



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
UNIDAD DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**LAS INTERVENCIONES DE LA ENFERMERA
ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA EN LA ATENCIÓN DE
LAS PERSONAS CON DEMENCIA TIPO ALZHEIMER EN EL
INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y
NEUROCIRUGÍA MANUEL VELASCO SÚAREZ EN EL DF**

**T E S I S A
PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
ENFERMERÍA NEUROLÓGICA**

**P R E S E N T A
BLANCA ESTELA REYES CHÁVEZ**

**CON LA ASESORIA DE LA
DRA. CARMEN L. BALSEIRO ALMERO**



MÉXICO D. F.

JUNIO DEL 2008



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
UNIDAD DE ESTUDIOS DE POSGRADO

LAS INTERVENCIONES DE LA ENFERMERA ESPECIALISTA EN
NEUROLOGÍA EN LA ATENCIÓN DE LAS PERSONAS CON
DEMENCIA TIPO ALZHEIMER EN EL INSTITUTO NACIONAL DE
NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA MANUEL VELASCO SÚAREZ EN
EL DF

T E S I S A
PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA
NEUROLÓGICA

P R E S E N T A

BLANCA ESTELA REYES CHÁVEZ

CON LA ASESORIA DE LA
DRA. CARMEN L. BALSEIRO ALMERO

MÉXICO D. F.

JUNIO DEL 2008

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Lasty Balseiro por la asesoría de metodología y corrección de estilo brindado que hizo posible la feliz culminación de esta tesina.

A la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia por el alto grado de enseñanza recibida durante la especialización en Enfermería neurológica a través de sus excelentes maestros.

A todo el personal de enfermería del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía MVS por sus facilidades otorgadas en la recolección de la información actualizada.

DEDICATORIAS

A mis padres Lucia Chávez Rodríguez y Nicolás Reyes Jiménez por todo el apoyo y la confianza que me han otorgado a lo largo de mi vida, y que han sido la bases para mí superación personal y profesional, lo cual me permitió alcanzar la meta como enfermera especialista.

A mis hermanos, Oscar y Susana y mis amigos Carmen y Fer, quienes me apoyaron durante toda mi especialidad, principalmente en los momentos más difíciles, gracias por creer en mí.

A mis compañeras de especialidad, Lilia, Beatriz, Reina y Araceli, que estuvieron conmigo apoyándome lo necesario hasta concluir esta meta.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	1
1. <u>FUNDAMENTACIÓN DE LA TESIS</u>	3
DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMA....	3
IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.....	6
JUSTIFICACIÓN DE LA TESIS.....	6
UBICACIÓN DEL TEMA.....	6
OBJETIVOS.....	7
General.....	7
Específicos.....	7
2. <u>MARCO TEÓRICO</u>	8
INTERVENCIÓN DE LA ENFERMERA ESPECIALISTA EN LA ATENCIÓN DE LA PERSONA CON DEMENCIA TIPO EA.....	8
2.1.1 Concepto de demencia.....	9
2.1.2 Tipos de demencia.....	10
– Deterioro Cognoscitivo Leve.....	10
– Demencia Vascular.....	11
– Demencia tipo Alzheimer.....	12
2.1.3 Criterios diagnósticos para la demencia.....	13
2.1.4 Epidemiología y factores de riesgo.....	15
2.1.5 Diagnostico de la enfermedad de	

Alzheimer.....	17
– Historia clínica.....	18
– Exploración neurológica.....	18
– Exploración neuropsicológica.....	19
• Examen Breve del estado Mental...20	
• Test de 7 minutos.....	21
– Valoración funcional.....	21
• Escala de Demencia de Blessed...22	
– Pruebas de laboratorio.....	23
– Neurofisiología y Neuroimagen.....	23
– Los diez signos de la Enfermedad de Alzheimer	25
2.1.6 Principales alteraciones en la persona con EA...29	
– Alteraciones en la nutrición e Hidratación.....	27
– Alteraciones en la eliminación.....	29
– Alteraciones en la movilidad y riesgo de caídas.....	31
– Comunicación con la persona con EA...35	
– Prevención de peligros	37
– Cambios en la conducta	38
– Rehabilitación En La Persona Con EA .39	
– Aspectos Éticos y humanos	42

2.1.7 Asesoría de la enfermera especialista hacia el cuidador de la persona con demencia.....	44
– El cuidador primario.....	44
– Repercusiones a la familia.....	47
3. <u>METODOLOGÍA</u>	48
3.1 VARIABLES E INDICADORES.....	48
3.1.1 Dependiente.....	48
– Indicadores de la variable	
3.1.2 Definición Operacional.....	48
3.1.3 Modelos de Relación de Influencia de la variable.....	51
3.2 TIPO Y DISEÑO DE LA TESINA	
3.2.1 Tipo de tesina.....	52
3.2.2 Diseño de la tesina.....	52
3.3 TECNICAS DE INVESTIGACIÓN UTILIZADOS.....	53
3.3.1 Fichas de trabajo.....	53
3.3.2 Observación.....	53
4. <u>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</u>	54
4.1 Conclusiones.....	54
4.2 Recomendaciones.....	61
5. <u>ANEXOS Y APENDICES</u>	80
6. <u>GLOSARIO DE TERMINOS</u>	103
7. <u>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</u>	115

INTRODUCCIÓN

La presente investigación documental tiene por objetivo analizar las intervenciones de la enfermera especializada en la atención a la persona con demencia tipo Alzheimer en el instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez (INNN MVS), en el DF.

Para realizar tal análisis, se ha planeado desarrollar en el primer capítulo la fundamentación del tema de investigación, que tiene diversos apartados de importancia entre los que se encuentran; descripción de la situación problema, identificación del problema, justificación del tema, ubicación del tema, ubicación del mismo y objetivos.

En el segundo capítulo se da a conocer el marco teórico de la variable, intervenciones de enfermería neurológica, en donde se ubican todos los fundamentos teóricos, metodológicos de la enfermería especializada y que apoyan al problema y a los objetivos de la tesis. Es decir, el marco teórico y referencial, las fuentes primarias y secundarias del problema y los objetivos

En el tercer capítulo se ubica la metodología que incluye la variable de enfermería neurológica y el modelo de relación de influencia de la

misma. También se incluye en este capítulo las técnicas de investigación utilizadas entre la que están; fichas de trabajo y observación.

Finaliza la investigación documental con las conclusiones y recomendaciones, anexos y apéndices, glosario de términos y las referencias bibliográficas que se encuentran en los capítulos cuarto, quinto, sexto y séptimo respectivamente.

Es de esperarse que al terminar esta tesis se pueda tener un panorama más general de lo que significa la enfermería neurológica en la atención de las personas con demencia tipo Alzheimer y con ello, resolver parte de la problemática estudiada.

1 FUNDAMENTACIÓN DE LA TESINA

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMA

El Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía MVS (INNN), es una de las instituciones de tercer nivel que se dedica a la atención de las personas con daño neurológico, así mismo a la investigación, la enseñanza, el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades que afectan al sistema nervioso.

El INNN fue fundado en febrero de 1964, gracias a la tenacidad del Dr. Manuel Velasco Suárez, al identificar la necesidad de crear un centro específico en el cual se pudieran atender a las personas con alteraciones en el sistema nervioso. Gracias a la convicción de médicos, enfermeras, investigadores y todos los profesionales de salud involucrados durante cuatro décadas, hoy en día el instituto es el principal centro de referencia de estas personas a nivel nacional.

Actualmente cuenta con 52 departamentos que cubren las especialidades afines, las principales son neurología neurocirugía y psiquiatría las cuales tienen la misión de proporcionar atención de excelencia, ya sea hospitalaria o ambulatoria.

En cuanto a la formación de recursos humanos el instituto cuenta con 8 programas de maestría y doctorado avalados por la UNAM, 8 especialidades y 13 subespecialidades.

El área de enfermería cuenta con un posgrado en enfermería neurológica, y pos técnico en neurología y neuroquirúrgica, así mismo el de psiquiatría. Dentro de este contexto, en el instituto se sigue fomentando la razón principal de la enfermería, el cuidado especializado en el área de la neurociencias, sin embargo sigue incursionando en la docencia y la investigación.

Una de las alteraciones que afectan a la persona y en la cual la enfermera especialista juega un papel muy importante en su atención, es la demencia, específicamente la Enfermedad de Alzheimer (EA), esta afecta la corteza cerebral en forma difusa y es una enfermedad neurodegenerativa, idiopática, que da como resultado alteraciones de la memoria, pensamiento y conducta.

La incidencia en esta enfermedad aumenta de forma progresiva después de los 60 años. La Organización mundial de la salud (OMS) estima que a nivel mundial existen entre 17 y 25 millones de personas con demencia tipo Alzheimer, lo que representa el 70% del conjunto de las enfermedades que se producen en la población geriátrica, por lo tanto, se sitúa como una de la patologías más prevalentes del grupo conocido como neurodegenerativas.

En México la relación de demanda de salud con respecto a la atención neurológica y geriátrica, va en aumento debido al incremento de esperanza de vida en nuestra población, sin dejar a un lado el impacto socioeconómico que representa y que afecta el entorno familiar y social, al convertir a la familia en cuidadores en el hogar, lo cual, representa serias dificultades al ver el deterioro progresivo de la persona, los olvidos frecuentes, el alejamiento y la incapacidad para el autocuidado. Y su cuidador por lo tanto se convierte en víctima, por lo que es importante ofrecer soluciones a los problemas más comunes.

Dentro de este contexto, los especialistas en enfermería neurológica deben situarse en torno al tema de la demencia tipo EA, ya que en la actualidad el principal tratamiento de la misma son los cuidados. Las personas con EA sufren cambios en todas sus esferas, lo que conlleva a una disminución funcional generalizada y la incapacidad para el autocuidado. Por lo tanto, es necesario, realizar valoraciones e intervenciones especializadas con el fin de restaurar o conservar funciones de autocuidado en la persona, la enfermera interviene ofreciendo cuidados específicos en función de la fase evolutiva del proceso demencial.

Así mismo es responsabilidad del profesional de enfermería especialista en neurología preparar a las familias, para que estas sean capaces de llevar a cabo cuidados en el hogar, ya que la participación activa de estos es decisiva y fundamental durante la evolución de la

enfermedad, debido a que, durante los procesos de adaptación ellos serán lo que pasen la mayor parte del tiempo con la persona y serán el punto de apoyo en el momento de paliar los efectos de las pérdidas de las funciones lo que va a determinar la calidad de vida de las personas.

1.2 IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

La pregunta fundamental eje de esta tesina es la siguiente ¿Cuál es la intervención de la enfermera especialista en neurología en la atención de la personas con demencia tipo EA?

1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA TESINA

La presente tesina se justifica por varias razones;

En primer lugar se justifica porque hay pocas investigaciones relacionadas con la especialización en enfermería neurológica que tengan que ver con los aportes necesarios para la persona con demencia tipo EA.

En segundo lugar esta tesina se justifica porque se pretende diagnosticar desde el punto de vista teórico y empírico el cuidado especializado que requiere la persona con demencia tipo EA. Por esta razón en esta tesina se proponen a partir de este diagnóstico diversas medidas de atención especializadas que garantice que a una persona con demencia se le otorgue una mejor atención.

1.4 UBICACIÓN DEL TEMA DE ESTUDIO

El tema de la presente tesina se ubica en las disciplinas de Neurología, y Enfermería.

Se ubica en la Neurología porque esta disciplina es la que se encarga de prevenir las enfermedades del SN, promover la salud y prolongar la vida mediante un esfuerzo organizado de una comunidad que debe proporcionar asistencia y donde la enfermera especialista en neurología procura un diagnóstico precoz, a tratamiento adecuado de la enfermedad y establecer los mecanismos educativos necesarios para prevenir posibles complicaciones.

Se ubica en enfermería porque esta profesión es la que se encarga de impartir educación a la población de la mejor forma. Así la enfermera especializada en neurología organiza programas que informan, educan, promueven la salud y en donde la enfermera especialista es quien coordina estas actividades para mantener el bienestar de la persona y la comunidad.

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 General

Analizar las intervenciones de enfermería neurológica en la atención de la persona con demencia tipo Alzheimer en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía MVS, en el D. F.

1.5.2 Específicos

Identificar las principales funciones y actividades de la enfermera especialista en neurología que permitan guiar las acciones de todas las enfermeras de esta especialidad para lograr la calidad de la atención de las personas con daño neurológico.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 INTERVENCIÓN DE LA ENFERMERA ESPECIALISTA EN LA ATENCIÓN DE LA PERSONA CON DEMENCIA TIPO EA

El aumento de la expectativa de vida en la población mexicana en las últimas décadas ha producido cambios en los patrones epidemiológicos en personas mayores de 60 años; tales como las alteraciones que van a condicionar un deterioro intelectual, se ha observado una mayor prevalencia de los procesos demenciales en la población latinoamericana, representando de 5 a 7% con una tendencia progresiva con el aumento de la edad, el resultado, una prevalencia de 20% para los 80 años.

La Organización Panamericana de la salud en América Latina reporto una tasa de prevalencia para el deterioro intelectual 5.9 a 9% en mayores de 60 años, y gran parte de estas personas tienen demencia, de las cuales la Enfermedad de Alzheimer (EA) tiene mayor frecuencia.

Al referirnos al deterioro intelectual podemos decir que es una declinación del funcionamiento cerebral, particularmente de la capacidad de procesar (pensamiento abstracto), y recordar (memoria)¹.

A pesar de que la edad es el factor de riesgo determinante para el desarrollo de la demencia, se ha observado una baja incidencia en personas menores a los 60 años, (debido a las múltiples causas que pueden ocasionar un cuadro demencial). Por lo tanto se debe poner mayor énfasis a determinar los factores que están condicionando el deterioro intelectual en las personas.

2.1.1 Concepto de demencia

Las demencias son síndromes caracterizados por el deterioro de las funciones mentales, en particular de la memoria y en la cual la conciencia permanece clara².

Se establecen dos rasgos fundamentales para el diagnóstico de demencia:

- Deterioro cognitivo múltiple que incluye la memoria y otra función cognitiva, afasia, apraxia o agnosia.

¹ Luis Miguel Gutiérrez. Síndrome de deterioro intelectual y procesos demenciales. Editada por la Fundación Mexicana para la Salud, México. 1996. p. 11

²Ibid p. 13

- Deterioro del funcionamiento social y ocupacional que suponga un declive a partir del nivel previo³.

La demencia es producida por múltiples causas orgánicas, que afecta a la persona con un marcado deterioro funcional, es irreversible y tiene como consecuencia limitaciones progresivas para el autocuidado y desenvolvimiento tanto individual, como familiar y social.⁴

Los principales síntomas de demencia incluyen pérdida de la memoria reciente, disminución de las funciones lingüísticas, incapacidad para el pensamiento abstracto, inhabilidad para el cuidado personal, trastornos en la personalidad, inestabilidad emocional y pérdida el sentido del tiempo y el espacio⁵.

El impacto social y económico que tiene esta enfermedad, es muy alto para nuestra población debido al descenso para el autocuidado. Si le aunamos que la formación de profesionales involucrados en esta patología es baja, la calidad de vida de estas personas disminuye, es

³ Aliño Lopez-Ibar. DSM IV Manual de diagnóstico y estadístico de los procesos mentales. Elsevier Masson, Madrid, 2002. p.155

⁴ Carmen Rodríguez. Cuidados enfermeros en la atención a las demencias. En Internet: <http://www.imsermayores.csic.es/documentos/seegg-cuidados.pdf>. Madrid, 2003, p. 25

⁵ Juan Ramón Cascabelos. Enfermedad de Alzheimer, Etiopatogenia Neurobiología y Genética molecular, Diagnóstico y Terapéutica. J.R. Prous Editores, Madrid, 1991. p. 2

por ello que se la enfermera especialista en neurología debe participar en pruebas de tamizaje para la identificación precoz de personas que cursen con un deterioro cognitivo.

2.1.2 Tipos de demencia

- Deterioro Cognoscitivo Leve

El deterioro cognoscitivo leve (DCL) es un término que se ha utilizado para describir a personas adultas mayores sanas pero con disminución de la memoria, que aún así, no reúnen criterios para diagnosticar demencia y quizá no la presenten, ya que al envejecer el proceso de memoria semántica, (aquella que nos permite comprender y expresar el lenguaje), se altera poco o nada, así como la fluidez verbal y la memoria episódica o autobiográfica; conforme las personas envejecen se preocupan más por los olvidos no obstante mantienen la capacidad para recordar detalles asociados; en la demencia se pierde el contexto así como el objeto, aparecen trastornos del lenguaje como la anomía lo que nos dice que hay una relación entre déficit cognoscitivo leve (DCL) y envejecimiento. Morales-Virgen menciona que la presencia de un DCL, aumenta significativamente el riesgo de padecer EA, y puede constituir una etapa temprana de la propia enfermedad.⁶

⁶ Juan José Morales-Virgen, y Luis Miguel Gutiérrez-Robledo. Epidemiología de las Demencias en: Archivos de Neurociencias Suplemento I, Vol 11, México, 2006, p. 3

Por lo tanto la difusión de las características del deterioro cognoscitivo, a la población nos va a permitir realizar valoraciones en el primer nivel a los adultos mayores con el fin de identificar a aquellas personas que presentan la sintomatología y al mismo tiempo hacer el diagnóstico diferencial a aquellas que sufren de depresión y canalizarlas a la atención de médicos especialistas para recibir un tratamiento adecuado.

- Demencia Vascular

Es el deterioro cognoscitivo resultado de la isquemia cerebral, lo que ocasiona una declinación de la memoria, más dos áreas cognoscitivas que pueden ser orientación, atención, lenguaje, o función ejecutiva. Así mismo confirmado por examen clínico y evaluación neuropsicológica. Las imágenes de Resonancia Magnética y Tomografía, deben evidenciar infartos múltiples o infarto único estratégicamente localizado en tálamo, por lo tanto para que se establezca una relación entre demencia y enfermedad vascular cerebral debe existir un lapso de meses entre el infarto y la sintomatología de demencia y por ende un déficit que va a ser de progresión escalonada o fluctuante⁷.

- Demencia tipo Alzheimer

⁷ Federico Michelli. Neurología. Ed. Panamericana, Argentina, 2000. p. 156

La EA lleva el nombre del Dr. Alois Alzheimer, quien en 1906 describió cambios en el tejido del cerebro de una mujer que había muerto, de lo que se creía, una enfermedad mental inusual.

La demencia tipo Alzheimer que comprende el 50% de los casos es una enfermedad crónica y degenerativa que altera considerablemente la calidad de vida de la persona que la padece y su familia, afectando el normal desenvolvimiento del paciente en la sociedad o en la familia por lo que tiene un elevado costo económico y un alto impacto social.

