



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

KATYA PEREZ AQUIAHUATL

NECESIDADES DE CUIDADO DE ENFERMERIA EN EL ADULTO MAYOR CON
DETERIORO COGNITIVO Y DEPENDENCIA DE LEVE A MODERADOS.
MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.

No. DE CUENTA:

408022044

MODELO DE ENFERMERÍA PARA LA ATENCIÓN PREVENTIVA Y TERAPÉUTICA EN
PERSONAS CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y SUS FAMILIARES 020
MEGA PROYECTO NUEVAS ESTRATEGIAS EPIDEMIOLOGICAS, GENÓMICAS Y
PROTÉOMICAS EN SALUD PÚBLICA 05.5

DIRECTORA DE TESIS:

MTRA.: ARACELÍ JÍMENEZ MENDOZA

MEXICO, D.F.

2013.





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIA

A mis padres

Por darme la vida y quienes sin esperar nada, me han dado todo. Ellos me enseñaron que todo es posible. Por su esfuerzo para hacer de mí una profesionalista, por el apoyo brindado para que yo pudiera concluir esta etapa de mi vida. Por enseñarme valores y lograr de mí ser una persona buena así como enseñarme a luchar para lograr mis objetivos.

Por haber confiado en mí, hoy puedo decirles gracias.

A mi esposo

Por tu paciencia y tú apoyo. Mi amor te entrego, por siempre estar ahí, tendiéndome un cálido abrazo en cualquier momento.

A mi hija

Que gracias a ella soy lo que soy y he logrado llegar hasta donde estoy. Su presencia es y será siempre el motivo más grande que me impulsa a seguir adelante. Deseo muchos días felices a tu lado.

A mis hermanos.

Porque todos esos momentos en donde los he necesitado, han estado ahí para alentarme y apoyarme.

AGRADECIMIENTOS

A Dios

Porque conozco de ti y porque eres la fuerza más grande que pueda haber en mi vida y por los momentos que me das día a día.

Gracias por permitirme llegar hasta donde estoy y por la dicha de tener a mis padres mis hermanos mi esposo y mi hija.

A mis padres

Por los valores que me han dado, por perdonar mis errores, consolar mis tristezas y saborear mis logros. Gracias por su amor.

Edgar

Quiero recalcar lo mucho que te amo y lo importante que eres en mi vida.

Le doy gracias a dios por haberte puesto en mi vida. Gracias por tu compañía, por tu paciencia y tu amor así como tu apoyo incondicional y la confianza que me has brindado. Gracias por estos once años a mi lado, superando cada obstáculo que nos ha puesto la vida.

Gracias sobre todo porque sin ninguna condición has creído en mí.

A mis suegros

Porque siempre confiaron en mí, porque su apoyo fue indispensable para salir adelante.

A mi abuelita Marina

Por ser un gran pilar en mi vida, porque también fuiste parte de mi formación. Por darme un gran ejemplo de vida, compartir conmigo tus experiencias e impulsarme ser alguien en la vida.

Maestra Araceli Jiménez Mendoza

Quien me aportó su valioso conocimiento para yo poder terminar, por sus regaños, por sus consejos, por su asesoría en mi tesis y por su importante presencia en mi vida. Mi profundo respeto para ella.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1. Pregunta de investigación	2
2. OBJETIVOS	2
2.1. Objetivo General	2
2.2. Objetivos específicos	2
3. JUSTIFICACIÓN	3
4. MARCO TEORICO	4
4.1. El adulto mayor y el envejecimiento	4
4.2. Calidad de vida en la vejez	5
4.3. Deterioro cognitivo	6
4.3.1. Deterioro cognitivo leve	7
4.3.2. Factores de riesgo	8
4.4. Demencia	8
4.4.1. Demencia de tipo Alzheimer	8
4.4.2. Demencia vascular	9
4.5. Necesidades del adulto mayor	10
4.6. Teoría de Maslow	11
4.7. Cuidado de Enfermería	12
4.8. Modelo de Enfermería de Virginia Henderson	15
4.9. Las necesidades del cuidado con sustento en el modelo de Virginia Henderson	16
4.10. Postulados	17
4.11. Dependencia e independencia con sustento en el modelo de Virginia Henderson	17
4.12. Fuentes de dificultad	18
4.13. Rol de la enfermera con sustento en el modelo de Virginia Henderson	18
4.14. Proceso de atención de Enfermería aplicado al Modelo de Virginia Henderson	19

4.15. Centros de día	19
5. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN	21
5.1. Tipo de investigación	21
5.2. Población y muestra	21
5.3. Criterios de selección	21
5.4. Lugar	22
5.5. Periodo de recolección	22
5.6. Método	22
5.7. Instrumentos	23
5.8. Recursos	27
5.9. Consentimiento informado y Aspectos éticos y legales	28
6. RESULTADOS	30
7. ANALISIS DE RESULTADOS	43
8. CONCLUSIÓN	45
9. PROPUESTA	46
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	48
ANEXOS	57

INTRODUCCIÓN

El crecimiento tan acelerado de la población de adultos mayores ha venido haciéndose más evidente en los últimos años y esto representa un problema de salud enorme ya que aún no se cuenta con la infraestructura ni la capacidad por parte del personal de salud para poder cubrir la demanda de salud, que por su edad y condición tan vulnerable requieren.

El aumento de la esperanza de vida, no significa que las condiciones de los Adultos Mayores mejore, al contrario ya que una de las características de ellos es la pérdida de las capacidades funcionales y cognitivas además de la alta incidencia de las enfermedades degenerativas, lo que conlleva a disminuir las actividades cotidianas provocando la pérdida de su independencia y la necesidad de depender de alguien más.

Con la edad surgen cambios en el cerebro que van alterando todo el conjunto de funciones para llevar a cabo una vida independiente y la principal característica es la alteración en la memoria, tomando en cuenta los cambios tanto psicológicos como sociales, el término de la etapa laboral y la etapa del nido vacío donde los hijos se van para hacer su vida.

Cabe mencionar que el adulto mayor socialmente se relaciona con envejecimiento, y lleva consigo términos como discapacidad, demencia y dependencia y es por esto que generalmente ocupan un lugar poco importante en la sociedad, repercutiendo así en su calidad de vida.

El envejecimiento es un proceso natural pero no todas las personas envejecen de la misma manera ya que depende mucho la calidad de vida que llevan, estilos de vida, lugar, de residencia, el acceso a la educación y la funcionalidad durante toda su vida.

