

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA
ESPECIALIZADA EN EL ADULTO MAYOR EN LOS PACIENTES CON
DEMENCIA TIPO ALZHEIMER EN EL HOSPITAL CENTRAL SUR DE
PETROLEOS MEXICANOS EN MÉXICO, D.F.**

TESINA

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA DEL ADULTO MAYOR**

PRESENTA

MARIA LUISA RAMÍREZ ESTUPIÑAN

**CON LA ASESORÍA DE LA
DRA. CARMEN L. BALSEIRO ALMARIO**

México, D.F.

Septiembre del 2008.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A la Doctora Lasty Balseiro Almario 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 de la UNAM, por las enseñanzas recibidas en la especialidad de atención del adulto Mayor a través de sus excelentes maestros.

A las autoridades de la Gerencia de Prevención Medica de Petróleos Mexicanos, por las facilidades otorgadas en la realización de esta tesina.

DEDICATORIAS

A mis padres: Candelaria Estupiñan Órnelas y al Sr. Lázaro Ramírez Cazares, por el apoyo y la confianza que siempre me brindaron durante toda mi vida y por los principios de la superación personal y profesional que me permitieron alcanzar los objetivos trazados.

A mis hermanos: quienes han sido uno de los motores de superación en mi carrera.

A mis amigos y compañeros quienes de trabajo, que estuvieron apoyándome en toda la especialidad, hasta culminar esta meta.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	1
1. <u>FUNDAMENTACIÓN DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN</u>	3
1.1. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMA	3
1.2. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	5
1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA TESINA	6
1.4. UBICACIÓN DEL TEMA	6
1.5. OBJETIVOS	7
• General	7
• Específicos	7
2. <u>MARCO TEÓRICO</u>	9
2.1. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA EN EL PACIENTE CON DEMENCIA TIPO ALZHEIMER.	9
2.1.1. Conceptos básicos:	9
- De demencia	9
- De demencia tipo Alzheimer	10
2.1.2. Etiología de la demencia tipo Alzheimer.	10

2.1.3. Fisiopatología de demencia tipo Alzheimer	11
- Las placas seniles y las redes neurofibrilares	12
2.1.4. Epidemiología de demencia tipo Alzheimer	14
- Efectos de la enfermedad	14
- Factores de riesgo	15
2.1.5. Estadíos de la demencia tipo Alzheimer	16
- Temprano	16
- Moderado	17
- Avanzado	18
2.1.6. Cuadro clínico de demencia tipo Alzheimer	19
- Características conductuales	19
• Estadío 1	19
• Estadío 2	20
• Estadío 3	20
- Características afectivas	21
• Estadío 1	21
• Estadío 2	21
• Estadío 3	22
- Características cognitivas	22
• Estadío 1	22
• Estadío 2	23
• Estadío 3	24
- Características fisiológicas	24

• Deterioro de SNC	25
• Cambios fisiopatológicos	25
- Características socioculturales	26
2.1.7. Diagnóstico de la demencia tipo Alzheimer	26
- Diagnóstico diferencial	26
- Valoraciones geriátricas	27
2.1.8. Tratamiento de demencia tipo Alzheimer	28
- Medicamentos utilizados en la demencia tipo Alzheimer	28
• Donepecilo	29
• Rivastigmina	29
• Galantamina	29
• Tacrina	30
• Memantadina	30
• Suplementos alimenticios	31
2.1.9. Acciones de Enfermería en pacientes con demencia tipo Alzheimer	31
- Al paciente	31
- A la familia	31
- Supervisión continúa	32
- Comunicación con el paciente	32
- Detección de deterioro cognitivo	33
• Estimulación sensorial	33

- Reversión de la incapacidad	33
- Deterioro emocional	34
- Trastornos del sueño	34
- Actividades de la vida diaria	35
• En el exterior de la casa	35
• Dentro de la casa	35
• En el baño	36
• En el auto	37
- Problemas en la alimentación	37
- Terapia de orientación a la realidad	37
- Recomendaciones generales	38
3 <u>METODOLOGÍA</u>	42
3.1 VARIABLES E INDICADORES	42
3.1.1 Indicadores de la variable	42
3.1.2 Definición operacional	43
3.1.3 Modelo de relación influencia de la variable	45
3.2 TIPO Y DISEÑO DE TESINA	46
3.2.1 Tipo de tesina	46
3.2.1 Diseño de tesina	47
3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN UTILIZADOS	48
3.3.1 Fichas de trabajo	48
3.3.2 Observaciones	48

<u>4 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</u>	49
4.1 CONCLUSIONES	49
4.2 RECOMENDACIONES	55
<u>5 ANEXOS Y APENDICES</u>	67
<u>6 GLOSARIO DE TERMINOS</u>	95
<u>7 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</u>	113

INTRODUCCIÓN

La presente investigación documental tiene por objeto analizar la variable intervenciones de enfermería especializada en los pacientes con Demencia tipo Alzheimer, en el Hospital Central Sur de PEMEX, en México, D.F.

Para realizar tal análisis se ha planeado desarrollar en esta investigación documental, en el primer capítulo, la Fundamentación del tema de investigación, que contiene diversos apartados de importancia, entre los que están: Descripción de la situación problema, identificación del problema, justificación de la investigación documental, ubicación del tema de estudio y los objetivos.

En el segundo capítulo se presenta el Marco teórico de la variable intervenciones de enfermería especializada en los pacientes con Demencia tipo Alzheimer, en el Hospital Central Sur de PEMEX en donde se ubicarán los elementos teórico metodológicos de la enfermería especializada que fundamentan esta tesina. Es decir el Marco teórico reúne las fuentes primarias de autores que apoyan tanto la situación problema, como los objetivos.

En el tercer capítulo se ubica la Metodología que incluye la variable cuidados de enfermería especializada en los pacientes con Demencia tipo Alzheimer y también se incluyen en este capítulo, las técnicas de investigación utilizadas entre las que están: las fichas de trabajo y la observación.

En los últimos capítulos: cuarto, quinto, sexto y séptimo, se dan a conocer las conclusiones y recomendaciones, los anexos y apéndices, el glosario de términos y las referencias bibliográficas respectivamente. Es de esperarse que al culminar esta tesina se pueda tener un panorama más general de lo que significa la enfermería especializada en el adulto mayor con demencia tipo Alzheimer y con ello, resolver en parte, la problemática estudiada.

1. FUNDAMENTACIÓN DEL TEMA DE TESIS

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMA

El Hospital Central Sur de Petróleos Mexicanos, es una organización de salud de tercer nivel de atención que se dedica a prestar servicios, tanto de medicina general, como de alta especialidad, a todos los derechohabientes de PEMEX, en las áreas de prevención, curación y rehabilitación (Ver anexo N° 1: el Hospital Picacho de Pemex). En este hospital para brindar esta atención, existen diferentes tipos de personal, entre los que están: personal médico, paramédicos, de diagnóstico y tratamiento, de servicios generales y servicios administrativos. Destaca de manera importante el personal de enfermería como parte del personal paramédico en diferentes categorías y funciones.

Con 20 años de experiencia profesional de enfermería dentro de los servicios de Petróleos Mexicanos se puede determinar que la esperanza de vida de la población derechohabiente es superior a la de la población del país en general. Esto puede ser debido al estilo de vida; las condiciones en el trabajo, la vivienda, el vestido, alimentación, higiene y educación. Si bien esto es una forma general de beneficios para la salud del derechohabiente de PEMEX no lo es tanto en la salud mental, debido a que también PEMEX tiene una población vieja con los problemas inherentes a la edad avanzada (Ver anexo N° 2: Adultos mayores del Hospital de Pemex).

La población derechohabiente de Petróleos Mexicanos tiene entre las principales causas de morbilidad; la diabetes, la hipertensión, problemas

de cáncer entre los que destacan: el cáncer de mama, de próstata y cérvico uterino. Sin embargo, y uno de los padecimientos de los cuales no se tiene conocimiento en esta institución, son los problemas del adulto mayor, ya que no se cuentan con estudios en donde se vea reflejado el estado actual de los hombres y mujeres mayores de 65 años y sobre todo, de los problemas de deterioro cognitivo que estos desarrollan y que también son una causa de atención médica frecuente en el Hospital Central Sur de Petróleos Mexicanos.

En el año 2006, se reconoció como especialidad de enfermería en Pemex, la atención para el paciente adulto mayor, pero en el Hospital Central Sur de Petróleos Mexicanos en la actualidad se tiene una plantilla de muy pocas enfermeras especialistas en el cuidado del adulto mayor, para brindar estos cuidados con calidad y sobre todo, encaminados a las necesidades reales de estas personas en donde se ha descuidado un área específica como es el deterioro cognitivo hasta evolucionar en demencia. Se sabe que estos cuidados son esenciales para que el adulto mayor sea capaz de mantener el sentido del ambiente circundante para así responder en forma apropiada y satisfacer sus necesidades de la vida diaria (Ver anexo N° 3: Enfermera especialista con un adulto mayor).

Por ello, el personal de enfermería especialista en el adulto mayor del Hospital Central Sur de Petróleos Mexicanos, debe entonces de evaluar el deterioro cognitivo, que puede ser un signo o resultado de múltiples trastornos, algunos de ellos tratables, en cuyo caso,

algunos de sus síntomas son reversibles, mientras que otros no lo son y requieren un cuidado especial para ayudar al paciente a funcionar lo

mejor posible. La determinación de la causa del deterioro puede tener una importancia crítica para el bienestar a largo plazo del paciente y algunos trastornos primarios que provocan un deterioro cognitivo comprenden la ansiedad, el delirio, la depresión y la demencia como la de tipo Alzheimer.

De hecho, se sabe que la demencia es una pérdida progresiva de la función cognitiva, caracterizada por una disminución de la memoria, el pensamiento, el juicio y la resolución de problemas. Así, la capacidad para comunicarse se deteriora y el individuo se vuelve cada vez más dependiente de los demás a la hora de realizar incluso las tareas más simples de la vida diaria. Por ello, es sumamente importante contar con personal de enfermería especializado en esta área para coadyuvar en la atención de éstos pacientes. (Ver anexo N° 4: Adultos mayores con demencia).

1.2 IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

La pregunta fundamental eje de esta tesina es:

¿Cuál es la intervención de enfermería especializada en los pacientes con Demencia Tipo Alzheimer, en el Hospital central Sur de Petróleos Mexicanos, en México, D.F.?

1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA TESINA

La presente tesina se justifica ampliamente por varias razones: En primer lugar se justifica porque hay pocas investigaciones de la enfermería especializada en el Adulto Mayor que tengan que ver con la Demencia Tipo Alzheimer en el Hospital Central Sur de Petróleos Mexicanos.

En segundo lugar esta tesina se justifica porque se pretende diagnosticar e implementar el cuidado especializado de enfermería en el paciente con demencia Tipo Alzheimer. Por ello, en esta tesina se propone a partir de este diagnóstico, diversas medidas de enfermería especializadas del paciente con demencia Tipo Alzheimer.

1.4 UBICACIÓN DEL TEMA DE ESTUDIO.

El tema de la presente tesina se ubica en las disciplinas de Psiquiatría, Geriatria, Gerontología y de Enfermería.

Se ubica en la Geriatria y Gerontología porque son las disciplinas que estudia el deterioro global de las funciones en el adulto mayor que incluyen; memoria, disminución en la capacidad de solución de problemas de la vida diaria, disminución del desempeño de habilidades sociales, falta de control de relaciones emocionales. Por ello, la Geriatria y la Gerontología tratan de evitar el estrés psicológico del adulto mayor en un ambiente de terapéutica ocupacional y asistencia sociopsicológica.

Se ubica en la enfermería porque por medio de la enfermería especializada se establecen los cuidados específicos dirigidos a la seguridad del paciente, a las actividades de la vida diaria, a la nutrición, la medicación y a la enseñanza de la familia sobre los pacientes con demencia tipo Alzheimer.

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 General

Analizar las intervenciones de enfermería especializada en los pacientes con demencia Tipo Alzheimer, en el Hospital Central Sur de Petróleos Mexicanos, en México, D.F.

1.5.2 Específicos

- Identificar las principales funciones y actividades de la enfermería especializada en el adulto mayor que permitan guiar las acciones de las enfermeras de esta especialidad para lograr que la atención que se brinda a los pacientes con demencia Tipo Alzheimer sea de calidad y calidez humana.

- Proponer diversos lineamientos en los cuidados de enfermería del Adulto Mayor para que los pacientes con demencia Tipo Alzheimer, puedan tener los cuidados específicos especializados que requieran en sus cuidados.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL ADULTO MAYOR CON DEMENCIA TIPO ALZHEIMER

2.1.1 Conceptos básicos.

- De demencia

La demencia puede ser definida como un síndrome caracterizado por deterioro adquirido y persistente de la función intelectual, con afectación de al menos tres de las siguientes áreas: la actividad mental, lenguaje, memoria, habilidades visoespaciales trastornos emocionales o de la personalidad y trastornos cognitivos (abstracción, cálculo, juicio, etc.). La frecuencia en la presentación de la demencia es aproximadamente de un 5% en las personas mayores de 65 años, aumentando este porcentaje hasta un 20% a partir de los 80años¹.

En PEMEX no se cuenta con estadísticas en donde se pueda determinar la frecuencia en las enfermedades del adulto mayor sobre todo en la detección de trastornos cognitivos.

Estos deterioros demenciales ocurren en ausencia de gran obnubilación de la conciencia. Es decir, una pérdida progresiva de la función cognitiva caracterizada por una disminución de la memoria, el pensamiento, el juicio y la resolución de problemas. Además, la capacidad para comunicarse se deteriora y el individuo se vuelve cada

¹ SALGADO, Alberto y Francisco Guillén. Manual de Geriatría. Ed. Ediciones Científicas y Técnicas. México, 1997. p. 430.

vez más dependiente de los demás a la hora de realizar incluso, las tareas más simples de la vida diaria (Ver anexo N° 5: Paciente con demencia tipo Alzheimer).

- De demencia Tipo Alzheimer

En 1901, el profesor Alois Alzheimer conoció a Auguste D., quien fue internada en un hospital de Frankfurt porque a los 51 años comenzó “a celar a su esposo”. Posteriormente presentó deterioro de la memoria, desorientación, alucinaciones y delirio. Al morir en 1906, el cerebro de esta paciente fue revisado por Alzheimer. Sus observaciones fueron presentadas en la reunión de Psiquiatras de Alemania, en donde reportaron el depósito de pequeñas y numerosas placas de una peculiar sustancia en las capas superiores del cerebro; hallazgos que lo enfrentaba a una nueva forma de demencia presenil igualmente peculiar². El principal mérito del Dr. Alzheimer fue el haber hecho la correlación clínico-patológica, de esta forma de demencia que ahora lleva su nombre.

2.1.2 Etiología de la demencia tipo Alzheimer

Las causas posibles de la demencia son muchas, pero la mayor parte de los casos coinciden en que es una enfermedad degenerativa del sistema nervioso central. Los estudios de

² AVILA F; Alberto *¿Qué hay detrás de la enfermedad de Alzheimer?: revisión de su fisiopatología.* En la Revista de investigación clínica del INCMSZ. México, 2004. p. 375.

necropsias en pacientes con demencia, atribuyen un 70% de casos a la demencia de Alzheimer, ya sea sola (50%) o en combinación con demencias por infartos múltiples (20%), otros (15%) se atribuyen a la demencia a causa de infartos múltiples. El resto, sufren de otras enfermedades diferentes menos comunes, pero sin embargo, importantes y en algunos casos en potencia, reversibles. Así, el cerebro es afectado de maneras diferentes, pero la manifestación final es una insuficiencia neuronal y demencial³.

En PEMEX las causas de muerte por problemas del Sistema Nervioso Central registradas en el año 2007 fueron 26 casos, de los cuales estuvieron en primer lugar las meningitis, en segundo lugar, enfermedad de Huntington (enfermedad de las neuronas motoras) y enfermedad de Parkinson. El Alzheimer aparece junto a la Esclerosis múltiple y encefalopatías.

2.1.3 Fisiopatología de la demencia la Alzheimer.

El Tipo Alzheimer, es el tipo más común de demencia. Puede ocurrir en la edad avanzada a mayores de 65 años de edad ó antes de este período menores de 65 años de edad aunque es raro que se observe por debajo de los 50 años de edad. El término de “enfermedad de Alzheimer” se reservaba para casos preseniles, en tanto que la “demencia senil tipo Alzheimer” se usaba para

³ SALGADO, Alberto y Francisco Guillén. op cit. p. 430.

pacientes de más de 65 años de edad. En la actualidad se usa con más frecuencia el término “demencia tipo Alzheimer”. Sin embargo, hay razón para creer que puede hacerse una distinción, por ejemplo, entre la frecuencia de progresión de la demencia en grupos de sujetos “más jóvenes” y “más ancianos”. Ahora se piensa que hay dos formas, si no tipos, de demencia Alzheimer: uno tiene una evolución intensa con un resultado rápidamente mortal, y ocurre en casos de comienzo temprano y el otro tiene una evolución menos grave con un pronóstico menos malo y se da en casos de aparición tardía⁴.

La demencia Alzheimer no se diagnostica con certeza durante la vida excepto mediante la biopsia cortical. Por tanto, en la mayor parte de casos, se diagnostican en la necropsia por la demostración de placas seniles y redes neurofibrilares en toda la corteza cerebral. Además, lesiones granuvacuolares y cuerpos de Hirano –aunque se limitan al hipocampo- se observan con más frecuencia que en la edad avanzada normal.

- Las placas seniles y las redes neurofibrilares

Las placas seniles son placas neuríticas con estructura compleja que contienen amiloide, terminales sinápticas en degeneración y axones. En la demencia Alzheimer se observan en toda la corteza cerebral.

Las redes neurofibrilares son neuronas anormales en las cuales se

⁴ T.J. M. Vander Cammen y Cols. Manual Clínico de Geriatria. Ed. Manual Moderno. México, 1994. p. 39.

acumulan filamentos helicoidales en pares en el soma neuronal y axones. En la demencia Alzheimer se observan en el hipocampo, amígdala, parte media de lóbulos temporales y corteza frontal.

La degeneración granuvacuolar significa que están presentes vacuolas intracelulares en las neuronas piramidales del hipocampo; cada vacuola contiene un solo gránulo central de 1 a 2 μm . Los cuerpos de Hirano son estructuras eosinófilas alargadas en el hipocampo⁵.

La “hipótesis colinérgica” de la demencia Alzheimer puede describirse como sigue: “el daño al sistema colinérgico ascendente es una determinante importante de las pérdidas funcionales que se observan en la demencia Alzheimer”. La acetilcolina, es probable que sea el principal transmisor que interviene en la actividad neuronal más alta, disminuye debido a reducciones apreciables en la actividad de la enzima acetiltransferasa de colina (ATCo, la cual sintetiza la acetilcolina) en la corteza cerebral de pacientes con demencia Alzheimer. Este déficit colinérgico, que determina la actividad de la ATCo, afecta en especial al hipocampo, amígdala y corteza temporal.

En el Hospital Central Sur y en general en el sistema de Pemex, no se han realizado estudios en donde se pueda definir que tipo de demencia presentan los pacientes que han muerto por este tipo de patología, por lo que el diagnóstico final relaciona la enfermedad de Alzheimer con la esclerosis múltiple.

⁵ Id.

2.1.4 Epidemiología de la demencia tipo Alzheimer.

Se estima que de 1 al 5% de las personas entre 60 y 65 años tienen enfermedad Alzheimer y la incidencia aumenta a razón de 0.5% por año. Desde esa edad hasta 8% por año; después de los 85 años por lo que entre 40 y 50% de los ancianos mayores de 90 años tendrán esta forma de demencia. La distribución de la enfermedad de Alzheimer es mundial pero predomina en Norteamérica y Europa⁶ (Ver anexo N° 6: Pacientes de Europa con Alzheimer).

La diferencia en la prevalencia probablemente se debe al mal registro que hay en los países subdesarrollados. En México, hasta el año 2001, no se consideraba la enfermedad de Tipo Alzheimer dentro de las primeras 20 causas de muerte, aunque es tan importante como la enfermedad vascular cerebral.

- Efectos de la enfermedad.

Además de acortar la expectativa de vida, la enfermedad Alzheimer causa gran incapacidad y provoca gastos calculados entre 60 mil millones y 100 mil millones de dólares anualmente para su atención, por lo que la búsqueda de la posible causa es primordial.

⁶ AVILA F; Alberto. op. cit. p. 376.