El inicio de la enfermedad se presenta con alteraciones en la memoria a corto plazo, desorientación en tiempo y espacio y alteraciones en la concentración. Conforme existe un aumento progresivo de la sintomatología se ven comprometidos los aspectos de memoria episódica verbal y visual, aparecen apraxias y agnosias, se vuelven más evidentes los trastornos de lenguaje, pérdida de la espontaneidad expresiva, anomias, el pensamiento abstracto, el juicio y el cálculo matemático se encuentran comprometidos, así mismo se presentan trastornos en la marcha, convulsiones y/o mioclonias. En el estadio más severo hay compromiso de la memoria procedural con la imposibilidad de realizar actividades de la vida diaria y por ende dependencia.⁸

2.1.3 Criterios diagnósticos para la demencia

⁸ Ibid p. 159

El diagnóstico diferencial de demencias, es partir de tres puntos el estudio clínico, el diagnóstico sindromático y por último el diagnóstico etiológico. (Ver anexo No. 1.)

Para que el síndrome sea considerado una demencia debe cumplir con criterios específicos entre los cuales se encuentran: a) alteraciones de la memoria a largo y corto plazo; b) afasias, agnosias o apraxias, c) cambios en la personalidad y/o el estado emocional d) déficit que interfiera con su vida social y/o laboral, e) no se debe asociar a un evento agudo (ej. delirium, psicosis), por último, f) se debe descartar depresión.⁹

Una vez que se ha establecido el diagnóstico de demencia se debe realizar el diagnóstico de demencia tipo Alzheimer. Los criterios descritos por el grupo de trabajo del Instituto Nacional de Enfermedades Neurológicas transmisibles e Ictus y la asociación de la Enfermedad de Alzheimer y trastornos afines conocidos como criterios NINDCS/ADRDA. (Ver Anexo No. 2)

La presencia de síntomas de tipo cortical (EA), disminución de la motivación, irritabilidad, desinhibición o de evidencia de atrofia cerebral progresiva en las pruebas de neuroimagen y patología apoyan el diagnóstico clínico de la EA, pero no son elementos esenciales. Para un diagnóstico definitivo se supone siempre la presencia del

⁹ L. M Gutiérrez Robledo. y cols. Diagnóstico de las demencias. en: Archivos de Neurociencias, Suplemento I, Vol 11, México, 2006. p. 14

síndrome demencial y la confirmación anatomopatológica de la enfermedad mediante biopsia o autopsia. Por lo tanto el diagnóstico es solo de presunción.¹⁰ (Ver Anexo No.3 y 4)

2.1.4 Epidemiología y factores de riesgo

Los datos de prevalencia de la enfermedad en América Latina son limitadas, en la información disponible al realizarse estudios multinacionales con participación de Argentina, Chile y Cuba, se encontró una prevalencia de deterioro cognoscitivo de 4.5, 9.4 y 7.2% respectivamente para cada país.

La incidencia de demencia en personas mayores de 85 años es elevada aproximadamente 40% y la mitad de los casos corresponden a deterioro de origen vascular.

Hasta el día de hoy los datos estadísticos de la EA en México se han realizado a través de métodos indirectos y en los cuales se ha estimado que podría estar alrededor del 5% entre los mayores de 60 años. Las diferencias en las prevalencias pueden ser debidas a factores ambientales y étnicos. La EA representa el 60% de los casos

¹⁰ Luis Fernando Agüera Ortiz, y cols. 100 Preguntas más frecuentes de la Enfermedad de Alzheimer. Editores Médicos, Madrid , 2000. p. 24

de demencia identificados y por ende una prevalencia del 4% en promedio. La incidencia de EA para el género de acuerdo a datos suecos, para los hombre de 25.5% y para el sexo femenino de 31.9%. Así mismo hay estudios anatomopatológicos acerca de la prevalencia de placas seniles y marañas neurofibrilares en el cerebro, en relación con la edad a la muerte; el hallazgo en general, es que estos cambios aumentan progresivamente con la edad.¹¹

Ya que la mayor parte de los sujetos afectados por un deterioro intelectual sufren de demencia, se debe lograr una adecuada atención a la persona con esta enfermedad integrando un equipo multidisciplinario, y en particular en el cuidado de los ancianos por parte de los profesionales de enfermería.

La EA con el tiempo afecta la calidad de vida la persona produciendo cambios distintos dependiendo de la etapa en la que se encuentre, para poder realiza intervenciones de enfermería específicos solo es necesario que la persona presenté la sintomatología de demencia. Si tomamos en cuenta la realidad del envejecimiento, es un proceso complejo, debido a que nos encontramos en un proceso de globalización en la cual la situación socioeconómica se encuentra incierta, así mismo el grado de educación, el aumento de la esperanza de vida, los avances tecnológicos y la distribución de la riqueza han

¹¹ Juan José Morales-Virgen y Luis Miguel Gutiérrez-Robledo. Opcit. p.12

provocado que se modifiquen las condiciones de vida en nuestra población, estos procesos que parecieran tener un perfil sociológico, se están convirtiendo factores de riesgo para el comportamiento de las demencias.

Como factores de riesgo se han considerado¹²; a) La edad avanzada, su prevalencia se duplica cada 5 años entre los 65 y 85 años; b) Antecedentes de síndrome de Down, los portadores de trisomía 21 tienen mayor riesgo de sufrir EA debido a la sobre exposición del gen que codifica para el precursor de la proteína B amiloide; c) Historia familiar conocida de demencia; d) Género, se ha reportado una mayor incidencia en el género femenino el cual se asocia a la deficiencia estrogénica posmenopáusica, así mismo a una mayor longevidad. e) El traumatismo craneal repetido muestran una asociación significativa principalmente si se asocia con pérdida de la conciencia.

Dentro de los factores considerados como probables Morales-Virgen menciona que la educación es el indicador más comúnmente identificado en personas que presentan incapacidad cognitiva severa entre otros se encuentran: grupo étnico de pertenencia, la historia de depresión, estados carenciales específicos y presencia excesiva de aluminio en el agua para beber. Así mismo se han reportado como posibles factores protectores a la Apolipoproteína E en los alelos 2 y 3,

¹² Juan José Morales-Virgen y Luis Miguel Gutiérrez-Robledo. Opcit. p.12

un elevado nivel educativo, uso de estrógenos, uso de anti-inflamatorios y quizás aspirina.¹³

2.1.5 Diagnostico de la enfermedad de Alzheimer

Cuando los profesionales se encuentren ante la presencia de una persona con dificultades reiterativas para retener información nueva, manejar actividades de la vida diaria, resolver problemas, dificultad para orientarse en tiempo y espacio, agnosias o afasias entre otros problemas debe confirmar los indicios de una probable demencia. Debido a una afectación global, existen déficits cognitivos múltiples que indican afectación difusa del cerebro. Se debe realizar una exploración neuropsicología, antes de establecer el diagnóstico de demencia hay que descartar que no se trate de un delirium o cuadro confusional agudo con multitud de causas potenciales, o de un síndrome depresivo.

– Historia Clínica

El proceso clínico de diagnóstico se inicia con la queja del paciente o de sus familiares, más frecuentemente de éstos últimos, dada la frecuente minimización de los síntomas por parte del paciente que suele ser característica de la demencia. La queja sintomática puede ser de tipo cognitivo o comportamental.

¹³ Juan José Morales-Virgen, Luis Miguel Gutiérrez-Robledo. Opcit. p.14

Debe realizarse una entrevista con el paciente a solas y otra con la familia o cuidador que conozca bien a la persona, la información deberá incluir; a) antecedentes (factores de riesgo, antecedentes médicos, psiquiátricos, historia familiar de demencia y consumo de fármacos y Tóxicos, especialmente alcohol); b) síntomas cognitivos (fundamentalmente memoria, lenguaje, gnosias, praxias y función frontal); c) trastornos de conducta y de personalidad (estado de ánimo, ansiedad, insomnio, delirios o alucinaciones); d) síntomas y signos neurológicos (signos de focalidad, parkinsonismo, alteración de la marcha y caídas); e) repercusión funcional (es de extrema importancia detectar cómo influye la demencia en la actividad diaria de la persona)¹⁴.

–Exploración Neurológica

Al evaluar a la persona con EA se debe realizar una exploración completa, con énfasis en la exploración neurológica, porque parte del diagnóstico diferencial recaerá en los datos obtenidos en ésta. El examen debe orientarse a la búsqueda de signos anómalos asociados a la demencia y la identificación de entidades específicas; siempre teniendo en mente que el descartar o confirmar la presencia de deterioro auditivo, visual, afasias, apraxias o agnosias, (monosintomáticas), incompatibilidad de lenguaje y retraso mental ó

¹⁴ Rexach Serra Baztán Brañas. Orientación y tratamiento del anciano con demencia en: Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud. En Internet: <http://www.msc.es/farmacia/infmedic> Vol. 26, No. 3, 2002 p.13

combinaciones de lo anterior que pueden confundirnos, y sesgar la evaluación sobre todo en sujetos poco instruidos.

Es muy importante buscar de manera propositiva datos de focalización (defectos en campos visuales, hemiparesia, hemiplejía, hemianestesia, etc.), alteraciones en los movimientos oculares, datos de extrapiramidalismo (rigidez, acinesia, temblor, movimientos anormales, etc.) alteraciones cerebelosas, reflejos patológicos prefrontales y alteraciones de la marcha. La exploración neurológica nos puede llevar a la identificación de otros trastornos neurológicos asociados a deterioro cognoscitivo.¹⁵ (Ver apéndice No.1)

– Exploración neuropsicológica

Es uno de los actos fundamentales del proceso diagnóstico de la demencia tipo EA y ha de realizarse siempre, puesto que es la manera de objetivar los déficits de las funciones superiores que caracterizan a la enfermedad. (Ver apéndice No. 2)

- Examen breve del estado mental (MMSE)

El Examen Breve del Estado Mental (MMSE) nos permite determinar un deterioro cognitivo y es utilizado como tamizaje en grandes poblaciones, este instrumento se aplica en 10 minutos.

¹⁵ Rexach Serra Baztán Brañas. Opcit. p. 66

Es la prueba breve más utilizada en la práctica clínica y en los estudios de investigación. Es un test sencillo y requiere poco tiempo para su realización, no obstante tiene algunas limitaciones ya que está muy cargado de aspectos del lenguaje y su rendimiento es muy variable en función del nivel cultural, de los estudios y de la edad. La prueba se compone de cinco apartados: orientación, memoria de fijación, concentración y cálculo, memoria diferida y lenguaje y construcción. El MMSE tiene una puntuación máxima de 30 puntos. Por debajo de 24 su sensibilidad y especificidad en la detección de un posible deterioro cognitivo está alrededor de un 80%, siendo mayor por debajo de 20 puntos.

Para poder efectuar el MMSE es necesario que el paciente se encuentre vigil y lúcido. El MMSE tiene baja sensibilidad para el diagnóstico de deterioro cognitivo leve, la demencia frontal-subcortical y el déficit focal cognitivo.¹⁶ (Ver anexo No.5)

- Test de 7 minutos

El instrumentó de 7 minutos el cual tiene pocos estudios de validación en la población hispana, consta de 4 partes. En la primera se evalúa la orientación temporal del paciente, posteriormente se realiza un test de memoria a través del recuerdo y del aprendizaje de una serie de elementos gráficos. En su tercera fase se observa la fluidez del

¹⁶Luis Miguel Gutiérrez. Opcit. p 67

lenguaje y finalmente se realiza un test de dibujo. “Se le pide al paciente que realice un dibujo complejo. A pesar de que esta última prueba aparenta ser muy sencilla, ofrece mucha información, ya que sabemos que los enfermos de Alzheimer tienen especial dificultad para llevar a cabo esta tarea que requiere planificación, cierto control motor y mecanismos de abstracción”, aunque no es tan rápido como su nombre indica, el test de los 7 minutos (T7M) constituye un medio de detección de demencia con alta sensibilidad y especificidad.¹⁷ (Ver apéndice No. 3)

– Valoración Funcional

La sintomatología de la demencia tipo EA ya descrita tiene como consecuencia la progresiva incapacitación de la persona para realizar las actividades de la vida diaria que acostumbraba a hacer antes del inicio de la enfermedad, así como la limitación progresiva para desarrollar actividades alternativas o emprender otras nuevas.

Por ejemplo, en las fases tempranas de la enfermedad la persona puede perderse porque no recuerda el camino de vuelta a casa lo que implica una mayor vigilancia por parte de los cuidadores. La incapacidad para hacer solo los recados que solía hacer o

¹⁷ T. Del Ser Quijano y Cols. Versión Española Del Test De Los 7 Minutos. Datos Informativos De Una Muestra Poblacional De Ancianos De Más De 70 Años. En: Rev. de Neurología, Vol. 19, No. 7, Madrid. p. 346

sencillamente para salir a pasear solo, le ocasionara frustración. Conforme avanza la enfermedad la repercusión es más notoria porque afecta a las áreas básicas: torpeza para vestirse, incapacidad para comportarse correctamente en la vida social, pobreza en el lenguaje, etc.

La valoración de la capacidad funcional generada por la demencia es un punto fundamental en el proceso diagnóstico y de planificación de cuidados ya que es el exponente de las consecuencias tangibles de la enfermedad, se pueden utilizar diferentes escalas como son el Índice de Barthel, Índice de Katz la escala de Lawton y Brady o la escala de Blessed¹⁸.

- La Escala de Demencia de Blessed

La Escala de Demencia de Blessed y col. publicada en 1968 es utilizada para cuantificar la capacidad de las personas con demencia para llevar a cabo las actividades de la vida diaria, se validó llevando a cabo comparaciones entre las puntuaciones obtenidas en este test y el número de placas seniles observadas en las autopsias de las mismas personas, obteniéndose correlaciones altamente significativas. Las funciones evaluadas son: cambios en la ejecución de las actividades de la vida diaria, en los hábitos, en la personalidad y en la conducta.

¹⁸ Rexach Serra Baztán Brañas. Opcit. p. 68

Las puntuaciones superiores a 4 indican la presencia de deterioro cognitivo.¹⁹ (Ver anexo No. 6)

– Pruebas de Laboratorio

Determinaciones habituales, Biometría Hemática, Química Sanguínea iones, glucemia, colesterol, urea, creatinina, enzimas hepáticas, hormonas tiroideas, vitamina B12, ácido fólico y serología luética. (Ver apéndice No. 4)

– Neurofisiología y neuroimagen

El Electroencefalograma (EEG) simple, el análisis espectral de los potenciales, evocados tienen poco poder discriminativo en el diagnóstico positivo de demencia, aunque pueden ayudar en el diagnóstico diferencial.

La Tomografía Axial Computarizada TAC o la Imagen de Resonancia Magnética (IRM) solo se deben realizar a petición de los médicos especialistas. En la EA se observa una marcada atrofia cortical de predominio temporoparietal con dilatación ventricular y preservación parcial de estructuras subcorticales²⁰. (Ver anexo No.7)

¹⁹ Gregorio Gómez Jarabo, y Cols. Evaluación de la capacidad funcional. En Internet: http://www.biopsicologia.net/fichas/page_6017.html. Madrid, 2003. p. 5

²⁰ Rexach Serra Baztán Brañas. Opcit. p 69

Una vez que se ha elaborado el diagnóstico se debe valorar, mediante instrumentos enfermeros adecuados, las respuestas humanas que se están produciendo con la demencia, determinando la influencia que dicha enfermedad y las respuestas provocadas y como están ejerciendo sobre el autocuidado de la persona; es decir aplicar el proceso de atención de enfermería que se describe como “Un método sistemático para brindar cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados esperados”, con el objeto de prevenir alteraciones de salud y detectar precozmente posibles complicaciones tanto en la persona afectada como en el cuidador o la familia. Ya que y que fomenta la destreza, la comprensión, el respeto y el ingenio para la realización de una valoración neurológica y valoración en la necesidades alteradas lo que permite al profesional de enfermería, tener una apreciación de las funciones complejas del sistema nervioso, y como estas funciones se encuentran alteradas manifestándose como respuestas humanas todo esto para desarrollar actividades asistenciales y de evaluación.²¹

– Los diez signos de la Enfermedad de Alzheimer

La ABRAZ "Asociación Brasileña de Alzheimer" elaboró una lista de los síntomas más comunes para ayudar a identificar las

²¹ H. Hernández, B. Gallardo. Plan de cuidados de enfermería al paciente con hemorragia subaracnoidea. En Internet: <http://200.107.59.52:8080/bibliotecavirtual/ENFERMERIA/PDF/695ENFER2007.pdf> . Madrid, 2007. p. 3

señales alerta de las demencias, principalmente la de Alzheimer²².

1. Pérdida de memoria que afecta a la capacidad laboral. Es normal en ciertas ocasiones olvidar compromisos, nombres de colegas o un número de teléfono familiar y recordar después. Las personas con demencia o EA olvidan con mayor frecuencia como se realizan tareas sencillas.
2. Dificultad para llevar a cabo tareas familiares. Las personas muy ocupadas pueden dejar el arroz en la cocina, y sólo recordar de servirlo al final de la comida. Las personas con Alzheimer pueden preparar una comida, mas no solamente olvidan de servirla, sino también que la prepararon.
3. Problemas con el lenguaje. Todo el mundo tiene dificultad en encontrar la palabra correcta algunas veces. Sin embargo el anciano con Alzheimer puede olvidar palabras muy comunes o sustituirlas por palabras inapropiadas, haciendo que su frase sea incomprensible.
4. Desorientación en tiempo y lugar. Es normal olvidar cuál es el día de la semana en que estamos o nuestro destino, por un momento. Los ancianos con demencia se pueden perder en la calle donde viven, no sabiendo dónde están, cómo fueron a parar allí y cómo hacer para volver para su casa.

²² Eduardo Maber, Mar De Plata. Conviviendo con el Alzheimer manual del cuidador. Madrid, 2000. p.61

5. Juicio pobre o disminuido. Una persona puede estar tan entretenida en su actividad, que por algunos instantes puede olvidarse de un niño que está cuidando. Las personas con Alzheimer pueden olvidar totalmente el niño que estaban mirando. Ellos también se pueden vestir indebidamente, con colores aberrantes, con varias camisas o pantalones.
6. Problemas con el pensamiento abstracto. Hacer la revisión de un extracto bancario puede ser una tarea de las más complicadas para el anciano con demencia, pues pueden olvidar totalmente lo que los números representan y lo que debe ser hecho con ellos.²³
7. Cosas colocadas en lugares erróneos. Cualquiera puede perder la cartera o las llaves, por haberlos colocado en un lugar equivocado. El anciano con Alzheimer puede colocar los objetos en lugares totalmente inadecuados, tales como la plancha eléctrica en el refrigerador o las llaves en la azucarera.
8. Cambios en el humor o en el comportamiento. Todo el mundo puede estar triste o malhumorado, de vez en cuando. Con el anciano demente, se puede pasar rápidamente de una situación de calma a las lágrimas o la rabia, sin ninguna razón aparente.
9. Cambios en la personalidad. Hay cambios eventuales de personalidad cuando la persona envejece. Sin embargo, el

²³ Eduardo Maber, Mar De Plata. Opcit. p.61

anciano con Alzheimer muda drásticamente su personalidad, volviéndose confuso, desconfiado, miedoso y con complejo de persecución.