Es por lo anterior, que se debe buscar estrategias para el adulto mayor, que contribuyan tener una atención adecuada y necesaria en el ámbito de la salud que garantice una buena calidad de vida en este grupo de personas, y de esta manera logren un envejecimiento saludable, promoviendo estilos saludables, así como

prevención, control de enfermedades crónicas y el deterioro cognitivo para que se llegue a una vejez feliz e independiente.

El deterioro cognitivo, es una de las principales enfermedades del adulto mayor y casi siempre se acompaña de dependencia, además de los riesgos que trae consigo y siendo los servicios de salud los que menos importancia le toman por la falta de información.

El cuidado de los adultos mayores es un tema que debería ser muy abordado y nosotros como profesionales de la salud debemos conocer la importancia de brindar una atención adecuada.

En los centros de Día, la enfermería juega un papel importante para optimizar la salud del adulto mayor; identificando sus necesidades, priorizando y brindando cuidados encaminados al bienestar e independencia.

Las necesidades generalmente suelen definirse como una falta de algo junto con el deseo de querer satisfacerlas, pero en el adulto mayor con deterioro cognitivo y dependiente esas necesidades deben ser cubiertas con la ayuda de la enfermera.

El cuidado de enfermería debe ir más allá del cumplimiento de múltiples tareas rutinarias en un horario determinado. La práctica de la enfermería incluye brindar un cuidado individualizado de calidad.

Esta tesis tiene como propósito describir las necesidades de cuidado de enfermería en el adulto mayor con deterioro cognitivo y dependencia de leve a moderados mediante el modelo de Virginia Henderson y las catorce necesidades para que, a través de esto se logre identificar las que más atención requieren.

En el primer apartado, se describe el marco teórico que abarca las definiciones de adulto mayor y envejecimiento, calidad de vida en la vejez, deterioro cognitivo, demencia tipo Alzheimer y Vascular, necesidades del adulto mayor, teoría de Maslow, cuidado de Enfermería, necesidades del cuidado, Proceso de Atención de

Enfermería con sustento en el modelo de Virginia Henderson y descripción de los centros de día en los que se llevó a cabo la investigación.

En el segundo apartado, se enuncia la metodología que contempla el tipo de investigación, diseño del estudio, muestra, criterios de selección, lugar, periodo de recolección, método, instrumentos utilizados, material y equipo, recursos humanos así como los aspectos éticos y legales.

Por último, en el tercer apartado, se señalan los resultados, el análisis de resultados y las conclusiones, la propuesta, bibliografía y anexos.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En años pasados, la población estaba influenciada por el crecimiento natural, en particular la natalidad, pero en estos últimos años han surgido cambios importantes en la estructura por sexo y edad, en el tamaño y el ritmo del crecimiento, así como en la distribución de la población.

El crecimiento de la población de adultos mayores año con año, la disminución de la fecundidad y de la mortalidad que experimenta México impactan la estructura por edades de tal modo que se invierte la pirámide en donde predominaban los menores y adolescentes y los adultos mayores eran muy pocos.

En México el número de personas mayores de 65 años en el año 2010 fue de 7 millones y se espera que para el año 2050 sean 28 millones.¹

El Distrito Federal es la entidad más envejecida con el mayor porcentaje de población de 60 años o más, y son las mujeres las que predominamos más siendo para el año 2010, 105 por cada 100 hombres.²

La esperanza de vida, es una estimación del promedio de años que se espera que viva una persona después de que nace y en México en el 2005 se produjo un importante incremento de ella, ya que pasó de 49.6 años en 1950 a 78 años en las mujeres y 73 años en los hombres en el año 2010.³

Como consecuencia de esto la razón de dependencia en la vejez aumenta y es necesario estar preparados para atender este reto como personal de salud.

Las principales razones que hacen que exista mayor población femenina son la migración del hombre y mayor sobrevivencia en mujeres.

La causa principal de las discapacidades es por las enfermedades con 39.4 % y como segunda causa está la edad avanzada con 23.1%.⁴

¹ Ham Chande R. Diagnóstico socio-demográfico del envejecimiento en México 2011, (en línea) consultado 18-may-13 disponible en:http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Diagnostico_socio_demografico_del_envejecimiento_en_Mexico

² Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía (México) Mujeres y hombres en México 2011,2012. Consultado 18/05/13. pág 49.

³ Programa Nacional de salud 207-2012 Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. Primera edición. México 2007 ISBN 978-970-721-414-9(en línea) consultado 14-04-13; disponible en:

http://www.innsz.mx/descargas/transparencia/programas_sectoriales/Pronasa.pdf; pág.23

⁴ INEGI Principales Resultados Del Censo de Población y Vivienda 2010 (en línea) consultado 15-03-13; disponible en www.censo2010.org.mx pág. 48

1.1. Pregunta de investigación

¿Cuáles son las Necesidades de Cuidado de Enfermería en el Adulto Mayor con Deterioro Cognitivo y Dependencia de Leve a Moderados mediante el modelo de Virginia Henderson en la Fundación Alzheimer “alguien con quien contar” y la Asociación Alzheimer I.A.P. “una esperanza de vida”?

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General

Describir las Necesidades de Cuidados de Enfermería en el Adulto Mayor con Deterioro Cognitivo y Dependencia de Leve a Moderados mediante el modelo de Virginia Henderson en la Fundación Alzheimer “Alguien con quien contar” y la Asociación Alzheimer I.A.P. Una esperanza de vida.

2.2. Objetivos Específicos

- Identificar a los Adultos Mayores con Deterioro Cognitivo y Dependencia de Leve a Moderados en la Fundación Alzheimer “Alguien con quien contar” y la Asociación Alzheimer I.A.P. “Una esperanza de vida”.
- Identificar las Necesidades de cuidados de enfermería en el Adulto Mayor con Deterioro Cognitivo y Dependencia de Leve a Moderados en la Fundación Alzheimer “Alguien con quien contar” y la Asociación Alzheimer I.A.P. “Una esperanza de vida”.
- Priorizar las necesidades de cuidado de enfermería en el adulto mayor con deterioro cognitivo y dependencia de leve a moderados en la Fundación Alzheimer “Alguien con quien contar” y la Asociación Alzheimer I.A.P. “Una esperanza de vida”.

- Elaborar una propuesta que contenga los lineamientos de una guía de cuidados específicos de enfermería para adultos mayores con deterioro cognitivo y dependencia de leve a moderados.

3. JUSTIFICACION

La inversión de la pirámide poblacional y el crecimiento acelerado de la población de adultos Mayores, son un tema de suma importancia que debe ser abordado en todos los aspectos ya que para el año 2050 la mayoría de nosotros seremos adultos mayores y es este el momento de llevar a cabo acciones que puedan en un futuro ser de gran ayuda para el personal de salud.