- Factores de riesgo

Se han propuesto diversos factores que parecen interactuar de forma todavía no bien comprendida con el genotipo $\epsilon 4$ de la ApoE y modifican el riesgo relativo de presentar la enfermedad tipo Alzheimer tales como: el género femenino, la hipolipidemia, una infección previa por el virus del herpes simple tipo 1 e historia de trauma craneal, además de bajos niveles de fosfatos, vitaminas B12 y a la elevación de los niveles de homocisteína. Otros posibles factores de riesgo incluyen el bajo nivel educativo, el bajo ingreso económico y los factores ambientales no reconocidos⁷.

En contraparte, también se reportan algunos factores "protectores" contra la enfermedad de Alzheimer en los que se incluyen: el alto nivel educativo (el cual parece más bien retrasar el diagnóstico por el uso de estrategias compensadoras), el uso de antiinflamatorios no esteroides, el consumo moderado de vino y el elevado consumo de pescado en la dieta. De igual forma varios estudios longitudinales han sugerido el papel protector de los estrógenos en mujeres con tratamiento hormonal sustitutivo. A estas hormonas se les han atribuido propiedades neurotróficas en el sistema colinérgico, además de poder aumentar las sinapsis en las células del hipocampo, aumento en el número de receptores N-metil D-aspartato y actividad antioxidante⁸ (Ver anexo N° 7: Adulto mayor en capacitación).

⁷ Id.

⁸ AVILA F; Alberto, op. cit. p. 377.

2.1.5 Estadíos de demencia tipo Alzheimer.

- Temprano

El estadío temprano se caracteriza por una amnesia anterógrada leve, y una anosognosia (en donde no reconoce el deterioro de la memoria), hay problemas visoespaciales, incapacidad para copiar figuras geométricas tridimensionales, ensamblar bloques, deterioro de cálculo, del juicio y de la capacidad para identificar su propia enfermedad (insigh), disminución de la comunicación, no afección del habla y dificultad para encontrar las palabras apropiadas⁹.

Además, la persona afectada repite conversaciones y hace preguntas sobre situaciones muy conocidas de la vida cotidiana (Ej. ¿A qué horas se duerme en esta casa?). También se conserva la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria con poca o ninguna ayuda.¹⁰ Uno de los síntomas iniciales en el Estadío temprano, es el trastorno de la memoria reciente de forma episódica, acompañada de fallas en orientación espacial y en memoria topográfica, sufriendo en ocasiones “despistes”.

Pueden aparecer en esta primera fase trastornos fásicos del tipo de afasia nominativa con dificultad para nombrar partes de objetos, así como signos de apraxia constructiva gráfica y dificultades en el reconocimiento visual de imágenes mezcladas y en la autotopognosia

⁹ LUNA, Leonor y Clemencia de Reyes. El anciano de hoy. Ed. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, 1998. p. 220.

¹⁰ SALGADO, Alberto y Francisco Guillén. op. cit. . p. 430.

digital. Son frecuentes en esta fase los trastornos afectivos, con tendencia a la depresión y a la labilidad emocional, así como ocasionalmente irritabilidad y cambios de carácter¹¹ (Ver anexo N° 8: Adulto Mayor con depresión).

- Moderado

En este estadio la amnesia aumenta y el anciano tiene dificultad para identificar rostros conocidos, sufre el deterioro en la comprensión del lenguaje y empieza a tener dificultad para hallar las palabras correctas (anomia) y para definir palabras, conceptos y tareas semejantes, alteraciones del sueño, dificultad para andar y para escribir, así como desorientación temporo-espacial. Además, pueden presentarse manifestaciones como agitación e ilusiones, siendo las únicas formas de expresar dolor o discomfort, por lo que requiere ayuda para bañarse y vestirse¹². En este estadio se produce una tendencia al retraimiento y a la indiferencia afectiva, aunque pueden aparecer cuadros de tipo psicótico paranoide, con alucinaciones y delirios persecutorios.

¹¹ Id.

¹² LUNA, Leonor y Clemencia de Reyes. *op. cit.* p. 220.

- Avanzado

En este estadio se acentúa la dificultad para hablar, caminar y vestirse. Está catalogado como estadio terminal en el cual el anciano se torna completamente mudo. Se genera el síndrome de inmovilización, incontinencia fecal y urinaria, incapacidad para aprender conceptos nuevos o formular recuerdos y reducción significativa del lenguaje¹³. En este estadio se observa el uso de sólo una o dos palabras con frecuente agitación, ignoran a las personas que se encuentran a su alrededor, hay incapacidad para reconocer al cuidador y hay necesidad de mucha ayuda para realizar las actividades cotidianas¹⁴.

En este período resulta difícil comunicarse con el paciente, presentando este un deterioro intelectual amplio y global. Son frecuentes en este período las dobles incontinencias, así como los trastornos en la alimentación, con crisis de bulimia o anorexia y en ocasiones con dificultad en la deglución y masticación por afectaciones praxicas. Son frecuentes en esta fase, asimismo, los signos de liberación frontal como la presión forzada, los movimientos estereotipados y los reflejos periorales exagerados. La marcha y el equilibrio pueden estar afectados, reduciendo al paciente a la invalidez y a la vida vegetativa. En estos últimos periodos, que cada vez son más frecuentes dada la mayor supervivencia temporal de las demencias, se requiere una mejor

¹³ LUNA, Leonor y Clemencia de Reyes. op. cit. p. 221.

¹⁴ Id.

atención médica no solo en este periodo, sino, desde las fases iniciales¹⁵ (Ver anexo N° 9: Atención a los adultos mayores).

2.1.6 Cuadro Clínico de la Demencia tipo Alzheimer.

- Características conductuales

- Estadío 1

Los cambios más notables en la conducta durante el estadío 1 son la dificultad para realizar las tareas complejas. Las personas que sufren de la enfermedad de Alzheimer son incapaces de hacer el balance en cuentas, ni de planificar una dieta equilibrada. Pueden tener dificultad en recordar comprar los suministros necesarios para la casa o a responder a los diferentes horarios dentro del hogar. En el trabajo, la capacidad de planificar un conjunto de conductas dirigidas a objetivos está seriamente limitada, dando como resultado el faltar a citas y a dar informes verbales o escritos, ya que estarán incompletos. El aspecto personal empieza a declinar y se necesita ayuda para seleccionar la ropa adecuada para la estación o un acontecimiento en particular. Durante el estadío 1, estas personas reconocen que están confusas y asustadas por lo que está pasando.

¹⁵ SALGADO, Alberto y Francisco Guillén. op. cit. p. 432.

- Estadío 2

En el estadío 2, la conducta se deteriora marcadamente y a menudo es socialmente inaceptable y vergonzante para la familia y amigos. La conducta de vagar tiene un peligro para estas personas, porque se pierden fácilmente y son incapaces de volver a casa¹⁶. Durante este Estadío, los pacientes necesitan ayuda con las técnicas motoras de usar el cuarto de baño y bañarse adecuadamente. Además de la ayuda para seleccionar la ropa, necesitan ayuda para vestirse. La conducta en este estadío se caracteriza por actos continuos y repetitivos que no tienen significado ni dirección. Esta conducta repetitiva puede incluir: lamerse los labios, golpear los dedos y dar pasos.

- Estadío 3

En el estadío 3 de la enfermedad de Alzheimer, se desarrolla un síndrome como el Klüver-Bucy. Esto incluye la continuación de la hiperoralidad y el desarrollo de bulimia. La conducta se caracteriza también por hiperetamorfosis, que es una necesidad de tocar y examinar compulsivamente todo objeto del entorno; hay un deterioro agudo en la capacidad motora que progresa desde la incapacidad de caminar a la incapacidad de sentarse, hasta la incapacidad de incluso sonreír¹⁷ (Ver anexo N° 10: Adultos mayores en el estadío 3 de la enfermedad).

¹⁶ COOK, Sue y Karen Lee Fontaine. Enfermería Psiquiátrica. Interamericana, México, 1993. p. 631.

¹⁷ Id.

- Características Afectivas

- Estadío 1

En el estadío 1 de la enfermedad Alzheimer, puede producirse ansiedad y depresión cuando las personas afectadas se dan cuenta y tratan de afrontar los notables déficits. No es infrecuente que experimenten sentimientos de desempeño, frustración y vergüenza en relación con su déficits. El diagnóstico de una depresión concomitante es importante porque la depresión puede empeorar los síntomas de demencia. A los que están en el estadío 1 de Alzheimer les falta espontaneidad en la comunicación verbal y no verbal. Como resultado de una huída elegida o forzada de los contactos sociales, puede sobrevenir un afecto apático.

- Estadío 2

En el estadío 2, hay un aumento de la labilidad de las emociones desde un afecto desinflado hasta períodos de marcada irritabilidad. Los delirios de persecución pueden precipitar sentimientos de miedo intenso. Las reacciones catastróficas, que resultan de la disfunción cerebral subyacente, se ven comúnmente. Como respuesta a las situaciones de cada día, la persona hiperreacciona explotando con ira o llorando súbitamente.

- Estadío 3

Al progresar la enfermedad hacia el estadío 3, la respuesta a los estímulos ambientales continua disminuyendo hasta que la persona no responde en absoluto¹⁸.

- Características cognitivas

- Estadío 1

El principal déficit cognoscitivo en el estadío 1 es el deterioro de la memoria como una disminución en la concentración, un aumento en la distractibilidad y una apariencia de mente ausente. También disminuye la capacidad de hacer juicios correctos, la desorientación en el tiempo se produce con el mantenimiento de la orientación en persona y lugar. Los delirios transitorios de persecución pueden desarrollarse como respuesta a la afectación de la memoria. La persona puede decir frases tales como “me escondes las llaves. Se que no quieres que pueda salir de casa y conducir o ¿dónde están mis zapatos?, o bien: Tu no quieres que salga y me divierta”.

¹⁸ Id.

- Estadío 2

En el estadío 2 de la enfermedad Alzheimer hay una pérdida progresiva de memoria, que incluye a la memoria remota. La nueva información no puede ser retenida, y no hay recuerdo de lo que ocurrió hace 10 minutos o 1 hora. La pérdida de la memoria remota se ve cuando no hay reconocimiento de los miembros de la familia ni recuerdos de los acontecimientos significativos del pasado. La confabulación, el llenar estos vacíos de la memoria con información imaginaria, es un intento de distraer a los demás de que observen el déficit. La comprensión del lenguaje, las interacciones y el significado de los objetos se disminuyen grandemente¹⁹.

El significado de las palabras comunes o el propósito de los objetos domésticos comunes puede no ser entendido. Durante este estadío, la persona se vuelve completamente desorientada en las tres esferas de: persona, tiempo y lugar.

Al avanzar la enfermedad, hay una afasia cada vez mayor, que empieza con la incapacidad de encontrar las palabras y finalmente limita a la persona a unas seis palabras. Concurrentemente se desarrolla la incapacidad de dar un significado a los aportes sensoriales. La agnosia auditiva es la incapacidad de reconocer los sonidos familiares tales como el timbre de la puerta, el sonido del teléfono, o un perro que ladra.

¹⁹ Ibidem. p. 631

La agnosia táctil, llamada astereognosia, se produce cuando la persona es incapaz de identificar objetos familiares puestos en su mano tales como un peine, un lápiz o un pincel. La agnosia visual, denominada alexia, se produce cuando la persona puede ver una sartén, un teléfono, o un cepillo de dientes y no tener idea de que hacer con esos objetos.

- Estadío 3

En el estadío 3 de la enfermedad de Alzheimer, hay una completa falta de funcionamiento cognoscitivo. La persona puede ser capaz de decir una palabra, o puede ser incapaz de decir nada. Ya no hay ninguna respuesta verbal a los estímulos internos y externos. La persona evoluciona a un estado vegetativo²⁰.

- Características fisiológicas

²⁰ Ibidem. p 633.

- Deterioro del SNC.

El deterioro del SNC dá como resultado cambios físicos en todo el cuerpo. Las personas con demencia sufren de hipertonía, un aumento en el tono muscular que puede observarse en las sacudidas de los músculos. Hay una pérdida de energía y aumento en la fatiga con la actividad física. El ciclo de sueño está afectado; hay una disminución en el tiempo total de sueño y despertares más frecuentes. Al avanzar la enfermedad, la anorexia conduce a una condición física demacrada. La muerte se produce generalmente por neumonía e infecciones del aparato urinario que llevan a sepsis, desnutrición, o deshidratación²¹.

- Cambios fisiopatológicos

Los cambios fisiopatológicos asociados con el Alzheimer son degenerativos y dan como resultado una atrofia de la corteza cerebral. Las uniones intraneuronales desarrollan depósitos de proteína de tipo almidón, amiloide, que forma un núcleo rodeado por estructuras neuronales desmielinizadas denominadas placas seniles o neuríticas. Estas placas se piensa interfieren con la transmisión neuronal. También hay interneuronas espesas y retorcidas que se enredan en masas llamadas nudos neurofibrilares. Estos nudos atrofian e interfieren la transmisión. Los cambios fisiopatológicos asociados a la enfermedad de Alzheimer pueden identificarse fácilmente durante la necropsia. Sin embargo, cuando la enfermedad se sospecha por primera vez en un

²¹ Id.

cliente, el diagnóstico es de exclusión mediante un examen físico y neurológico completo.

El estrechamiento de las arterias de cerebro conduce a infartos múltiples, de ahí el término demencia de multiinfartos. Los pacientes con este tipo de demencia experimentan un declinamiento mucho menos fijo que los que tienen enfermedad de Alzheimer²².

- Características socioculturales

La demencia progresiva es distinta a muchos trastornos psiquiátricos, porque las características familiares no se ven como factores que contribuyen a la demencia progresiva (excepto cuando están implicados factores genéticos). La enfermedad no implica un patrón claro de herencia, pero se sospecha un componente genético.

2.1.7 Diagnóstico de demencia tipo Alzheimer.

- Diagnóstico diferencial

²² Ibidem. p 634.

Se deben llevar a cabo los siguientes exámenes y procedimientos para determinar la gravedad de la demencia y su causa:

- Electrolitos séricos
- Química sanguínea (estudio ampliado de química sanguínea-Chemzo)
- Calcio sérico
- Examen de glucosa
- Nivel de la hormona estimulante de la tiroides
- Pruebas de función tiroidea
- Pruebas de función hepática
- Niveles de amoníaco en la sangre
- Nivel de B-12
- Niveles de drogas o alcohol (examen toxicológico)
- Análisis de orina
- Gasometría arterial
- EEG (electroencefalograma)
- TAC de cabeza
- IRM de cabeza
- Análisis de LCR²³.

- Valoraciones geriátricas

Las valoraciones geriátricas ayudan a conocer el estado de conciencia de los pacientes con demencia tipo Alzheimer. Las valoraciones

²³ KANTOR, Daniel. Demencia. En Internet:www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish. México. 2008. p.3.

incluyen: las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, nutricional y la relación con la familia (los aspectos sociales).

Existen varias valoraciones, las cuales son: Minimental, Katz, Lawton, Neuropsi, MNA y Sarit. Estas valoraciones incluyen apartados en los cuales se evalúan diferentes áreas para conocer el grado del paciente geriátrico (Ver anexos N° 11 y 12: Examen de la Memoria Minimentally el examen de Katz).

2.1.8 Tratamiento de demencia tipo Alzheimer.

No existe cura para la enfermedad. Los objetivos del tratamiento son:

- Disminuir el progreso de la enfermedad
- Manejar los problemas de comportamiento, confusión y agitación
- Modificar el ambiente del hogar
- Apoyar a los miembros de la familia y otras personas que brindan cuidados.

Los tratamientos más utilizados son cambios en el estilo de vida, medicamentos y suplementos antioxidantes como Ginkgo Biloba y Vitamina E.

- Medicamentos utilizados en la demencia tipo Alzheimer.

- Donepecilo

Este medicamento mejora de modo transitorio y parcial las funciones cognitivas y el funcionamiento global, pero su efecto benéfico disminuye de forma notoria en el primer año. La dosis es de 5 a 10 mg y puede producir náuseas en el 20% de los sujetos tratados²⁴.

- Rivastigmina

Se emplea en dosis de 3 a 6 mg dos veces al día. Se inicia con 1.5 mgs. dos veces al día y cada mes se aumenta 1.5 mg sin exceder de 6 ml al día, hasta dar con la dosis que ejerce el beneficio máximo. Este medicamento produce anorexia, náuseas, o diarrea en cerca de la mitad de los pacientes.

- Galantamina

La dosis varía de 4 a 16 mg dos veces al día. Puede retrasar un poco la aparición de los síntomas neuropsiquiátricos. Posee un doble efecto farmacológico, pues por un lado inhibe de modo competitivo la acetilcolinesterasa y por otro, modula los receptores nicotínicos que controlan la liberación de glutamato, serotonina y adrenalina (el bloqueo de los receptores nicotínicos deteriora la cognición) y el aumento del

²⁴ GARCIA, Misericordia y María Pilar Torres y cols. Enfermería geriátrica. Barcelona, 1995. p. 407.

glutamato favorece el incremento de la actividad colinérgica. Posee efectos secundarios digestivos de otros inhibidores de la colinesterasa²⁵.

- Tacrina

Es un inhibidor reversible de la colinesterasa, pero solo se observa mejoría en 20 a 40% de los pacientes. Ejerce gran acción sobre la colinesterasa extracerebral y causa náuseas y vómitos; debe suministrarse cuatro veces al día y su empleo requiere vigilancia de las transaminasas, porque es hepatotóxica. Ante una elevación de las transaminasas debe disminuirse la dosis, en especial si ésta supera un nivel de tres a cinco veces el valor normal. En dosis de 20 mg., cada 6 hrs, los beneficios son modestos.

- Memantina

Es un antagonista no competitivo de los receptores N-metil-D-aspartato (NMDA) que contrarresta la sobre producción cerebral de glutamato, un neurotransmisor excitatorio cuya liberación moderada estimula las neuronas continuas, pero a las que daña en dosis excesivas porque es tóxico. La dosis inicial es de 5 mg /día, y cada semana se aumentan otros 5 mg hasta llegar a 20 mg/día. Se utiliza en la etapa intermedia y avanzada de la enfermedad²⁶.

²⁵ Id.

²⁶ Id.

- Suplementos

El folato (vitamina B) es responsable de eliminar la homocisteína de la sangre. En las personas con Alzheimer se han encontrado altos niveles de homocisteína y bajos niveles tanto de folato de vitamina B₁₂²⁷. La ginkgo biloba es una hierba ampliamente utilizada para la demencia, la cual mejora el flujo sanguíneo al cerebro y contiene flavonoides que actúan como antioxidantes. El ginkgo no se debe usar si se emplean medicamentos anticoagulantes.

2.1.9 Acciones de enfermería en pacientes con demencia tipo Alzheimer.

- Al paciente

Puesto que en la actualidad no hay fármacos u otras medidas que reviertan el curso de la enfermedad, el objetivo de los cuidados no es la curación, sino, el enlentecimiento del deterioro mental, la mejora del nivel funcional del paciente y la modificación de aquellos factores (ambientales, médicos, farmacológicos) que empeoran la demencia²⁸ (Ver anexo N° 13: Paciente con demencia y su familiar).

- A la Familia

²⁷ KANTOR, Daniel. op. cit. p. 4.

²⁸ GUILLEN, Francisco y Jesús Pérez. Síndrome y Cuidados en el paciente geriátrico. Ed. Masson. México, 1994. p. 358.

La principal responsabilidad del cuidado del paciente suele recaer sobre sus familiares, quienes prestan al menos el 80% de los cuidados domiciliarios. La disponibilidad de apoyo familiar es el factor más importante en la prevención de la institucionalización; su ausencia resulta invariablemente en el ingreso a una residencia. Debido a la larga evolución de la enfermedad, el alto nivel de dependencia que ésta genera y los frecuentes problemas de conducta que desarrollan los pacientes, la demencia es una de las enfermedades cuyo cuidado más desgasta a la familia. Los profesionales de la salud son de gran ayuda debiendo identificar los síntomas iniciales del agotamiento del cuidador y orientar a la familia sobre los distintos recursos sociosanitarios que existen para el apoyo en el cuidado del paciente.

- Supervisión continúa

Las personas con demencia requieren una estrecha vigilancia, generalmente por parte de los familiares, pero también profesional, que permita detectar las situaciones de riesgo, el exceso de incapacidad, los problemas intercurrentes y la aparición de complicaciones, etc. (Ver anexo N° 14: Paciente con Alzheimer y el cuidado familiar).