10. Pérdida de iniciativa. Es normal estar cansado de atender la casa, del trabajo, o de las obligaciones sociales y religiosas, mas la mayoría de las personas, con el tiempo, retoman sus iniciativas. El anciano con Alzheimer se puede tornar una persona muy pasiva, sin iniciativa, necesitando de pistas o estímulos para entregarse de nuevo a alguna actividad que antes adoraba realizar.²⁴

–Principales Alteraciones en la persona con EA

- Alteraciones en nutrición e hidratación

Un gran sector de la población diagnosticada con demencia tiene trastornos y problemas alimenticios, estos se encuentran asociados a problemas de memoria primordialmente; lo que ocasiona una pérdida de la independencia para alimentarse.

Por una parte muestran dificultad para la utilización de los cubiertos, dificultad para masticar, difícil manipulación de los alimentos, lo que

²⁴ Eduardo Maber, Mar De Plata.Opcit. p.61

suele interferir en llevar el alimento a la boca. González Más²⁵ reporto una disminución en la producción de saliva en la glándula submandibular con complicaciones orales, alteraciones en las percepciones olfativa y gustativa lo que ocasiona una disminución en el sentido del gusto y del olfato, provocando a la larga, pérdida de peso y desnutrición. No obstante suele ocurrir lo contrario, las personas con demencia tipo EA en ocasiones presentan cierta sensación de no haber comido cuando ya lo han hecho. Por lo que tienden a comer en exceso a tal grado de ingerir cualquier alimento o sustancia dañina que se encuentre a su alcance, produciendo sobrepeso. Cullen,²⁶ en su estudio de desordenes alimenticios en la demencia reporto que los pacientes con EA tienen gran preferencia por los alimentos dulces lo cual repercute en el control de la diabetes; lo que para nuestra población es de gran importancia ya que tiene una alta incidencia de diabetes en adultos mayores, aunque no se ha establecido la relación directa de ambas enfermedades se sabe que el debut de EA son cuadros de delirium, secundarios a hipoglucemia.

La malnutrición y la pérdida de peso ocurren generalmente en los estadios últimos de la enfermedad de Alzheimer y se asocia a elevados riesgos de infección. Por ello se deben seleccionar adecuadamente los alimentos y su preparación dándole a la persona

²⁵ Rafael González Más, Enfermedad de Alzheimer, clínica, tratamiento y rehabilitación. Ed Masson, Barcelona, 2003, p. 224

²⁶ P. Cullen y cols. Desordenes alimenticios en la Demencia en: Geriatric psychiatry USA Vol. 12 , 5, 1997 p. 3

el tiempo suficiente para que realice sus comidas. La deshidratación también se puede presentar secundario a la negativa de ingerir agua por lo que es recomendable que se les sirva en pocas cantidades y si es posible el la comida en forma de papilla.

La experiencia al trabajar con personas con demencia una de las principales dificultades es que acepten los alimentos, por lo cual si se deben establecerse horarios específicos de comida y en conjunto con otras persona y esto motivara a la persona a aceptarlos, en cuanto al uso de sondas solo es recomendable cuando la persona no pueda participar en esta actividad por ejemplo; después de una hospitalización o cuando no se pueda movilizar, sin embargo se debe retirar en cuanto tengan la posibilidad de alimentarse nuevamente por boca. Por lo tanto al realizar la valoración de enfermería se determinara cual es la forma ideal de alimentación de acuerdo al tipo de problema al que nos enfrentemos.

- Alteraciones en la eliminación

Dentro de las principales alteraciones de eliminación en personas con demencia se encuentran la incontinencia urinaria y fecal. Estas constituyen problemas de salud pública prevalentes entre los adultos mayores. La incontinencia urinaria se define como la pérdida involuntaria de orina objetivamente demostrable y que ocurre en cantidad o frecuencia tal que puede convertirse en un problema social

e higiénico.²⁷ Tiene importantes efectos en la salud física, bienestar psicosocial y costos sanitarios, entre otros. Así mismo contribuye a la aparición de lesiones dérmicas e infecciones y conlleva a frustración, depresión, aislamiento social e institucionalización.

La incontinencia urinaria y los síntomas relativos a la disfunción del TUI son de alta prevalencia en la población anciana, variando en los diferentes estudios entre un 5 y un 15% de los ancianos que viven en la comunidad y alcanzando hasta el 50% en los pacientes institucionalizados.²⁸

Se ha observado que en las personas con demencia la pérdida de memoria les ocasiona confusión y desorientación, los cambios sufridos al cerebro interfieren en la habilidad de reconocer la necesidad de orinar, ausencia en el control del esfínter hasta llegar o encontrar el sanitario o encontrarlo, identificar cuando la vejiga está completamente vacía, o utilización de ropa inadecuada. Otros factores que intervienen, son la pérdida de movilidad física para realizar el aseo de forma autónoma, falta de personal de cuidado en los adultos mayores y demora en la entrega de los materiales absorbentes adecuados.

²⁷ D. Ames. Urinary Incontinence. Posgrad Med J. 71. España, 1995. p.5

²⁸ J, Pérez Del Molino, MT Valencia Isarch. Incontinencia Urinaria. En Guillén Llera F, Pérez del Molino J y Martín J. Ed. Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico. Masson SA. Barcelona, 1994, p. 191

Las personas con demencia, al igual que otros adultos, son susceptibles a otras causas de incontinencia, tales como infección en las vías urinarias, estreñimiento, vaginitis senil (irritación vaginal después de la menopausia), aumento de tamaño de la próstata o como efectos secundarios de ciertos medicamentos.

La constipación tiene un papel integral en la aparición de impactación e incontinencia fecal entre los adultos mayores. Su incidencia aumenta con la edad y es también se le atribuye a la inmovilidad, a la disminución de la capacidad de contracción, al uso de drogas y a los trastornos neurológicos. La constipación, definida como menos de 2 movimientos evacuatorios semanales, heces duras, esfuerzo para la defecación o evacuación incompleta, puede ser el resultado de la falta de ingestión de fibras en la dieta, escaso aporte de líquidos y deshidratación, y del uso concurrente de distintos fármacos.²⁹

- Alteraciones de la movilidad y riesgo de caídas

Un problema que se ha asociada a la co-morbilidad en las personas con demencia es el riesgo de caídas, lo que ocasiona fracturas, siendo la de cadera la principal causa de incapacidad en esta población, si

²⁹ J. F Schnelle Leung. Incontinencia Fecal y Urinaria en los Geriátricos En: Gastroenterology, 126, Supl. 1, 2000 Barcelona. p.126

tomamos en cuenta que menos de la mitad de los que sobreviven a ella no recuperan nunca el nivel de funcionamiento previo.³⁰

Las caídas estas están asociadas con procesos concomitantes a las demencias. Buchner menciona que la demencia es asociada a un riesgo mayor de caídas.³¹ Así mismo las alteraciones músculo esqueléticas ya que los pacientes con debilidad de miembros inferiores y artritis tienen mayor riesgo de caídas.

Para que una persona tenga una adecuada movilización son necesarios; a) la estabilidad antigravitatoria en posición erecta, b) control postural, c) manejo del equilibrio, y D) coordinación del movimiento.³²

Sin embargo algunos de estos se encuentran alterados en los adultos mayores, por ejemplo; la inestabilidad se incrementa con el paso de los años, debido a alteraciones en las vías sensoriales eferentes así

³⁰ Armando Pichardo-Fuster y Cols. Comorbilidad en los pacientes con Demencia. en: Archivos de Neurociencias Suplemento I, Vol 11, México, 2006 p. 64

³¹ D Buchner, Larson E. Falls and fractures in patients with Alzheimer – type Demencia. En: JAMA 257:1987, p. 1492

³² Luis Sandoval y Cols. Caídas en el Adulto Mayor: Estudio de una serie de pacientes de consultorio externo de medicina del Hospital Nacional Cayetano Heredia. En: Rev Med Hered, En: Rev Med Hered, vol.7, no.3, España, 1996, pp.119, ISSN 1018-130X.

mismo a la inadecuada respuesta motora asociado al enlentecimiento de los procesos coordinadores centrales.³³

Los factores de riesgo asociado con caídas incluyen riesgos crónicos que predisponen a caer entre estos se encuentra, las enfermedades relacionando estos componentes se superponen a los cambios fisiológicos asociados con la edad y factores de situación que están presentes en el momento de la caída.³⁴ La mayor parte de las caídas ocurren en el domicilio.

Las alteraciones posturales están relacionadas con la disminución de los reflejos posturales y un cambio en la capacidad sensorial con mayor dependencia en la propiocepción.

Las fracturas son una importante causa de incapacidad física posterior al accidente. Las secuelas psíquicas son de gran importancia; el miedo a volver a caer o un estado continuo de ansiedad, pérdida en la confianza y aislamiento social son para tener en cuenta en el programa de rehabilitación y recuperación de la marcha; sin dejar de lado las emociones experimentadas por los cuidadores, manifestado en un exceso de cuidado y sobreprotección, ante el temor de una nueva caída, también, pueden resultar perjudiciales y con un alto riesgo en restricción de autonomía; decidiéndose en forma precipitada

³³ Diego Andrés Osorno, Leonilde Inés Morelo. Inestabilidad, caídas e inmovilidad en el anciano. En Internet: <http://www.facultadsalud.unicauca.edu.co/fcs/2006/marzo/Inestabilidad.pdf>. México, 2006. p. 18

³⁴ Luis Sandoval, y Cols. Opcit. p.120

llevar a una institución, con las respectivas implicaciones económicas y sobrecarga al sistema con costos que bien orientados pueden invertirse en mejor forma.

El riesgo de caer va a estar correlacionado con el nivel de auto cuidado y este se relaciona en los lugares en los cuales se ubique la persona, los principales son su domicilio en donde las caídas ocurren frecuentemente en el sanitario, la cocina, la habitación sobre todo si se cuenta con alfombras y las escaleras.

Es importante reducir lo factores que pueda ocasionar una caída a la persona con demencia como son el acceso a la casa las características del suelo, disposición del mobiliario, patio al interior de la casa, iluminación dentro y fuera de esta. La carencia o obstrucción del acceso a las rampas en nuestra ciudad ocasiona que los adultos mayores tengan que realizar caminatas o desplazamientos en el espacio público³⁵.

Otro factor que tenemos que tomar en cuenta al cuidar a personas con demencia es el uso de calzado adecuado, procurando que no tenga agujetas, suelas antiderrapantes y el uso de aditamentos para la marcha como son los bastones y las andaderas.

- Comunicación con la persona con EA

³⁵ D. Buchner, Larson Opcit. 1492

Al referirnos al término afasia, hacemos referencia a la pérdida o alteración del lenguaje como resultado de lesiones cerebrales. En la EA, es común que se presente deterioro del lenguaje, concomitante con la alteración en otros dominios cognoscitivos³⁶

En etapas avanzadas de la EA son comunes los déficit en el lenguaje, generalmente éstos se presentan acompañados de alteraciones práxicas y del reconocimiento (cuadro afaso-apracto-agnósico), que anatómicamente corresponden a una atrofia cortical más difusa.

En la mayoría de la personas se produce muy rápido una especialización hemisférica izquierda para el procesamiento de la información lingüística. El hemisferio izquierdo de estas personas existen estructuras específicas que no existen en el otro hemisferio:

La zona de Wernicke; Especializada en la interpretación de los estímulos lingüísticos y por tanto en su comprensión, y esta situada en el lóbulo superior. Las personas con demencia tienen graves problemas para entender el lenguaje hablado y también manifiesta un lenguaje fluido pero incoherente con frecuentes frases gramaticales y errores semánticos.

³⁶ P. Montañés y Cols. Deterioro Selectivo del Lenguaje Debido a Degeneración Temporal Focal: Análisis Comparativo entre un Caso de Afasia Primaria Progresiva y un Caso de Demencia Semántica. En Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria. Vol.15 Número 1. Bogota, 2001. p 2

Zona de Broca; Especializada en la producción de ordenes motrices destinadas a crear emisiones lingüísticas, esta situada en el lóbulo frontal, la atrofia cortical produce una comprensión muy poco deteriorada y problemas para pronunciar las palabras, siendo muy frecuentes los errores fonéticos.

En la demencia tipo EA el deterioro cognitivo grave (DCG) dificulta, e incluso impide, la capacidad para comunicarse con las personas y obtener una correcta evaluación del dolor³⁷.

Debido a estas alteraciones, en ocasiones se limita la atención de las personas con EA, ya que es un proceso complicado, sin embargo existen principios que nos puede ayudar a establecer una comunicación eficaz como, hablar con voz suave y mirándolo a los ojos, presentarnos con un tono gentil, una sonrisa en la cara mejora la actitud de la persona, realizando preguntas sencillas y demostrando afecto en el actuar.

³⁷ Josep-Eladi Baños I Díez. Medición del dolor y el sufrimiento En personas con déficit de comunicación: Niños preverbales, ancianos con demencia y personas mentalmente discapacitadas. En internet: <http://www.fundacionmhm.org/pdf/Mono2/Articulos/articulo4.pdf> Madrid, 2004, p. 39

–Prevención de peligros

Al brindar la atención a personas adultos mayores y en específico a personas con demencia, la Preventive Service Task Force (USTF) recomienda aconsejar a la familia la adopción de medidas para reducir el riesgo extrínseco medioambiental, el ejercicio, principalmente de entrenamiento para la mejora del equilibrio y el control, y un ajuste de la medicación³⁸.

En su estudio Alba Romero reporto los síndromes geriátricos más frecuentes en ancianos institucionalizados entre ellos se encuentran: la dependencia para lavarse (73%), la polifarmacia (65%), la caída por enfermedad (57%), la disminución de la agudeza visual (56%), la dependencia para arreglarse (54%) y la demencia en la fase moderada (47%).

Los factores de riesgo identificados en la atención de adultos mayores son extrínsecos o ambientales e intrínsecos, entre los que se destacan: el uso de fármacos, sobre todo sedantes y antihipertensivos, los cambios propios de la edad en relación con la bipedestación, la marcha, el equilibrio, la audición y la visión, así como las enfermedades crónicas y agudas. Así mismo se reporta que la

³⁸ Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. Canadian guide to clinical preventive health care. Canada communication Group, Ottawa, 1994. p.5

vivienda es el lugar en donde más se producen las caídas, sobre todo en el dormitorio, el cuarto de baño y las escaleras³⁹.

Por lo tanto la atención va a ir dirigida a los cuidados preventivos, progresivos y continuados y la asesoría a la familia sobre las modificaciones en el entorno de la persona con demencia con el objetivo de mejorar la calidad de vida, prevenir el deterioro funcional y conservar en la medida de lo posible la independencia de la persona.

– Cambios en la conducta

Las alteraciones en la conducta en las personas con EA tienen una relación con el medio ambiente, las alteraciones de memoria, factores intrínsecos como el cansancio, el dolor, la falta de sueño, efectos adversos de medicamentos, así como cambios ambientales, demasiado ruido, gran número de personas, entre otros pueden ocasionar en la persona con demencia, irritabilidad.

Donoso reporta que la apatía puede asociarse a labilidad emocional y egocentrismo. Y esta asociada a depresión⁴⁰. La depresión puede confundirse con apatía, y se presenta con vivencias de tristeza,

³⁹ C. Alba Romero y cols. Actividades preventivas en los mayores en Atención Primaria. En internet: <http://www.papps.org/recomendaciones/experto4.pdf>. México, 2003. p. 2

⁴⁰ A. Donoso y Cols. Demencia de tipo Alzheimer: experiencia clínica en 71 casos. Revista Médica de Chile No. 118, Chile, 1990. p. 139

desesperanza y desvalorización personal, y no sólo pérdida de iniciativa. Se acompaña de quejas, negativismo, inquietud, agresividad, y mayor deterioro cognitivo.

Cummings dice; que hay agitación en 60% de las personas con EA, en el 22% existe un delirio lúcido y en 10% alucinaciones. Los trastornos psicóticos parecen agregarse en dos subtipos: en uno predominan los delirios paranoides en el cual la persona puede culpar de robo a sus familiares; y por otro lado los errores de reconocimiento por ejemplo no puede reconocer su casa, familiares, de sí mismo en el espejo y las alucinaciones. Las alucinaciones generalmente son visuales⁴¹.

–Rehabilitación en la persona con EA

Los aspectos psicosociales el la personas con EA se basan en el entorno, la integración de la persona, la familia y el profesional de salud. Para que las intervenciones sean eficaces deben ir dirigidas a obtener cambios terapéuticos en el comportamiento de la persona y su familia se debe basar en la evaluación previa y las evaluaciones de seguimiento.⁴²

⁴¹ JL. Cummings The neuropsychiatric inventory: assessing psychopathology in dementia patients. Neurology No. 48 (supl 6), USA, 1997, p.10

⁴² T. J. Del Ser Quijano. Evaluación neuropsicologica y funcional de la demencia. JR Prous Editores, Barcelona, 1994. p185

En el campo de las demencias se debe dirigir a desarrollar actividades y estrategias que ayuden a evitar reacciones de frustración, angustia y depresión en la persona. Así mismo se deben ir encaminadas a conservar habilidades de acuerdo a la etapa del proceso demencial las cuales servirán para compensar las pérdidas.

En la EA se afecta la capacidad de registro de nueva información, así como la capacidad de evocar, recuperar o reconocer información antigua, por lo tanto en las etapas tempranas las actividades se encaminaran a proporcionar claves sencillas que lo guíen y le hagan encontrar los recuerdos conservados, se le deberá dar una sola opción de lo que se desea recuerde, mostrando estímulos visuales o huellas verbales asociadas al recuerdo que quiere ser traído, pero nunca se le debe someter a respuestas que impliquen una selección múltiple ya que esto solo confrontaría su incapacidad, deprimiéndose o negándose a recibir ayuda.⁴³

En la intervenciones tempranas de la con relación al manejo del dinero no se debe olvidar que el valor y el uso del dinero se encuentran afectados por los trastornos mnesicos como por la influencia de los procesos simbólicos, como en este caso se encuentran perdidos no se planeara la estimulación. En relación a la capacidad praxica la intervenciones se deben dirigir a recordarle como se realizan la

⁴³ Julieta Hermes Pulido. Rehabilitación En La Demencia. En: Archivos de Neurociencias Suplemento I, Vol 11, México, 2006 p.80

acciones, se pueden utilizar el recuso visual como imágenes explícitas, monitoreo verbal o imitación.