A nivel mundial, existe una tendencia global del envejecimiento de la población y la necesidad de cuidados a los adultos mayores aumenta considerablemente ya que muchos de ellos en esta etapa pierden autonomía física, y tienen necesidad de asistencia ya que se encuentran con alguna limitación o incapacidad para poder realizar actividades de la vida diaria.

La elaboración de este trabajo de investigación surge porque la población adulta mayor está creciendo de manera significativa y con ella la necesidad de cuidados que requieren.

El aumento de la esperanza de vida en la población, tiene importantes consecuencias para la salud, ya que existe un crecimiento explosivo de adultos mayores y con ello un aumento significativo en casos de deterioro cognitivo, la calidad de vida que llevan y a esto se le suma que los servicios de salud aun no se encuentran preparados profesionalmente para atender esta situación y no existe tanto interés en abordar a esta población por parte del personal.

El propósito de este trabajo de investigación, describir las Necesidades de Cuidados de Enfermería en el Adulto Mayor, identificando y resaltando la que más atención requieren mediante el modelo de Virginia Henderson.

Otro de los objetivos es establecer lineamientos para la creación de una guía de cuidados específicos de Enfermería para adultos mayores con deterioro cognitivo y dependencia de leve a moderados para el personal de enfermería que labora en

los centros de día para que puedan brindar una atención de mejor calidad y que de esta manera se le muestre al adulto mayor que es muy importante y que junto con la enfermería se puede lograr la autonomía.

4. MARCO TEORICO

4.1. El adulto mayor y el envejecimiento

Adulto mayor

Se considera Adulto Mayor a aquella persona que cuenta con 60 años o más.⁵

En esta etapa existe una gran relación entre lo que ya se ha vivido y lo que se obtendrá a partir del mantenimiento de una conducta saludable que se asocia a factores como el incremento en los cambios físicos y psicológicos y termina con el fallecimiento.

El concepto que tiene el Adulto Mayor acerca de su salud, se relaciona subjetivamente ya que además de los cambios físicos visibles, este percibe su salud de acuerdo a las habilidades funcionales que ahora tiene como el bienestar psicológico y el soporte social con el que cuenta y que pueden afectar su estilo de vida ya que el incremento de agentes que acompañan esta etapa como son la familia, los factores económicos, los cambios culturales y todas aquellas acciones que directa o indirectamente perjudican su salud.

Cuando se llega a esta etapa surgen cambios que repercuten en su calidad de vida, su estabilidad emocional por el hecho de saber que serán una carga para la sociedad y que es próxima la muerte.

⁵ Cámara de diputados del congreso de la Unión, Secretaría General, Secretaría de Servicios Parlamentarios. Ley de los derechos de las personas Adultas Mayores. Art. III. Última reforma DOF 24-06-2009 (en línea) consultado 14/dic/2012. Disponible en: [related:www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/245.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/245.pdf) ley de los derechos de las personas adultas mayores

Envejecimiento

Nos encontramos ante un proceso de envejecimiento de la población mundial, con un aumento de la esperanza de vida que altera la pirámide poblacional.

El envejecimiento es el deterioro de las funciones progresivo y generalizado, que produce una pérdida de respuesta adaptativa y que puede producir enfermedades relacionadas con la edad. Este proceso depende de factores intrínsecos o endógenos así como ambientales o exógenos a él y que afecta sus facultades imposibilitándolo para enfrentarse a situaciones biológicas, psicológicas y sociales.

La organización mundial de la salud define envejecimiento como un proceso fisiológico que comienza desde la concepción y ocasiona cambios en las características de las especies durante todo el ciclo de vida, produciendo una limitación de la adaptabilidad del organismo en relación con el medio, estos ritmos no siempre suelen ser iguales.

El proceso de envejecimiento depende de factores como la pobreza y roles asumidos, en este caso, las mujeres vistas como madres y amas de casa, es decir, como cuidadoras de otros y siendo ellas las más predisponentes a la dependencia, y los hombres como figuras de autoridad fuerza, poder y como jefes de familia.

4.2. Calidad de vida en la vejez

Dada que la salud en esta etapa nos lleva a acercarnos al concepto de envejecimiento y en el cual se da la disminución de la capacidad funcional que se evidencia en enfermedades tanto biológicas como mentales, cambios en el estilo de vida y algunas repercusiones en la carga social de la enfermedad y en la calidad de vida.

La calidad de vida está centrada principalmente en los adultos mayores ya que es donde recae todo lo que se ha hecho con el paso del tiempo y como se va a vivir lo que resta de vida.

Es un concepto que contempla el bienestar de distintas dimensiones como son la salud percibida, afectiva, cognitiva, social, económica y de funcionamiento físico.

Se define como “un estado de bienestar físico, social, emocional, espiritual, Intelectual y ocupacional, que le permite al individuo satisfacer sus necesidades y se da en la medida en que logre reconocimiento a partir de relaciones sociales significativas; esta etapa de su vida será vivida como prolongación y continuación de un proceso vital, de lo contrario se vivirá como una fase de declinación funcional y aislamiento social en el adulto mayor.”⁶

4.3. Deterioro cognitivo

Gran parte de las personas Adultas Mayores como ya se mencionó, presenta un deterioro cognitivo gradual por el decline de las capacidades cognitivas pero no necesariamente se encuentra en peligro su funcionamiento.

El deterioro cognitivo es un estado intermedio de la función cognitiva, cambio producido por el envejecimiento y los criterios que cumplen para las demencias.

Se sitúa en un punto intermedio que va desde la normalidad cognitiva, hasta la pérdida completa de las funciones como: alteración de las facultades intelectuales de la persona entre las que se destaca el deterioro de la orientación, de la memoria reciente, del razonamiento, del cálculo, del lenguaje y la capacidad de realizar tareas complejas y presenta una gran prevalencia en el adulto mayor, lo condiciona a situaciones de grave incapacidad, y esto ocasiona una problemática socio-asistencial muy grande.

⁶Darnton Hill, Ian. El envejecimiento con salud y calidad de la vida. Foro mundial de la salud, 1995;16(4): pág. 381-426 (en línea) consultado 14/12/12 Disponible en: <http://www.who.int/iris/handle/10665/49885>

La función cognitiva de cada individuo es el resultado del funcionamiento general de las diferentes áreas intelectuales, incluyendo pensamiento, memoria, percepción, comunicación, orientación, calculo, comprensión y resolución de problemas.

Los cambios cognitivos son casi siempre asociados principalmente a la edad y se reflejan con disminución en la velocidad y el procesamiento de datos que se comienza a observar a partir de los cincuenta años.