- Comunicación con el paciente

La comunicación es posible hasta en las últimas fases de la enfermedad en sus diferentes formas. A través del tacto, la mirada, el buen cuidado, a cercanía, el tono de la voz, el hablar sin respuesta verbal, se puede transmitir continuamente mensajes de afecto y compañía capaces de influir sobre el estado de ánimo y la conducta del paciente²⁹.

- Detección del deterioro cognitivo

Es difícil en los estadios iniciales de la demencia. La utilización sistemática de escalas que valoran las funciones mentales, permite detectar un deterioro cognitivo desapercibido a la simple impresión clínica.

- Estimulación sensorial

La detección del deterioro sensorial (visual, auditiva, táctil) es frecuente en el anciano. Procede no solo de la ausencia o disminución de estímulos percibidos, sino también, de la monotonía con que estos se reciben. Las personas con demencia son más sensibles o vulnerables, puesto que, cuando los estímulos disminuyen, tienen que recurrir a una memoria reciente que se encuentra dañada para mantener la orientación y la claridad del pensamiento.

- Reversión de la incapacidad

²⁹ Ibid. p. 359.

Aunque la mayoría de las demencias son incurables, determinados tipos son reversibles al menos, parcialmente. Así, en demencias de comienzo agudo como ocurre con algunas causas metabólicas o infecciosas, o en las secundarias a medicamentos, el tratamiento de los trastornos subyacentes o el abandono del fármaco responsable puede detener la progresión de la demencia e incluso lograr la recuperación del paciente³⁰.

- Deterioro emocional

Un elevado número de demencias irreversibles presentan un deterioro emocional o mental mayor de lo esperado para el grado de gravedad de la enfermedad. Esto se debe al uso inapropiado de fármacos, depresión, impactación fecal, manejo inadecuado por la familia o los cuidadores, ambientales hostiles. La identificación temprana y el tratamiento pueden mejorar de manera espectacular el estado físico, funcional y mental de un paciente con demencia y facilitar su cuidado por la familia.

- Trastornos del sueño

El 47% de los pacientes con demencia presentan trastornos del sueño, manifestados como somnolencia diurna, dificultad para conciliar el sueño, frecuentes despertares nocturnos y despertar precoz. Estas alteraciones pueden deberse en parte a los cambios del patrón normal del sueño que aparecen con el envejecimiento y que son más

³⁰ Ibid. p. 360.

pronunciados en la demencia. El intensificar la actividad física durante el día ayuda a evitar las siestas diurnas, cansar al paciente y asegurar mayor sueño por la noche. Hay que evitar la ingesta de líquidos antes de acostarse³¹.

- Actividades de la vida diaria

- En el exterior de la casa

Es importante que los accesos a las casas, como: caminos, corredores o desniveles estén siempre bien iluminados y libres de escombros u obstáculos como macetas. En el caso de escaleras, estas deben contar con barandal y los escalones, estar marcados con cinta o pintados para hacerlos más visibles. Los riesgos a considerar son: pisos dispares o con agujeros y ladrillos decorativos, ya que pueden causar un tropiezo. Es importante considerar la instalación de puertas “a prueba de niños” en la parte superior e inferior de las escaleras externas e internas.

- Dentro de la casa

Las ventanas deben tener cerraduras de seguridad para que las personas con demencia tipo Alzheimer puedan acercarse. Los elementos decorativos deben estar fuera del alcance de los pacientes

³¹ Ibid. p. 366.

para evitar daños. Hay que evitar tener mesas con cubiertas de cristal para reducir los accidentes. También hay que etiquetar los elementos de limpieza, solventes, pinturas, insecticidas, mismos que se deben mantener bajo llave. En los muebles se debe evitar que tengan salientes o se deben cubrir con hule espuma asegurada con cinta adhesiva³².

En las puertas se recomienda tener cerraduras, en especial si la persona afectada tiene tendencia a deambular por la noche, o a salir de la casa y perderse. Los enchufes se deben bloquear para evitar que corran riesgos al tratar de conectar algún aparato electrodoméstico. También se recomienda no dejar al paciente con Alzheimer en cocinas y asegurarse que no puedan encender la estufa. Hay que utilizar platos de plástico irrompible para las personas afectadas.

- En el baño

En los baños no hay que tener cerraduras. Es muy necesario también contar con llaves por si sucede alguna eventualidad. Si es posible, se deben instalar barandales dentro del baño así como, colocar un tapete para evitar resbalones.

³² Laboratorios MERZ. Cuidados. Documento impreso de los laboratorios Merz, México, 2007. p. 3.

- En el auto

Para evitar accidentes no se debe permitir que los pacientes con Alzheimer manejen. Hay que colocar seguros a prueba de niños para que el paciente no pueda abrir la puerta³³.

- Problemas en la alimentación

Para evitar problemas durante la alimentación se les recomienda a los familiares:

- Mantener fijo el horario de comida de los pacientes
- Animar al paciente a que tome los alimentos con la mano (pan, fruta, etc.).
- La comida no debe estar caliente para evitar quemaduras
- Si el paciente no recuerda comer, se debe insistir hasta lograrlo
- Si se presenta disfagia se deben dar alimentos blandos o líquidos³⁴.

- Terapia de orientación a la realidad

Esta terapia está indicada en personas desorientadas y con problemas importantes de memoria y aprendizaje. Se trata de un método en el que las personas que interactúan con el demente (familiares y profesionales)

³³ Ibid. p. 34.

³⁴ GUILLEN, Francisco y Jesús Pérez. op. cit . p. 367.

están continuamente repitiendo una información concreta, recordando fecha, el lugar donde se encuentra, el tiempo que hace y los sucesos importantes del día. El ambiente se estructura con objetos como: calendarios y relojes, etc., que permitan a las personas permanecer orientadas.

En los pacientes con amnesia se puede utilizar un diario de actividades compatible con sus nivel cognitivo, que incluya una lista de actividades que debe realizar en el día y cuyo objetivo es establecer una rutina diaria³⁵.

- Recomendaciones generales

Las recomendaciones generales incluyen cuidados para los pacientes y cuidadores. A continuación se describen medidas terapéuticas y farmacológicas:

- Conservar la funcionalidad del paciente mediante medidas de rehabilitación física (Ver anexos N° 15: Rehabilitación física en pacientes con Alzheimer).

³⁵ Ibid. p. 5.

- Educación para familiares y cuidadores, de modo que apoyen al paciente en su entorno familiar y social.
- Cuidados ambulatorios y en el domicilio.
- Si no existen causas que impongan la institucionalización (residencia en unidades a gran distancia), favorecer la permanencia del paciente en su entorno sociofamiliar.
- Reforzar actividades habituales del paciente (Ver anexo N° 16: Actividades de Musicoterapia en Adultos Mayores con Alzheimer).
- Evitar modificaciones drásticas del ambiente.
- Promover la alternancia del cuidador, ya sea primario (familiar) o secundario (persona que atiende al enfermo en forma voluntaria o remunerada).
- Hacer caminatas vespertinas bajo supervisión.
- Vigilar evacuación vesical antes de dormir y datos de impactación fecal.
- Iluminar la habitación por las noches con lámparas o luz tenue.

- Mantener cerrado el baño y la cocina.
- Eliminar del entorno tijeras, cuchillos u objetos cortantes³⁶.

La enfermedad de Alzheimer es la demencia más frecuente en la población anciana y va en aumento con la expectativa de vida de la población mexicana. Esta enfermedad se caracteriza por ser progresiva y degenerativa del cerebro que provoca una alteración de las funciones intelectuales manifestadas con deficiencias en la memoria, razonamiento y comportamiento.

Los primeros síntomas que la familia puede detectar son: problemas para recordar episodios recientes, problemas para realizar tareas habituales, confusión en tiempo y espacio, alteraciones en el carácter, pobreza de lenguaje dificultad en el curso y contenido de pensamiento, conductas paranoicas y depresión, siendo estos síntomas de progreso gradual y el deterioro es lento, lo que en la mayoría de las familias provoca conflictos ocasional por las obsesiones y alteraciones en el carácter del adulto mayor.

Convivir con un enfermo de Alzheimer constituye un verdadero reto para las cuales lo familiares no están preparados y que pocas veces lo dan a conocer, esto a medida del progreso de la enfermedad y de que el

³⁶ GARCIA H; Misericordia y cols. Enfermería geriátrica. Ed. Masson. Barcelona, 1995. p. 406.

adulto mayor se hace independiente exigiendo un incremento en la atención y supervisión en las actividades independientes e interdependientes.

La enfermera especialista en la atención del adulto mayor con Alzheimer actúa como una mediadora, no solo para facilitar el conocimiento que posee, sino para ser el enlace al resto del equipo multidisciplinario incluyendo al familiar y al médico tratante.

Los programas de intervención de enfermería se derivan por lo tanto, para mejorar el conocimiento de la demencia tipo Alzheimer y dar pautas de ayuda para un manejo más eficientes en la atención del paciente y sus familiares. Este plan de cuidados de enfermería especializada es en función a la fase de evolución en el proceso de la enfermedad.

3 METODOLOGÍA.

3.1 VARIABLES E INDICADORES

- Indicadores de la Variable

- En la fase Inicial
 - Ayuda para retención de la memoria reciente
 - Apoyo en articulación de palabras
 - Ayuda para la orientación
 - Apoyo para identificar fechas
 - Ayuda para la utilización de objetos

- En la fase Intermedia
 - Ayuda para recordar hechos recientes
 - Ayuda para identificar el espacio corporal
 - Apoyo al realizar gestos simbólicos
 - Apoyo al integrar información y discriminar objetos
 - Ayuda en las actividades de la vida diaria

- En la fase Avanzada
 - Apoyo total para la memoria (actividades rutinarias)
 - Repetición de vocablos
 - Ayuda para gestos simples

- Apoyo para expresar emociones
- Ayuda en motricidad

3.1.2 Definición operacional: La demencia tipo Alzheimer

La demencia es un síndrome de naturaleza orgánica, caracterizada por una decadencia progresiva y global de las funciones intelectuales con conservación de la conciencia, de intensidad tal que es capaz de interferir en la actividad social y laboral.

El síndrome demencial puede ser causado por una amplia variedad de entidades patológicas. En la ancianidad, el 87% de las demencias diagnosticadas se deben esencialmente a la enfermedad de Alzheimer y a la demencia multiinfartos; en su presentación independiente o conjunta: las demencias mixtas.

Entre las entidades citadas hay claras diferencias neuropatológicas y neuroquímicas, pero la clínica de todas ellas es muy similar, excepto en el momento de su inicio, en su rapidez de evolución y en las posibilidades de regresión.

El proceso de la demencia se manifiesta especialmente mediante trastornos de la memoria y de la orientación, con alteraciones en la comunicación verbal, en la afectividad, en el juicio y el pensamiento, y en la psicomotricidad y también se presenta apraxia. No obstante,

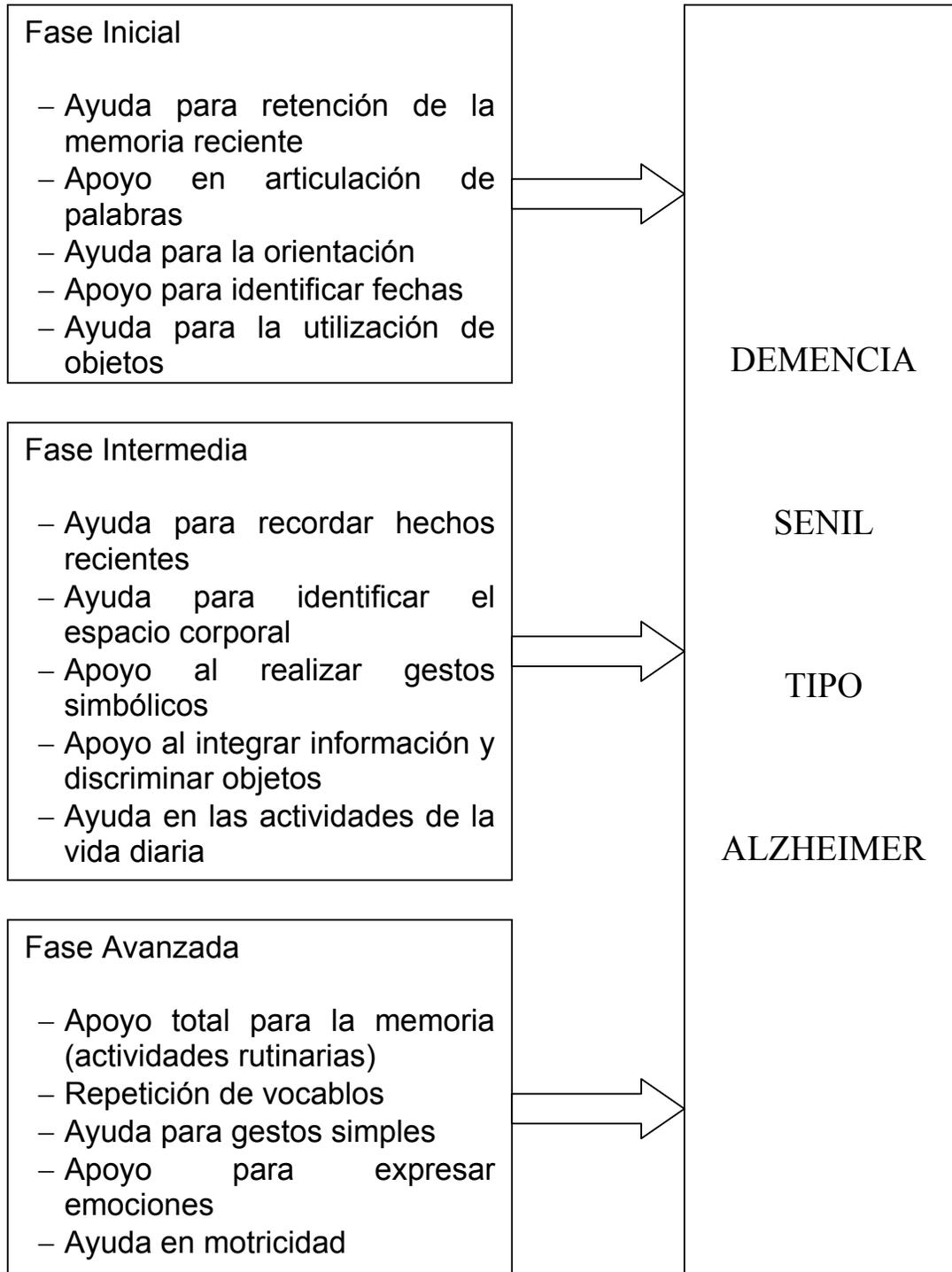
conviene señalar que estas alteraciones no evolucionan con la misma rapidez en todos los individuos y en una misma persona, la progresión de cada una de estas alteraciones pueden ser diferente. Todas las manifestaciones inciden de forma especial en el anciano debido a la vulnerabilidad que el propio proceso de envejecimiento confiere a las capacidades cognitivas, psicomotrices y volitivas.

Salvando las diferencias, tanto en la precocidad de aparición, como en la forma de evolución de las manifestaciones de las distintas entidades que pueden provocar un proceso de demencia, pueden distinguirse a grandes rasgos tres niveles de afectación: I, o fase inicial, en la que destaca el inicio de la pérdida de la memoria; II, o fase intermedia, con aparición de problemas de lenguaje, de capacidad motora, de reconocimiento de objetos y de cambios de humor frecuentes y III, o fase avanzada, en la que el anciano necesita ayuda para satisfacer sus necesidades más elementales.

La enfermedad de Alzheimer es la causa más común de la demencia. Las personas con enfermedad de Alzheimer pierden neuronas funcionales en áreas del cerebro que manejan la función cognitiva y la memoria. Además, experimentan una acumulación de proteínas anormales en algunas células cerebrales.

Diagnosticar la demencia puede ayudar a la persona y a los miembros de su familia a buscar ayuda en muchos de los recursos disponibles.

3.1.3 Modelo de relación de influencia de la variable



3.2 TIPO DE TESINA Y DISEÑO DE TESINA

3.2.1 Tipo de tesina

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

Es diagnóstica porque se pretende realizar un diagnóstico situacional de la variable atención de enfermería especializada en el adulto mayor con Alzheimer , a fin de de proponer esta atención con todos los pacientes de la patología de Demencia tipo Alzheimer en el Hospital Central Sur de Petróleos Mexicanos.

Es descriptiva porque se describe ampliamente el comportamiento de la variable Demencia del tipo Alzheimer en los pacientes con esta patología.

Es analítica porque para estudiar la variable Demencia del tipo Alzheimer, ha sido necesario descomponerla en sus indicadores básicos: fase inicial, intermedia y avanzada.

Es transversal porque esta investigación documental se hizo en un período corto de tiempo. Es decir, en el mes de abril, mayo y junio del año 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 Tesinas, en las instalaciones de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM.

- Búsqueda de un problema de Investigación de Enfermería Especializada relevantes para la Enfermería del Adulto Mayor.

- Asistencia a la Biblioteca en varias ocasiones para buscar el Marco teórico y referencial de la variable en estudio, así como, los cuidados especializados en el paciente con Demencia tipo Alzheimer.

- Elaboración de los objetivos de esta tesina, así como el marco teórico que sustenta la activación de la Enfermera Especializada en el Adulto Mayor.

- Búsqueda de los Indicadores de la Variable Enfermería en el Adulto Mayor con Alzheimer.

- Elaboración de las Conclusiones y recomendaciones, los anexos y apéndices, el glosario de términos y las referencias bibliográficas.

3.3 TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN UTILIZADAS

3.3.1 Fichas de trabajo

Mediante las fichas de trabajo fué posible recopilar toda la información para elaborar el marco teórico. Con las fichas se logró recopilar el marco teórico conceptual y el marco teórico referencial para organizar la información documental con base en el pensamiento de los autores y las vivencias de la enfermería especializada.

3.3.2 Observaciones

Mediante esta técnica se pudo visualizar la importante participación que tiene la enfermería especializada en el Adulto mayor con Demencia senil tipo Alzheimer en el Hospital Central Sur de Petróleos Mexicanos.

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

4.1 CONCLUSIONES

Las intervenciones de la enfermera especialista en la atención a los adultos mayores es fundamental. Las razones de ésta afirmación son las siguientes:

- Existe un enorme incremento en las demencias de los ancianos. Este incremento ha hecho que las investigaciones que se realizan en los adultos mayores se dirijan fundamentalmente a determinar la patogenia de las demencias, a entender los mecanismos moleculares que provocan la muerte prematura de las neuronas, encontrar medicamentos eficaces para estos pacientes, a mejorar la precisión diagnóstica y a establecer mejores programas de prevención para las demencias en general.
- Existe también un aumento del interés profesional de aquellos cuidadores que se ven comprometidos en la atención de los adultos mayores. Este interés les lleva a continuar estudiando posgrados, ya sean como: Especializaciones, Maestrías o Doctorados en esta importante temática para prevenir los colapsos de los cuidadores de los pacientes de la tercera edad. Por ello, la preparación de la enfermera especialista en el manejo de los pacientes con Alzheimer es determinante, sobre todo en el ámbito de la asistencia, de la

docencia, de la administración y de la investigación, como a continuación se explica.

– En la asistencia al adulto mayor

La enfermera especialista debe ser un pilar básico del equipo que preste la atención asistencial al enfermo de Alzheimer y a su familia. Aunque parezca obsoleto apuntar el argumento de que la atención sanitaria de un enfermo de Alzheimer necesita de la coordinación entre los distintos niveles sanitarios, así como entre éstos y los sociales, con el fin de proporcionar una atención global que abarque tanto el enfermo como a sus cuidadores. Hay que admitir que en la actualidad la función de enfermería es contemplada exclusivamente desde la atención sanitaria que está siendo dispensada desde los niveles asistenciales del sistema nacional de salud y entre los que, hasta el momento, no hay completa coordinación. Estos niveles de atención de salud para prestar servicio a los pacientes con Alzheimer son: atención primaria de salud y atención especializada.

– En la atención primaria

La asistencia sanitaria de un enfermo de Alzheimer debe comenzar en la atención primaria, siendo el Centro de Salud la puerta de entrada de éste en el sistema. Además, esta atención no puede contemplarse como un acto puntual para la resolución de un problema de salud concreto, sino desde un enfoque global y en el que se establezca un

acercamiento, también total, tanto del enfermo, como de la familia, como del entorno de ambos. Es por ello, que la enfermera de atención primaria debe incluir en su cartera de servicios, productos tales como:

- Colaboración en la detección precoz de la enfermedad.

La enfermera debe colaborar en el diseño y estar perfectamente capacitada para cumplimentar el protocolo de detección precoz. Esto implica:

- Manejo de instrumentación y escalas de valoración.
- Valorar convenientemente los resultados.