En la experiencia de trabajo con estas persona sin duda la utilización de la imitación e imágenes visuales son la que han demostrado tener mejor resultado en la atención.

Hermes, menciona que los aspectos gnósticos o de percepción y reconocimiento, en etapas tempranas la dificultad se da en espacios abiertos lo que puede ocasionar que se pierdan en su propio vecindario. Conforme avanza la enfermedad la persona se desorientara en su propio hogar y de esta forma va incrementando hasta que finalmente presenta dificultades preceptúales de caras, objetos y esquema corporal.

En relación a la percepción del dolor, las personas con EA tienen una menor expresión del dolor, con frecuencia se detectan fracturas, laceraciones, quemaduras entre otros y la familia no refirió que tuviera dolor, esto es ocasionado por los cambio de la EA y que el envejecimiento producen en la sensibilidad.⁴⁴ En etapas tempranas la persona puede reconocer el dolor sin embargo la dificultad se presenta cuando no pueden expresarlo concientemente por medio de lenguaje o gestos, es por ello que se debe informar a la familia las alternativas de cuidado.

⁴⁴ Armando Pichardo-Fuster y Cols. Opcit. p. 64

Otra de las alteraciones es la anosognosia o incapacidad para percibir un defecto la persona es incapaz de entender o transmitir sus sentimientos, por ejemplo si la familia busca la ayuda de especialistas, la persona no entiende porque y la conducta y la personalidad se acentúan haciendo más difícil la intervención.

Uno de los principales problemas o quizás el mas severo es la incapacidad para realizar actividades de la vida diaria, la progresión de la perdidas intelectuales ocasionan que el personal de salud los trate como niños o sustituyendo su nombre propio por términos como, mi viejito, abuela, nena etc.. Aun cuando la persona se dirija a estos de usted. Este tipo de actividades deben ser descartadas ya que aunque la persona cursa con un proceso demencial se debe mantener su dignidad e identidad y el personal tendrá que mantenerse dentro de un trato de respeto.

La rehabilitación neuropsicológica es la reorganización y desbloqueo de las funciones cognitivas y la reintegración de la persona a su vida diaria. Se sabe de antemano que no es posible ofrecer esto a la familia de la persona con demencia, por lo tanto la intervención estará dirigida a mejorar la calidad de vida de la persona y su familia.

– Aspectos Éticos y humanos

El profesional de enfermería debe ser humano y debe aspirar a sentir la satisfacción del deber cumplido, por el camino correcto. Para ello cuenta con el Código para las Enfermeras, que aprobó el CIE, en 1953 donde se estableció que las responsabilidades fundamentales de la enfermera son procurar la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud perdida y aliviar el sufrimiento.⁴⁵

Ya que el cuidado de enfermería se desarrolla dentro de una relación privilegiada enfermera-persona, donde la confianza e intimidad que la caracteriza le permite a la enfermera conocer las necesidades de la persona, las cuales pueden ser derivadas del estado de salud o enfermedad en el que se encuentra; el cuidado de enfermería debe estar basado en conocimientos sólidos y actualizados de la ciencia y tecnología, así como los fundamentos humanísticos, culturales, sociales, biológicos, epidemiológicos e históricos para dar una atención integral e individualizada⁴⁶ debe aplicar en todo momento las normas más elevadas de los cuidados de enfermería y conducta profesional, debe respetar las creencias religiosas del paciente, y mantener reserva sobre la información personal que reciba, además de reconocer no sólo sus responsabilidades sino también las limitaciones de su función profesional, ya tiene la responsabilidad de llevar a cabo con inteligencia y lealtad las indicaciones del médico y de

⁴⁵ C. Ferreiro, Consideraciones sobre la ética y perfil profesional. Cuaderno de Bioética. Madrid, 1998. p. 28

⁴⁶ M. Hackspiel. El cuidado de una vida humana. En: Cuaderno de Bioética. Madrid, 1991. p. 160

negarse a participar en procedimientos no éticos, como el profesional de enfermería tiene un contacto más estrecho con los pacientes que otros miembros del equipo de salud su presencia inmediata, le da la oportunidad única de observar las reacciones de la persona a las medidas terapéuticas, ya que son de gran utilidad para valorar el plan total de cuidados y modificarlo si es necesario estableciendo su criterio para llevar a cabo estas acciones.⁴⁷

2.1.7 Asesoría de la enfermera especialista hacia el cuidador de la persona con demencia

–El cuidador primario

Cuando se ha diagnosticado un proceso demencial la familia es el primer núcleo que recibe los cambios tanto de las alteraciones como del diagnóstico. Siendo esta la que proporciona un vínculo para las satisfacciones de necesidades personales, respuesta emocional y apoyo social.

Por lo tanto estos miembros de la familia se convierten en cuidadores, y dedican parte de su tiempo y esfuerzo a permitir que su familiar

⁴⁷ Lynda Carpenito. Planes de cuidados y documentación. En Enfermería. Diagnósticos de enfermería y problemas asociados. McGraw-Hill / Interamericana, Madrid, 1998. p 68

pueda desenvolverse en su vida diaria adaptándose a las limitaciones que su discapacidad funcional les impone.⁴⁸

Cuidar es una experiencia que la mayoría de las personas lo van a realizar en alguna etapa de su vida. Pero la responsabilidad de cuidar a una persona con demencia por lo general no se comparte de forma equitativa en todos los miembros de la familia, esta va a ser una actividad única ya que son muchos los aspectos que hacen que difiera el cuidado entre ellos se encuentran la relación con la persona cuidada, la causa, el grado de dependencia, la ayuda de otros miembros de la familia etc.

Se ha observado que el 86% de los cuidadores son mujeres, esposas hijas y nueras, de los cuales 43% son hijas, 22% esposas y 7.5 son nueras, la edad media es de 52 años, y un 60% comparte el domicilio de la persona con demencia.⁴⁹

Entre las tareas frecuentes de los cuidadores se encuentran: Ayuda en las actividades de la casa cocinar, lavar, limpiar, planchar, etc., asistencia para el transporte fuera del domicilio (por ejemplo, acompañarlo al médico) y desplazamiento en el interior del domicilio.

⁴⁸ Claudia García, Claudia Salazar. La familia de pacientes con demencia y grupos de apoyo. En: Archivos de Neurociencias Suplemento I, Vol 11, México, 2006 p. 96

⁴⁹ Maria Montaña Román García . Manual del cuidador de enfermos de EA. Ed. Madrid, 2005. p. 220

Asistencia en la higiene personal (peinarse, bañarse, etc.), administración del dinero y los bienes, supervisión en la toma de medicamentos, llamar por teléfono o visitar regularmente a la persona que se cuida, Resolver situaciones conflictivas derivadas del cuidado (por ejemplo, cuando se comporta de forma agitada). Ayuda para la comunicación con los demás cuando existen dificultades para expresarse y hacer muchas "pequeñas cosas" (por ejemplo, llevarle un vaso de agua, acercar la radio, etc.).

La responsabilidad de cuidar a un apersona con demencia a la larga comprende la aparición de problemas físicos, psicológico y socio familiares lo que compone un síndrome de sobrecarga el cual es necesario conocer y diagnosticar

En este sentido, la calidad de vida del cuidador dependerá, entre otras cosas, de su propia salud, de la ayuda que reciba de su familia (apoyo emocional y reconocimiento de sus familiares), de la capacidad de las instituciones para ajustarse a sus necesidades, de la información que tiene sobre la enfermedad de la persona a quien cuida, de la propia tarea de cuidar, de la manera en que enfrenta sus responsabilidades en el cuidado y atención al paciente, de su estilo personal para resolver los problemas que se le presentan durante el desempeño de su tarea, y, desde luego, de su capacidad para sobreponerse a los momentos y acontecimientos difíciles y complicados que ocurran

durante la atención al enfermo, entendiéndose por esto las crisis, recaídas y hasta la muerte del paciente.⁵⁰

Por lo tanto dentro de las intervenciones que se van a realizar, se le debe orientar en temas como, la enfermedad, enseñarle estrategias de cuidado para la persona con demencia, así como pertenecer a un grupo de apoyo en el cual sienta un espacio de respeto y comprensión.

– Repercusiones a la familia

Las reacciones del cuidador ante la tarea o responsabilidad que asume al atender a un paciente se le denominan, sentimiento de carga. La carga es un concepto central en el estudio de las consecuencias que sufre o padece la persona del cuidador cuando realiza la tarea de atender a enfermos con padecimientos terminales o crónico-degenerativos.

Así, el sentimiento de carga del cuidador es un factor trascendental en la utilización de servicios de salud y en la calidad de vida de los cuidadores.

⁵⁰ Irma Torres Ferman y Cols. Cuidar a un enfermo ¿Pesa?. La ciencia y el Hombre. En: Revista de Divulgación Científica y Tecnológica de la Universidad Veracruzana. Vol.19, No. 2, México, 2006.

Otros trabajos sobre el tema de los sentimientos de carga del cuidador reportan que la totalidad de las personas manifiesta no disponer de dinero suficiente para cuidar al paciente, y que esta condición y el grado de parentesco entre el cuidador y el paciente, así como el número de ingresos del paciente a los servicios de salud en los últimos tres años, son los factores que mejor caracterizan a los familiares con sentimientos de carga intensa. Con base en estos resultados, se hace necesario destacar el hecho de que la carencia de recursos económicos por parte de los cuidadores genera una mayor sobrecarga, especialmente cuando son las madres de los pacientes quienes realizan la tarea de cuidarlos⁵¹.

3. METODOLOGÍA

3.1 VARIABLES E INDICADORES

3.1.1 Dependiente

Intervención de la enfermera especialista en neurología en la atención de la persona con demencia.

Indicadores

- Determinación de factores de riesgo y protectores de la EA
- Valoración de la función mental

⁵¹ Maria Montaña Román García. Opcitp. p. 220

- Valoración de la capacidad de autocuidado
- Rehabilitación a la persona con demencia
- Información sobre las instituciones de salud disponibles para la atención de personas con demencia
- Orientación a la familia sobre los grupos de apoyo
- Información a la familia sobre el cuidado en el hogar
- Asistencia en las actividades de la vida diaria
- Vigilancia periódica del estado de salud en el hogar
- Movilización pasiva en extremidades
- Orientación a la persona sobre el lugar en el que se encuentra
- Establecimiento de una rutina de ejercicio físico
- Valoración para descartar depresión en los adultos mayores

3.1.2 Definición Operacional

En la actualidad la situación de que un cuadro de Demencia sea irreversible, la ausencia de un tratamiento curativo y la demanda de cuidados por parte de los familiares de personas con esta enfermedad tienen un alto interés para los profesionales de enfermería en el campo de la neurología. Ya que la demencia es una enfermedad afecta a todos los grupos sociales, no respeta género, grupo étnico ni lugar geográfico.

Pero a pesar de los avances científicos dados en las últimas décadas, sigue rodeada de una gran cantidad de incógnitas; Incógnitas que no sólo surgen al analizar sus causas, sino que también se derivan de las estrategias trazadas para su curación.

Como el profesional de enfermería tiene un contacto más estrecho con las personas que otros miembros del equipo de salud su presencia inmediata, le da la oportunidad única de observar las reacciones de la persona a las medidas terapéuticas. Así mismo el cuidado se desarrolla dentro de una relación privilegiada enfermera-persona, en la cual la confianza e intimidad que la caracteriza le permite a la enfermera conocer los requisitos de la persona, las cuales pueden ser derivadas del estado de salud o enfermedad en el que se encuentra; el cuidado de enfermería debe estar basado en conocimientos sólidos y actualizados de la ciencia y tecnología, así como los fundamentos humanísticos, culturales, sociales, biológicos, epidemiológicos e históricos para dar una atención integral e individualizada. Siendo de gran utilidad para valorar el plan total de cuidados y modificarlo si es necesario estableciendo su criterio para llevar a cabo estas acciones.

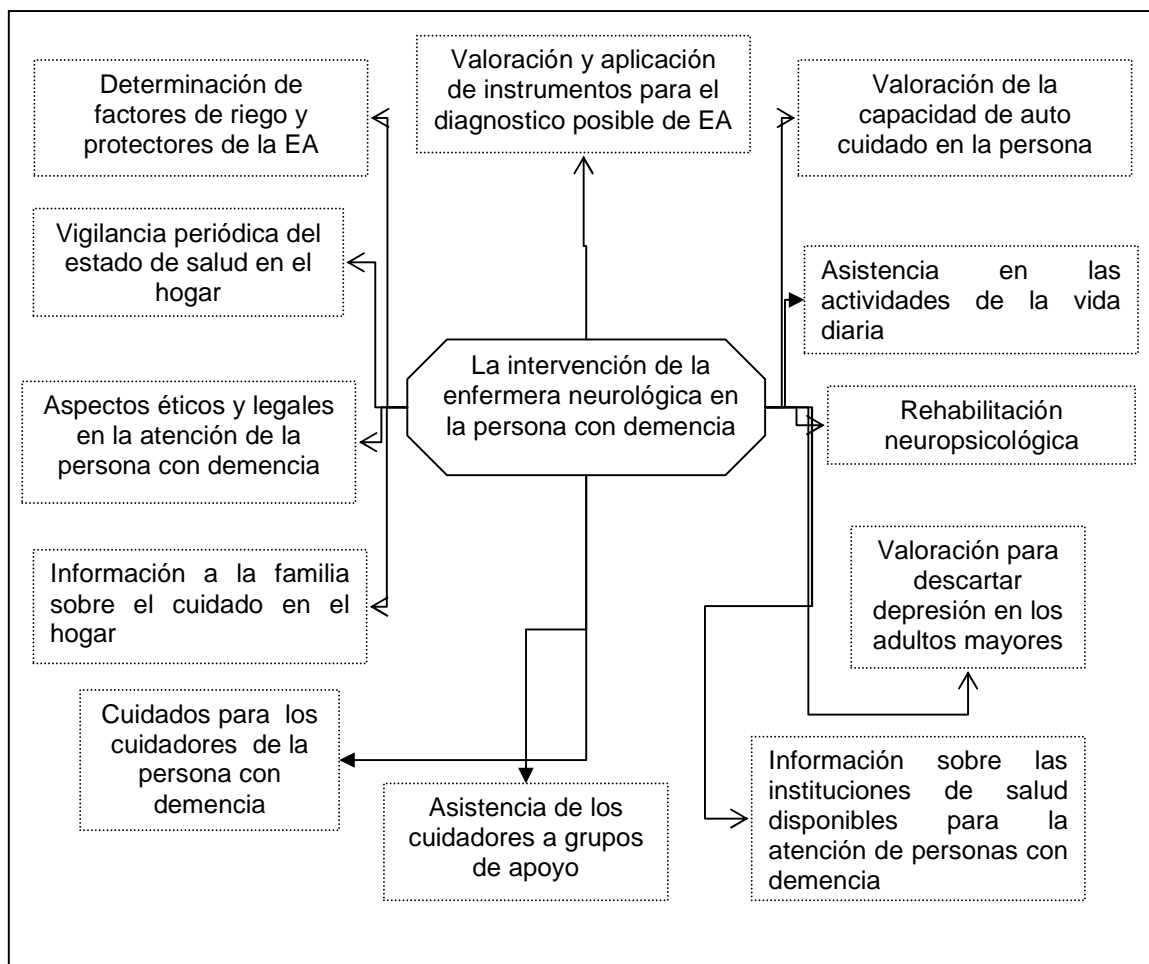
Aplicando en todo momento las normas más elevadas de los cuidados de enfermería y conducta profesional, respetando las creencias religiosas de la persona y mantener reserva sobre la información personal que reciba, además de reconocer no sólo sus

responsabilidades sino también las limitaciones de su función profesional.

Al brindar atención especializada, intrahospitalaria o extrahospitalaria como son los centros de día, la función del profesional de enfermería es coordinar programas de salud en conjunto con otros profesionales, en los que, los cuidados son el centro de la atención, en los que los estándares omnipresentes criterios de calidad y en los cuales se estimula participación del enfermo y de las familias al máximo.

En este marco, desde una perspectiva asistencial se debe colaborar en el diagnóstico temprano dado que la efectividad de los tratamientos, farmacológicos y no farmacológicos, los cuales se encuentran orientados a minimizar la sintomatología de la enfermedad y /o a que se retrase el tiempo de evolución sean aplicados de forma precoz lo que retrasara de manera significativa la evolución de las demencias.

3.1.3 Modelo De Relación de Influencia De La Variable



3.2 TIPO Y DISEÑO DE LA TESINA

3.2.1 Tipo de tesina

El tipo de investigación documental es diagnóstica, descriptiva, analítica y transversal.

Es diagnóstica porque se pretende realizar un diagnóstico situacional de la atención de enfermería neurológica en la atención a la persona con demencia a fin de proponer esta atención para los pacientes que sufren de la enfermedad de Alzheimer en el Instituto Nacional de Neurología.

Es descriptiva porque se describe ampliamente el comportamiento de la atención de enfermería neurológica en la atención de las personas con dicha enfermedad.

Es analítica porque para estudiar las intervenciones de la enfermería ha sido necesario descomponerla en sus indicadores básicos. Por último es transversal porque esta investigación se realizó en un periodo corto de tiempo. Es decir en los meses de Abril, Mayo y Junio del 2008.

3.2.2 Diseño de Tesina

El diseño de esta investigación documental se ha elaborado con base en los siguientes aspectos:

- Asistencia a un seminario taller de elaboración de tesina en las instalaciones de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM.

- Búsqueda de un problema de investigación de enfermería especializada relevante para la enfermería neurológica
- Asistencia a la biblioteca para obtener el marco teórico conceptual y referencial de la atención de enfermería especializada en personas con demencia tipo Alzheimer.
- Elaboración de los objetivos de esta tesina sí como el marco teórico que sustenta a la enfermería especializada en neurología.
- Búsqueda de indicadores de la atención de la enfermera especializada en neurología.
- Elaboración de las conclusiones y recomendaciones; los anexos, los apéndices, el glosario de términos y referencias bibliográficas.

3.3. TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN UTILIZADAS

3.3.1 Fichas de trabajo

Mediante las ficha de trabajo ha sido posible recopilar toda la información para elaborar el marco teórico. En cada ficha de trabajo se anoto el marco teórico conceptual y el marco teórico referencial, de tal forma que fue posible ordenar y clasificar el pensamiento de los autores y las vivencias propias de la enfermera especializada.

3.3.2 Observación

Mediante esta técnica se pudo visualizar la importante participación que tiene la enfermera especializada en neurología en la atención a las personas con demencia tipo EA en el INNN.

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1. CONCLUSIONES

La demencia tipo EA va a ocasionar en la persona una gama de alteraciones de la salud, tanto físicas como psicológicas y sociales, esto para el equipo multidisciplinario es un gran compromiso, ya que las alteraciones no solo afectan a la persona sino también a su familia como se ha mencionado con anterioridad. Dentro de este equipo la atención del profesional de enfermería tiene un gran peso, en el actuar profesional independiente como interdependiente y en coordinación con el resto de profesionales, es decir como el pilar básico del equipo que presta atención asistencial a la persona con demencia y su familia.