Cuando la función cognitiva va más allá de la asociada con el envejecimiento típico se conoce como deterioro cognitivo leve.

4.3.1. Deterioro cognitivo leve

El deterioro cognitivo leve representa un estado intermedio de la función cognitiva, entre los cambios observados en el envejecimiento y los que cumplen los criterios para la demencia y más frecuente la enfermedad de Alzheimer.

El deterioro cognitivo leve, se clasifica en dos subtipos: amnésico y no amnésico.

El Deterioro Cognitivo leve amnésico

Es un deterioro de la memoria significativo pero no cumple con los criterios para la demencia. Existe una falta progresiva de la memoria, sin embargo otras capacidades cognitivas, tales como la función ejecutiva, el uso del lenguaje y actividades viso espaciales están relativamente preservadas.

El deterioro cognitivo leve no amnésico

Se caracteriza por una disminución sutil de las funciones no relacionadas con la memoria, afectando la atención, el uso del lenguaje o las habilidades viso-espaciales, este tipo de deterioro es menos común que el tipo no amnésico y puede ser precursor de las demencias que no están relacionadas con la enfermedad de Alzheimer.

4.3.2. Factores de riesgo

Dentro de los factores de riesgo relacionados al deterioro cognitivo se encuentra la edad, ya que a mayor edad, mayor riesgo de deterioro cognitivo y otro muy importante es el sexo predominando las mujeres por la esperanza de vida que tiene siendo mayor que la de los hombres.

Otros factores de riesgo son la educación, la ocupación laboral, ya que a mayor nivel de educación menor es el riesgo de presentar deterioro cognitivo y casi siempre como consecuencia mayor las demencias.

4.4. Demencia

La demencia es un síndrome clínico caracterizado por pérdida adquirida de las habilidades cognitivas y emocionales, lo suficientemente importante para interferir con el funcionamiento diario y la calidad de vida.

También puede acompañarse de otras manifestaciones tales como alteraciones motoras, la conducta, depresión, ansiedad, alucinaciones y delirio.

La diferencia entre la demencia y el deterioro cognitivo leve descansa en la determinación de si hay o no una interferencia significativa en la capacidad funcional en el trabajo o en las actividades cotidianas usuales.

4.4.1. Demencia de tipo Alzheimer

Enfermedad progresiva y degenerativa que provoca el deterioro de la memoria, orientación, juicio, lenguaje, personalidad y conducta interfiriendo en su capacidad para realizar actividades de la vida diaria

La evolución es por etapas y la mayoría de las personas con esta enfermedad son tiene más de 65 años; sin embargo, puede darse a edades mucho más tempranas.

El Alzheimer se manifiesta de diferentes formas, los síntomas no siempre suelen ser los mismos, pero la evolución general de esta enfermedad suele tener tres etapas:

Inicial

Esta primera etapa está caracterizada por una pérdida poco significativa de la memoria por lo que es muy difícil realizar un diagnóstico en ella.

Las pérdidas de la memoria son muy ocasionales, presentan problemas en las conversaciones y presentan irritabilidad.

Intermedia

Esta segunda etapa puede resultar la peor de todas por la transformación que surge en la persona, las pérdidas frecuentes de memoria, la desorientación, la colocación de la ropa de forma incorrecta y dejar la llave de gas abierta son algunas de las características que suelen mantenerlos frustrados.

Avanzada

En esta última etapa, la persona se convierte en un ser totalmente dependiente y pierde totalmente la conciencia del entorno, pierden la capacidad de reconocimiento de los familiares y no existe ya control de esfínteres.

4.4.2. Demencia vascular

La demencia vascular es por lo general una de las más comunes y la importancia que se le toma a este tipo de demencia es porque constituye un componente frecuente en la enfermedad de Alzheimer.

Este tipo de demencia resulta de lesiones de pequeños vasos y oclusiones venosas y de esta forma se vuelve una demencia mixta ya que es una

combinación de la Enfermedad de Alzheimer y Demencia vascular y es ocasionado principalmente por múltiples infartos en territorios de vasos grandes.⁷

4.5. Necesidades del adulto mayor

Las posibilidades que existen de alcanzar un nivel adecuado de protección social para el adulto mayor son cada vez mayores, pero aún hace falta trabajar mucho para que puedan lograr una calidad de vida mejor.

Como se mencionó al principio, una necesidad es una sensación de carencia de algo y unida a ella el deseo de satisfacerla.⁸

Estas necesidades se clasifican dependiendo de su naturaleza, su procedencia y su importancia económica

Según su naturaleza:

Primarias: Dependen para vivir y son comer, dormir, beber agua, respirar, abrigarse etc.

Secundarias: Para aumentar el bienestar del individuo, utilizar teléfono, jugar, ver televisión etc.

Según su procedencia:

Necesidades del individuo: son propias de la persona como ser humano; naturales ejemplo, comer y beber agua, y sociales como celebrar una boda, ver televisión y vestir a la moda.

Necesidades de la sociedad: Parten de la persona y pasan a la sociedad, ejemplo: el transporte y la seguridad etc.

⁷ Román G., Pascual B. Demencia Vascular y Deterioro Cognitivo de Origen Vascular Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias, Abril 2012, Vol.12, N°1, pág. 203-218 203 ISSN: 0124-1265(en línea) consultado el 14/12/12. Disponible en: http://neurociencias.udea.edu.co/revista/PDF/REVNEURO_vol12_num1_9.pdf

⁸Parra R. J. C. Las necesidades humanas y su clasificación. Introducción a la Economía. (en línea) consultado 19/02/13. Disponible en: http://www.educarm.es/templates/portal/images/ficheros/etapasEducativas/secundaria/16/secciones/269/contenidos/4851/las_necesidades_y_los_bienes.pdf

Según su importancia económica:

Económicas: se requiere la utilización de recursos para la realización de alguna actividad económica ejemplo: comer, pagar transporte público etc.

No económicas: no se requiere de una actividad económica, ejemplo: respirar.

4.6. Teoría de Maslow

Abraham Maslow postula en el año de 1943 que en cada ser humano existen necesidades que son ordenadas jerárquicamente.