Saber derivar a los profesionales correspondientes.

En muchas ocasiones, va a ser la enfermera especialista la que, a través del programa del anciano y/o los diferentes programas de crónicos, descubra posibles problemas, aunque el enfermo se encuentre integrado en él o acuda al centro de salud por cualquier otra causa.

- Prestación de cuidados específicos en función de la fase evolutiva. Esto se realiza en el centro de salud y en el domicilio
- La enfermera debe diseñar, controlar y responsabilizarse del plan de cuidados que se debe llevar a cabo, en cada caso.

- Prevención de posibles complicaciones:
 - En el enfermo. La enfermera debe ser la encargada de buscar impedimentos añadidos o que supongan un riesgo extra para la satisfacción de las necesidades fundamentales de la persona. Por ejemplo: problemas de la vista, oído, podología, etc., e intentar resolverlos.
 - En la familia. La enfermera debe desempeñar un papel muy relevante en la detección precoz de situaciones de sobrecarga y/u otras posibles patologías en los cuidadores.

La enfermera, con el objetivo de que los cuidados se dispensen en un ambiente idóneo, se apersonará periódicamente en el domicilio del paciente y diseñará un plan de intervención acorde con las limitaciones de éste y con los recursos materiales y humanos disponibles.

- Coordinación estable con servicios sociales y entidades socio-voluntarias.

– En la atención especializada

La enfermera, dentro de la atención especializada, presta sus cuidados en Centros de día y/o en Instituciones residenciales con Unidades especializadas.

En la hospitalización, donde los enfermos pueden acudir a través de urgencia o de forma programada (para que les sean realizados estudios específicos para el tratamiento de alguna complicación, para el abordaje de algún problema concreto, tenga o no que ver con su síndrome demencial, etc.). La enfermera debe esforzarse por tratar y cuidar a estos pacientes con calidez, aunque se comporten como dementes, debiendo no olvidar estas características a la hora de planificar y ejecutar sus cuidados.

En otras instituciones, la enfermera especialista ha de esforzarse por poner en marcha programas adecuados, coordinados con el resto del equipo asistencial y en los que se estimule la participación del enfermo y de las familias en los cuidados básicos.

- En la función docente

La enfermera especialista dentro de su función docente se ocupará de promover hábitos saludables para enfermos y familiares, de la formación y apoyo a cuidadores formales e informales acerca de actividades cuidadoras específicas y de la información acerca de servicios sociosanitarios encargados de la atención a estos enfermos, etc. Utilizará para ello, los procedimientos educativos que considere

adecuados en cada caso: charlas educativas, educación individual, entrega de folletos, o de material audiovisual.

Además, la enfermera especialista como docente se preocupará de la inclusión de programas específicos en los planes de estudios de pregrado y de postgrado de los profesionales implicados, de la formación, reciclaje y capacitación de los profesionales actualmente encargados de su cuidado, intentando resaltar el papel que la enfermera especialista debe tener en los cuidados para fomentar la responsabilidad de la misma en el control de calidad de dichos cuidados.

- En la función investigadora.

En el campo de la investigación, la enfermera especialista debe ocuparse del fomento de la misma, procurando que ésta esté orientada principalmente al campo de los cuidados: validación de diagnósticos enfermeros, etiquetas diagnósticas específicas, nuevas formas de cuidar, etc.

- En la función administradora.

Dentro de la administración la enfermera especialista puede ocuparse de la gestión de recursos destinados a la atención de dichos pacientes, debiendo, para ello, conocer las distintas modalidades, establecer las posibilidades de coordinación entre ellos, derivar a las diferentes entidades destinadas a su cuidado, etc., la administración de los cuidados en planeación, organización y dirección y control va encaminada al bienestar del adulto mayor.

4.2 RECOMENDACIONES

En la precisión Diagnóstica.

Valorar al adulto mayor con demencia tipo Alzheimer, con los instrumentos de apoyo que permitan obtener la información necesaria sobre las condiciones bio-psicosociales de estos pacientes.

Todo esto permitirá evaluar en forma global las necesidades del paciente para la elaboración de los diagnósticos de enfermería y el plan de cuidados idóneo, garantizando una atención individual y personalizada con la calidad y eficiencia en cada paciente.

En las intervenciones de enfermería:

- Identificar la alteración de los procesos mentales relacionados con la pérdida de memoria, confusión y desorientación asociada con la demencia tipo Alzheimer.

- Mantener su medio habitual, sin alterar en lo posible el ambiente físico que lo rodea. Esto disminuye la confusión y

la desorientación al no exigirle al aprendizaje de nuevos mapas espaciales.

- Evitar reorientar al paciente más de una vez en cada encuentro con el, para evitar la frustración que le puede producir el hecho de no poder recordar.
- Permitir al paciente comportamientos habituales, como el acaparamiento de objetos y vagabundeo que se realicen en un ambiente seguro.
- Valorar al paciente en busca de signos y síntomas de depresión.
- Evitar la agitación e intranquilidad del paciente propiciando un ambiente estructurado y coherente.
- Establecer una rutina fácil de seguir (se puede realizar un álbum de fotos para recordar el pasado, fomentar la actividad física y la terapia artística).

- Colocar etiquetas con el nombre de los objetos y habitaciones, para ayudar a recordar los nombres y su función.

- Proporcionar pistas sobre la identidad de los objetos y las tareas.

- Colocar un reloj y un calendario grande en su cuarto y marcar con una "X" los días transcurridos, para ayudarle a recordar la fecha correcta.

- Realizar una lista con las actividades diarias. (Como horario de comer, baño, cepillar los dientes, ver televisión).

En el deterioro de la comunicación verbal relacionado con el deterioro del estado cognoscitivo:

- Dirigir la comunicación con el adulto mayor con Alzheimer en forma, amistosa y relajada.

- Hablar con el paciente en tono de voz claro y bajo

- Mirar directamente al paciente e identificarse cuando se entable una comunicación personal.
- Proporcionar un ambiente relajado y alentador, evitando ruidos y distracciones.
- Valorar la conducta no verbal, la expresión facial, el lenguaje corporal, postura, gestos, etc.
- Explicar las actividades empleando para ello frases cortas. Cuando se den instrucciones hay que asegurarse de fraccionar las tareas en unidades reducidas comprensibles. Hay que usar gestos simples, señalar los objetos o usar la demostración si es posible.
- Asegurar contar con su atención
- Escuchar al paciente e incluirlo en la conversación
- Estimular al paciente a describir historias o situaciones pasadas.

En el alto riesgo de traumatismo relacionado con la falta de conciencia de los peligros ambientales secundario al déficit cognitivo:

- Orientar al paciente sobre el ambiente que le rodea
- Colocar barandillas en la cama
- Mantener el ambiente libre de obstáculos, asegurándose que existe suficiente luz para prevenir las caídas en la oscuridad.
- Evitar el empleo de calentadores, estufas, etc.

- Utilizar zapatos con suela antideslizante
- Vigilar los signos de dolor que emita el paciente.
- Mantener un ambiente tranquilo y sin cambios importantes

En la incontinencia fecal y urinaria relacionada con la pérdida de la memoria:

- Mostrar la localización del retrete, si es necesario identificar la puerta con un dibujo de un inodoro para ayudarlo a localizarlo.
- Valorar al paciente en busca de causas agudas de incontinencia, como infección, retención o delirio.
- Valorar la presencia de claves no verbales que señalen la necesidad de orinar o evacuar.
- Limitar la ingesta de líquidos por la noche
- Valorar los hábitos de evacuación, llevando al paciente al cuarto de baño a la misma hora todos los días para crearle planificar un esquema de eliminación.
- Evaluar los indicadores no verbales del paciente ante la necesidad de eliminación fecal y urinaria.
- Ayudarlo a limpiarse la zona perianal, después de la eliminación, para conservar la integridad cutánea.
- Valorar el tipo de incontinencia y descartar infección y dar el tratamiento adecuado.

En la alteración del patrón de sueño relacionado con la intranquilidad y la desorientación secundaria al déficit cognitivo:

- Espaciar las actividades a lo largo del día intercalando los períodos de reposo
- Evitar que los pacientes se queden dormidos durante el día, empleando paseos cortos y actividades planeadas.
- Procurar que los pacientes que duermen durante día lo hagan sentados en sillas en lugar de en la cama , para recordarles que no es el lugar indicado.
- Evitar el empleo de sujeciones físicas, porque suele aumentar la agitación y la ansiedad.
- Propiciar un ambiente tranquilo, sin ruidos y sin luces durante la noche.
- Administrar sedantes y ansiolíticos cuando este prescrito y verificar su ingesta.
- Establecer una rutina para acostarse y procurar que se cumpla.
- Enseñar al paciente como puede realizar técnicas de relajación.
- Cumplir con los principios de la higiene del sueño, evitando las siestas innecesarias, los fármacos que provoquen agitación y las bebidas estimulantes, etc.

En el déficit de autocuidado en la eliminación, aseo, higiene, vestido y evacuación relacionado con la debilidad, el deterioro del control motor y la pérdida de memoria:

- Valorar la incapacidad de vestirse, alimentarse y bañarse
- Valorar el estado físico y cognoscitivo del paciente
- Enseñar a la familia y al cuidador a proporcionar cuidados específicos
- Proporcionar las instrucciones necesarias paso a paso, para que el paciente, cuidador y familiares puedan realizar las tareas por si solos.
- Utilizar una silla en la ducha al bañarlo para evitar caídas o inestabilidad.
- Para vestir o desnudar al paciente se recomiendan zapatos sin cordones, prendas de vestir sueltas o con cierres a presión, cierres con velcros o cinturillas elásticas, evitando los botones y cinturones.
- Ayudar al paciente a vestirse, colocando la ropa en el orden en que debe de ponerse.
- Ayudar al paciente a la hora de comer, permitiéndole que coma solo, proporcionándole popotes para la bebida, cubiertos grandes, con mangos adecuados, vasos plásticos y acompañarlo para que no se distraiga.

En la ansiedad relacionada con los cambios o las amenazas reales o percibidas:

- Dar tiempo al paciente para que exprese sus temores, escuchándole con respeto.
- Ayudar a reducir la ansiedad estableciendo una comunicación fluída, evitando cambiarle de habitación y proporcionar un ambiente con pocos cambios.
- Pedir a los allegados que traigan objetos familiares durante su hospitalización.
- Ayudar a encontrar los objetos perdidos.
- Realizar tareas programadas durante el día, sin saturarlo
- No reprochar si se encuentra perdido. La mejor conducta es conducirlo suavemente hacia el lugar adecuado
- Tratar de emplear la lógica ante los delirios o alucinaciones. No tratar de regresarlo a la realidad a la fuerza. Hay que cambiar la actividad o el tema con una transición suave.
- Evitar discusiones, ya que cualquier tipo de conflicto causa estrés innecesario.

- Evitar llamarle la atención por algún fracaso y mantener la calma. El enojo empeora la situación. Hay que recordar que la culpable es la enfermedad y no el enfermo.
- Mantener la calma en situaciones de agresividad sin mostrar miedo o alarma. Si es posible, darle a la persona más espacio, para evitar se repita en lo futuro.

En el aislamiento social (paciente y familia) relacionado con la ansiedad y pérdida de la memoria:

- Identificar los sistemas de apoyo alternativos para la familia de modo que el cuidador pueda mantener una vida social.
- Comentar con la familia del paciente la posibilidad de contar con amigos que ofrezcan apoyo y ayuda.
- No limitar los horarios de visitas para los familiares.
- Utilizar música, películas y fotos de las etapas más productivas del paciente para estimular los subsistemas de memoria episódica y semántica.
- Simplificar las cosas. No aportar información innecesaria ni explicaciones que no se comprendan. No hay que ofrecer muchas posibilidades para elegir.

- Utilizar el sentido del humor. Hay que reírse con la persona y no de ella, pues el humor puede aliviar el estrés. Hay que buscar alegría en cualquier detalle.
- Establecer rutinas de ejercicio físico, pasivos o activos, son importantes para mantener el tono muscular y el estado general. La cantidad e intensidad dependerán de sus condiciones individuales.
- Promover actividades que puedan elevar el sentido de la dignidad y autoestima dándole un propósito y un significado a la vida pasada (reconocimiento a sus meritos y trayectoria)
- Mantener la comunicación a pesar de que cada vez será más difícil. Hablarle de lo que pasa en su hogar, noticias actuales y hacerlo participar aunque no obtenga respuesta, háblele claro y despacio, cara a cara y mirándole a los ojos.
- Asegurar de que vea y oiga bien. Hay que buscar la corrección de los defectos sensoriales.
- No hablar de sus deficiencias delante de el con terceros, presumiendo que no esta entendiendo pues así se daña su orgullo.
- Demostrar cariño a través de formas que le sea cómodo al paciente. Por ejemplo el estar rodeado de afecto puede ser una formula segura para manejarlo mejor.

- Expresar sin violencia sentimientos negativos. (Hay que aprender del enojo y la agresividad. Esto puede deberse a la pérdida de habilidades).

En la alteración de los procesos familiares debido a la crisis provocada por la enfermedad crónica de un familiar adulto mayor con demencia tipo Alzheimer.

- Evitar el aislamiento social y la supresión de sus necesidades como son el sueño, porque lo pueden conducir a una depresión grave.
- Recrear programas asistenciales destinados al apoyo de los cuidadores.
- Estimular a la familia o cuidador primario a expresar sus sentimientos, frustraciones y problemas.
- Ofrecer apoyo comprensión y seguridad a los familiares.
- Ayudar al cuidador a aprender las responsabilidades que acaba de asumir.
- Remitir a los familiares a los servicios sociales que le ayuden con el cuidado domiciliario.
- Estimular al cuidador primario para que utilice los servicios de ayuda en el domicilio.

- Aconsejar a los cuidadores que sigan manteniendo sus amistades y que acudan a los actos sociales que acostumbraban.
- Aconsejar a la familia la participación en un grupo de autoayuda local o nacional.
-

5. ANEXOS Y APÉNDICES

- ANEXO N° 1: HOSPITAL CENTRAL SUR DE PEMEX-PICACHO
- ANEXO N° 2: ADULTOS MAYORES DEL HOSPITAL CENTRAL SUR DE PEMEX
- ANEXO N° 3: ENFERMERA ESPECIALISTA CON UN ADULTO MAYOR
- ANEXO N° 4: ADULTOS MAYORES CON DEMENCIA
- ANEXO N° 5: PACIENTE CON DEMENCIA TIPO ALZHEIMER
- ANEXO N° 6: PACIENTES DE EUROPA CON ALZHEIMER
- ANEXO N° 7: ADULTO MAYOR EN CAPACITACIÓN
- ANEXO N° 8: ADULTO MAYOR CON DEPRESIÓN
- ANEXO N° 9: ATENCIÓN ESPECIALIZADA A LOS ADULTOS MAYORES
- ANEXO N° 10: ADULTOS MAYORES EN EL ESTADIO 3 DE LA ENFERMEDAD
- ANEXO N° 11: EXAMEN DE LA MEMORIA MINIMENTAL

- ANEXO N° 12: EVALUACIÓN GLOBAL GERIATRICA:
ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA, INDICE DE
KATZ, LAWTON MARCHA Y BALANCE TINNEFI,
ESCALA DE DEPRESIÓN Y ESCALA DE
CORNEIL.
- ANEXO N° 13: PACIENTE CON DEMENCIA Y SU APOYO
FAMILIAR
- ANEXO N° 14: PACIENTE CON ALZHEIMER Y EL CUIDADO
FAMILIAR.
- ANEXO N° 15: REHABILITACIÓN FÍSICA EN PACIENTES CON
ALZHEIMER
- ANEXO N° 16: ACTIVIDADES DE MUSICOTERAPIA EN
ADULTOS MAYORES CON ALZHEIMER

ANEXO N° 1

HOSPITAL CENTRAL SUR DE PEMEX PICACHO



PEMEX. Fachada del Hospital Central Sur de Pemex. Picacho. Dirección Corporativa de Administración. Subdirección de Servicios de Salud. En Internet: <http://www.serviciosmedicosdepemex.com> México, 2008.

ANEXO N° 2

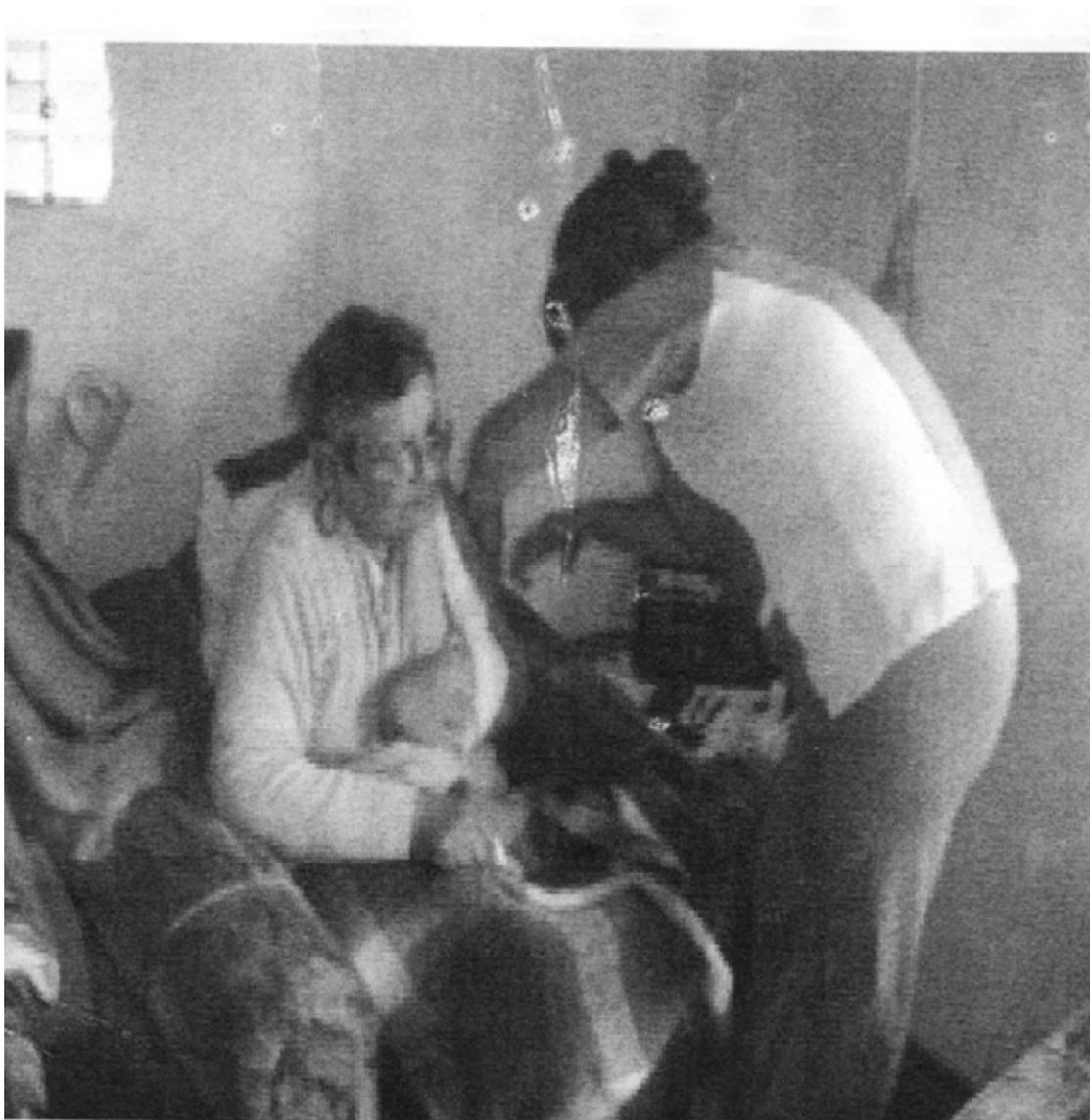
ADULTOS MAYORES DEL HOSPITAL CENTRAL SUR DE PEMEX



FUENTE: GOOGLE. Fotografías de adultos mayores. En Internet: <http://imagenes.google.com.mx/imagenes+adultosmayores>. México 2008.

ANEXO N° 3

ENFERMERA ESPECIALISTA CON UN ADULTO MAYOR



FUENTE: Misma del anexo N° 2.