La Enfermería especialista en neurología cuenta con el conocimiento para planear estrategias terapéuticas que le permitan controlar, modular o paliar las principales alteraciones que se presentan con el deterioro que ocasiona la demencia en la persona y como consecuencia limitaciones progresivas y crecientes para el autocuidado.

Al brindar cuidados la enfermera especialista los realiza a través de una metodología científica y sistematizada en diferente grado de complejidad, así mismo de desempeñar actividades diferenciadas del resto del equipo de salud. El objetivo de esta investigación se cumplió

debido a que, se identificaron las principales funciones y actividades de la enfermera especialista en neurología y permitir realizar actividades que se realizan desde la perspectiva de servicio o asistencial, docente, administrativas y de investigación.

– En Servicio

La enfermera especialista realiza las intervenciones específicas en función de la fase evolutiva del proceso de demencia de la persona y de su cuidador. En atención especializada, intrahospitalaria, en centros de día y/o en instituciones residenciales, la enfermera se ocupara de poner en marcha programas, en los que los cuidados son el centro de la atención con criterios de calidad y en los que se estimula la máxima participación del enfermo y de las familias, esto en coordinación con el resto del equipo multidisciplinario.

La enfermera especialista realizara una participación activa dentro de los programas de Atención Primaria, tales como visitas domiciliarias. Así mismo participar en la detección de un diagnóstico precoz ante la presencia de dificultades para retener información nueva, manejar labores complejas, resolver problemas, orientarse temporo y/o espacialmente, uso de un lenguaje empobrecido, dicho diagnóstico se basa en la utilización de instrumentos disciplinares validados que detecten alteraciones cognitivas en la persona, una vez realizado se le sugerirá a la familia la conveniencia de realizar un estudio diagnóstico completo y la canalización al médico especialista.

Una vez realizado el diagnóstico, la atención de los cuidados se brindaran de acuerdo a la fase del proceso demencial, se valorara mediante instrumentos enfermeros validados, así mismo, haciendo uso de las herramientas metodológicas con las que cuenta el profesional de enfermería que es el Proceso de Atención Enfermería (PAE), basada en principios científicos, que permiten diseñar intervenciones basadas en el cuidado, en forma racional, lógica y sistemática, acorde a las necesidades y problemas de salud, de las personas, familia o comunidad. Para llevar a cabo el PAE, es conveniente apoyarse en un modelo de Enfermería que sirva como marco referencial para abordar a la persona, familia y/o cuidador. Al identificar las respuestas humanas en forma de diagnósticos de enfermería utilizara el formato PES (Problema, Etiología y Signos y Síntomas) que serán la base para desarrollar modelos de intervención específicos dirigidos a cuidado, así, la enfermera relaciona los elementos que ha conceptualizado y definido de su propia disciplina para aterrizarlos en la construcción de los mismos.

Las intervenciones deben ir dirigidas a la adaptación del entorno, formación del cuidador principal en dicho campo, con el objeto de disminuir los factores de riesgo, fomentar la autonomía con la organización minuciosa de las actividades al establecer rutinas secuenciadas, realizar una discreta vigilancia potenciando la toma de decisiones por parte de la persona con demencia y fomentando la

instauración de terapias cognitivas en centros especializados o en el propio domicilio por parte de los familiares/ cuidadores.

En la fase inicial la característica más importante que aparece en la persona es el olvido de las actividades de autocuidado y la pérdida de destrezas para la realización de las actividades cotidianas y domésticas, por lo que los objetivos del profesional de enfermería irán encaminados a una asistencia parcialmente compensatoria. Debe iniciar con la evaluación de las pérdidas reales así como las capacidades residuales para suplir únicamente las áreas perdidas por la persona. Asistir en las actividades mediante supervisión y ayuda, introducir técnicas de control de esfínteres, asistencia en el desplazamientos y deambulación, potencializar las técnicas de estimulación cognitiva, adaptándolas al estado de deterioro de la persona, desarrollar programas de rehabilitación funcional modificación de trastornos de la conducta, así mismo potenciar el tratamiento farmacológico de los mismos, llevar a cabo programas de higiene del sueño y uso de tratamientos farmacológicos y continuar con la formación y atención al familiar/ cuidador principal.

La característica más importante de la persona en la fase severa es la pérdida de la movilidad y por tanto la incapacidad para realizar las actividades cotidianas y domésticas. Por lo tanto, los cuidados van a ir dirigidos a suplir al enfermo en estas actividades. Los cuidados de enfermería irán encaminados a realizar las actividades básicas del

cuidado, prevención de problemas asociados a la inmovilidad, y las encaminadas a cuidar al cuidador, tales como ayuda/ suplencia en las actividades de la vida diaria, estimulación psicomotriz y movilización pasiva para evitar la rigidez y espasticidad, prevención de trastornos derivados de la inmovilización (constipación, úlceras por presión, etc.), formación y atención al familiar o cuidador principal.

En la última fase o fase terminal de la enfermedad, la persona es totalmente dependiente de los demás para poder seguir viviendo. Las actividades del profesional de enfermería irán encaminadas hacia la exención de los cuidados paliativos, los cuales consisten en la aplicación de una serie de cuidados que pretenden evitar los síntomas que ocasionan malestar, como el dolor, constipación, dificultad respiratoria, y actividades de autocuidado así mismo apoyo a la familia, tratamiento de la incontinencia urinaria, entre otros.

–Atención a las familias

En la detección oportuna de un proceso de demencia, la información y formación de la familia como cuidadora, el seguimiento del proceso de cuidar, y el apoyo emocional a quienes viven la evolución de la enfermedad, en cualquier localización geográfica, podremos encontrar, a otro profesional de la salud, pero siempre habrá una enfermera o enfermero que pueda asumir la responsabilidad de coordinar el cuidado continuado de una persona con demencia y de su familia de ahí que los cuidados enfermeros deban hacerse extensivos al binomio

enfermo – persona - familia cuidadora, ocasionando que la enfermera se ocupe, a lo largo de todo el proceso cuidador, de dispensar cuidados, acordes con la particular situación que puedan estar viviéndose en cada particular situación.

Por lo cual se debe valorar mediante los instrumentos validados al cuidador, identificar los requisitos alterados de la persona – cuidador, para formular los diagnósticos de enfermería correspondientes y diseñar un plan de cuidados para la persona en función de los requisitos alterados; definiendo los resultados que la persona pueda alcanzar procurando que las familias y el equipo cuidador se sientan beneficiados por dichos cuidados o por la manera de dispensar éstos, ya que la implicación y participación de los mismos es imprescindible para conseguir los objetivos propuestos.

–En Docencia

La enfermera especialista está capacitada y se ocupará de proporcionar formación en cuidados específicos, utilizando los procesos de enseñanza aprendizaje adecuados a cada situación. Contará con las habilidades comunicativas como escuchar a la persona y conducir una entrevista con empatía, transmitir información de forma clara y oportuna y hacerla extensiva a enfermos, a cuidadores, familiares y cuantas personas se impliquen y participen en los cuidados directos de la persona estableciendo una buena comunicación verbal o por otras vías.

Proporcionará educación a pacientes y familiares en aspectos preventivos y establecer alianzas para el manejo crónico del caso, así mismo trabajar eficientemente dentro de un equipo multidisciplinario, como miembro, consultante o líder.

Contara con habilidades para preparar y dictar clases y conferencias, realizar presentaciones de casos y revisiones bibliográficas. Se ocupará, tanto en formación de pregrado como en formación de posgrado y/o continuada, de la formación de los miembros del equipo enfermero cuidador, debe ser un consultante eficiente para otros especialistas, para ello debe establecer una comunicación que permita definir la pregunta que se quiere que responda, expresar con claridad sus recomendaciones, manteniéndose en su papel de consultante, respetando la responsabilidad del personal de asistencia sobre el paciente.

– En Investigación

La enfermera especialista debe tener conocimientos básicos de informática que le permitan acceder a la información científica, manejar datos e investigaciones que pueda utilizar como herramienta de trabajo en la docencia e investigación, revisara de forma crítica la literatura científica, siendo capaz de evaluar la aplicabilidad de los resultados de la investigación científica para las personas a las que brinda su cuidado, teniendo en cuenta las características clínicas y el contexto social y organizativo con el objetivo de promover y llevar a

cabo líneas de investigación en el campo de las demencias principalmente en la esfera de los cuidados.

Elaborando y validando instrumentos específicos de valoración de enfermería, diagnósticos enfermeros y/o de etiquetas diagnósticas concretas y búsqueda de evidencia científica que avalen sus cuidados para mejorar de la calidad de vida de todos los implicados.

– En Administración

La enfermera especialista debe contar con habilidades administrativas procurando que la provisión de éstos se realice a un nivel profesional óptimo, cuenta con la capacidad para organizar la atención ambulatoria neurológica e integración de la atención en los tres niveles de atención del sistema nacional de salud, logrando la satisfacción de enfermos y familiares, tomando en cuenta los recursos disponibles.

Al considerar la disposición de información y planificar egresos hospitalarios con un plan de atención especializado reducirá los días de hospitalización y con ello la permanencia de la persona el mayor tiempo posible en el domicilio, la organización de los recursos socio sanitarios para el apoyo en los cuidados domiciliarios, personalizar la atención pre y post alta, logran disminuir la ansiedad y mejorar la comunicación de la familia con los profesionales.

4.2. RECOMENDACIONES

– Para La Alimentación y Nutrición

- Valorar en la persona con demencia la capacidad de masticar y la capacidad de deglutir, revisar la dentadura y las barreras mecánicas, se no ser posible proporcionar alimentos en diferentes consistencias como la papilla.
- Auscultar ruidos intestinales, observar la frecuencia y carácter de los ruidos intestinales como el tono y la duración presentándose de 5 a 35 ruidos intestinales por minuto.
- Valorar resultados de laboratorio (glucosa, hemoglobina electrolitos sericos, albúmina etc.).
- Procurar mantener un ambiente agradable a la hora de la comida, de ser posible contar con el familiar y motivarlo a que anime a la persona a consumir sus alimentos.
- Colocar en posición semifowler o fowler al momento de la alimentación, si se le dificulta deglutir se valorara la necesidad de colocar una sonda nasogástrica e informarle a la familia los cuidados a realizar al momento de alimentarlo, posición, cantidad de alimento, limpieza de sonda, abrir y cerrar la sonda.

- Evitar proporcionar alimentos y líquidos que puedan irritar la vejiga como son la cafeína, jugos cítricos o medicamentos como la aspirina, y ofrecer alimentos ricos en fibra como la fruta, nueces, frijoles, vegetales, salvado y cereales.

- Colocar platos con fruta picada o trozos de jamón y queso para que el tome cuando tenga hambre, no se debe obligar a que termine todo lo que esta servido y se retiraran cuando ya no quiera.

- Establecer horarios para el desayuno, comida y cena en compañía de su familia si es posible, a la hora se servir se le avisara que se va a servir la comida lo que reducirá la desorientación de la personas.

- Servir por tiempos la comida, solo un plato a la vez, ya que si ve todos juntos se puede desorientar.

- Colocar el cubierto a utilizar si es sopa solo la cuchara, los platos no deben ser de cristal y se debe evitar el uso de tenedores o

cuchillos. La familia debe hacerse progresivamente tolerante ante los malos modales de la persona en la mesa.

- Colocar un babero o una servilleta por si le cae comida encima, con el fin de evitar que tenga que cambiarse de ropa.
- Proporcionaran alimentos en trozos pequeños, e informar lo que esta comiendo en caso que la persona tenga problemas para masticar o deglutir se le servirá en papilla y a temperatura tibia ya que la persona no distingue entre frío y caliente.
- Mantener la autonomía de la persona en la medida de lo posible al tomarlo en cuenta sin embargo no se le deben dar opciones porque esto ocasionara confusión. Por ejemplo no se debe decir quieres sopa o consomé, se debe decir vamos a comer sopa. (Ver apéndice No. 5)
- Recordar a la persona que debe deglutir los alimentos cuando lo comience a acumular en la boca. Las personas con demencia se distraen con facilidad, por lo que no se debe tener distracciones a la hora de comer. Por ejemplo tener encendida la televisión.
- Realizar aseo bucal antes y después de las comidas, se realizaran con bicarbonato de sodio diluido si se encuentra hospitalizado y pasta dental si esta en el hogar. (Ver apéndice No. 6)

- Ofrecer distintos líquidos como el zumo de fruta o alimentos que contengan mucho agua como la gelatina o fruta de temporada, caso de que se niegue, se debe asistirlo y animarlo a terminar, se pueden utilizar vasos entrenadores para evitar que se derramen los líquidos.

- Para La Eliminación

- Establecer un programa de aseo al presentarse el problema de incontinencia ya sea fecal o urinaria, recordándole o asistiéndole cada 2 horas que acuda al sanitario así como en momentos específicos como al levantarse, después de las comidas o al acostarse.
 - Asistir en la necesidad de eliminación, si la persona manifiesta la necesidad de orinar aun cuando ya lo haya hecho, se le debe recordar que ya lo hizo y que en unas horas más la vamos a llevar nuevamente.
 - Recomendar el uso de ropas holgadas, anchas, cómodas y fáciles de quitar, tales como los pants, para que no se le dificulte a la hora de quitárselos.

- Recomendar el uso de cómodos cuando la persona ya no pueda levantarse o la disposición de dos o tres orinales distribuidos por la casa, por si no llega a tiempo al cuarto de baño.

- Sugerir el uso de pañales para adultos ya que serán de gran ayuda para los familiares y además evitarán riesgos de infecciones y educar a la familia sobre el cambio necesario de este y la vigilancia de lesiones cutáneas.

- Promover el uso de mecanismos técnicos como barras, silla adaptada, tapate antiderrapante en el sanitario, con el fin de evitar lesiones. (Ver anexo No. 8)

- Vigilar datos de infecciones de vías urinarias tales como cambios en la coloración de la orina, presencia de hematuria, olores penetrantes, micciones frecuentes, nicturia, disuria, presión en la parte inferior de la pelvis o incontinencia de urgencia.

- Sugerir la consulta a un urólogo para realizar una valoración y estudios de gabinete si no es posible lograr un patrón de eliminación, con lo cual se pueda proporcionar un tratamiento definitivo.

- Vigilar si existe distensión de la vejiga, observar si existe globo vesical y valorar el uso de sonda vesical.

- Recomendar la utilización de imágenes alusivas para el sanitario con el objeto de recordarle donde se encuentra.
- Promover el ejercicio diario a fin de estimular la actividad intestinal, no es necesario realizar una excreción diaria, es suficiente una cada dos o tres días.
- Realizar maniobras, para evitar la constipación, como la aplicación de masaje al marco cólico para mejorar y conservar la motilidad intestinal, en caso de que la persona no pueda levantarse.
 - Para la higiene personal y vestido
- Mantener un correcto aseo y vestimenta adecuada para elevar la autoestima de la persona. En caso de que la persona se resista a bañarse y cambiarse de de ropa, se le debe recordar por qué tiene que hacerlo. Se dará la indicación a la persona y la familia la necesidad de bañarse 2-3 veces por semana.
- Realizar el secado adecuado de la piel y lubricación, al término del baño, así mismo es fundamental el aseo de los genitales.
- Recomendar el uso de colchones de aire, con el fin de aliviar y prevenir molestias que debido a la inmovilidad.

- Realizar el cambio de ropa interior de la persona diariamente.

- Recomendar a la familia que la capacidad de discernir estará alterada por lo que, para el vestido se le mostraran dos mudas de ropa y preguntar cual se quiere poner.

- Recomendar a la familia el uso de prendas fáciles de lavar y de colocarse (con botones grandes o "velcro" y con el cierre delantero).

- Colocar la ropa en el orden en que debe ponérsela y no toda a la vez, primero la ropa interior y una vez que se la ha puesto seguir con el resto.

- Vigilar la acción y se le asistirá e caso necesario por ejemplo si se le olvida cómo se pone alguna prenda, hay que mostrarle cómo se hace, repitiéndolo él después.

- Promover el uso de calzado ligero y cómodo, con suela antideslizante. Los zapatos suaves de fieltro o las chancletas no son un soporte adecuado para el pie y pueden hacer que tropiece.
 - Para el movimiento y postura

- Recomendar el ejercicio físico, posterior a la valoración motora de la persona el ejercicio no debe producir dolor, por lo que tiene que ser lo más suave posible y adaptado a sus condiciones físicas.
- Recomendar el uso de mecanismos de apoyo para la marcha tales como, el basto, la andadera etc. (Ver anexo No. 9)
- Educar a la familia sobre los beneficios del ejercicio físico, tales como la tranquilidad, la conservación de las funciones motoras, la mejora la calidad del sueño nocturno, la eliminación de tensión.
- Recomendar que las sesiones de ejercicios pasivos deberán durar de 15 a 20 minutos diariamente en promedio, y deberá consistir de 4 a 5 ejercicios, repetidos 10 veces cada uno, y se utilizaran en aquellas personas que ya no se puedan levantar.
- Recomendar a la familia ejercicio en el hogar lo puede realizar barriendo el suelo, o incluso, sentado, así mismo se promoverá la caminata. Los paseos diarios favorecen el descanso y previenen el estreñimiento.
- Establecer una rutina para que el ejercicio se realice a la misma hora, todos los días y de manera tranquila y ordenada.

- Proporcionar cambios posturales en la persona que no se pueda levantar, alternando el decúbito dorsal y lateral cada dos horas, se le colocara una almohada en la cabeza y otra en la espalda para cuidar o prevenir las úlceras por decúbito. (Ver apéndice No. 7)
 - Para La Orientación
- Organizar una rutina de las actividades cotidianas que se realizaran en el día y se deberán anotar en una lista de forma ordenada para las personas con demencia, la rutina diaria para las personas con demencia es segura y cómoda.
- Para evitar la perdida de los objetos, se informara a la familia que deben mantener a la vista los objetos de uso cotidiano, no se cambiaran de lugar, ni se modificara la rutina. (Ver Apéndice No. 8)
- Recordar a la persona los principales acontecimientos del día, así mismo repetir en voz alta el nombre de las personas con las que se encuentra, incluyendo el de su cuidador o cuidadora.
- Orientarle varias veces en el día con respecto al tiempo, la hora, día, año, la estación, con respecto al lugar su domicilio, la ciudad, y estos se deben relacionar con las actividades diarias.

Por ejemplo, son las nueve de la noche y es hora de dormir. Debido a las alteraciones de la memoria, su casa y la cara de sus familiares pueden resultarle nuevas cada día.