Esta teoría propone una jerarquía de necesidades y factores que motivan a las personas mediante cinco categorías de necesidades que son:

Fisiológicas cuyo origen es biológico, ejemplo: respirar, beber agua, dormir, comer, sexo y refugio. De seguridad personal, ejemplo: el orden, la estabilidad y protección. De amor, ejemplo: afecto y pertenencia orientados a superar sentimientos de soledad. Cuando estas tres primeras clases se encuentran satisfechas, surgen las llamadas necesidades de estima y de esta forma se logra llegar al quinto escalón en donde se encuentran las necesidades de autorrealización para el crecimiento personal.⁹

⁹ Quintero Angarita J. R., Teoría de las necesidades de Maslow (en línea) consultado 19/0212, disponible en: http://doctorado.josequintero.net/documentos/Teoria_Maslow_Jose_Quintero.pdf

4.7. Cuidado de Enfermería

El cuidado está relacionado con las dimensiones psicológicas, culturales, sociales y espirituales y no solo a la dimensión biológica, aspecto que recupera la integridad de la persona.

Es el objeto de estudio de la Enfermería y los servicios de enfermería tienen como misión prestar atención de salud a los individuos, a las familias, a las comunidades en todas las etapas del ciclo vital y en los aspectos relacionados con la prevención de enfermedades, la promoción de la salud, la recuperación y la rehabilitación con un enfoque holístico e interdisciplinario a fin de contribuir al bienestar de la población, destacando que las intervenciones de enfermería están basadas en los principios científicos, humanísticos y éticos, fundamentados en el respeto a la vida y la dignidad humana.

El cuidado es la esencia de la enfermería y este debe estar constituido por acciones para proteger, mejorar y preservar la humanidad ayudando a la persona a hallar un significado en la enfermedad, sufrimiento, dolor y existencia así como ayudar a la persona a adquirir su autonomía.

Cuidar implica no solo conocer a cada ser humano, si no interesarse por el que exige un esfuerzo de atención, una concentración a veces mas agotadora que el esfuerzo físico.

Para Virginia Henderson, el cuidado es dirigido a suplir los déficit de autonomía de la persona para poder actuar de modo independiente en la satisfacción de las necesidades fundamentales estableciendo tres tipos de niveles en la relación enfermera / paciente en el proceso de cuidar.

El primer nivel es el de sustitución; en donde la enfermera sustituye totalmente al paciente.

El segundo nivel es de ayuda; la enfermera lleva a cabo solo aquellas acciones que el paciente no puede realizar.

El tercer nivel es de acompañamiento; donde la enfermera permanece al lado del paciente desempeñando tareas de asesoramiento.

Cuidado

El termino cuidar en la antigua Grecia y Roma significó preocupación, angustia o ansiedad, cuidar era concebido como una carga y por otro lado era el proporcionar atención a los otros pero con una connotación positiva, como una dedicación.¹⁰

El concepto de cuidado, se encuentra presente desde el inicio de la civilización y se origina junto con la aparición de los primeros hombres en la tierra. Con la venida de la civilización el desarrollo del conocimiento empírico determino que la atención a la salud fuera responsabilidad de personas que comenzaron a transformar la medicina de lo natural a lo científico y es así como se da con el transcurso del tiempo, lugar a diferentes disciplinas.

Cuidar, es un hecho humano que tiene sus raíces en la vida misma, realizada por los seres humanos para preservar la vida.

Desde las culturas primitivas, las estructuras sociales han tenido como finalidad satisfacer sus necesidades de mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar y son el grupo de las mujeres las que adoptan este rol de cuidadoras comenzando a desempeñar la práctica del cuidado, ya que eran las que podían permanecer más tiempo en el poblado ocupándose de cuidar a los heridos y enfermos, al mismo tiempo que se encargaba del mantenimiento de las tareas del hogar y es así como se convierten en las primeras cuidadoras.

Los elementos empleados por la mujer cuidadora formaban parte de la propia naturaleza; el agua, las pieles, las plantas y el contacto físico para transmitir bienestar a las personas.

¹⁰Gasull V. M. Solanilla D. L. La ética del cuidar y la atención de enfermería. TFC Humanitats.Enero 2005 (en línea) consultado 15/03/13. Disponible en: <http://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CCkQFjAA&url=http%3A%2F%2Fopenacces.s.uoc.edu%2Fwebapps%2Fo2%2Fbitstream%2F10609%2F1242%2F1%2F31802tfc.pdf&ei=upZ4UoeBCdTMsQSLnYLYCA&usg=AFQjCNFITsuvYnhD2cR4roJc4MTtJsaHUg>

Enfermería

Datos históricos

En México en la época precortesiana, la partera llamada Tlalmaqui-ticil, era quien se ocupaba de la atención de la mujer embarazada.

En el año de 1524, se fundó el Hospital de la Inmaculada Concepción, que se conoce ahora como Hospital de Jesús.

En el año de 1936 se funda el primer colegio tipo universitario.

A mediados del siglo XIX es reconocida la profesión de partera

En el año de 1910, la escuela de Enfermería del Hospital general, se incorpora a la Universidad Nacional de México a través de la escuela de medicina.

En 1945 se consuma la separación académica de la escuela de Medicina y se constituye en la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia

Definición

Es una profesión dinámica por que recurre a la ciencia y otras fuentes de conocimiento, pero tiene bien definidos y clasificados los conocimientos propios.

Dedicada a mantener el bienestar físico, psicosocial y espiritual de las personas.

Está considerada como arte porque requiere habilidades por parte de la persona que las realice y ciencia porque requiere de los conocimientos de la propia disciplina.

Emplea el método científico en la práctica para que realice una aportación importante a la sociedad.

Utiliza conocimientos con pensamiento analítico y creativo.

Tiene bases éticas porque se ejerce dentro de un marco teórico con normas y valores

Tiene autonomía, controla sus propias funciones en el ambiente de trabajo, ejerce libre la profesión, implica independencia y responsabilidad de sus propios actos.

Su objetivo es el cuidado de la salud individual y familiar lo que implica investigar y analizar las causas reales que provocan la enfermedad

Para Virginia Henderson la definición de enfermería es asistir al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud, a su recuperación o a la muerte. Actividades que la persona realizaría si tuviera fuerza de voluntad o el conocimiento necesario, y hacerlo de tal manera que le ayude a ganar independencia a la mayor brevedad posible.

4.8. Modelo de enfermería de Virginia Henderson

Virginia Henderson propone un modelo que se basa en la teoría de Maslow quien en 1943 propone su teoría de la Motivación Humana y que fue utilizada en el campo de la Psicología Clínica. El modelo conceptual de Virginia Henderson da una visión clara de los cuidados de enfermería.

Para Virginia Henderson, el individuo sano o enfermo es un todo completo, que presenta catorce necesidades fundamentales y el rol de la enfermera consiste en ayudarle a recuperar su independencia lo más pronto posible.