ANEXO N° 4

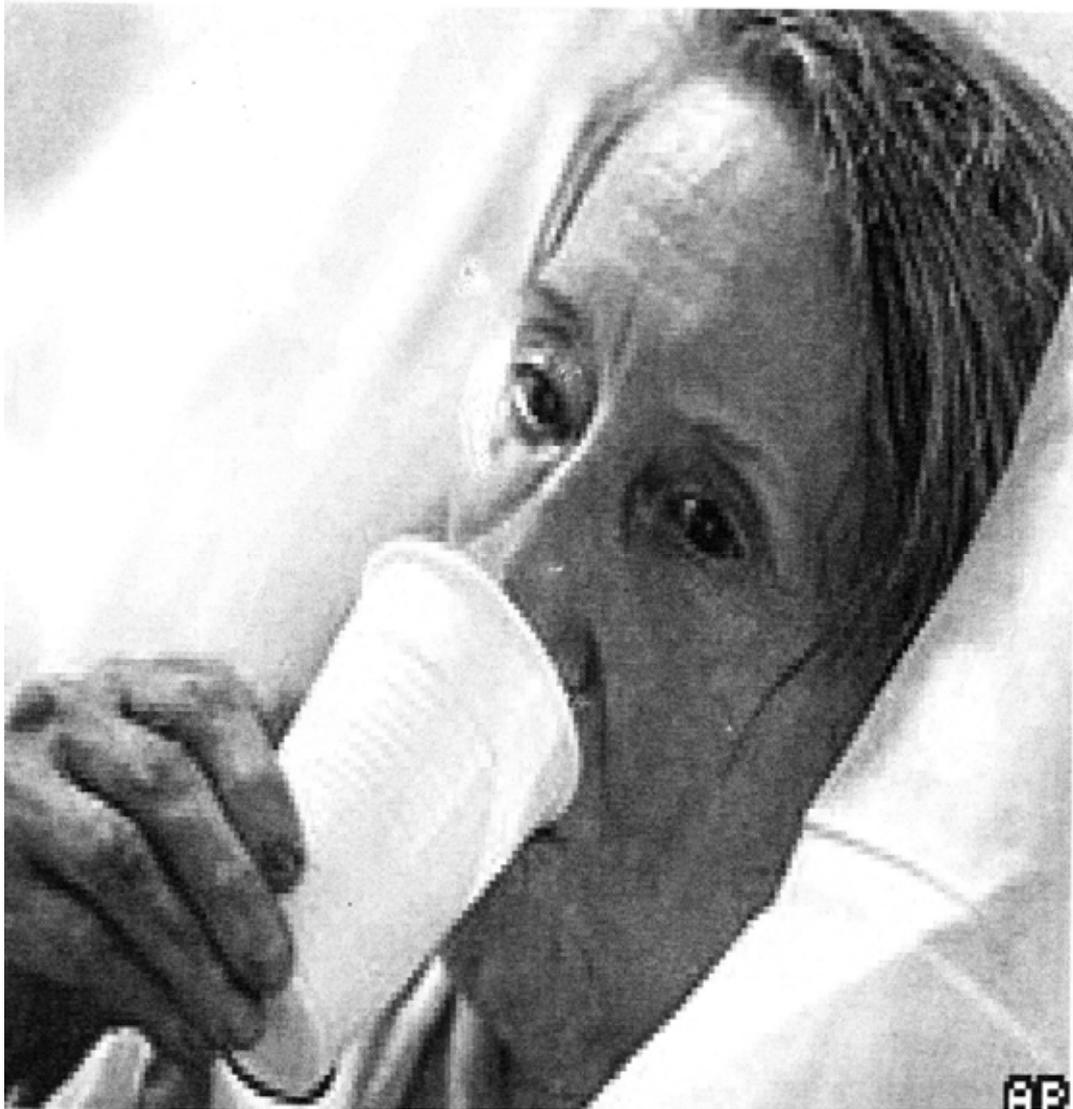
ADULTOS MAYORES CON DEMENCIA



FUENTE: Misma del anexo N° 2.

ANEXO N° 5

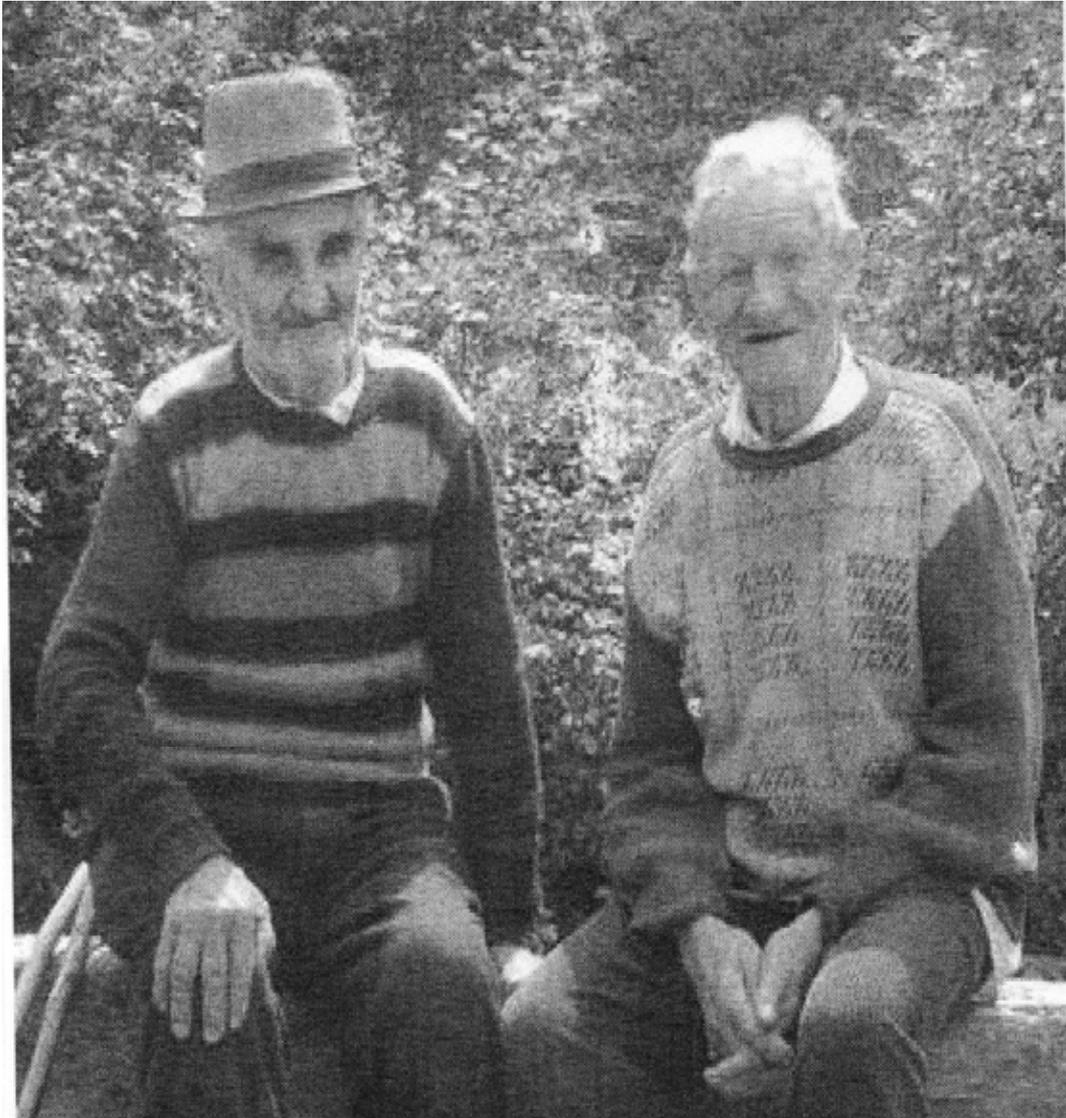
PACIENTE CON DEMENCIA TIPO ALZHEIMER



FUENTE: Misma del anexo N° 2.

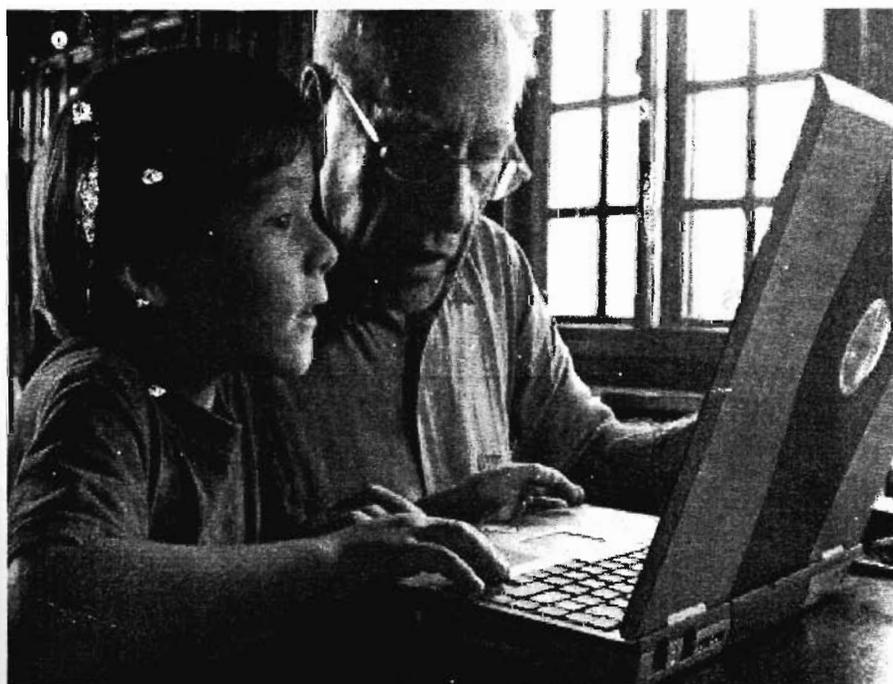
ANEXO N° 6

PACIENTES DE EUROPA CON ALZHEIMER



FUENTE: Misma del anexo N° 2.

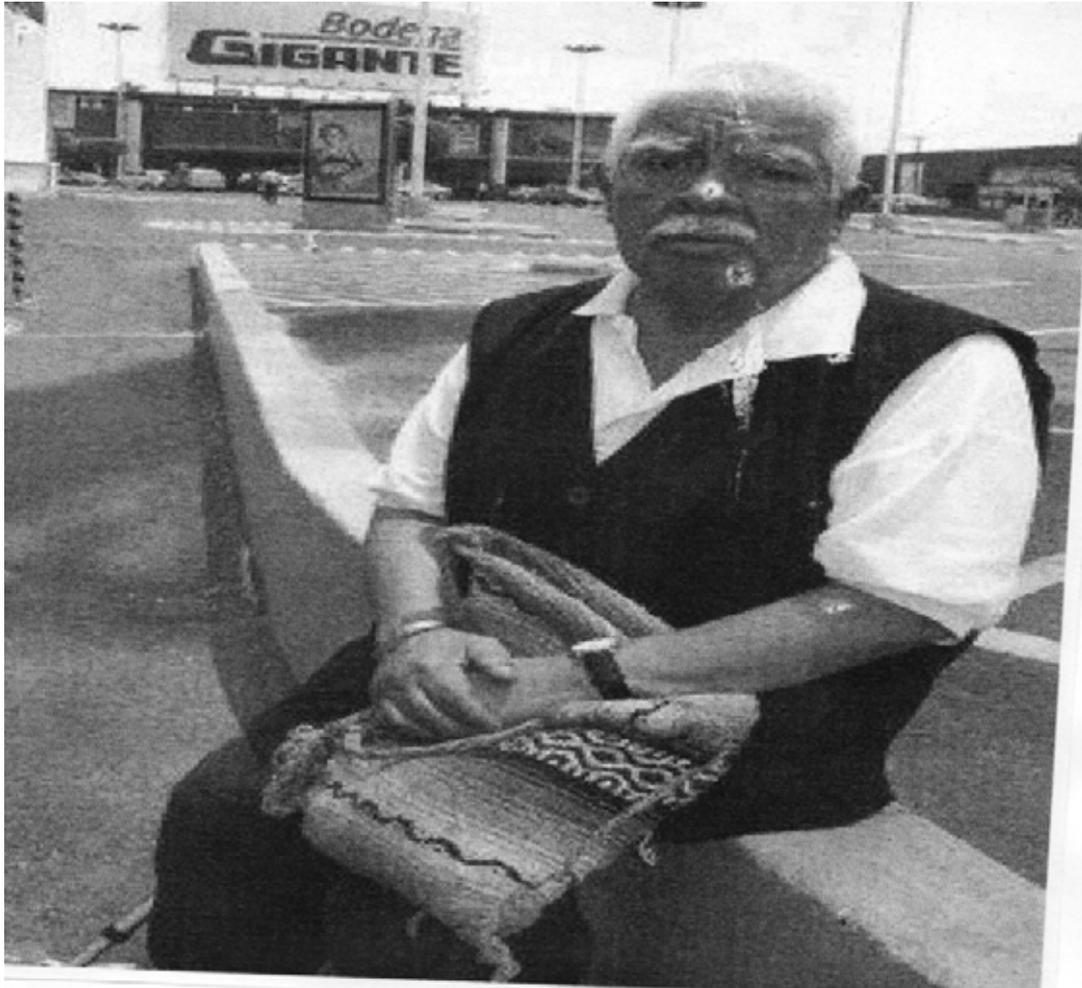
ANEXO N° 7
ADULTO MAYOR EN CAPACITACIÓN



FUE

FUENTE: Misma del anexo N° 2.

ANEXO N° 8
ADULTO MAYOR CON DEPRESIÓN



FUENTE: Misma del anexo N° 2.

ANEXO N° 9

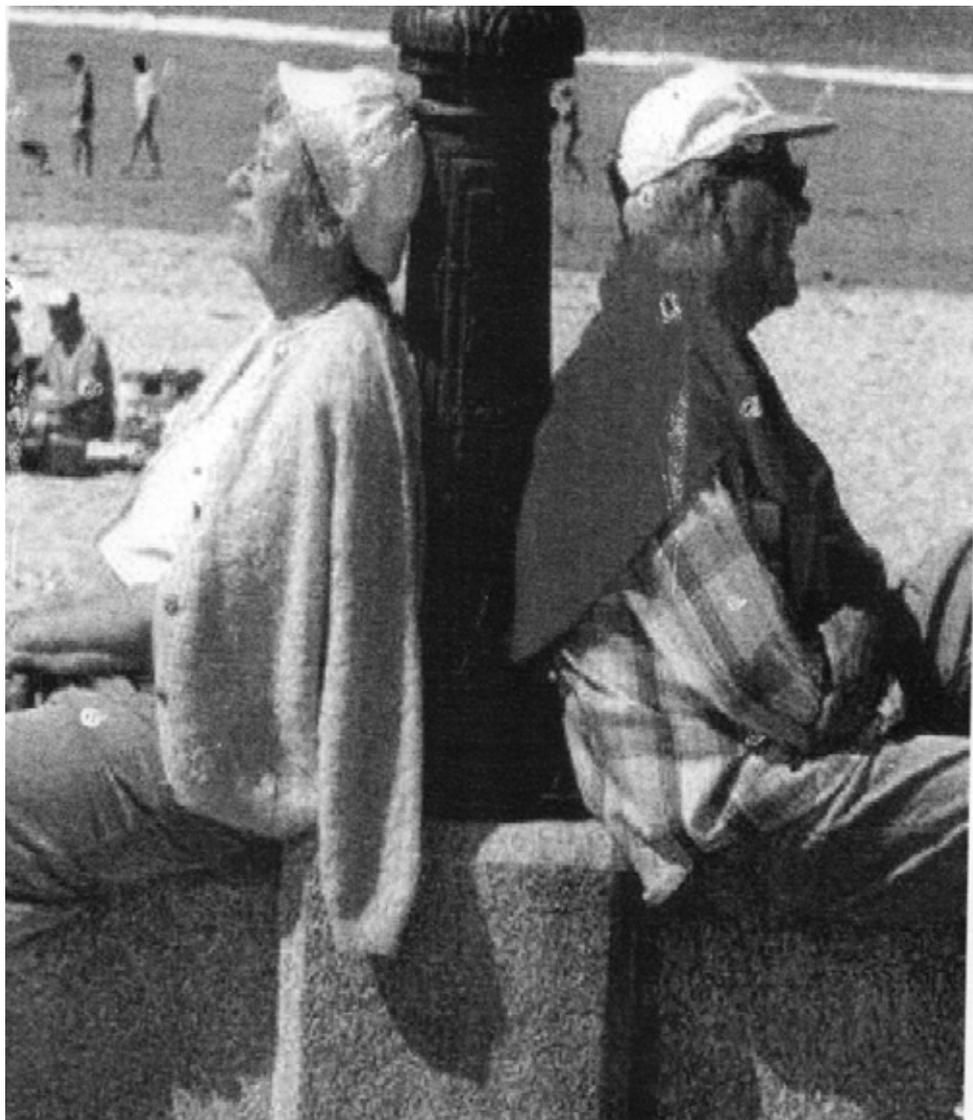
ATENCIÓN ESPECIALIZADA A LOS ADULTO MAYOR



FUENTE: Misma del anexo N° 2.

ANEXO N° 10

ADULTOS MAYORES EN EL ESTADÍO 3 DE LA ENFERMEDAD



FUENTE: Misma del anexo N° 2.

ANEXO N° 11

EXAMEN DE LA MEMORIA MINIMENTAL

Cuestionario Mini-mental

Probable déficit cognoscitivo: ¿Hacer la pregunta se te olvidan las cosas con mayor frecuencia que lo que para ti era habitual?

En caso afirmativo aplicar la encuesta de "Mini Exámen del Estado Mental".

Si en la escala se obtiene una calificación de 13 o menos puntos canalizar con el especialista.

El resultado de la pregunta inicial anotarlo en la CNSAM.

Evaluación Cognitiva (MMSE) Modificado

1. Por favor, dígame la fecha de hoy.

Sondee el mes, el día del mes, el año y el Día de la semana.

Anote un punto por cada respuesta correcta.

Mes
Día mes
Año
Día semana

Total

2. Ahora le voy a nombrar tres objetos. Después que se los diga, le voy a pedir que repita en voz alta los que recuerde, en cualquier orden. Recuerde los objetos porque se los voy a preguntar más adelante

Lea los nombres de los objetos lentamente y a ritmo constante, aproximadamente una palabra por dos segundos.

Si para algún objeto, la respuesta no es correcta, repita todos los objetos hasta que el entrevistado se los aprenda (máximo 5 repeticiones).

Registre el número de repeticiones que debió leer.

Número de repeticiones: _____

Árbol

Mesa

Avión

Anote un punto por cada objeto recordado en el primer intento.

Total

3. Ahora voy a decirle unos números y quiero que me los repita al revés: 1 3 5 7 9

Al puntaje máximo de 5 se le reduce uno por cada número que no se menciones, o por cada número que se se,ale, o por cada número que se mencione fuera del orden indicado.

Respuestas Paciente

Respuestas Correcta 9 7 5 3 1

Total

4. Le voy a dar un papel. Tómelo con su mano derecha, dóblelo por la mitad con ambas manos y colóquelo sobre sus piernas.

Entregúele el papel y anote un punto por cada acción realizada correctamente.

Toma papel
Dobla
Colóca

Total

5. Hace un momento le lei una serie de 3 palabras y Ud. Repitió las que recordó. Por favor, dígame ahora cuales recuerda.

Anote un punto por cada objeto recordado.

Árbol

Mesa

Avión

Total

6. Por favor copie este dibujo:

Muestre al entrevistado el dibujo con los dos pentágonos que se cruzan. La acción está correcta si los dos pentágonos se cruzan y forman un cuadrilátero.

Anote un punto si el objeto está correcto.



Correcto

Sume los puntos anotados en los totales de las preguntas 1 a 6.

Suma total

Puntuación máxima: 19 puntos. A partir de 13 puntos o menos se sugiere déficit cognitivo.

Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud

1 Folstein MF, Folstein McHugh PR. "Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician". J Psychiatry Res 1975; 12: 189-198. Modificado por Icaza, MG, Albala C. "Mini-mental State Examination (MMSE), el estudio de demencias en Chile", OPS/OMS, 1999.

FUENTE: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD.
Atención al envejecimiento. Guía de consulta para el Médico General.
Programa de Salud en el adulto y en el anciano. Documental impreso
de la SSa. México, 2006. p. 5.