- Colocar relojes, calendarios, recuerdos personales, dentro del hogar y en su habitación con el objeto de evocar el recuerdo; los objetos personales se guardaran siempre en lugares fijos, se evitara en lo posible los cambios en su entorno ya que facilitan la desorientación.
- Colocar carteles de ser posible con imágenes alusivas en las puertas de las habitaciones más importantes, como son; la cocina, el baño, la recámara.
- Retirar de la vista los objetos de valor ya que pueden tomarlos y extraviarlos, así mismo los objetos que lo puedan dañar como punzo cortantes o herramienta pesada.
- Ser paciente con la persona ya las alteraciones de memoria ocasionaran que la persona repita una y otra vez una pregunta y olvidar la respuesta en un instante por lo tanto se debe contestarle de forma clara y pausada.
- Mantener una rutina de actividades fija y ordenada, se motivara a la persona para que las realice sola no aunque tarde más

tiempo, muestre gusto cuando lo consiga, mantenga las actividades por la que tenia interés antes de antes del cuadro de demencia por ejemplo si le gustaba salir a caminar, permita que lo haga en el patio de la casa, con la puertas seguras.

- Pedir que realice tareas sencillas y sin riesgo como barrer el patio o regar las plantas, proporcionado los objetos a utilizar y si es necesario mostrarle como se realiza.
- Evitar situaciones que puedan desencadenar reacciones de angustia o enojo anticipándose a ellas, si no es posible evitarlas. Por ejemplo, si lo lleva de compras, evite los días mas concurridos. Cuando vaya al supermercado que sea en horas que las que no haya mucha gente o si van a comer fuera, evite las horas más concurridas de los restaurantes.

–Para La Comunicación

- Emplear frases breves y sencillas al dirigirse a la persona con demencia, se le ofrecerán los pensamientos uno por uno. Al entablar una conversación siempre se le mirara directamente a los ojos.
- Valorar e identificaran gestos de dolor o angustia de la persona, debido a las características de la enfermedad se le dificultara expresar sus molestias.

- Evitar las discusiones con la persona, las alteraciones de memoria pueden alterar la capacidad mental de pensar con lógica. Las discusiones pueden también hacer que la persona se vuelva más susceptible y adopte una actitud defensiva.
- Recomendar a la familia que evite gritar y levantar la voz, que no debe corregir si se enfrenta al comportamiento extraño. Debemos recordarles que el comportamiento no es deliberado.
- No se le solicitaran cosas a la persona que no pueda realizar, se le asignaran tareas sencillas por lo que se debe mostrar cómo debe realizarla y luego asistirlo a conseguirlo mediante instrucciones.
- Mantener a la persona en contacto con sus familiares y amigos, ayudándole a identificarlos y estimulando su participación en las conversaciones.
- Recomendar a la familia que acompañe a la persona si va a salir a la calle. Caminar sin rumbo fijo es un hábito frecuente de las personas con demencia por lo que dotara de una identificación que contenga sus datos como (domicilio, número de teléfono, su nombre) en caso de que se perdiera.

- Establecer una comunicación afectiva con la persona, se evitara distanciarse. Se le debe acercar con un saludo cordial, abrazo caluroso, un beso, una caricia. Ya que el contacto físico puede transmitir apoyo. Puede ofrecer comprensión y afirmación además de afecto.
 - Para la participación en actividades recreativas
- Orientar a la familia sobre la capacidad de concentración de la persona es limitada (30 minutos), ya que tienen poca capacidad creativa y escaso sentido del humor, por lo que se evitaran los juegos y aparatos muy complejos. Se pueden utilizar los juegos de cartas u otros tipos de actividades como son el cuidado de las plantas, la música o trabajos manuales sencillos.
 - Para las alteraciones de la conducta
- Informar a la familia que la persona puede sufrir episodios de angustia y depresión relacionados con la enfermedad, que no debe dejar que el episodio se haga crítico, tan pronto como, aparezca debe consultarse con el especialista.
- Calmar a la persona cuando se torne agresiva ya que insultara o acusara al personal o a la familia. En ocasiones es una manera de expresar su infelicidad y angustia por la pérdida constante de

memoria; otras veces puede estar atemorizado al no entender lo que ocurre a su alrededor.

- Asistir a la persona en la caminata, un problema común es la deambulación, si camina por el día o por la noche sin rumbo fijo o buscando lugares y personas, intente que fije la atención en otra cosa o se le asistirá permitiendo que elija la ruta fijando un punto de retorno.

- Para El Aprendizaje

- Informar a la familia las reacciones adversas a los sedantes, tranquilizantes y antidepresivos.
- Asignar a un cuidador la ministración de los medicamentos a la persona, así mismo que le recuerde por que los toma.
- Valorar el uso de complejos vitamínicos, fibras y proteínas, de ser necesario se le ministraran y se le informará a la familia las indicaciones.
- Utilizar estimulación cognitiva y la afectividad a la persona para ello se pueden emplear diferentes técnicas tales como:

- Realizar entrenamiento de memoria, las adivinanzas, refranes, ejercicios de completar frases, describir objetos, reconocer personas, asociar parejas, entre otros, lo pueden ayudar.
- Utilizar técnicas de orientación a la realidad, repetirle, diariamente pero sin agobiarle, todos los datos correctos sobre los lugares, la fecha, la familia, el lugar donde están las cosas.
- Estimular con musicó terapia, que escuche música, que baile o que cante como una forma de distraerse o de recordar situaciones o experiencias vividas.
- Utilizar reminiscencias, para la persona resultara muy provechoso que narre historias, que cuente cosas del pasado, que hable de todo lo que recuerde.
- Utilizar técnicas de refuerzo positivo, hay que estimular lo que haga bien y no reaccionar con irritación cuando haga algo mal, no regañarle ni discutir.
- Recomendar la ergoterapia, que realice actividades manuales, juegos con pintura, con barro y costura, siempre bajo la supervisión continua de alguien si ha de utilizar algún instrumento.

- Recomendar la estimulación social, que la familia fomente que lo visiten sus amigos y no hablar como si no estuviera cuando se reciba una visita.

- Promover la estimulación física, conviene que pasee a menudo, que no esté sentado mucho tiempo, evitar el aburrimiento y, si es posible, hacer una pequeña tabla de gimnasia de veinte minutos diariamente.
 - Para la prevención de accidentes

- Orientar a la familia sobre modificaciones que se le puedan realizar a la casa para evitar los accidentes. Si la casa tiene escaleras, que estas tengan pasamanos. Se deben quitar las alfombras y si es necesario, fijarlas al suelo. (Ver anexo No. 10)

- Recomendar la eliminación de muebles innecesarios con el fin de evitar caídas o facilitar el paso de la silla de ruedas, con el bastón o andadera. Así mismo que se retiren aquellos obstáculos que impidan su marcha, como cuerdas, taburetes, alfombras, etc., es útil recubrir las orillas de los muebles con cinta.

- Recomendar mantener en buen estado los escalones de la casa. Si se le dificulta la visión, deben hacerse más visibles mediante

una franja de color vivo, especialmente el primero y el último, así como con una luz nocturna.

- Mantener las toallas, el jabón, la pasta y el cepillo de dientes en el mismo sitio para que la persona pueda encontrarlos con facilidad. Así mismo instalar barandales en el baño para evitar caídas. (Ver apéndice No. 9)
- Sugerir la necesidad de instalar barandales a la cama o, en su defecto, adosarla a una pared y colocar sillas en el otro lado para evitar caídas.
- Evitar restringir en su totalidad acciones que hacía la persona antes del inicio de la enfermedad como la de fumar, pero siempre se le mantendrá vigilado para que no se quemé o prenda fuego.
- Recomendar la eliminación de los espejos en la casa ya que puede ocurrir que al mirarse en él no se reconozca y sufra reacciones de miedo.
 - Para el Cuidador
- Trabajar con la familia en conjunto para que todos los miembros se involucren en el cuidado de la persona con demencia. Todos los

cuidadores deben aprender las normas básicas de trato para estos pacientes: tolerancia, paciencia, apoyo, repetición y buen humor.

- Recomendar la asistencia a los grupos de apoyo, que ofrece el instituto ya que en estas asociaciones de autoayuda compartirán experiencias afines, entenderán la evolución de la enfermedad dentro de un ambiente de comprensión. (Ver apéndice No. 10)
- Sugerir al cuidador que se tome unos momentos de tranquilidad para reflexionar sobre todo aquello que le estresa, una vez que lo logre, el cuidador deberá pensar en la forma de solucionarlas. Se el debe recordar que las adaptaciones en el hogar facilitaran la tarea de cuidar y la vida cotidiana de la persona.
- Recomendar que hable con alguien con quien tenga confianza ya que es una de las mejores formas de manejar el estrés. Es importante que hable de sí mismo, de sus sentimientos sus impresiones, expectativas etc. El cuidador decidirá quien es esta persona puede ser un amigo cercano u otro cuidador o un profesional de la salud que este familiarizado con la situación.
- Informar sobre los beneficios de asistir a terapia con un psicoterapeuta especializado ya que todo lo que comparta con el es confidencial y privado, que no lo va a juzgar ni le tiene que

decir, lo que tiene que hacer, si no que le va a ayudar a ver su situación presenté con claridad y objetividad para resolverla.

- Notificar, sobre técnicas de relajación que son una forma eficaz de combatir el estrés. Por ejemplo: uno de los ejercicios más prácticos consiste en manejar la respiración. El propósito de esto es despejar la mente y que deje los problemas a un lado.
- Por ultimo recomendar que realice ejercicio físico ya que ayudada a los músculos tensos a que se relajen y le ocasionará una sensación de bienestar.

5. ANEXOS Y APÉNDICES

ANEXO No. 1 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DEMENCIAS

ANEXO No. 2 CRITERIOS NINCDS-ADRDA EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER.

ANEXO No. 3 MUESTRA PATOLÓGICA DE ATROFIA CEREBRAL

ANEXO No. 4 MUESTRA PATOLÓGICA DE ATROFIA CEREBRAL COMPARADA CON UN CEREBRO SANO

ANEXO No. 5 MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

ANEXO No. 6 ESCALA DE DEMENCIA DE BLESSED

ANEXO No. 7 TAC A UNA PERSONA CON DEMENCIA

ANEXO No. 8 SILLA ADAPTADA EN EL SANITARIO, CON EL FIN DE EVITAR LESIONES

ANEXO No. 9 USO DE MECANISMOS DE APOYO PARA LA
MARCHA

ANEXO No. 10 ESCALERAS CON PASAMANOS

APÉNDICE No. 1 APLICACIÓN DE LA VALORACIÓN
NEUROLÓGICA

APÉNDICE No. 2 APLICACIÓN NEUROPSICOLOGICA A UNA
ADULTO MAYOR EN UNA COMUNIDAD DE
HIDALGO

APÉNDICE No. 3 APLICACIÓN DEL TES DE 7 MINUTOS

APÉNDICE No. 4 TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO

APÉNDICE No. 5 ASISTENCIA A UNA PERSONA CON DEMENCIA

APÉNDICE No. 6 REALIZACIÓN DE ASEO BUCAL A UNA
PERSONA CON DEMENCIA

APÉNDICE No. 7 CAMBIOS DE POSICIÓN

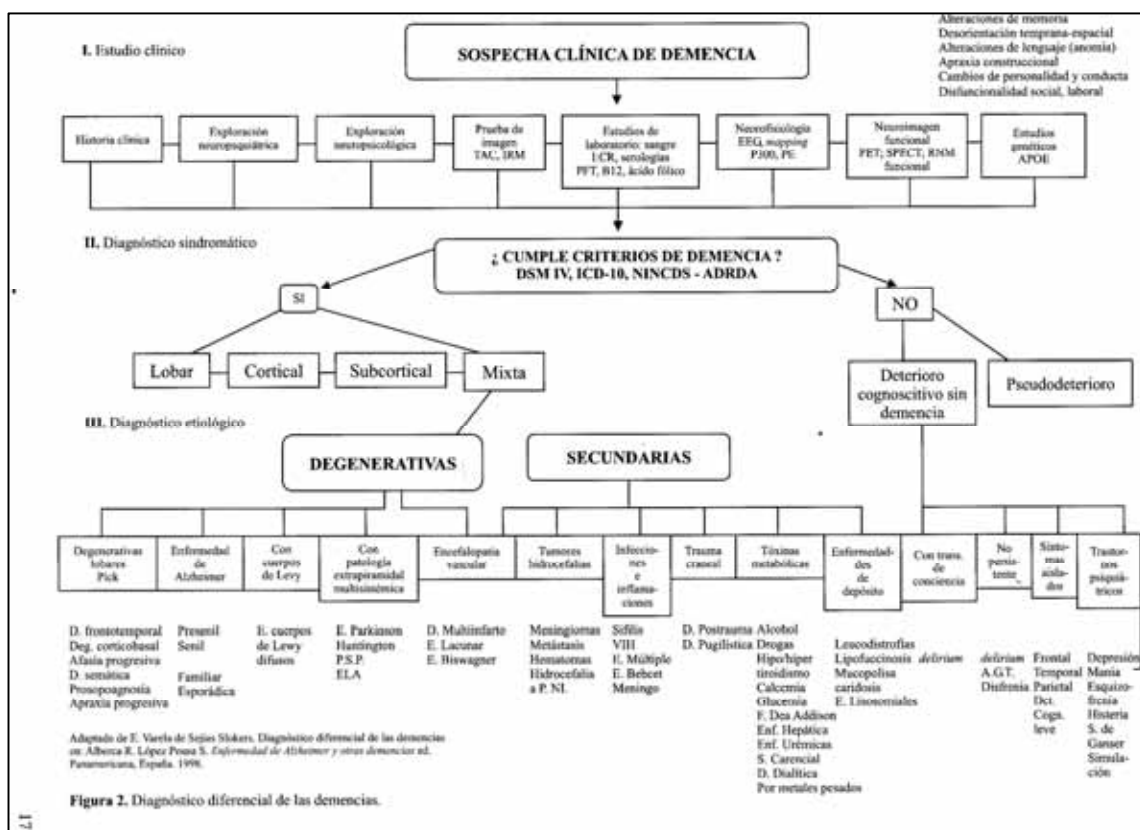
APÉNDICE No. 8 ORIENTACIÓN A LA FAMILIA

APÉNDICE No. 9 ADAPTACIONES EN EL HOGAR

APÉNDICE No. 10 GRUPOS DE APOYO

ANEXO No. 1

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE DEMENCIAS



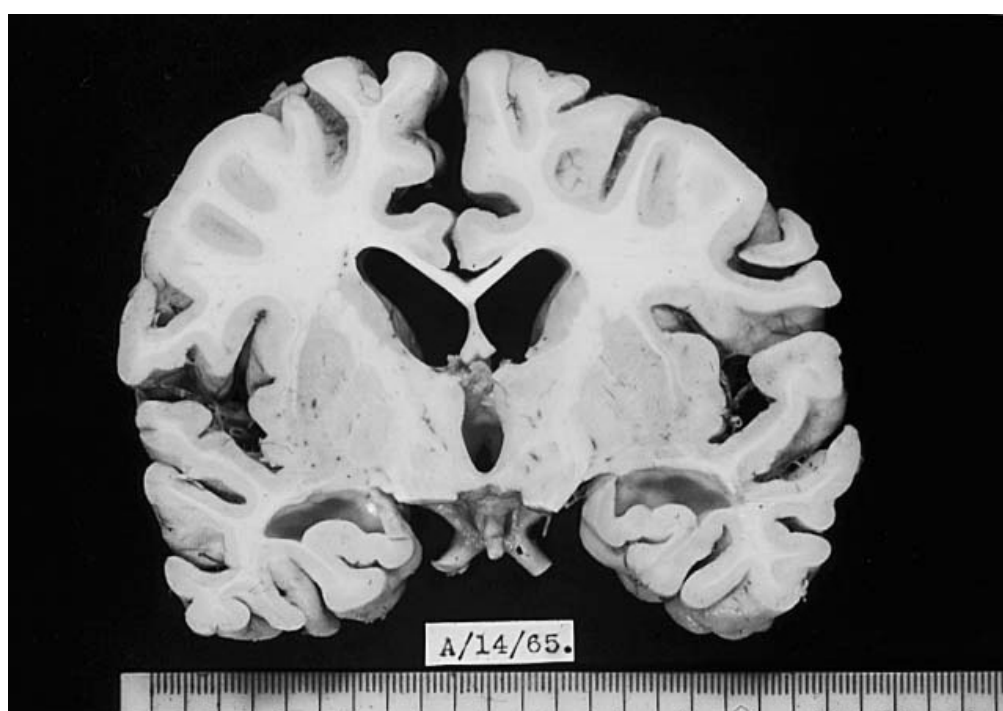
FUENTE: López, Pousa Alberca Diagnóstico diferencial de demencias en Enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Panamericana, Madrid, 1998. p17

CRITERIOS NINCDS-ADRDA EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER.