Virginia Henderson menciona que cada individuo es un todo compuesto y complejo con catorce necesidades para conservar su independencia mediante la satisfacción de ellas.¹¹

Las 14 necesidades son las siguientes:

1. Necesidad de respirar.
2. Necesidad de beber y comer.
3. Necesidad de eliminación.
4. Necesidad de movimiento y postura.
5. Necesidad de descanso y sueño.
6. Necesidad de vestido.
7. Necesidad de termorregulación.
8. Necesidad de higiene.

¹¹ Gómez Pérez M. P., Virginia Henderson, el ejemplo que perdura. Boletín informativo de la AEEC [Enferm Cardiol] 1997;4(9): 20-21.(en línea) consultado 30/10/13. Disponible en: <http://www.enfermeriaencardiologia.com/revista/0905.pdf> [es].

9. Necesidad de evitar los peligros.
10. Necesidad de comunicación.
11. Necesidad de creencias y valores.
12. Necesidad de ocupación y realización.
13. Necesidad de recrearse.
14. Necesidad de aprender.

Para Henderson es un requisito que ha de satisfacerse para que la persona mantenga su integridad, logrando su independencia.

Cuando una necesidad no está satisfecha el individuo no es un todo complejo e independiente. La persona cuidada debe verse como un todo, teniendo en cuenta las interacciones entre sus distintas necesidades, antes de llegar a planificar los cuidados.

4.9. Las necesidades del cuidado con sustento en el modelo de Virginia Henderson

Henderson Define como necesidad todo aquello que es esencial para el ser humano para mantener su vida o asegurar su bienestar y es visto como un requisito no como una carencia.

Ella propone las 14 necesidades humanas básicas en las que se basa la atención de enfermería, haciendo énfasis en las funciones de ayudar a la persona sana o enferma a la realización de actividades que contribuyan a su salud, a su recuperación o a una muerte tranquila para ayudarle a ganar independencia lo más rápidamente posible.

Estos cambios derivan del proceso de envejecimiento y los problemas de salud en ellos a menudo se manifiestan como declinaciones en su estado funcional, y estos favorecen la disminución de su capacidad funcional llegando a generar una situación de dependencia.

La funcionalidad se refiere a la capacidad que tiene un individuo de realizar sus actividades básicas cotidianas de forma independiente y son las alteraciones o limitaciones las que llevan a la discapacidad de la persona.

4.10. Postulados

Para Virginia Henderson, el individuo sano o enfermo es visto como un todo y está representado mediante 14 necesidades en donde la enfermera tiene un rol que consiste en ayudarlo a mantener o recuperar su independencia.

Necesidad fundamental

El humano, a lo largo de su vida tiene necesidades que se mantienen y deben ser satisfechas.

Cuando alguna de las necesidades se altera sin que pueda ser satisfecha por sí mismo, la enfermera es quien brinda la ayuda o el apoyo necesario para que la cubra satisfactoriamente, trabajando con él y no para él.

4.11. Dependencia e independencia con sustento en el modelo de Virginia Henderson

Según Virginia Henderson, la persona es independiente cuando logra la satisfacción de las 14 necesidades mediante las acciones adecuadas ya que al no poder realizar estas 14 necesidades básicas se vuelve una persona dependiente.

Independencia

Es la satisfacción de las necesidades del ser humano a través de acciones que realiza el mismo o con ayuda para que de esta manera logre su autonomía.

Dependencia

Incapacidad de satisfacción de una o más necesidades y esto causa un problema de dependencia.

4.12. Fuentes de dificultad

Son los obstáculos que no permiten que el individuo pueda satisfacer sus necesidades es decir, lo que origina o causa la dependencia.

Fuerza

Capacidad física o habilidad mecánica de la persona para tomar decisiones y terminar las acciones necesarias para conservar o recuperar a salud y estas fuerzas pueden ser físicas y psíquicas.

Conocimientos

Por falta de conocimiento sobre el desarrollo de la enfermedad, los recursos de salud, los cuidados que debe haber en caso de enfermedad. Lo que se refiere a prevención, curación y rehabilitación.

Voluntad

Compromiso y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las necesidades y está relacionado con la motivación.

Esta voluntad muchas veces se ve disminuida por el estado de salud y se ve limitado por los recursos económicos y factores socioculturales.

4.13. Rol de la enfermera con sustento en el modelo de Virginia Henderson

El rol de la enfermera puede ser de acompañamiento, ayuda o sustitución según el grado de dependencia.

4.14. Proceso de Atención de Enfermería aplicado al modelo de Virginia Henderson.

Para fines de esta investigación es importante saber que Virginia Henderson para poder lograr la independencia de las personas es necesario seguir una serie de pasos encaminados a esto mediante el Proceso Atención de Enfermería, cuyo objetivo principal es construir una estructura teórica que pueda cubrir, individualizando, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad.

Constituye cinco etapas concretas de carácter operativo, siendo el proceso cíclico, dinámico y estructurado en secuencias lógicas:

Valoración

Diagnostico

Planeación

Ejecución

Evaluación

Según Henderson los objetivos se han conseguido, si se ha mejorado aunque sea una milésima de independencia, si se ha recuperado la independencia o el paciente recibe una muerte tranquila.

4.15. Centros de Día

Fundación Alzheimer “alguien con quien contar”

Institución de asistencia privada creada en el año de 1995.

La Fundación Alzheimer, es un centro de día que tiene como objetivo poder brindar atención a los adultos mayores con algún tipo de deterioro y demencia, proporcionando un gran apoyo a los familiares.

Para este centro es muy importante resaltar que no solo el que sufre la enfermedad es el afectado, sino que, el familiar que convive con el también

presenta cambios y se ve afectada la familia tanto, emocional, social y económicamente y este cambio resulta ser enorme.

El centro de día es una opción para que la familia pueda disponer de tiempo para realizar actividades y dedicarse a todo aquello que normalmente hace sabiendo que es un lugar seguro y los cuidados que se brindan son de la más alta calidad.

De esta manera se evita el agobio y riesgo de colapso que sufre la familia y principalmente el cuidador primario, brindando la seguridad y bienestar a la persona con demencia.

Asociación Alzheimer I.A.P. “una esperanza de vida”

Es un centro de día constituido legalmente como institución de asistencia privada en el año 2004, cuyo objetivo principal, es la atención de personas con Deterioro cognitivo y principalmente con Demencia tipo Alzheimer, a los que por sus condiciones socioeconómicas o problemas de discapacidad, se ven impedidas para satisfacer sus requerimientos básicos, subsistencia y desarrollo.

Brindando de esta manera, apoyo a familiares. Proporciona además, capacitación constante al personal.

Ofrece sus servicios a pacientes con Alzheimer y demencias similares, a través de un centro de día especializado. Sus objetivos primordiales son:

El cuidado integral del paciente con demencia.

