que nos comunica las cualidades humanas.

- FUNCIONES SENSITIVAS

Se hallan situadas en la porción parietal, zona donde convergen vías asociativas derivadas de neuronas intercalares diversas, en las cuales se elaboran percepciones, es decir, fenómenos de conocimientos, apreciación de la forma y volumen de los objetos y del peso. En esta zona se señala un centro táctil de los objetos.

-FUNCIONES MOTORAS

La circunvolución precentral, la más posterior del lóbulo frontal, constituye la zona motora primaria.

Se dice que las neuronas de la circunvolución precentral ejercen control sobre cada uno de los músculos, en especial los que producen movimientos de las articulaciones distales.

-FUNCIONES DE INTEGRACIÓN

Consisten en todos los acontecimientos que ocurren en cerebro entre su recepción de los impulsos sensitivos y su envío de impulsos motores.

- Conocimiento; es el estado de percepción de nosotros mismos, de nuestro ambiente y del de otros.
- Memoria; es una de nuestras actividades mentales principales. Al parecer son varias las partes de la corteza que almacenan los recuerdos.
- Lenguaje; es la capacidad para hablar y escribir palabras y la de comprender las palabras habladas y escritas.
- Emociones; abarcan el funcionamiento del sistema límbico del cerebro.

FUNCIONES DEL LÓBULO PARIETAL

- Interviene en el autoconocimiento del cuerpo.
- Interviene en el sentido del cálculo.
- Interviene en la comprensión e ideación del lenguaje verbal y escrito.
- Interviene en la planeación de los actos motores complejos.
- Orientación en el espacio extracorporal.

FUNCIONES DEL LÓBULO TEMPORAL

- Reconocimiento de las sensaciones olfatorias, vestibulares y acústicas.
- Da origen a los movimientos complicados involuntarios.
- Forma parte del sistema de la furia.
- Interviene en la memoria, percepción de la realidad, en la atención, comprensión, y concentración.

FUNCIONES DEL LÓBULO OCCIPITAL

- Almacena e interpreta las imágenes visuales.
- Interviene en la localización del contraste y la fijación de imágenes visuales.
- Interviene primordialmente en la comprensión del significado de los símbolos de lenguaje escrito.
- Interviene en la formación del sentido de orientación.

FUNCIONES DEL LÓBULO DE LA INSULA

- Disminuye la motilidad del tubo digestivo.
- Aumenta la frecuencia cardíaca.
- Recibe sensaciones referidas de aparatos; digestivo, respiratorio y genitourinario.

FUNCIONES DEL CUERPO CALLOSO

- Aumenta y disminuye la frecuencia cardíaca.
- Aumenta la frecuencia respiratoria.
- Interviene en el circuito de la furia.

ANEXO 5

PROGRAMA DE TRABAJO DE ACONDICIONAMIENTO FÍSICO

MOVIMIENTO DE CUELLO

- Inclinando la cabeza a la derecha y a la izquierda.
- Estirando el cuello hacia abajo y levantando la cabeza alineándola con la espalda.
- Estirando el cuello hacia abajo pegando la barbilla con el pecho haciendo el movimiento en medio círculo a la derecha y a la izquierda.
- Cabeza alineada con la espalda, movimiento en medio círculo, de derecha a izquierda.

MOVIMIENTO DE HOMBROS

- Movimiento hacia arriba y abajo.
- En círculo hacia delante y atrás.
- Brazos atrás y adelante sacando el pecho y estirando la espalda.
- Levantando los brazos con una palmada arriba.

MOVIMIENTO DE CADERA

- Inclinando la cadera a la derecha y a la izquierda.
- Movimiento en círculo.
- Con las manos en la cintura girando el tronco a la derecha y a la izquierda.

MOVIMIENTO DE PIERNAS

- Levantando las piernas con rodillas flexionadas, primero derecha y después izquierda.
- Levantando las piernas con rodillas flexionadas, alternando las piernas.

- Cuncillias sin doblar la espalda.

MOVIMIENTOS DE PIES

- Levantando puntas.
- Recargar el talón en el suelo y levantando la punta.
- Recargando la punta del pie en el suelo y levantando el talón, primero pie derecho y luego izquierdo.

NOTA: Cada ejercicio por 10 o 15 repeticiones según sea necesario.

LATERALIDADES

Aros

- Tomando con las dos manos el aro levantando los brazos y bajando.
- Llevando los brazos hacia la derecha e izquierda.
- Llevando el aro al frente y al cuerpo.
- Llevando el aro adentro y afuera del cuerpo haciendo el movimiento hacia arriba y abajo.

Con los aros en el suelo:

- Pie derecho afuera y después pie izquierdo, el movimiento es hacia los dos lados abriendo las piernas y levantando bien el pie.
- Pie derecho y después izquierdo llevando la pierna hacia delante y atrás, ya sea por dentro o por fuera del aro.

COORDINACIÓN

Alternando aros, palos y pelotas medianas.

- Aro en la mano derecha o izquierda. Recargándolo en el suelo y llevando el pie

derecho o izquierdo por fuera del aro.

- Pasar el aro de la mano derecha a la izquierda por enfrente.
- Pasando el aro en mano derecha y mano izquierda o viceversa dándole la vuelta alrededor del cuerpo.

Aro con pelota

- Votando la pelota dentro y fuera del aro, estando la persona dentro del aro.
- Votando la pelota fuera del aro hacia los dos lados.
- Teniendo la pelota en las manos detrás de la cabeza bajarla a las rodillas.
- Llevar la pelota hacia arriba, a las rodillas y al suelo.
- Apretar la pelota con las mano.
- Apretar la pelota con los dedos.
- Sujetar la pelota con las rodillas y apretar.

Palos

- Tomándolo de modo horizontal, llevarlo hacia arriba y hacia abajo.
- Con el palo en la nuca girando el tronco a la derecha y a la izquierda.

FUERZA

Mancuernas

- En brazos llevando fuerza al hombro cruzando la mano al hombro contrario.
- Teniendo las mancuernas en cada mano y manteniendo los brazos extendidos, por diez tiempos.
- Levantando los brazos a los lados por diez repeticiones.
- Brazo arriba flexionando y llevando la pesa a la nuca por 10 repeticiones.
- Moviendo muñecas arriba, abajo.

- **Moviendo muñecas en forma circular.**
- **Llevando las pesas al pecho y al frente.**
- **Llevando las pesas al pecho y abajo.**
- **Resistencia de piernas arriba y abajo, flexionando, durante 5 o 10 tiempos.**
- **De pie y con las manos a los lados, levantar talones, por 10 repeticiones.**

Cardiovascular

- **Bicicleta fija (10 minutos)**
- **Caminadora mecánica y eléctrica (10 minutos).**
- **Remadora (10 minutos).**