Enfermedad de Alzheimer Definitiva	<ul style="list-style-type: none"> • Criterios clínicos de Ea probable • Histopatología de EA en biopsia o en autopsia
Enfermedad de Alzheimer Probable	<ul style="list-style-type: none"> • Demencia según la historia clínica y pruebas neuropsicologicas • Déficit progresivo de la memoria y otra área cognitiva • Ausencia del trastornó de la conciencia • Edad comienzo entre lo 40 y 90 años • Ausencia de trastornó sistémico cerebral de otro tipo causante de demencia
Enfermedad de Alzheimer Posible	<ul style="list-style-type: none"> • Demencia con variaciones en inicio o en el curso • Presencia de trastornó sistémico o cerebral con potencial de producir demencia • Déficit cognitivo único

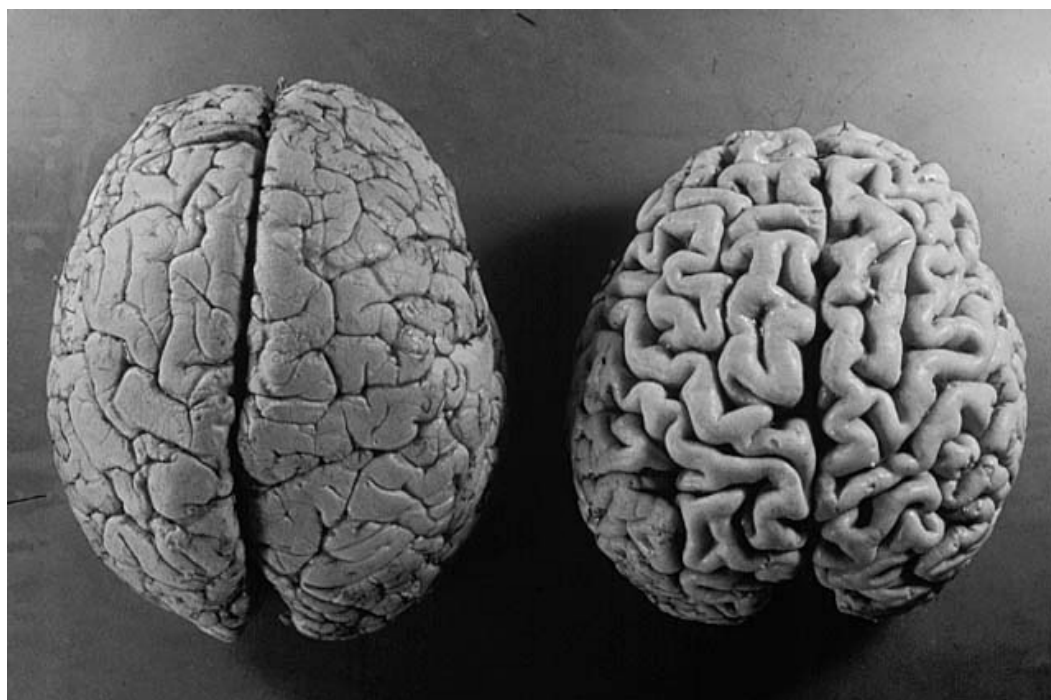
FUENTE: AGÛERA Ortiz, Luis Fernando y cols. 100 Preguntas más frecuentes de la enfermedad de Alzheimer. Editores Médicos, Madrid, 2000. p. 13

ANEXO No. 3
MUESTRA PATOLÓGICA DE ATROFIA CEREBRAL



FUENTE: En Internet: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/Cursos/tercero/patologia/fotos92-111/95.jpg>

ANEXO No. 4

MUESTRA PATOLÓGICA DE ATROFIA CEREBRAL COMPARADA
CON UN CEREBRO SANO

FUENTE: En Internet: [http:// escuela.med.puc.cl/paginas/Cursos /tercero/patologia/fotosAtrofia.html](http://escuela.med.puc.cl/paginas/Cursos/tercero/patologia/fotosAtrofia.html)

ANEXO No. 5

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

Basado en Folstein et al. (1975), Lobo et al. (1979)

Nombre: _____ Varón [] Mujer []
 Fecha: _____ F. nacimiento: _____ Edad: _____
 Estudios/Profesión: _____ N. Hª: _____
 Observaciones: _____

¿En qué año estamos? 0-1 ¿En qué estación? 0-1 ¿En qué día (fecha)? 0-1 ¿En qué mes? 0-1 ¿En qué día de la semana? 0-1		ORIENTACIÓN TEMPORAL (Máx.5)	
¿En qué hospital (o lugar) estamos? 0-1 ¿En qué piso (o planta, sala, servicio)? 0-1 ¿En qué pueblo (ciudad)? 0-1 ¿En qué provincia estamos? 0-1 ¿En qué país (o nación, autonomía)? 0-1		ORIENTACIÓN ESPACIAL (Máx.5)	
Nombre tres palabras Peseta-Caballo-Manzana (o Balón-Bandera-Árbol) a razón de 1 por segundo. Luego se pide al paciente que las repita. Esta primera repetición otorga la puntuación. Otorgue 1 punto por cada palabra correcta, pero continúe diciéndolas hasta que el sujeto repita las 3, hasta un máximo de 6 veces. Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1 (Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1)		Nº de repeticiones necesarias	
Si tiene 30 pesetas y me va dando de tres en tres, ¿Cuántas le van quedando?. Detenga la prueba tras 5 sustracciones. Si el sujeto no puede realizar esta prueba, pídale que deletree la palabra MUNDO al revés. 30 0-1 27 0-1 24 0-1 21 0-1 18 0-1 (0 0-1 D 0-1 N 0-1 U 0-1 M0-1)		FLUJACIÓN-Recuerdo Inmediato (Máx.3)	
Preguntar por las tres palabras mencionadas anteriormente. Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1 (Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1)		ATENCIÓN- CÁLCULO (Máx.5)	
.DENOMINACIÓN. Muestrele un lápiz o un bolígrafo y preguntar ¿qué es esto?. Hacer lo mismo con un reloj de pulsera. Lápiz 0-1 Reloj 0-1 .REPETICIÓN. Pedirle que repita la frase: "ni sí, ni no, ni pero" (o "En un trigal había 5 perros") 0-1 .ÓRDENES. Pedirle que siga la orden: "coja un papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad, y póngalo en el suelo". Coje con mano d. 0-1 dobla por mitad 0-1 pone en suelo 0-1 .LECTURA. Escriba legiblemente en un papel "Cierre los ojos". Pídale que lo lea y haga lo que dice la frase 0-1 .ESCRITURA. Que escriba una frase (con sujeto y predicado) 0-1 .COPIA. Dibuje 2 pentágonos intersectados y pídale al sujeto que los copie tal cual. Para otorgar un punto deben estar presentes los 10 ángulos y la intersección. 0-1		RECUERDO diferido (Máx.3)	
Puntuaciones de referencia 27 ó más: normal 24 ó menos: sospecha patológica 12-24: deterioro 9-12: demencia		LENGUAJE (Máx.9)	
		Puntuación Total (Máx.: 30 puntos)	

a.e.g.(1999)

FUENTE: GUTIÉRREZ Luis Miguel. Síndrome de deterioro intelectual y procesos demenciales. Editada por la Fundación Mexicana para la Salud, México. 1996. pp.52

ANEXO No. 6

ESCALA DE DEMENCIA DE BLESSED

Cambios en la ejecución de las actividades diarias

Item	Actividad	Total	Parcial	Ninguna
1	Incapacidad para realizar tareas domésticas	1	0,5	0
2	Incapacidad para el uso de pequeñas cantidades de dinero	1	0,5	0
3	Incapacidad para recordar listas cortas de elementos (p.e. compras, etc)	1	0,5	0
4	Incapacidad para orientarse en casa	1	0,5	0
5	Incapacidad para orientarse en calles familiares	1	0,5	0
6	Incapacidad para valorar el entorno	1	0,5	0
7	Incapacidad para recordar hechos recientes (p.e. visitas de parientes o amigos, etc)	1	0,5	0
8	Tendencia a rememorar el pasado	1	0,5	0

Cambios en los hábitos

Actividad	Cumplimentación	Puntos
9.- Comer:		
	Limpiamente, con los cubiertos adecuados	0
	Desaliñadamente, sólo con la cuchara	1
	Sólidos simples (galletas, etc)	2
	Ha de ser alimentado	3
10.- Vestir		
	Se viste sin ayuda	0
	Fallos ocasionales (p.e. en el abotonamiento)	1

	Errores y olvidos frecuentes en la secuencia de vestido	2
--	---	---

	Incapaz de vestirse	3
11.- Control de esfínteres		
	Normal	0
	Incontinencia urinaria ocasional	1
	Incontinencia urinaria frecuente	2
	Doble incontinencia	3

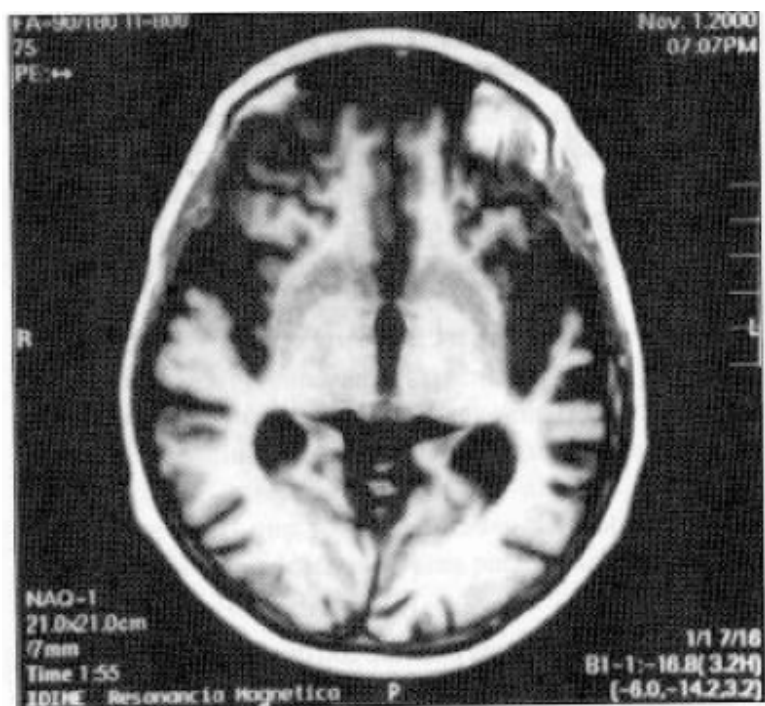
Cambios en la personalidad y conducta

Item	Característica	Presente	Ausente
12	Retraimiento creciente	1	0
13	Egocentrismo aumentado	1	0
14	Pérdida de interés por los sentimientos de otros	1	0
15	Afectividad embotada	1	0
16	Perturbación del control emocional (aumento de susceptibilidad e irritabilidad)	1	0
17	Hilaridad inapropiada	1	0
18	Respuesta emocional disminuida	1	0
19	Indiscreciones sexuales (de aparición reciente)	1	0
20	Falta de interés en las aficiones habituales	1	0
21	Disminución de la iniciativa o apatía progresiva	1	0
22	Hiperactividad no justificada	1	0

FUENTE: GÓMEZ Jarabo, Gregorio y Cols. Evaluación de la capacidad funcional En Internet: <http://www.biopsicologia>.

net/fichas/page_6017.html. Madrid, 2003, p. 2

ANEXO No. 7
TAC A UNA PERSONA CON DEMENCIA



FUENTE: MONTAÑÉS, P y Cols. Deterioro selectivo del lenguaje debido a degeneración temporal focal: análisis comparativo entre un

caso de Afasia primaria progresiva y un caso de demencia semántica.
En: Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria.
Vol.15 Número 1. Colombia, 2001. p. 12

ANEXO No. 8
SILLA ADAPTADA EN EL SANITARIO, CON EL FIN DE EVITAR
LESIONES



FUENTE: En Internet: www.tecnum.net/imagenesapoyos-humanos/TB09021.jpg

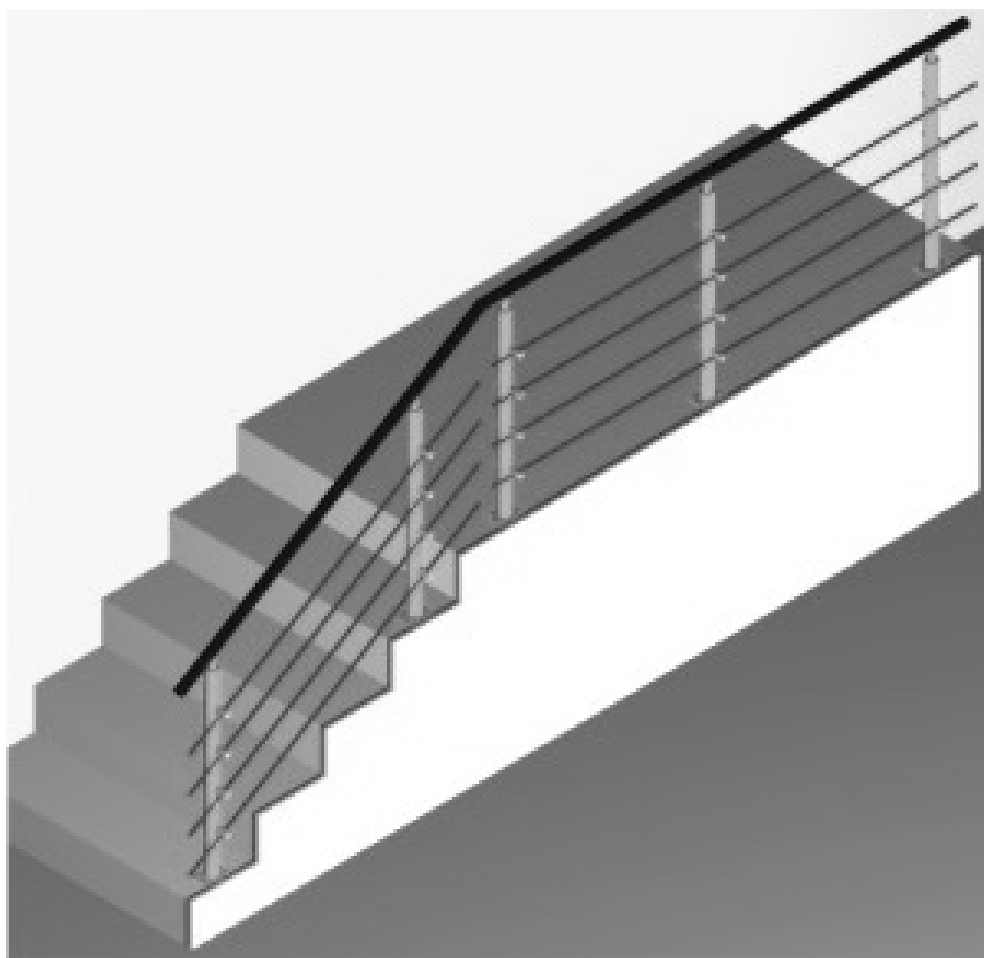
ANEXO No. 9

USO DE MECANISMOS DE APOYO PARA LA MARCHA



FUENTE: En Internet:[www. mgc.es/images/motius/caminador .jpg](http://www.mgc.es/images/motius/caminador.jpg)

ANEXO No. 10
ESCALERAS CON PASAMANOS



FUENTE: En Internet:www.suvire.com/.../bar2/imagenes/instinox.jpg

APÉNDICE No. 1

APLICACIÓN DE LA VALORACIÓN NEUROLÓGICA



FUENTE: BALCAZAR Martínez Verónica. Aplicación de la valoración neurológica a un adulto mayor en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, México, 2006.

PENDIE No. 2

APLICACIÓN NEUROPSICOLOGICA A UNA ADULTO MAYOR EN
UNA COMUNIDAD DE HIDALGO



FUENTE: JIMENEZ Mendoza Araceli. Aplicación Neuropsicologica a un adulto mayor en una comunidad de Hidalgo. México, 2007

APÉNDICE No. 3

APLICACIÓN DEL TES DE 7 MINUTOS



FUENTE: Misma que el apéndice No. 2

APÉNDICE No. 4

TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO



FUENTE: Misma que el apéndice No. 2

APÉNDICE No. 5

ASISTENCIA A UNA PERSONA CON DEMENCIA



FUENTE: Misma que el apéndice No. 1

APÉNDICE No. 6

REALIZACIÓN DE ASEO BUCAL A UNA PERSONA CON DEMENCIA



FUENTE: REYES Chávez Blanca Estela. Realización del aseo bucal a un adulto mayor con demencia en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. México, 2008.

APÉNDICE No. 7

CAMBIOS DE POSICIÓN



FUENTE: Misma que el apéndice No. 6

APÉNDICE No. 8
ORIENTACIÓN A LA FAMILIA



FUENTE: Misma que el apéndice No. 2

APÉNDICE No. 9

ADAPTACIONES EN EL HOGAR



FUENTE: Misma que el apéndice No. 6

APÉNDICE No. 10

GRUPOS DE APOYO



FUENTE: Misma que el apéndice No. 6

6. GLOSARIO DE TERMINOS

ABSTRACCIÓN. El sujeto cuando generaliza lo objetos o fenómenos, separa lo que es general o hace caso omiso de otras cualidades que lo diferencian entre si. El no piensa en estas cualidades, tienen en cuenta únicamente aquello que ha desatacado en general. Este proceso mental es la abstracción.

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD). Se definen por ser tareas ocupacionales que una persona realiza diariamente para prepararse y desarrollar el rol que le es propio. Va más allá de la autoatención, e implica el desarrollo funcional completo de la persona. Las AVD se pueden dividir en Básicas (AVDB) e Instrumentales (AVDI). Las AVDB se refieren más directamente a las funciones de auto atención: control de esfínteres, alimentación, movilidad, aseo e higiene, deambulación, vestido, transferencias.

Las AVDI implican otras funciones imprescindibles para un desarrollo normal de la vida, pero más elaboradas: comunicación, manejo del dinero, uso del transporte, realización de las tareas del hogar o manejo de la medicación.

AFASIA. Afección que degrada la capacidad de lenguaje a causa de lesiones en las áreas corticales del lenguaje o en las rutas de

asociación cerebrales. Puede dificultar la lectura, la escritura y expresar lo que se desea decir. La afasia expresiva afecta al lenguaje

Hablado, mientras que la afasia receptiva afecta a la interpretación y memoria del lenguaje

AGITACIÓN. Término utilizado para describir un grupo de comportamientos asociados con la enfermedad de Alzheimer. En las etapas iniciales de la enfermedad, las personas pueden tener cambios en la personalidad como: irritabilidad, ansiedad y depresión. Con el progreso de la enfermedad, otros síntomas pueden ocurrir incluyendo problemas de insomnio, e ilusiones (creer en cosas que no son verdaderas), y alucinaciones (ver, escuchar, sentir cosas que no son reales) ansiedad y cambios en el carácter, y otras alteraciones emocionales.

AGNOSIA. Es la interrupción en la capacidad para reconocer estímulos previamente aprendidos o de aprender nuevos estímulos sin haber deficiencia en la alteración de la percepción, lenguaje o intelecto.

AGNOSIA VISUAL. Es una incapacidad para acceder a la estructuración perceptiva de las sensaciones visuales los pacientes, que son conscientes de sus dificultades, son incapaces de dibujar un objeto, de emparejar objetos iguales y en general analizan la imagen

atendiendo a detalles sueltos; siendo incapaces de organizarlo en un todo.

AGRESIÓN, CONDUCTA VIOLENTA. La agresión puede ser verbal o física. Ejemplos de la agresión causados por daños al cerebro como resultado de la enfermedad de Alzheimer incluyen: gritar, golpear, maldecir (y) o alterarse.

ALUCINACIÓN. Es una percepción física de un estímulo externo que una persona cree o asegura sentir como real aunque esto no sea posible verificarlo simultáneamente para otros testigos presentes en el lugar y orientados en la supuesta dirección del estímulo.

Las alucinaciones pueden ocurrir en cualquier modalidad sensorial - visual, auditiva, olfativa, gustativa, táctil, propioceptiva, equilibrio-ceptiva, nociceptiva, termoceptiva o varias mezcladas.

ANOMIA. Es el trastorno caracterizado por la dificultad para recuperar las palabras al hablar, un déficit que acompaña no sólo a muchas lesiones cerebrales sino también al proceso normal de envejecimiento y a ciertas enfermedades degenerativas como el Alzheimer.

ANSIEDAD. Es un estado que se caracteriza por un incremento de las facultades perceptivas ante la necesidad fisiológica del organismo de incrementar el nivel de algún elemento que en esos momentos se encuentra por debajo del nivel 'adecuado'; o por el contrario, ante el

temor de perder un bien preciado. Una sensación de aprehensión, miedo, nerviosismo, acompañada por la agitación o la tensión.