El apoyo al cuidador primario (el cónyuge, un hijo, una sobrina, una enfermera o cuidador remunerado).

Capacitación

Difusión

Promueve el estudio, la investigación y difusión de la enfermedad.

Ayuda a evitar el agobio, el riesgo de colapso del cuidador y el maltrato del paciente.

Brinda al paciente con demencia un espacio de convivencia con otras personas y lo rescata como un ser social.

Otorga cuidados generales (alojamiento de medio tiempo, comida, asistencia en las necesidades básicas, vigilancia de la salud),
Estimula las capacidades físicas y mentales del paciente.

5. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

5.1. Tipo de Investigación

El tipo de estudio fue cualitativo, observacional, descriptivo y de corte Transversal.

5.2. Población y muestra

Población

54 Adultos mayores con deterioro cognitivo y dependencia leve a moderada de la Fundación Alzheimer “Alguien con quien contar” y Asociación Alzheimer I.A.P “Una esperanza de vida”.

Muestra

La muestra que se tomó fue de 29 adultos mayores de los cuales 9 pertenecen a la “Fundación Alzheimer “Alguien con quien contar” y 20 de la Asociación Alzheimer I.A.P. “Una esperanza de vida”.

5.3. Criterios de selección

Inclusión

Adultos mayores de sesenta años de ambos sexos que aceptaron participar. Con deterioro cognitivo y dependencia leve a moderados.

Exclusión

Menores de 60 años

Adultos mayores de la “Fundación Alzheimer “Alguien con quien contar” y adultos de la Asociación Alzheimer I.A.P. “Una esperanza de vida” con deterioro cognitivo grave y dependencia total.

Eliminación

Adultos mayores de la “Fundación Alzheimer “Alguien con quien contar” y adultos de la Asociación Alzheimer I.A.P. “Una esperanza de vida”, que no asistieron durante el periodo de recolección.

5.4. Lugar

Fundación Alzheimer “Alguien con quien contar” y la Asociación Alzheimer I.A.P.”Una esperanza de vida”.

5.5. Periodo de recolección

Fundación Alzheimer “Alguien con quien contar” del 11 de marzo al 19 de abril 2013.

Asociación Alzheimer I.A.P. “Una esperanza de vida”. Del 2 al 24 de mayo del 2013.

5.6. Método

La recolección de los datos se llevó a cabo mediante la aplicación de tres instrumentos.

Para poder obtener la muestra, primero se realizó el Mini Mental (Folstein) a los 54 adultos mayores que correspondieron a 26 de la Fundación Alzheimer “Alguien con quien contar” y 28 de la Asociación Alzheimer I.A.P “Una esperanza de vida” para determinar el grado de deterioro cognitivo. En esta etapa se eliminaron a 17

Adultos mayores de la Fundación Alzheimer “Alguien con quien contar” y 8 de la Asociación Alzheimer I.A.P Una esperanza de vida que no cumplieron con los criterios.

Después de haber aplicado el Mini Mental (Folstein), se aplico el índice de Barthel con respecto a las diez actividades básicas de la vida diaria que son comer, lavarse, vestirse, arreglarse, disposiciones, micción , usar el baño, trasladarse, deambular y subir escaleras. Pudiendo identificar de esta manera el grado de dependencia a los 29 adultos mayores con deterioro cognitivo.

Una vez que se seleccionó la muestra de adultos mayores con deterioro cognitivo y dependencia leve a moderadas se les aplicó el instrumento de necesidades de Virginia Henderson en el que se resaltó las necesidades en las que se requiere mayor cuidado por parte del personal de enfermería hacia los adultos mayores.

5.7. Instrumentos

Mini Mental (Folstein)

Se trata de una adaptación y validación española del test original Mini-mental Status Examination (MMSE) de Folstein en 1975 y se utilizo para estimar cuantitativamente la existencia y severidad de deterioro cognitivo y realizar un seguimiento en el tiempo sobre los cambios en el estado cognitivo, no proporcionando un diagnostico específico. Constituye un instrumento de amplio uso, tanto en la actividad asistencial como en investigación clínica, como en estudios epidemiológicos comunitarios. Su utilidad se basa fundamentalmente en la alta correlación que se tiene inter-observadores como test-retest y el que pueda ser aplicado por entrevistadores no especialistas.¹²

En nuestro país se ha adaptado este cuestionario y la versión más utilizada ha sido realizada por lobo el al. en 1979 ,conocida como el mini examen Cognoscitivo (MEC), este examen es el más citado en la literatura de habla hispana y como

¹² González H. J, Aguilera L., Oporto S., Araneda L., Vásquez, R. M. Normalización del “Mini-Mental State Examination” según edad y educación, para la población de Santiago de Chile. Departamento de Neurología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile. a Psicóloga Revista Memoriza.com 2009; 3:23-34 ISSN 0718-7203

punto de referencia de gran número de estudios referentes a alteraciones cognitivas y demencia.

El objetivo del Mini mental (Folstein) es cuantificar el potencial cognitivo y detectar posibles desórdenes funcionales de forma rápida y práctica.

Consta de once reactivos en los que se valora ocho áreas cognitivas: orientación espacio-temporal, memoria de fijación reciente, atención-concentración y cálculo, lenguaje comprensivo y expresivo, pensamiento abstracto y construcción visoespacial.

La interpretación se basa en la suma de puntuaciones de cada pregunta, es un Examen sencillo y breve. Su administración dura 5-10 minutos y sin necesidad de material adicional.

Recientemente en 1998 se ha revalidado y normalizado una nueva versión del Mini Examen Cognitivo, en la que la puntuación máxima es 30 resultante de la eliminación de los ítems añadidos a la versión inicial (dígitos de pensamiento abstracto). Con un punto de corte establecido en 23/24, se ha obtenido unos coeficientes de validez similares a los obtenidos por Folstein en 1975, una sensibilidad de 89.9% y una especificidad del 75.1%.¹³

A pesar de que los puntos de corte pueden variar en función de los objetivos del estudio, se ha observado que en los estudios de validación los puntos de corte más apropiados que conseguirían un buen equilibrio entre la sensibilidad y especificidad son los siguientes:

Para los pacientes de edad geriátrica de 60 o más años los puntos de corte son 23/24 (MEC35) y 22/23 (MEC30) son los de mejor rendimiento global.

El problema que se ha detectado en el MEC es el alto número de falsos positivos, con una sobreestimación de prevalencia de la demencia.

¹³ De la Cruz Maldonado M.E., Deterioro cognitivo en la población mayor de 65 años que reside en el área metropolitana de Monterrey, México 2008. Medicina Universitaria 2008;10(40):154-8. pag.156.