ANEXO N° 12

EVALUACIÓN GLOBAL GERIATRICA: ACTIVIDAD DE LA VIDA
DIARIA, ÍNDICE DE KATZ, LAWTON, MARCHA Y BALANCE
TINNETI, ESCALA DE DEPRESIÓN Y ESCALA DE CORNEIL

**INSTITUTO NACIONAL DE LA NUTRICION
"SALVADOR ZUBIRAN"
CLINICA DE GERIATRIA. EVALUACION GLOBAL.**

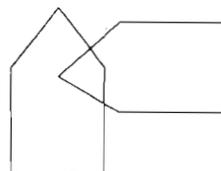
NOMBRE _____ REG. _____ EDAD _____ SEXO _____
CAMA _____ C. _____ 1a. VEZ _____ SUBSECUENTE _____ FECHA DE EVALUACION _____ INGRESO _____ EGRESO _____

SECCION DE SALUD MENTAL: Hoy le preguntaré acerca de su salud en general y me servirá un cuestionario para facilitar la obtención de la información. Las primeras preguntas tienen por objeto verificar el estado de su memoria.

Pts Max. Pts Obt.

- 5 _____ ¿Que fecha es hoy? (años, estación, mes, día, fecha completa).
5 _____ ¿En donde estamos? (piso, hospital, ciudad, estado, país).
3 _____ Muestre 3 objetos (1 por segundo) Pida al sujeto que los repita.
5 _____ Que reste empezando en 100 de 7 en 7 (o desde 20, de 3 en 3), hasta 5 respuestas.
3 _____ Pregunte por los 3 objetos aprendidos.
2 _____ Muestre una pluma y un reloj y pida que los identifique.
1 _____ Que repita la frase "tres tristes tigres".
3 _____ Que cumpla la siguiente orden verbal: Tome una hoja de papel con su mano derecha, dóblela por la mitad y colóquela en el piso.
1 _____ Que lea la frase: "cierre los ojos".
1 _____ Que escriba una oración.
1 _____ Que copie un diseño gráfico (pentágonos cruzados):

TOTAL 1) | |
TOTAL 2) | |
TOTAL 3) | |



> 21 CONTINUE CON LA SIGUIENTE SECCION;

DE 13 A 19 PREGUNTE ESCOLARIDAD, SI ES ANALFABETA CONTINÚE

SI < 13 , O BIEN 13-19 CON ESCOLARIDAD PRIMARIA O SUPEROR, CONTINUE CON LA AYUDA DE UN INFORMANTE.

SPMSQ (PFEIFFER):

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

TOTAL 1) | |
TOTAL 2) | |
TOTAL 3) | |

0-3 muy confuso 4-7 moderadamente confuso 7-8 levemente confuso 9-10 lúcido y alerta

SECCION DEMOGRAFICA:

1. Procedencia: []
 2. rural 1. urbana
2. ¿Cuántos años tiene de escolaridad? [] [] []
3. ¿Sabe Ud. leer y escribir? 1. Sí 2. No [] []

SECCION DE APOYO SOCIAL: Ahora, algunas preguntas acerca de su familia y amigos.

4. ¿Cuál es su estado civil? []
 1. casado 2. separado ó divorciado 3. soltero 4. viudo (fecha) _____
5. ¿Quién vive con usted? (MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS) [] [] [] []
 1. cónyuge 2. otro familiar o amigo 3. vida comunitaria 4. asilo 5. solo
6. ¿Ha visto, o ha hablado por teléfono con algun familiar en la última semana antes de venir al hospital?
 1. si 2. no [] []
7. ¿Está usted satisfecho con la frecuencia con que ve a sus familiares, o bien cree ud. que los ve muy poco?
 1. satisfecho (PASE A LA 8) 2. insatisfecho (PASE A A) [] []
 A. Le gustaría participar en alguna actividad social en su parroquia, en su colonia o tal vez en el INSEN?
 1. asiste 2. si 3. no [] []
8. Si ud. se encontrase enfermo o inválido, ¿cuenta con alguien que pudiera hacerse cargo directamente de su atención? (ESPECIFIQUE POR EJEMPLO: bañarlo, cambiarlo, alimentarlo, etc.) []
 1. si (PASE a C) 2. no (PASE a A)
- A. ¿Tiene ud., al menos alguien que pueda cuidarlo por poco tiempo? 1. si (PASE a C) 2. no (PASE a B) (+2) []
- B. ¿Hay alguien que pueda cuidarlo de vez en cuando? 1. si (PASE a C) 2. no (PASE a C) (+3) []
- C. ¿A quien podemos llamar en caso de emergencia? (NOMBRE Y TELEFONO) _____ []

159

200135

SECCION FINANCIERA: Las siguientes preguntas son acerca de sus gastos y problemas relacionados.

9. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor su situación? **CLASIFICACION** []
 3. mis gastos son tales que no puedo cubrirlos (PASE a A) []
 2. me resulta difícil cubrir mis gastos (PASE a A)
 1. no tengo problemas financieros (PASE a 10)
- A. ¿De que manera, o de quién, recibe usted ayuda? _____

SATISFACCION VITAL:

10. Tomando en consideración su vida en general, ¿se siente satisfecho? []
 1. si 2. a medias 3. no
11. ¿Cree ud. necesitar ayuda para mejorar su estado de ánimo o su salud mental? []
 1. no 2. la tiene 3. sí

SECCION DE SALUD FISICA: Las siguientes preguntas son acerca de su salud:

12. ¿Durante el último mes, cuántos días se sintió tan enfermo que no pudo llevar a cabo sus actividades habituales, tales como el quehacer, el visitar a sus amistades o ir al mercado? días [] [] []
13. ¿En relación con otras personas de su edad, como diría ud. que se encuentra de salud? [] []
 1. excelente 2. muy buena 3. buena 4. mediocre 5. mala
14. ¿Hasta que punto sus problemas de salud le impiden desempeñar sus actividades habituales? []
 1. para nada (PASE A 15) 2. poco (PASE a A) 3. mucho (PASE a A)
- A. ¿Cree ud. tener necesidad de ayuda para sus actividades de la vida diaria en el hogar? (EXPLIQUE CUALES SON) [] []
 1. no necesita 2. necesita ayuda
- B. Cuenta con: []
 1. sirviente 1. familiar 2. cuidadora o enfermera 3. nadie

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA la siguiente serie de preguntas es para saber si necesita ud. ayuda en alguna de las actividades cotidianas.

15. Quisiera saber si puede ud. llevar a cabo estas actividades sin ninguna ayuda, o bien si necesita algún tipo de auxilio. Necesita ud ayuda para:

	SIN ASISTENCIA	ASISTENCIA PARCIAL	ASISTENCIA TOTAL
a.usar el teléfono	---	---	---
b.salir de casa en el vecindario	---	---	---
c.salir de compras	---	---	---
d.hacer el quehacer doméstico	---	---	---
e.administrar su dinero	---	---	---
f.preparar sus alimentos	---	---	---
TOTAL			
g.cuidar de su apariencia	---	---	---
h.alimentarse	---	---	---
i.vestirse o desvestirse	---	---	---
j.entrar y salir de la cama	---	---	---
k.bañarse	---	---	---
l.llegar al baño a tiempo	---	---	---
TOTAL			

16. ¿En los últimos 6 meses, ha recibido ayuda de alguien para, por ejemplo, ir de compras, hacer el quehacer, bañarse, vestirse o desplazarse?

- 3.no y si la necesito 2.si (ESPECIFIQUE) _____ 1.no y no la necesito

DIAGNOSTICOS:

17. ¿Ha tenido o tiene en la actualidad alguno de los siguientes problemas? (SI ASI FUERE, PONGA UNA CRUZ EN EL ESPACIO APROPIADO Y DESCRIBA. EN PACIENTES HOSPITALIZADOS COMPLETE LOS DATOS CON EL EXPEDIENTE)

	SI	DESCRIBA
a.artritis o reumatismo	---	---
b.problemas respiratorios	---	---
c.hipertensión	---	---
d.problemas cardiacos	---	---
e.várices o mala circulación	---	---
f.diabetes	---	---
g.ulceras digestivas	---	---
h.otros problemas digestivos	---	---
i.cáncer	---	---
j.anemia	---	---
k.embolias o trombosis cerebrales	---	---
l.otros problemas neurológicos	---	---
m.problemas tiroideos o glandulares	---	---
n.problemas de la piel	---	---
ñ.problemas para hablar	---	---
o.problemas de la audición	---	---
p.problemas de la vista	---	---
q.problemas con el riñon, la vejiga	---	---
r.incontinencia (especifique fecal o urinaria)	---	---
s.caídas	---	---
t.problemas con su peso o apetito	---	---
u.problemas por depresión	---	---
v.problemas sexuales	---	---
w.problemas con el alcohol	---	---
x.pérdida del control de si mismo	---	---
y.problemas de dolor	---	---
z.problemas para caminar	---	---
otros problemas de salud	---	---

(ANOFE UN PUNTO POR CADA RESPUESTA AFIRMATIVA)

TOTAL | |

LISTA DE MEDICAMENTOS:

18. ¿Qué medicamentos está tomando en la actualidad o ha tomado en el último mes? muéstreme por favor sus cajas o recetas. (Si el paciente es incapaz de describir, haga las siguientes preguntas anotando horario y dosis o bien obtenga el dato del cardex y expediente cotejando con el paciente o el familiar responsable de la administración de los medicamentos.)

FARMACO/DOISIS

1. _____
 2. _____
 3. _____
 4. _____
 5. _____
 6. _____
 7. _____
 8. _____
 9. _____

FARMACO/DOISIS

9. _____
 10. _____
 11. _____
 12. _____
 13. _____
 14. _____
 15. _____
 16. _____

NUMERO [] [] []

19. ¿Muchas personas tienen problemas para recordar que deben tomar sus medicamentos, sobre todo cuando hay que tomarlos con regularidad. ¿Qué tan seguido olvida ud. tomar sus medicinas? [] []

4. frecuentemente 3. a veces 2. rara vez 1. nunca

20. INDICE DE KATZ. EVALUACION DE ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA DIARIA**1. BAÑO: ESPONJA REGADERA O TINA**

[] [] [] []

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

[] [] [] []

Que reciba asistencia durante el baño en una sola parte del cuerpo (como espalda o pierna)

[] [] [] []

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

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

[] [] [] []

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

[] [] [] []

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

[] [] [] []

Que reciba asistencia para tomar las prendas y vestirse

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

[] [] [] []

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

[] [] [] []

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

[] [] [] []

Que no vaya al baño.

4. TRANSFERENCIAS

[] [] [] []

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

[] [] [] []

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

[] [] [] []

Que no pueda salir de la cama.

5. CONTINENCIA

[] [] [] []

Control total de esfínteres.

[] [] [] []

Que tenga accidentes ocasionales.

[] [] [] []

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

6. ALIMENTACION:

[] [] [] []

Que se alimente por si sólo sin asistencia alguna.

[] [] [] []

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

[] [] [] []

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

TOTAL 1 [] 2 [] 3 []

CALIFICACION KATZ:

- 1) INDEPENDENCIA EN ALIMENTACION, CONTINENCIA, TRANSFERENCIAS, IR AL BAÑO, VESTIRSE, BAÑARSE.
- 2) INDEPENDENCIA EN TODAS LAS FUNCIONES MENOS UNA.
- 3) INDEPENDIENTE EN TODO MENOS BAÑARSE Y OTRA FUNCION ADICIONAL.
- 4) INDEPENDENCIA EN TODO MENOS BAÑARSE, VESTIRSE Y OTRA FUNCION ADICIONAL.
- 5) DEPENDENCIA EN EL BAÑO, VESTIDO, IR AL BAÑO Y OTRA FUNCION ADICIONAL.
- 6) DEPENDENCIA EN EL BAÑO, VESTIDO, IR AL BAÑO, TRANSFERENCIA Y OTRA FUNCION ADICIONAL.
- 7) DEPENDIENTE TOTAL EN LAS SEIS FUNCIONES.
- 8) DEPENDENCIA EN DOS FUNCIONES PERO QUE NO CLASIFICAN EN C,D,E,F.

21. ESCALA DE ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LAWTON	1a.	2a.	3a.
A. Capacidad para usar el telefono			
1. lo opera por iniciativa propia, marca sin problema	1	---	---
2. marca sólo unos cuantos numeros bien conocidos	1	---	---
3. contesta el telefono pero no llama	1	---	---
4. no usa el telefono	0	---	---
B. Compras			
1. vigila sus necesidades independientemente	1	---	---
2. hace independientemente solo pequeñas compras	0	---	---
3. necesita compañía para cualquier compra	0	---	---
4. incapaz de cualquier compra	0	---	---
C. Cocina *			
1. planea, prepara y sirve los alimentos correctamente	1	---	---
2. prepara los alimentos sólo si se le provee de lo necesario	0	---	---
3. calienta, sirve y prepara pero no lleva una dieta adecuada	0	---	---
4. necesita que le preparen los alimentos	0	---	---
D. Cuidado del hogar *			
1. mantiene la casa sólo o con ayuda mínima	1	---	---
2. efectúa diariamente trabajo ligero eficientemente	1	---	---
3. efectua diariamente trabajo ligero sin eficiencia	1	---	---
4. necesita ayuda en todas las actividades	1	---	---
5. no participa	0	---	---
E. Lavanderia *			
1. se ocupa de sus ropas independientemente	1	---	---
2. lava sólo pequeñas cosas	1	---	---
3. todo se lo tienen que lavar	0	---	---
F. Transporte			
1. se transporta sólo	1	---	---
2. se transporta sólo, únicamente en taxi pero no puede usar otros recursos.	1	---	---
3. viaja en transporte colectivo acompañado	1	---	---
4. viaja en taxi o en auto y acompañado	0	---	---
5. no sale	0	---	---
G. Medicación			
1. es capaz de tomarla a su hora y dosis correctas	1	---	---
2. se hace responsable solo si le prepara por adelantado	0	---	---
3. es incapaz de hacerse cargo	0	---	---
H. Finanzas			

1. maneja sus asuntos independientemente	1	___	___	___
2. sólo puede manejar lo necesario para pequeñas compras	0	___	___	___
3. es incapaz de manejar el dinero	0	___	___	___
* cuenta en sexo masculino sólo si vive sólo	TOTAL:	1	2	3

22. PRUEBA DE FLEXION* (< 30 cms aplique la escala de marcha)

I | II | cms.

23. EVALUACION DE LA MARCHA Y EL BALANCE DE TINNETTI

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

23A. BALANCE:		1a.	2a.	3a.
1. Balance sentado:	Se va de lado o resbala - 0	Firme y seguro - 1	___	___
2. Levantarse	Incapaz sin ayuda - 0	Capaz pero usa brazos - 1	___	___
	Capaz sin brazos - 2	___	___	___
3. Intenta levantarse:	Incapaz sin ayuda - 0	Capaz en más de un intento - 1	___	___
	Capaz a la primera - 2	___	___	___
4. Balance inmediato al levantarse (5 seg.)	Inestable (vacila, mueve los pies) - 0	Estable pero c/ apoyo físico - 1	Estable sin ningún apoyo - 2	___
5. Balance de pie	Inestable - 0	Estable pero con amplia base de sustentación (> 10 cms) o apoyo físico. - 1	Estable con base normal de sustentación - 2	___
6. Empujón (con el sujeto con los pies juntos, el examinador empuja con la palma de la mano sobre el esternón 3 veces)	Comienza a caer - 0	Se tambalea pero se recupera - 1	Está firme - 2	___
7. Ojos cerrados (misma posición)	Inestable - 0	Estable - 1	___	___
8. Giro de 360 grados:	pasos irregulares - 0	Pasos uniformes - 1	___	___
	Inestable - 0	Estable - 1	___	___
9. Al sentarse:	Inseguro (juza mal la distancia, se deja caer) - 0	Usa los brazos o está inseguro - 1	Seguro, baja con suavidad - 2	___
SUBTOTAL BALANCE/16				1

23B. MARCHA.

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

10. Inicio de la marcha (inmediatamente luego de decirle "sale")	Duda o intenta "arrancar" más de una vez - 0	No titubea - 1	___	___
11. Longitud y elevación del paso:				
a. Balance del pie derecho:	No rebasa al pie izquierdo - 0	Rebasa al pie izquierdo - 1	___	___
	El pie der. no deja el piso - 0	El pie derecho deja el piso - 1	___	___
b. Balance del pie izquierdo	No rebasa el pie derecho - 0	Rebasa al pie derecho - 1	___	___
	El pie izq. no deja el piso - 0	El pie izquierdo deja el piso - 1	___	___

12. Simetría en los pasos entre izq. y der.	Desigual - 0	Uniforme - 1	___	___	___
13. Continuidad en los pasos:	Discontinuos - 0	Parecen continuos - 1	___	___	___
14. Rumbo:	Marcada desviación - 0 Derecho sin auxilio - 2	Desviación moderada o se apoya - 1	___	___	___
15. Tronco:	Balaceo marcado o usa apoyo físico - 0 No balaceo, no flexión - 2	No hay balaceo pero flexiona rodillas o dorso o separa los brazos - 1	___	___	___
16. Base de sustentación:	Talones separados - 0	Talones se tocan al caminar - 1	___	___	___
		SUBTOTAL MARCHA/12	()	()	()
		TOTAL	()	()	()

24. ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA. (Si Folstein > 15 ó Pfeiffer > 4, en caso contrario pase a 25)

	1*	2*	3*	
	si/no	si/no	si/no	
1. ¿ESTA USTED SATISFECHO CON SU VIDA? *	_	_	_	
2. ¿HA ABANDONADO USTED MUCHOS DE SUS INTERESES Y ACTIVIDADES?	_	_	_	
3. ¿SIENTE USTED QUE SU VIDA ESTA VACIA?	_	_	_	
4. ¿SE ABURRE USTED CON FRECUENCIA?	_	_	_	
5. ¿TIENE USTED ESPERANZAS EN EL FUTURO?*	_	_	_	
6. ¿ESTA USTED MOLESTO POR PENSAMIENTOS QUE NO PUEDE ALEJAR DE SU MENTE?	_	_	_	
7. ¿ESTA USTED DE BUEN HUMOR LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO?*	_	_	_	
8. ¿TIENE USTED MIEDO DE QUE ALGO LE VAYA A SUCCEDER?	_	_	_	
9. ¿SE SIENTE USTED CONTENTO LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO?*	_	_	_	
10. ¿SE SIENTE USTED FRECUENTEMENTE DESAMPARADO?	_	_	_	
11. ¿SE SIENTE USTED INTRANQUILO Y NERVIOSO CON FRECUENCIA?	_	_	_	
12. ¿PREFIERE USTED QUEDARSE EN CASA EN VEZ DE SALIR Y HACER COSAS NUEVAS?	_	_	_	
13. ¿SE PREOCUPA USTED FRECUENTEMENTE POR EL FUTURO?	_	_	_	
14. ¿CREE USTED QUE TIENE MAS PROBLEMAS CON SU MEMORIA QUE LOS DEMAS?	_	_	_	
15. ¿PIENSA USTED QUE ES MARAVILLOSO ESTAR VIVO AHORA?*	_	_	_	
16. ¿SE SIENTE USTED DESANIMADO Y TRISTE CON FRECUENCIA?	_	_	_	
17. ¿SIENTE USTED QUE NADIE LO APRECIA?	_	_	_	
18. ¿SE PREOCUPA USTED MUCHO POR EL PASADO?	_	_	_	
19. ¿CREE USTED QUE LA VIDA ES MUY EMOCIONANTE?*	_	_	_	
20. ¿LE ES DIFICIL A USTED COMENZAR CON NUEVOS PROYECTOS?	_	_	_	
21. ¿SE SIENTE USTED LLENO DE ENERGIA?*	_	_	_	
22. ¿SIENTE USTED QUE SU SITUACION ES DESESPERANTE?	_	_	_	
23. ¿CREE USTED QUE LOS DEMAS ESTAN EN MEJORES CONDICIONES QUE USTED?	_	_	_	
24. ¿SE MOLESTA USTED CON FRECUENCIA POR COSAS SIN IMPORTANCIA?	_	_	_	
25. ¿TIENE USTED GANAS DE LLORAR CON FRECUENCIA?	_	_	_	
26. ¿TIENE USTED PROBLEMAS PARA CONCENTRARSE?	_	_	_	
27. ¿DISFRUTA USTED AL LEVANTARSE POR LAS MAÑANAS?*	_	_	_	
28. ¿PREFIERE USTED EVITAR LAS REUNIONES SOCIALES?	_	_	_	
29. ¿ES FACIL PARA USTED EL TOMAR DECISIONES?*	_	_	_	
30. ¿ESTA SU MENTE TAN CLARA COMO SOLIA ESTAR ANTES?*	_	_	_	
	TOTAL:	()	()	()

25. ESCALA DE CORNELL:

CALIFICACION:

NE - no evaluable

0 - ausente 1 - leve o intermitente 2 - grave.