ANOSOGNOSIA. Es un trastorno común, multifactorial y de naturaleza compleja tras daño cerebral, donde los pacientes no son conscientes de su trastorno. La anosognosia en la EA es considerada como una faceta multidimensional.

APATÍA. Trastorno de la afectividad que se caracteriza por la impassibilidad de ánimo, estado de indiferencia frente a las personas, el medio o los acontecimientos, que trae consigo una alteración en la capacidad de expresión afectiva por parte del individuo frente a toda una serie de estímulos externos e internos.

APOLIPOPROTEÍNA. Proteína que transporta el colesterol en la sangre y que parece desempeñar alguna función en el cerebro. El gen que produce ApoE viene en varias formas, o alelos—e2, e3 y e4. El alelo de e2 de APOE es relativamente poco común y puede proporcionar algún tipo de protección contra el Alzheimer.

El e4 de APOE se produce en cerca del 40 por ciento de todos los pacientes con Alzheimer que contraen la enfermedad en edad avanzada; aumenta el riesgo de desarrollar Alzheimer.

APRAXIA. Es la dificultad para ejecutar movimientos intencionales en ausencia de factores motores o psíquicos que puedan interferir en su

desarrollo. Se clasifican en: apraxia ideatoria: es la incapacidad de organizar la secuencia de los actos tendientes aun fin como vestirse.

Apraxia ideo motora: dificultad para ejecutar un gesto. Apraxia constructiva: incapacidad para construir figuras con un orden espacial.

ATROFIA CEREBRAL. Disminución de la masa cerebral que se manifiesta visualmente por la reducción en la corteza del cerebro, suele ser más intensa en regiones frontales y parietales. El ensanchamiento de ventrículos es difuso, proporcionado al grado de atrofia. Hay una tendencia para el alargamiento del tercer ventrículo, ventrículos laterales (izquierdo>derecho), espacio subaracnoideo y ambas fisuras interhemisféricas.

AUTOPSIA CEREBRAL. Una autopsia involucra la donación del cerebro después de la muerte del paciente y la examinación del tejido y estructuras del cerebro para determinar el tipo y extensión de la enfermedad cerebral que sufrió durante su vida. Esto puede beneficiar a la comunidad en general porque les da a los científicos la oportunidad de descubrir las causas y encontrar los tratamientos para la enfermedad de Alzheimer y otras enfermedades cerebrales.

CALIDAD DE VIDA. Se define como el bienestar, felicidad y satisfacción de un individuo, que le otorga a éste cierta capacidad de actuación, funcionamiento o sensación positiva de su vida. Su

realización es muy subjetiva, ya que se ve directamente influida por la personalidad y el entorno en el que vive y se desarrolla el individuo.

CAPACIDAD. Habilidad de una persona para tomar decisiones por sí mismo. El nivel de capacidad de una persona se disminuye en las etapas avanzadas de Alzheimer porque la enfermedad afecta el cerebro y como consecuencias hay limitaciones de la memoria, el razonamiento y el comportamiento.

CEREBRO. Es el centro de la actividad intelectual de todos nosotros, es el órgano responsable de mantener la memoria, el razonamiento, la interpretación de los sentidos, y el comportamiento. La enfermedad de Alzheimer y otras demencias asociadas son algunas que afectan el funcionamiento del cerebro.

CONDUCTAS REPETITIVAS. Son acciones que se repiten constantemente. Es un comportamiento asociado con la enfermedad de Alzheimer. Un paciente que padece de Alzheimer, muestra una tendencia a repetir las mismas frases, hacer siempre las mismas preguntas, etc.

CONVULSIÓN. Es el resultado de una descarga exagerada de neuronas aunque su expresión clínica puede ser variable. Cuando una persona sufre dos o más convulsiones, se considera que tiene epilepsia. La epilepsia es un trastorno neurológico que afecta al

cerebro y que hace que las personas sean más susceptibles a tener convulsiones.

CUIDADOROR/A. Persona que asiste o cuida a un paciente (pariente o amigo), a quien se le dificulta realizar sus actividades cotidianas debido a que esta afectado por una discapacidad, enfermedad o porque se encuentra en una edad muy avanzada. El cuidador puede asistir al paciente en distintas manera , las cuales varían de acuerdo a sus necesidades y dificultades.

DEAMBULAR. Comportamiento común cuando personas que tienen la enfermedad de Alzheimer se pierden y se confunden en lugares conocidos.

DELIRIUM. Denota la incapacidad de la persona para pensar con rapidez, claridad y coherencia acostumbrada. Los síntomas incluyen desorientación, atención y concentración disminuida, alucinaciones visuales y auditivas incapacidad para registrar adecuadamente cualquier información y después recordarla.

DEMENCIA. Es un síndrome caracterizado por un deterioro cognitivo de causa orgánica que origina desadaptación social sin un indicador biológico genérico de su presencia. La evaluación neuropsicológica en las demencias es un elemento crucial para su diagnóstico, manejo

clínico e investigación, ya que los trastornos cognitivos constituyen en la mayoría de los casos el eje principal del cuadro clínico.

DEMENCIA VASCULAR. La Demencia Vascular es una forma de demencia causada por un número de síntomas asociados con enfermedades cerebrovasculares. Estas enfermedades pueden afectar la memoria y las habilidades del pensamiento, deteriorar habilidades motoras, y hacer que una persona experimente alucinaciones, ilusiones, delirios, o depresión.

DETERIORO INTELECTUAL. Es una amplia clasificación psicopatológica que indica una declinación del funcionamiento cerebral, particularmente de las capacidades de procesar (Pensamiento abstracto) y recordar (memoria).

DESORIENTACIÓN. La desorientación es la inhabilidad cognitiva en la cual los sentidos del tiempo, dirección, y reconocimiento llegan a ser difíciles de distinguir.

DIAGNÓSTICO. Proceso por el cual el medico determina que enfermedad tiene el paciente, por medio de una evaluación completa que considera todas las causas posibles. Un diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer u otra enfermedad relacionada, es el primer

paso para planear el tratamiento y la atención que necesita el paciente.

ENFERMEDAD DE ALZHEIMER. La enfermedad de Alzheimer es una enfermedad progresiva y degenerativa que ataca el cerebro y genera como consecuencias: limitaciones de la memoria, el razonamiento y el comportamiento.

ENFERMERÍA. Tiene como única función ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuya a su salud o recuperación (o una muerte tranquila) que realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, voluntad o conocimiento necesario, haciéndolo de tal modo que se le facilite su independencia lo más rápido posible.

EVALUACIONES. Los médicos utilizan un proceso de evaluaciones para medir de la capacidad emocional, mental y social del paciente y así llegar a un diagnóstico y establecer en que etapa de la enfermedad está el paciente.

FUNCIONES COGNITIVAS. Son las funciones que intervienen en los procesos de aprendizaje, conocimiento o intelectuales. Las usamos para pensar, planear, recordar y ordenar la información. En sentido amplio podrían tomarse como equivalentes a las funciones mentales o intelectuales.

GNOSIA. Es la capacidad intelectual que desarrolla el sujeto para reconocer forma unimodal (Auditiva, Visual o táctil) o multimodal (Audio visual, audio táctil) el mundo que lo rodea. Dicho proceso se realiza a través de los analizadores someto-sensoriales. Para que se lleve a cabo es necesario que participen las demás funciones intelectuales y sean mediatizadas por el lenguaje.

GRUPOS DE APOYO. Es un espacio en donde personas que viven una situación similar se reúnen para interactuar, informarse y compartir experiencias y opiniones en torno al problema básico. Su objetivo es brindar información adecuada sobre la enfermedad, los progresos de la información médica, y estrategias del manejo en el hogar.

IMÁGENES POR RESONANCIA MAGNÉTICA. Diagnóstico y técnica de investigación que usa campos magnéticos para generar una imagen computarizada de las estructuras internas en el cuerpo; las MRI son muy claras y particularmente buenas para la formación de imágenes del cerebro y de tejidos blandos.

IMITACIÓN. Es la reproducción de ciertos fenómenos, como una postura, un gesto o un acto. La imitación se produce en los seres humanos y en los animales. En el hombre, la mayoría de las

conductas y comportamientos sociales, como la educación, las tradiciones y costumbres, o la moda, se basan en la imitación.

INCONTINENCIA URINARIA. Es la pérdida del control vesical e implica un importante impacto psicológico y social y puede afectar gravemente el estilo de vida del paciente. Las causas son múltiples, entre las que destacan la inestabilidad del detrusor (vejiga espástica), incontinencia por esfuerzo, la impactación fecal en pacientes de edad avanzada o simplemente una incontinencia falsa (funcional).

JUICIO. Es el reflejo de las conexiones entre los objetos y los fenómenos o alguna de sus cualidades. Es la enunciación de algo acerca de algo la afirmación o la negación de algunas de las relaciones entre los objetos y los fenómenos entre unos y otros de sus caracteres.

MEMORIA. Es la función cerebral resultado de conexiones sinápticas entre neuronas mediante la que el ser humano puede retener experiencias pasadas. Los recuerdos se crean cuando las neuronas integradas en un circuito refuerzan la intensidad de las sinapsis.

Se clasifica, convencionalmente, en memoria a corto plazo (consecuencia de la simple excitación de la sinapsis para reforzarla o sensibilizarla transitoriamente) y memoria a largo plazo (consecuencia de un reforzamiento permanente de la sinapsis gracias a la activación de ciertos genes y a la síntesis de las proteínas correspondientes).

MIOCLONIA. Es la contracción brusca, breve e involuntaria, que afecta a un fascículo muscular, un músculo o un grupo de músculos, determinando o no un efecto motor. Es característica su relación directa con estímulos externos de tipo sensitivo (cutáneos, musculares) y sobre todo sensoriales (luminosos, auditivos).

PARANOIA. Se trata de pensamientos de sospecha, y desconfianza no basados en la realidad. Por ejemplo, el pensar que su cuidador le ha robado algo.

PENSAMIENTO ABSTRACTO. Es la habilidad de asumir un marco mental voluntariamente, de cambiar a voluntad de un aspecto de una situación a otra, de mantener presente simultáneamente varios aspectos de una situación, de asir lo esencial de un todo y de partir el todo en sus partes, de discernir las propiedades comunes, planear, asumir y pretender simulacros, y de pensar y actuar simbólicamente. La capacidad de pensamiento abstracto está generalmente deteriorada en pacientes con trastornos mentales y esquizofrenia.

PRUEBA MÍNIMA DEL ESTADO MENTAL (MMSE). Es un examen general o preliminar de las capacidades de una persona tales como memoria a corto plazo, memoria a largo plazo, orientación, idioma y escritura. Es una prueba, entre muchas, que hace el médico cuando esta evaluando el problema de la memoria de su paciente.

TAU. Proteína y componente principal de los filamentos helicoides pareados en nudos neurofibrilares; estas proteínas ayudan a mantener la estructura de los microtúbulos en las células nerviosas normales.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGÛERA Ortiz, Luis Fernando y cols. 100 Preguntas más frecuentes de la enfermedad de Alzheimer. Editores Médicos, Madrid, 2000. pp. 130

ALBA Romero, C. y cols. Actividades preventivas en los mayores en Atención Primaria. En internet: http://www.papps.org/recomendaciones_experto4.pdf. Madrid, 2003, pp. 16

AMES, D. Urinary Incontinence. Posgrad Med J. 71. Madrid, 1995. pp.10

BAÑOS I Diez, Josep-Eladi. Medición del dolor y el sufrimiento En personas con déficit de comunicación: Niños preverbales, ancianos con demencia y personas mentalmente discapacitadas. En internet: <http://www.fundacionmhm.org/pdf/Mono2/Articulos/articulo4.pdf> Madrid, 2004, pp. 39

BAZTÁN Brañas, Rexach Serra. Orientación y tratamiento del anciano con demencia en: Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud. En Internet <http://www.msc.es/farmacia/infmedic> Vol. 26, No. 3, 2002 pp.13

BUCHNER, D. Larson E. Falls And Fractures In Patients With Alzheimer – Type Demencia. En: JAMA 257:1987, p. 1492

CARNEVALI Doris, Maxime Patric. Tratado de enfermería geriátrica. Ed. Interamericana Mc Graw hill. México, 1988. pp. 990

Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. Canadian guide to clinical preventive health care. Canada communication Group, Ottawa, USA, 1994. pp 12

CARPENITO, Lynda. Planes de cuidados y documentación en enfermería. Diagnósticos de enfermería y problemas asociados. Mcgraw-Hill / Interamericana, Madrid, 1998. pp. 931

CASCABELOS, Juan Ramón. Enfermedad de alzheimer, etiopatogenia neurobiología y genética molecular, diagnostico y terapéutica. J.R. Prous Editores. Madrid, 1991. pp. 105

CULLEN, P. y cols. Desordenes alimenticios en la demencia En: Geriatric psychiatry USA, Vol. 12 , 5, 1997 pp. 6

CUMMINGS JL. The neuropsychiatric inventory: assessing psychopathology in dementia patients. Neurology No. 48 (supl 6), USA, 1997. pp.12

DEL SER QUIJANO, T. y Cols. Versión española del test de los 7 minutos. Datos informativos de una muestra poblacional de ancianos de más de 70 años. En Rev. de Neurología, Vol. 19, No. 7, México. p. 334-358

DEL SER QUIJANO, T. J. Peña. Evaluación neuropsicologica y funcional de la demencia. JR Prous Editores, Barcelona, 1994 pp.247

HERMES Pulido, Julieta. Rehabilitación en la demencia. En: Archivos de Neurociencias Suplemento I, Vol 11, México, 2006 pp.124

DONOSO A. y Cols. Demencia de tipo Alzheimer: experiencia clínica en 71 casos. Revista Médica de Chile No. 118, Chile, 1990. pp. 139

FERREIRO, C. Consideraciones sobre la ética y perfil profesional. En: Cuaderno de Bioética. Madrid, 1998;(2), pp. 28

GARCÍA, Claudia. Claudia Salazar. La familia de pacientes con demencia y grupos de apoyo. En: Archivos de Neurociencias Suplemento I, Vol 11, México, 2006 pp. 124

GARCIA Romero Jaime. Introducción a la metodología de investigación médica interdisciplinaria. Programa Universitario de Investigación en Salud. UNAM México, 1998. pp. 264

GÓMEZ Jarabo, Gregorio y Cols. Evaluación de la capacidad funcional
En Internet: http://www.biopsicologia.net/fichas/page_6017.html.
Madrid, 2003, pp. 5

GONZÁLES Más, Rafael. Enfermedad de Alzheimer, clínica, tratamiento y rehabilitación. Ediciones Masson. Barcelona, 2003, pp. 224

GUTIÉRREZ Luis Miguel. Síndrome de deterioro intelectual y procesos demenciales. Editada por la Fundación Mexicana para la Salud, México. 1996. pp.57

GUTIÉRREZ Robledo, L. M. y cols. Diagnostico de las demencias En: Archivos de Neurociencias, Suplemento I, Vol 11, México, 2006, pp. 124

HACKSPIEL, M. El cuidado de una vida humana. En: Cuaderno de Bioética. Madrid, 1991;1. pp. 160

TORRES Ferman, Irma y Cols. Cuidar a un enfermo ¿pesa?. La ciencia y el Hombre, Revista de Divulgación Científica y Tecnológica de la Universidad Veracruzana. Vol.19, No. 2, México, 2006. pp.4

HERMES Pulido, Julieta. Rehabilitación en la demencia. En: Archivos de Neurociencias Suplemento I, Vol 11, México, 2006. pp.124

HERNÁNDEZ, H. Gallardo B. Plan de cuidados de enfermería al paciente con hemorragia subaracnoidea. En Internet : <http://200.107.59.52:8080/bibliotecavirtual/ENFERMERIA/PDF/695ENFER2007.pdf> . Madrid, 2007. pp. 3

LOPEZ-Ibar, Aliño. DSM IV manual de diagnóstico y estadístico de los procesos mentales. Elsevier Masson. Madrid, 2002. pp.155

MAR DE PLATA, Eduardo Maber. Conviviendo con el alzheimer manual del cuidador. Madrid, 2000, pp.61

MICHELLI, Federico. Neurología. Panamericana, Argentina, 2000. pp. 512

MONTAÑÉS, P y Cols. Deterioro selectivo del lenguaje debido a degeneración temporal focal: análisis comparativo entre un caso de Afasia primaria progresiva y un caso de demencia semántica. En: Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria. Vol.15 Número 1. Colombia, 2001. pp. 24

MONTESANO Delfín Jesús Rafael. Manual de protocolo de investigación. Ed. AUROCH. México, 1999. pp. 158

MORALES-Virgen, Juan José. Luis Miguel Gutiérrez-Robledo. Epidemiología de las demencias en: Archivos de Neurociencias Suplemento I, Vol 11, México, 2006, pp. 124

OSORNO, Diego Andrés, Leonilde Inés Morelo. Inestabilidad, caídas e inmovilidad en el anciano. En Internet: <http://www.facultadsalud.unicauca.edu.co/fcs/2006/marzo/Inestabilidad.pdf>. 2006 pp. 18

PÉREZ Del Molino, J, MT Valencia Isarch. Incontinencia Urinaria. En Guillén Llera F, Pérez del Molino J y Martín J. Ed. Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico. Masson SA. Barcelona, 1994, pp. 191

PICHARDO-Fuster, Armando y Cols. Comorbilidad en los pacientes con Demencia. En: Archivos de Neurociencias Suplemento I, Vol 11, México, 2006 pp. 124

RODRÍGUEZ, Carmen. Cuidados enfermeros en la atención a las demencias. En Internet: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/seegg-cuidados-01.pdf>. Madrid, 2003. pp. 25

ROMÁN García, Maria Montaña. Manual del cuidador de enfermos de EA. Madrid, 2005. pp. 220

SANDOVAL, Luis y Cols. Caídas en el adulto mayor: estudio de una serie de pacientes de consultorio externo de medicina del hospital nacional cayetano heredia. En: Rev Med Hered, vol.7, no.3, Madrid, 1996, pp.119, ISSN 1018-130X.

SCHNELLE, J. F Leung. Incontinencia fecal y urinaria en los Geriátricos En: Gastroenterology, 126, Supl. 1, USA, 2000 pp. 441

VELÁSQUEZ Arellano Antonio. La salud en México y la investigación clínica. Imprenta universitaria. UNAM. México, 1985. pp. 147

PERTENECIENTE AL MEGAPROYECTO:

Nuevas estrategias epidemiológicas genómicas y proteómicas en salud pública

SUBPROYECTO:

Modelo de Enfermería para la Atención Preventiva y Terapéutica de
Personas con Enfermedad de Alzheimer

Registro Facultad de Medicina UNAM: SDEI.PTID.05.5

Registro Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO) UNAM:
020

Becaria de Especialidad en Enfermería Neurológica. *Escuela
Nacional de Enfermería y Obstetricia-UNAM