A. Signos relacionados al afecto:

1. ANSIEDAD: expresión ansiosa, preocupación "rumiación"	()	()	()
2. TRISTEZA: expresión triste, voz triste, llanto.	()	()	()
3. FALTA DE REACTIVIDAD A EVENTOS PLACENTEROS	()	()	()

4. IRRITABILIDAD: fácilmente alterado, mal genio			
B. Cambios en el comportamiento:			
5. AGITACION: inquietud, manipulación de las manos, tironeo del cabello			
6. RETARDO: movimientos lentos, hablar lento, reacciones lentas			
7. QUEJAS FISICAS MULTIPLES: 0 si sólo son quejas GI.			
8. PERDIDA DE INTERES: menos involucrado en actividades usuales (contar sólo si ha habido cambios agudos, en el últimos mes)			
C. Signos físicos:			
9. PERDIDA DEL APÉTITO: come menos de lo usual			
10. PERDIDA DE PESO: 2 si más de 2 kg en un mes			
11. FALTA DE ENERGIA: se fatiga fácilmente, es incapaz de sostener una actividad (contar sólo si el cambio ha ocurrido agudamente, es decir en el último mes).			
D. Funciones cíclicas:			
12. VARIACION CIRCADIANA DEL HUMOR: empeoramiento matutino			
13. DIFICULTAD PARA CONCILIAR EL SUEÑO: más tarde de lo usual para la persona			
14. DESPIERTA CON FRECUENCIA DURANTE LA NOCHE.			
15. DESPIERTA TEMPRANO POR LA MAÑANA: más de lo usual para la persona			
E. Ideación alterada			
16. SUICIDIO: Siente que la vida no vale la pena de ser vivida, tiene deseos suicidas o intentos			
17. AUTO DEPRECIACION: baja autoestima, sentimientos de incapacidad, culpa			
18. IDEAS INAPROPIADAS CONGRUENTES CON EL AFECTO ALTERADO: ideas de pobreza, enfermedad o pérdida			
TOTAL			

26. EXAMEN MINIMO DEL ESTADO NUTRICIO

1. INDICE DE MASA CORPORAL			
0- < 19	1- 19 < IMC < 21	2- 21 < IMC < 23	3- IMC > 23
2. CIRCUNFERENCIA MEDIO BRAQUIAL			
0- CMB < 21	0.5- 21 < CMB < 22	1- CMB > 22	
3. CIRCUNFERENCIA DE PANTORRILLA			
0- CP < 31	1- CP > 31		
4. PERDIDA PONDERAL EN LOS ULTIMOS TRES MESES			
0- > 3KG	1- NO LO SABE	2- 1 A 3 KG	
5. ¿ VIVE USTED SOLO, O BIEN ES DEPENDIENTE DE SUS FAMILIARES O VIVE EN INSTITUCION?			
0- SI	1- NO		
6. ¿ TOMA MAS DE TRES MEDICAMENTOS AL DIA?			
0- SI	1- NO		
7. ¿ EN LOS ULTIMOS TRES MESES, HA SUFRIDO ALGUNA ENFERMEDAD AGUDA O ESTRES PSICOLOGICO?			
0- SI	1- NO		
8. SU MOVILIDAD:			
0- CONFINADO A CAMA O SILLON	1- CONFINADO A SU HABITACION		
2- PUEDE ANDAR EN EXTERIORES SIN AYUDA			
9. PROBLEMAS PSIQUIATRICOS			
0- DEMENCIA O DEPRESION GRAVES	1- DEMENCIA O DEPRESION LEVES		
2- NINGUN PROBLEMA PSIQUIATRICO			
10. ULCERAS DE DECUBITO			
0- SI	1- NO		
11. ¿ CUANTAS COMIDAS HACE AL DIA?			
0- UNA	1- DOS	2- TRES	
12. CONSUME USTED?			
MAS DE UNA RACION DE PRODUCTOS LACTEOS AL DIA	SI	NO	
DOS O MAS RACIONES DE LEGUMINOSAS O HUEVO PDR SEMANA	SI	NO	
CARNE, PESCADO O AVES DIARIAMENTE	SI	NO	
0- 0 O 1 AFIRMATIVO	0.5- 2 AFIRMATIVOS	1- 3 AFIRMATIVOS	

13. ¿CONSUME UD. DOS O MAS RACIONES DE FRUTAS O VERDURAS AL DIA? | |
 0- NO 1- SI
14. ¿HA DISMINUIDO SU CONSUMO DE ALIMENTOS EN LOS ULTIMOS TRES MESES? (PERDIDA DE APETITO, DIFICULTADES PARA DEGLUTIR O MASTICAR) | |
 0- DISMINUCION GRAVE DE LA INGESTA 1- BAJA MODERADA DE LA INGESTA 2- NO
15. ¿CUANTOS VASOS DE LIQUIDO CONSUME DIARIAMENTE? (INCLUYENDO CAFE, LECHE, ETC.) | |
 0- < DE 3 VASOS 0.5- 3 A 5 VASOS 1- > DE 5 VASOS
16. MODO DE ALIMENTACION | |
 0- CON ASISTENCIA 1- AUTOALIMENTACION CON DIFICULTADES 2- SÓLO Y SIN DIFICULTADES
17. ¿TIENE UD. UNA ENFERMEDAD, O ATRAVIESA POR ALGUNA SITUACION QUE LE HA OBLIGADO A MODIFICAR LA CANTIDAD Y/O TIPO DE ALIMENTOS QUE USTED CONSUME? | |
 0- SI, EN GRAN MEDIDA 1- SI, PARCIALMENTE, O BIEN NO LO SABE 2- NINGUN PROBLEMA
18. ¿EN COMPARACION CON OTRAS PERSONAS DE SU EOAD, COMO CONSIDERA USTED SU SALUD? | |
 0- NO TAN BUENA 0.5- IGUALMENTE BUENA 1- NO LO SABE 2- MEJOR

TOTAL | || |

SINDROMES GERIATRICOS: (MARQUE Y ANOTE EN LA HOJA DE SINTESIS):

- | | |
|------------------------------------|--|
| 1. AFASIA | 19. ABUSO |
| 2. CAIDAS | 20. OBESIDAD |
| 3. COLAPSO DEL CUIDADOR | 21. OSTEOPOROSIS |
| 4. DEFICIT AUDITIVO | 22. PATOLOGIA DE LOS PIES |
| 5. DEFICIT VISUAL | 23. PATOLOGIA DENTAL |
| 6. DEPRESION | 24. PATOLOGIA SOCIAL |
| 7. DESNUTRICION | 25. PERDIDA DE VITALIDAD |
| 8. DETERIORO FUNCIONAL INEXPLICADO | 26. POLIFARMACIA |
| 9. ENCARNIZAMIENTO TERAPEUTICO | 27. PROBLEMAS ETICOS |
| 10. ESCARAS | 28. PROBLEMAS SEXUALES |
| 11. ESTADO TERMINAL | 29. REGRESION PSICOMOTRIZ |
| 12. ESTASIS FECAL | 30. SX DE INMOVILIZACION |
| 13. FALLA CEREBRAL AGUDA | 31. SX DE PIERNAS INQUIETAS |
| 14. FALLA CEREBRAL CRONICA | 32. TRASTORNOS GRAVES DEL COMPORTAMIENTO |
| 15. FRAGILIDAD | 33. TRASTORNOS DEL SUEÑO |
| 16. HIPOTENSION ORTOSTATICA | 34. TRASTORNOS DE LA MARCHA |
| 17. INCONTINENCIA FECAL | 35. TRASTORNOS HIDROELECTROLITICOS |
| 18. INCONTINENCIA URINARIA | 36. PERDIDA DE AUTONOMIA |

HOJA DE SINTESIS

DX DE INGRESO (principal) _____ No. DX: _____ SERVICIO QUE REFIERE: _____
 MOTIVO MANIFIESTO: _____ MOTIVO SUPUESTO: _____
 QUEJA PRINCIPAL: _____ SINDROMES GERIATRICOS(CLAVES): _____
 DIAGNOSTICO NUTRICIONAL: 1.NORMAL 2.BAJO PESO 3.DESNUTRIDO 4.OBESO | |
 IMC: _____ MNA: _____ ALBUMINA: _____ LINFOCITOS: _____

DX PSIQUIATRICO: _____ MMS: ___ SPMSQ: ___ GDS: ___ CORNELL
 RESPUESTA A LA ENFERMEDAD: _____ | |
 1. ACEPTA, SE ADAPTA ACTIVAMENTE 2. ACEPTA PERO NECESITA AYUDA PARA ADAPTARSE 3. NEUTRAL/PASIVO 4. RETRAIMIENTO

5. NEGACION/IRA/OTRA REACCION NEGATIVA 6. NO VALORABLE.

EVALUACION NEUROPSICOLOGICA:

DX SOCIAL: _____

EDO CIVIL: _____, ESCOLARIDAD: _____, PROCEDENCIA: _____ SUFICIENCIA \$: SI | NO | L, FAMILIA | 1.FUNCIONAL 2.DISFUNCIONAL,
TIENE CUIDADOR: SI | NO |, CARACTERISTICAS | 1.EFICIENTE, 2.AGOBIADO, 3.SE DESCONOCE, REQUIERE: SI | NO |
VISITA DOMICILIO: SI | NO |

DX FUNCIONAL: _____ DEPENDENCIA: [] 1.INDEPENDIENTE, 2.PARCIALMENTE DEPENDIENTE, 3.TOTALMENTE DEPENDIENTE.
DETERIORO: [] 1.BASICO, 2.INSTRUMENTAL, 3.AVANZADO. TIEMPO: _____ KATZ: _____ LAWTON: _____ TINETTI TOTAL:
MARCHA _____ BALANCE _____ PRUEBA DE DESEMPEÑO: _____ DESTREZA MANUAL _____ REUBEN _____ PURDUE [] [] []
REGRESION PSICOMOTRIZ: SI | NO |

NUEVOS PROBLEMAS IDENTIFICADOS

MEDICOS:

1. _____ 2. _____
3. _____ 4. _____

PSICOLOGICOS:

1. _____ 2. _____
3. _____ 4. _____

SOCIALES:

1. _____ 2. _____
3. _____ 4. _____

RECOMENDACIONES

1. APOYO DIAGNOSTICO. CONSULTANTE(S) (ESPECIFICAR): _____

ESTUDIO(S) (ESPECIFICAR): _____

2 CUIDADOS A LARGO PLAZO.

PLANEACION DEL ALTA (ESPECIFICAR): _____

PROVEER SERVICIOS (ESPECIFICAR): _____

3. PROGRAMA DE REHABILITACION:

INESTABILIDAD Y CAIDAS: _____ INCONTINENCIA (ESPECIFICAR): _____

INMOVILIDAD (OBSERVACIONES): _____ HABLA/LENGUAJE: _____

DEFICIT SENSORIAL (ESPECIFICAR): _____ REGRESION PSICOMOTRIZ: _____

MARCHA: _____ OTRO: _____

4. NUTRICION. ESTADO DENTAL: _____ APOYO NUTRICIO: _____

OTRO: _____

5. FALLA CEREBRAL/DEPRESION (ESPECIFICAR): _____

6 TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO: _____

7. RECOMENDACIONES MEDICAS GENERALES:

SEGUIMIENTO: SI () NO () MOTIVO _____

LLENÓ _____

CAPTURÓ: _____

FUENTE: INSTITUTO NACIONAL DE LA NUTRICIÓN "SALVADOR ZUBIRAN". Evaluación Global Geriátrica Clínica de Geriátria. México, 2006.

ANEXO N° 13

PACIENTE CON DEMENCIA Y SU APOYO FAMILIAR



FUENTE: Misma del anexo N° 2.

ANEXO N° 14

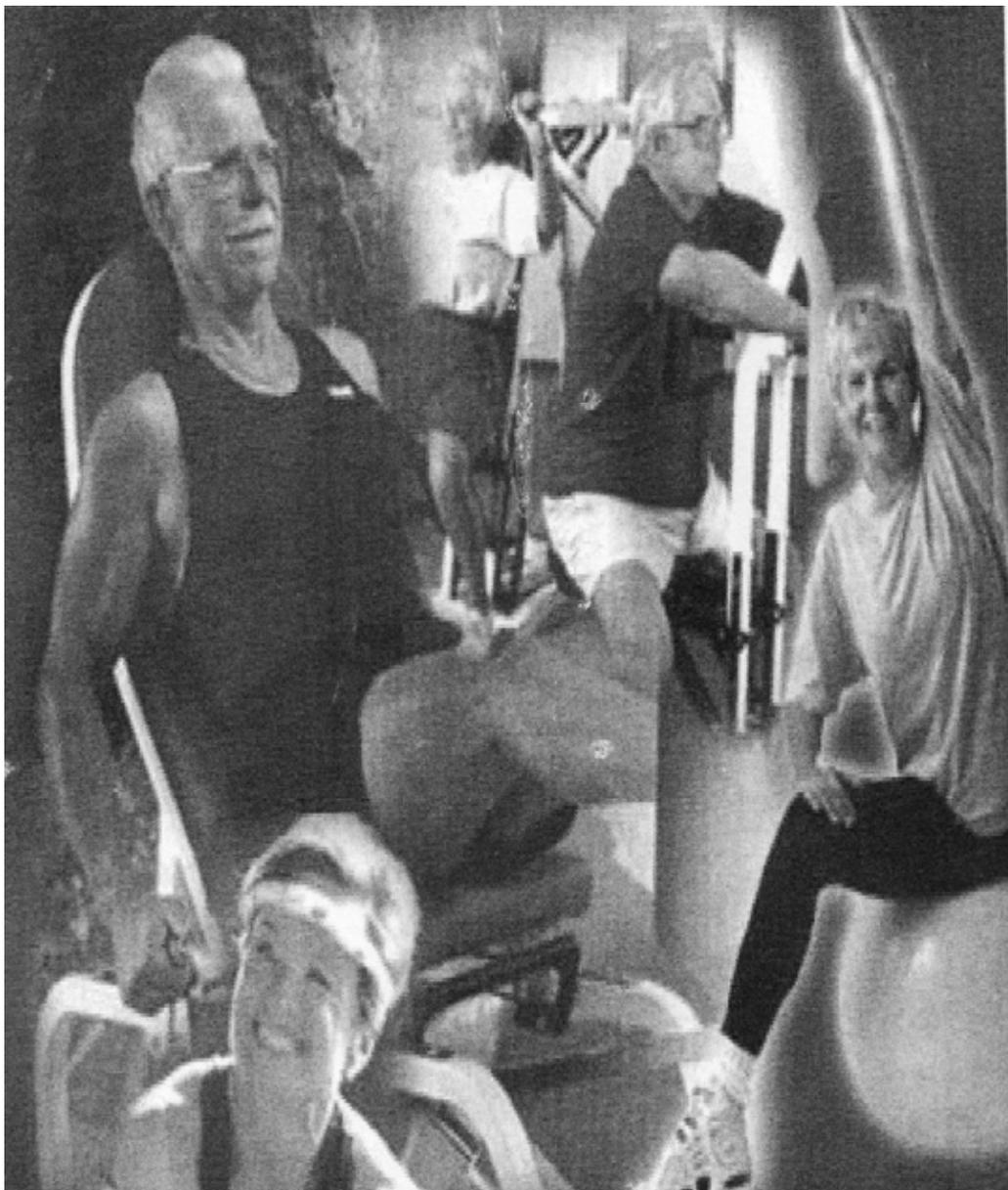
PACIENTE CON ALZHEIMER Y EL CUIDADO FAMILIAR



FUENTE: Misma del anexo N° 2.

ANEXO N° 15

RAHABILITACIÓN FÍSICA EN PACIENTES CON ALZHEIMER



FUENTE: Misma del anexo N° 2.

ANEXO N° 16

ACTIVIDADES DE MUSICOTERAPIA EN ADULTOS MAYORES
CON ALZHEIMER

FUENTE: García, Hugo. Recreación familiar en a tercera edad. Álbum familiar. Tlayacapan, México, 2008. P. 13.

6. GLOSARIO DE TÉRMINOS

ABATIMIENTO: Es la disminución física o moral de una persona, de las funciones psíquicas y de las fuerzas físicas con sentimientos de desánimo, tristeza y pérdida de la esperanza; de duración generalmente prolongada.

ABUSO DE SUSTANCIAS: Uso excesivo de una sustancia. Es decir que se excede la dosis recomendada de medicamentos, fármacos o de sustancias controladas. Patrón desadaptativo del uso de sustancias que no cumplen los criterios de dependencia.

ACATISIA: Incapacidad de origen orgánico para estarse quieto y sentado. Puede ser motivado por una inestabilidad motriz, que se caracteriza por movimientos del cuerpo en forma repetitiva. Puede ser también una complicación del tratamiento con fenotiazinas.

ACTITUD: Se define así a los pensamientos buenos o malos del ser humano que toma hacia otro ser humano. La filosofía lo considera como la posición del cuerpo guiada y controlada por la sensibilidad postural. En Pedagogía y Psicología es la disposición determinada por la experiencia sobre la conducta.

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD). Incluye todas las acciones dedicadas al cuidado personal, a interactuar con el medio ambiente y su relación con los que lo rodean; como el comer, bañarse y cambiarse de ropa, etc.

AFASIA: Alteración en el lenguaje (Lectura, escritura, reexpresión hablada en la comprensión de palabras escritas o habladas) debidas a disfunción cerebral y no consecutiva a enfermedad de órganos vocales o deficiencia intelectual. Es la pérdida de la capacidad de entender o usar el lenguaje.

AFECTO DEPRIMIDO: Respuesta de abatimiento o tristeza, Animo triste y melancólico. Suele acompañarse de angustia y ansiedad. Se identifica por aflicción y desconfianza.

AFECTO: Respuesta emocional de una persona que se traduce en un comunicado verbal y no verbal. Neologismo que se emplea para indicar el estado del que sufre una persona con acción perturbadora, biológica, física o psicológica.

AGNOSIA: Incapacidad de reconocer situaciones, personas o estímulos familiares; no se relaciona con el deterioro en los órganos receptores sensoriales, a pesar de funcionar bien los órganos sensoriales. Cabe mencionar que hay la agnosia óptica, (ceguera psíquica) la agnosia acústica, táctil, gustativa y olfativa.

AGRAFIAS: Incapacidad de leer y escribir. Imposibilidad de comunicarse por escrito, con independencia del nivel mental y de los antecedentes escolares. A menudo se presenta asociada con trastornos afásicos. Puede ser innata o adquirida.

AGRESIÓN: Es el acto de atacar. Implica el ánimo u hostilidad, que suele resultar de la frustración o sentimiento de inferioridad de una persona hacia otra. En los adultos mayores incluso es el acto de falta de respeto, a ofender o a provocar.

AISLAMIENTO: Es la técnica de separación del paciente infectado o sano en su domicilio o en una institución hospitalaria, para protegerlo de eventos infecciosos a él, a sus cuidadores y a sus familiares.

ALEXIA: Incapacidad de identificar los objetos o su uso por la vista. Es también llamada agnosia visual. Según los Neurólogos, es un trastorno del lenguaje cuyo origen es una lesión cerebral. La capacidad de ver las palabras escritas permanece intacta, pero el individuo es incapaz de interpretar su significado, además de que no puede leer.

ALUCINACIÓN: Percepciones falsas sin estímulos externos. Es un fenómeno patológico en el que el individuo cree describir estímulos

externos que no existen, y por el contrario, no percibe los estímulos que si existen. Las alucinaciones se dividen en acústica, ópticas, olfativas y táctiles, según el sentido al que afecten. No debe confundirse a la alucinación con la ilusión.

AMBIVALENCIA: Condición que consiste en presentar dos aspectos, valores o sentidos contradictorios o distintos. Sentimientos o pensamientos opuestos que se producen simultáneamente (p. ej. “amo a mi madre, pero no sé porque deseo que se muera”).

AMNESIA PSICOGENA: Es la pérdida de la memoria no producida por un problema orgánico. Implica la pérdida patológica de la capacidad de recordar. La amnesia puede ser parcial o total que es cuando se pierde el recuerdo de la propia identidad.

ANAMNESIS: Es el conjunto de datos reunidos antes de un examen clínico, con la finalidad de reconstruir la historia del individuo y de situar su estado actual en la perspectiva clínica de su evolución.

ANCIANO: Tiene como sinónimos: Viejo, Geronte, Adulto Mayor o Senescente. Es la persona mayor de 60 años, que se inicia con la degeneración de los aparatos y sistemas del cuerpo. Esto incluye el aparato cardiovascular, esquelético y digestivo.

ANGUSTIA ESPIRITUAL: Es la culpa y sentimientos de injusticia, falta de realización, incapacidad de encontrar significado y finalidad a la vida y aislamiento de los demás.

ANOREXIA RESTRICTIVA: Es la pérdida de peso por disminución dramática en la ingesta de alimentos, acompañada generalmente por un excesivo ejercicio físico.

ANSIEDAD: Emoción como respuesta al miedo, a ser herido o a perder algo valioso. Angustia o intranquilidad que suele acompañar a ciertas enfermedades y que impide el sosiego. También se considera como: agitación, inquietud, tensión que acompaña a algunas enfermedades. Está asociada a cambios en la actividad fisiológica del sistema nervioso autónomo.

APATIA: Indiferencia o ausencia de emoción como respuesta al entorno o a los demás. Puede encontrarse en los débiles mentales, en las insuficiencias glandulares, en las deficiencias juveniles adquiridas y en los adultos mayores que tienen cambios degenerativos en el organismo.

APRAXIA: Son trastornos de la eficiencia motriz que incapacita a las personas para realizar determinados movimientos o ciertos gestos. Implica la incapacidad de llevar a cabo un movimiento hábil, con una finalidad.

ASOCIACIÓN LIBRE: Es la forma en la que las respuestas subjetivas -pensamientos, recuerdos, sueños y sentimientos se forman de una manera no dirigida.

ASTEROGNOSIA: Es una forma de agnosia táctil o bien también llamada agnosia táctil que se manifiesta por la imposibilidad de reconocer los objetos al tocarlos y manipularlos, comúnmente como consecuencia de una lesión en el lóbulo parietal. Hay incapacidad de identificar los objetos familiares que le ponen en la mano; es decir, pérdida de la capacidad de reconocer objetos por el tacto (puede ser cualquier objeto de la casa o de la calle).

ATAXIA: Marcha inestable o tambaleante, es el mal que afecta a la coordinación de los movimientos realizados por una persona, aunque su fuerza muscular permanezca intacta. Su origen se encuentra en una alteración del funcionamiento del sistema nervioso central y se manifiesta por la falta de coordinación de los movimientos secuenciales y del equilibrio del tronco de los miembros en una posición determinada.

ATENCIÓN PRIMARIA: Es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y las familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar.

AUTISMO: Significa vivir dentro de uno mismo. En la esquizofrenia el pensamiento fantasioso es un síntoma predominante. Quien lo padece se repliega sobre sí mismo, reduciendo al mínimo sus contactos con otras personas y en general con el mundo exterior, regularmente es efecto de la esquizofrenia. El Psiquiatra Bleuler, lo definió como “separación de la realidad, acompañada con predominio de la vida interior”.

AUTOACEPTACIÓN: Grado en el que el concepto de uno mismo como persona es congruente con el yo ideal. En Psicología es el gusto dirigido a reconocer objetivamente las propias habilidades y limitaciones, fallas y éxitos, sin que se muestren sentimientos de orgullo, auto reproche o culpa. Se considera por muchos, como un componente principal de una personalidad realmente sana.

AUTONOMIA: Es el respeto por la capacidad del cliente de participar y estar de acuerdo con las decisiones que afectan a la salud y el bienestar. En los adultos mayores, ellos tienen la capacidad de decidir por sí mismos, lo que quieren y como quieren disponer de sus actos y posesiones. Implica la determinación legal que afirma que un cliente puede hacer juicios y tomar decisiones razonables sobre el tratamiento y otros asuntos personales significativos.

BENEFICIENCIA: Es el acto de beneficiar. En enfermería se refiere al deber de la enfermera de no herir al cliente y de aliviar el dolor y el sufrimiento para ayudar a una persona cuando lo necesita cubriendo las necesidades orgánicas.

BIENESTAR: Es el proceso dinámico, de toda la vida de crecer hacia el potencial. Implica un sentimiento interno de estar vivo y de sensación de armonía. Es decir, no padecer enfermedades o procesos patológicos que interfieran en la salud de una persona.

CAPACIDAD FUNCIONAL: Es la facultad de una persona para ejecutar tareas y desempeñar papeles sociales relacionados con la vida diaria a través de un amplio rango de complejidad.

CAMBIOS: Implica pasar de una personalidad a otra, en el trastorno de personalidad múltiple. Es la modificación de la conducta provocada por factores emocionales o por efecto de aprendizaje.

CATALEPSIA: Es la alteración psicomotriz general caracterizada por una rigidez muscular y una impotencia para moverse espontáneamente, lo cual puede llevar al individuo a sostener posturas corporales semejantes a una estatua (que resultarán desusadas e incómodas en condiciones normales). Implica la postura rígida y sin respuesta mantenida durante largos períodos. Es característica de la esquizofrenia catatónica.

CLARIFICACIÓN: Técnica de comunicación que puede utilizar la enfermera cuando no entiende o está confusa sobre las necesidades, pensamientos o ideas del adulto mayor.

COHESIÓN FAMILIAR: Grado de vínculo emocional en una familia, en donde existe la comunicación, el respeto y el apoyo mutuo entre los miembros que integran la familia, independientemente del lugar en donde vivan.

COMPULSIÓN: Es el síndrome clínico cuyas características básicas son las acciones no deseadas repetitivas o ataques recurrentes con perturbaciones recurrentes de la conciencia con o sin componentes musculares, acompañadas de cambios en los potenciales eléctricos del cerebro.

CONDICIONAMIENTO: Es el proceso por el cual una respuesta es desencadenada por un estímulo, objeto o situación natural que debe provocar la respuesta. El término fue inicialmente empleado con referencia a los reflejos. El adulto mayor aprende a cambiar la conducta; las tres operaciones de condicionamiento, son la inhibición recíproca, el reacondicionamiento positivo y la extinción experimental.

CONDUCTA EGO-DISTONICA: Es la conducta que no es coherente con los pensamientos, deseos y valores de uno. En el adulto con Alzheimer, el paciente no coordina las acciones con los acontecimientos reales (p. ej. el vestirse con ropa de verano y está lloviendo o nevando, o tiene hambre y cree que ya comió).

CONFABULACIÓN: Implica rellenar los vacíos de memoria con información imaginaria. El paciente con Alzheimer recuerda pasajes de su vida e imagina lo que le hubiera gustado de vivir.

CONCIENTE: Capacidad que tiene el individuo de conocer de inmediato sus estados o actos internos, así como su valor moral y conocimiento de sí mismo.

CONTACTO: Técnica de comunicación no verbal que sirve como vía para que la enfermera personalice la comunicación con el paciente, en situaciones emocionales, propiciando la confianza entre ella y el adulto mayor.

CRISIS: Estado de tensión grave que puede presentarse en una persona con razones individuales, pedagógicas o sociales. Es también un estado percibido de angustia psicológica o física que resulta cuando los recursos internos y los sistemas de apoyo externos están sobrecargados.

DELIRIO: Es considerado como una psicosis ligada a una organización psicopatológica de la personalidad. Se manifiesta a través de perturbaciones de la percepción y por la producción de ideas delirantes. El trastorno final consiste en un juicio erróneo acerca de la realidad. Implica tener la conciencia alterada que oscila entre distorsión leve a deterioro de la capacidad de pensar. Puede ser aguda o reversible, conocida también como encefalopatía secundaria.

DEMENCIA: Es el trastorno cerebral agudo o trastorno cerebral irreversible, conocido también como encefalopatía primaria. Este presenta decadencia o deterioro de las funciones psíquicas

intelectuales de naturaleza orgánica, generalmente presenta un curso progresivo y crónico.

DEPENDENCIA FÍSICA: Son los cambios fisiológicos que ocurren después del uso prolongado de drogas. Se piensa que están producidos por cambios en los procesos metabólicos dentro de las células del cuerpo.

DEPENDENCIA PSICOLÓGICA: Es la ansiedad producida por la necesidad de una droga que se desarrolla después de un uso prolongado de ella.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Es el diagnóstico clínico hecho por enfermeras profesionales que describe los problemas de salud reales o potenciales que las enfermeras en virtud de su educación y experiencia, son capaces y están autorizadas para tratar.

DEPRESIÓN: Es el síndrome psiquiátrico que consiste en pesimismo y tristeza, retardo psicomotor, insomnio y pérdida de peso y a veces concomitantes con sentimientos de culpa y preocupaciones somáticas, con frecuencia de proporciones delirantes.

DEFICIENCIA O DETERIORO: Es toda pérdida o anormalidad de la función psicológica, fisiológica o anatómica. Es la insuficiencia o agotamiento que impide a una función alcanzar el nivel corriente de la misma.

DISCAPACIDAD: Es toda restricción o pérdida (resultado de una deficiencia) de habilidad para desarrollar una actividad. Implica la falta de habilidad motora o psicológica para realizar una función específica (p. ej., caminar, comer, ver).

ENVEJECIMIENTO: Es el proceso que resulta de la interacción de factores genéticos, influenciado por el medio ambiente y estilos de vida de una persona. Es la suma de todos los cambios que normalmente ocurren en un organismo con el paso del tiempo.

ESPERANZA O EXPECTATIVA DE VIDA: Es el promedio de años de vida esperados de una persona desde su nacimiento o desde cualquier edad que se especifique. La esperanza de vida en México, es de 75 años.

EPIDEMIOLOGÍA: Es la ciencia médica que estudia la frecuencia y distribución de enfermedades y trastorno en las poblaciones humanas. Implica el estudio de los factores que determinan la frecuencia de un fenómeno y su distribución.

ENFERMEDAD: Es el conjunto de alteraciones orgánicas que se manifiestan clínicamente cuando un huésped ha sido invalidado por un agente patógeno. Es el término utilizado para denominar el conjunto de fenómenos que se producen en un organismo vivo que sufre la acción de una causa morbosa y reacciona contra ella. Tiene un periodo inicial, un periodo de estadio y un periodo final, que puede ser la curación o la muerte.

ESCOLALIA: Es la repetición involuntaria de palabras dichas por otros, vista a menudo en la esquizofrenia catatónica. Impulso mórbido que lleva determinados alineados a repetir como eco las palabras pronunciadas delante de la persona.

ECOPRAXIA: Es la Imitación de los movimientos del cuerpo de otra persona. Repetición automática de los gestos y mímica que el paciente acaba de ver.

ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL: Área especializada de la profesión de enfermería que emplea las teorías de la conducta humana como su ciencia y el uso intencionado del yo como su arte. Se encamina a los impactos tanto preventivos como correctivos en los trastornos mentales y sus secuelas y se ocupa de la promoción de una óptima salud mental para la sociedad.

ESPIRITUALIDAD: Intrapersonalmente, es el desarrollo de valores y creencias sobre el significado y finalidad de la vida, la muerte y lo que ocurre después de la muerte, interpersonalmente. Implica un sentimiento de conexión con los demás y con el poder externo identificado a menudo como Dios.

ESTRÉS: Respuesta inespecífica del cuerpo a toda exigencia hecha sobre el fenómeno psicoorgánico, que conlleva un choque fisiológico o emocional seguido de una reacción múltiple.

EUFORIA: Es la sensación de bienestar, resultado de una perfecta salud o de la administración de medicamentos o drogas. Implica sentirse con gran felicidad o exagerado bienestar.

EVALUACIÓN: Es el paso final en el proceso de atención de enfermería; la enfermera compara el estado de salud del cliente después de la actuación con los objetivos previamente definidos y los resultados esperados.

EXAMEN DEL ESTADO MENTAL: Es la evaluación que proporciona la información sobre la conducta actual de un paciente y sus capacidades mentales.

FACTOR DE ESTRÉS: Es el estímulo que produce una respuesta inespecífica en el cuerpo (tal como lesión física, infección o tensión psicológica). Para los adultos mayores es inconveniente sacarlos de su entorno debido a que es un factor predisponente para estresarlos.

FACTOR DE RIESGO: Característica del individuo innata o adquirida que se asocia con un aumento de la probabilidad de padecer una enfermedad, (físicos, sociales, ambientales y psicológicos).

GERONTOLOGÍA: Es la ciencia aplicada y multidisciplinaria que estudia el proceso de envejecimiento del organismo y los fenómenos que lo caracterizan, con el propósito de retrasar las afecciones que pudieran presentarse.

GERIATRÍA: Es la rama de la medicina y la gerontología, dedicada al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades que se presentan

en la vejez. Es la parte de la medicina que estudia la vejez y sus enfermedades.

GERIATRIA PREVENTIVA: Es la prevención primaria, secundaria y terciaria de enfermedades asociadas con el envejecimiento, dirigidos a personas mayores de 60 años con el objeto de lograr un envejecimiento exitoso.

HIGIENE: Rama de la medicina cuyo propósito es la prevención de enfermedades, el mantenimiento y mejoramiento de la salud. Implica la conservación de la salud, aseo, limpieza, agua, saneamiento y habitación adecuados.

HISTORIA DE ENFERMERÍA: Es la entrevista planificada con un cliente y/o su familia que sirve como primer instrumento en la recolección de datos, los cuales ayudan para proporcionar los cuidados que el paciente requiere de acuerdo a sus necesidades.

HIPERSOMNIA: Consiste en la exageración patológica de la tendencia al sueño y se manifiesta bajo la forma de estados de sueño prolongado e incontrolado por la voluntad del sujeto. Es dormir en exceso.

INTROYECCIÓN: Forma de identificación que permite la aceptación de las normas y valores de otro en uno mismo. Mecanismo psíquico inconsciente de incorporación de un objeto externo de una característica del mismo, similar a los procesos de incorporación e identificación.

INCONTINENCIA: Es la incapacidad para controlar la expulsión de heces u orina por insuficiencia funcional de los esfínteres, ocasionada generalmente por lesiones de la medula espinal, infecciones o pérdida de elasticidad de los pisos pélvicos u anales. Implica la salida involuntaria de orina o materia fecal.

MODELOS DE ATENCIÓN AL ANCIANO: Son el conjunto de servicios ofrecidos y utilizados para responder a las necesidades en salud y bienestar que demandan los ancianos, con los principios de integridad, universalidad, eficiencia, eficacia y solidaridad.

NEGACIÓN: Es la facultad o actitud que toma el ser humano, es decir que una cosa no es cierta, desmentir y dejar de reconocer una cosa y admitir su existencia.

OBSESIÓN: Sentimientos o pensamientos penosos que se imponen al espíritu a pesar de su carácter absurdo. Son reconocidos por el sujeto y provocan sensación de angustia. Son también, pensamientos no deseados y repetitivos.

PERSONALIDAD: Es el conjunto de características, rasgos, etc., que constituyen y diferencian a una persona. Son las cualidades de aquella persona en quien se encuentran desarrolladas las funciones psíquicas características de la persona, como inteligencia, voluntad, asertividad, etc.

PSICOLOGÍA: Es la ciencia que se ocupa del estudio del hombre bajo el aspecto de las actividades mentales, afectivas y la conducta. Es el estudio de la conducta del ser humano.

PROCESO DE ENFERMERÍA: Mecanismo que guía el proceso cognoscitivo de la enfermera en el cuidado de los pacientes. Incluye valoración diagnóstica, plan de acciones de enfermería evaluación y recomendaciones que ayudan para que el padecimiento disminuya.

RASGO DE PERSONALIDAD: Patrones reforzados de cómo uno percibe, se relaciona con y piensa sobre el entorno. Es la característica distintiva de un sujeto o grupo humano, lo que permite clasificar, ordenar y construir taxonomías.

REGRESIÓN: Implica volver a un nivel de funcionamiento anterior más cómodo, que es característicamente menos exigente y responsable. Es un mecanismo de defensa que se observa en personas que padecen neurosis, psicosis y perversiones sexuales.

RESPECTO: Es la consideración por los demás y confianza en sus capacidades para poder resolver problemas. Esta consideración es hacia personas o cosas en razón del reconocimiento de sus cualidades, superioridad, mérito o valor.

RITUAL: Patrón específico o estereotipado de conducta. Puede ser compulsivo. Es una cada una de señales de contenido y estructura fijos que exigen determinadas respuestas.

SERVICIOS AL ANCIANO: Tipos de atención brindada a las personas mayores de 60 años por parte de entidades privadas o de gobierno. Estas incluyen cuidados en las actividades de la vida

diaria, cuidados específicos según el padecimiento por un equipo multidisciplinario en el que se incluyen geriatras y enfermeras.

TOLERANCIA: Conducta y actitudes de flexibilidad y autocontrol como respuesta a estímulos que contradicen, se oponen o incluso violentan el sistema de valores.

TRANQUILIZANTE. Sustancias psicotrópicas con estructuras químicas variables. Su principal efecto terapéutico se presenta en las manifestaciones somáticas y psíquicas de la ansiedad.

TRASTORNO DE PERSONALIDAD ESQUIZOFRENICA. Es el trastorno caracterizado por un patrón de indiferencia a las relaciones sociales y un grado restringido de experiencia y expresión emocional.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AVILA, José Alberto ¿Qué hay detrás de la enfermedad de Alzheimer? Revisión de su fisiopatología. En la Revista de Investigación Clínica. INCMSZ. Vol. 56. N° 3. México, 2004. 416 pp.

BAENA, Guillermina. Instrumento de Investigación. Ed. Limusa. 12ª ed. México, 1984. 131 pp.

BERKOW, Robert y Cols. El Manual Merck de diagnóstico y terapéutica. Ed. Doyma Madrid, 1989. 1485 pp.

BRUNNER, Lillian. Manual de la Enfermera. Ed. Interamericana, 4ª ed. México, 1991. 1032 pp.

Bunge, Mario. La Investigación Científica. Ed. Ariel. 6ª ed. Barcelona, 1979. 955 pp.

COOK, J Sue y Karen Fontaine. Enfermería Psiquiátrica. Ed. Interamericana, México, 1993. 650 pp.

FERNANDEZ, Carmen y Cols. Enfermería fundamental. Ed. Masson. Madrid, 1995. 955 pp.

GARCÍA, Alfredo. Introducción a la Metodología de la Investigación Científica. Ed. Plaza y Valdez. 2ª ed. México, 1999. 265 pp.

GARCÍA, Ma. Victoria y Cols. Enfermería. Ed. DAE. Madrid, 2001, 420 pp.

GARCIA, Misericordia y Cols. Enfermería geriátrica. Ed. Masson. Barcelona, 1995. 185 pp.

GONZALEZ, Susana. Manual de Redacción e Investigación documental. Ed. Trillas. 3ª ed. México, 1984. 204 pp.

GUILLEN Francisco y Jesús Pérez. Síndrome y Cuidados en el paciente geriátrico. Ed. Masson. Barcelona, 1994. p. 380.

GUTIERREZ, Raúl. Introducción al método científico. Ed. Esfinge. 6ª ed. México, 1992, 272 pp.

KANTOR Daniel. Demencia. En Internet: www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article. ADAM. México. 2008. 5 pp.

KOZIER, Bárbara y Glerora. Enfermería fundamental, Conceptos, procesos y prácticas. Tomo I. Ed. Interamericana. 2ª ed. Madrid, 1990, 484 pp.

LANDEFELD, Seth y Cols. Diagnóstico y tratamiento en geriatría. Manual Moderno. México, 2005. 531 pp.

LUNA Leonor y Cols. El anciano de ho: Nuestra prioridad “El cuidado de Enfermería”. Universidad Nacional de Colombia, Vicerrectoría Académica. Bogotá, 1998. 220 pp.

MERZ, Laboratorios. Cuidados en pacientes con demencia. Documento impreso de los laboratorios Merz, México, 2007. 8 pp.

MAMAKFOROOSH, Mahammad. Metodología d ela Investigación. Ed. Limusa 2ª ed. México, 2000. 525 pp.

PEÑAFIEL, Olivar, Antonio. Cuidados de Enfermería en Gerontología. Ed. Digitalia. Barcelona, 1999. 296 pp.

RODRÍGUEZ, Rosalía y y Guillermo, Lazcano. Práctica de la geriatría. Mc. Graw Hill Interamericana. México, 2007. 684 pp.

ROJAS, Raúl. El protocolo de la investigación científica. Ed. Trillas. 3ª ed. México, 1986. 256 pp.

SALGADO Alberto y Francisco Guillén. Manual de geriatría. Ed. Masson. Barcelona, 1997 430 pp.

SIMÓN, Angelo y Linda Campton. Enfermería Gerontológica. Ed. Mc. Graw Hill Interamericana. México, 1997. 371 pp.

TORPY, Janet. Demencia. En la Revista de la Asociación Médica Americana. Vol. 297. N° 21. México, 2007. 30 pp.

URIBE, Juan Fernando. Demencia senil. En internet: www.monografias.com/trabajos14/alzheimer.shtml?monosearch. Monografías. México, 2008. 9 pp.