Índice de Barthel

El segundo instrumento con el que se trabajará es con el índice de Barthel para determinar el grado de dependencia.

Publicado en el año de 1965 y evalúa 10 actividades básicas de la vida diaria

1. Comer
2. Lavarse
3. Vestirse
4. Arreglarse
5. Disposiciones
6. Micciones
7. Usar el baño
8. Trasladarse
9. Deambular
10. Subir escaleras.

Se basa en funciones ya observadas dando mayor importancia a la puntuación de los temas relacionados con el control de esfínteres y movilidad. Se puntúa de 0 a 100 (90 para pacientes limitados en sillas de ruedas).

Para su interpretación, la puntuación se agrupa en categorías de dependencia.

Grave	20-35
Moderada	40-55
Leve	Igual o mayor a 60
Autónomo	100

Es de fácil y rápida aplicación (menos de 5 minutos). Es la escala más utilizada para la valoración funcional.

Tiene un gran valor predictivo sobre la mortalidad

El tercer instrumento es un instrumento de necesidades de Virginia Henderson para determinar la demanda de necesidades del adulto mayor.¹⁴

Instrumento de valoración de necesidades en la persona con alteraciones motoras, de lenguaje, memoria y conductuales.

Surge como parte del Megaproyecto Nuevas Estrategias Epidemiológicas Genómicas y Proteómicas en salud pública y del sub proyecto Modelo de Enfermería para la atención preventiva y terapéutica en personas con alteraciones motoras, de lenguaje, memoria y conductuales en la ENEO. Surge una propuesta para elaborar un instrumento de valoración de necesidades para personas con enfermedad de Alzheimer basado en las Necesidades de Virginia Henderson y el Proceso de Atención de Enfermería (PAE).

El propósito de la elaboración y validación del instrumento de valoración de Necesidades basado en Virginia Henderson se centra en conocer respuestas conductuales (y establecer diagnósticos de riesgo y de bienestar) que presenten las personas con alteraciones motoras, de lenguaje, memoria y conductuales. Esta propuesta tiene sus antecedentes en la falta de herramientas metodológica en enfermería como instrumentos de recolección de datos.

Este instrumento se establece con base a tres fundamentos, los filosóficos a partir de Virginia Henderson, los Metodológicos con el proceso de Atención de Enfermería y los Fisiopatológicos derivados del conocimiento de la enfermedad de Alzheimer.

El instrumento fue realizado a 30 personas que acuden a la Fundación Alzheimer.

¹⁴ Cid-Ruzafa J., Damián M. J., Valoración de la discapacidad física: el Índice de Barthel, Johns Hopkins University School of Hygiene and Public Health. Baltimore, EEUU. Departamento de Epidemiología y Bioestadística, Escuela Nacional de Sanidad. Madrid. Rev Esn Salud Pública 1997. 71: 177-137 N.º 2 - Marzo-Ahnl 1997 pag.127. /en línea) consultado 30/08/12. disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/resp/v71n2/barthel.pdf>

La valoración de necesidades constó de 14 secciones que corresponden a las 14 necesidades planteadas por Virginia Henderson en su modelo teórico, evaluándose con una escala de tipo liker modificada con tres opciones de respuesta, nunca, algunas veces, siempre.

Una vez realizada la base de datos se realizó un análisis descriptivo para seleccionar y jerarquizar los ítems más representativos de cada necesidad al depurar y valorar el grado de certeza de cada uno de ellos para la primera versión. En una segunda etapa se pretende enviar la nueva versión del instrumento a un panel de expertos de enfermería para la validación caritativa.¹⁵

5.8. Recursos

Recursos materiales y equipo

Computadora

Fotocopias de los instrumentos que se aplicarán

Bolígrafo, Lápiz

Recursos humanos

Aplicador de instrumentos

¹⁵Valdez L R, Ramírez T E Leticia, Reyes Chávez Blanca Estela. Instrumento de valoración de necesidades en la persona con alteraciones motoras, de lenguaje, memoria y conductuales. Enf,Neurol.(Mex)Vol.6No.2:47-51, 2007 INNN, 2007

5.9. Consentimiento informado y Aspectos éticos y legales

Consentimiento informado

Se sustenta en el artículo 77 bis 37 fracción IX de la ley general de salud y consiste en un documento que explica de forma clara el objetivo que tiene la elaboración del protocolo para que el adulto mayor participante haga constar que esta acuerdo y conforme con lo descrito en él.¹⁶

Los derechos con los que cuenta el adulto mayor incluyen:

Anonimato

Todos los datos que se ofrezcan, serán absolutamente anónimos.

Ninguna de las pruebas que se le apliquen le resultara perjudicial.

Participación voluntaria

El adulto mayor tiene el derecho de negarse a participar en la investigación.

Aspectos éticos y Legales

Tienen como objetivo brindar la seguridad de que será respetada tomando en cuenta los principios de beneficencia y no maleficencia así como la integridad emocional siendo aspectos que se consideran a partir de la autonomía de la persona.

Beneficencia

El beneficio que obtendrá con su participación dicha investigación supera los riesgos ya que se podrá identificar las necesidades más demandantes por parte de los adultos mayores para establecer un plan de cuidados enfocados a cubrirlas.

¹⁶Pérez F. G.M, Cantoral D.K., El consentimiento informado como garantía constitucional desde la perspectiva del derecho Mexicano. Rev.Derecho privado, Nueva época año V. Num.15 sept-dic 2006. Pág. 59-87. (en línea) disponible en: http://www.google.com.mx/uri?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CCkQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.juridicas.unam.mx%2Fpublica%2Flibrev%2Frev%2Fderpriv%2Fcont%2F15%2Fdtr%2Fdtr3.pdf&ei=HjqAUv-1OsjH2QX03IHABA&usq=AFQjCNGoK0a4RUjSELanvBPcx_4qzSbReA

No maleficencia

La presente investigación se realizó tomando en cuenta la vulnerabilidad de cada adulto mayor a fin de evitar algún daño.

Autonomía

Todas las acciones que lleven a cabo, son en beneficio del adulto mayor, orientadas a fortalecer su independencia, su capacidad de decisión y su desarrollo personal debe ser respetada así como su derecho a la auto determinación sin importar el curso de sus vidas y los aspectos relativos a la integridad de sus cuerpos mentales.

Justicia

Tratar a los individuos sin discriminación. Todos son iguales y por lo tanto a todos debe tratárseles con respeto y de igual manera.

Fidelidad

Hacer hincapié en la confidencialidad que debe tenerse con cada persona.

6. RESULTADOS

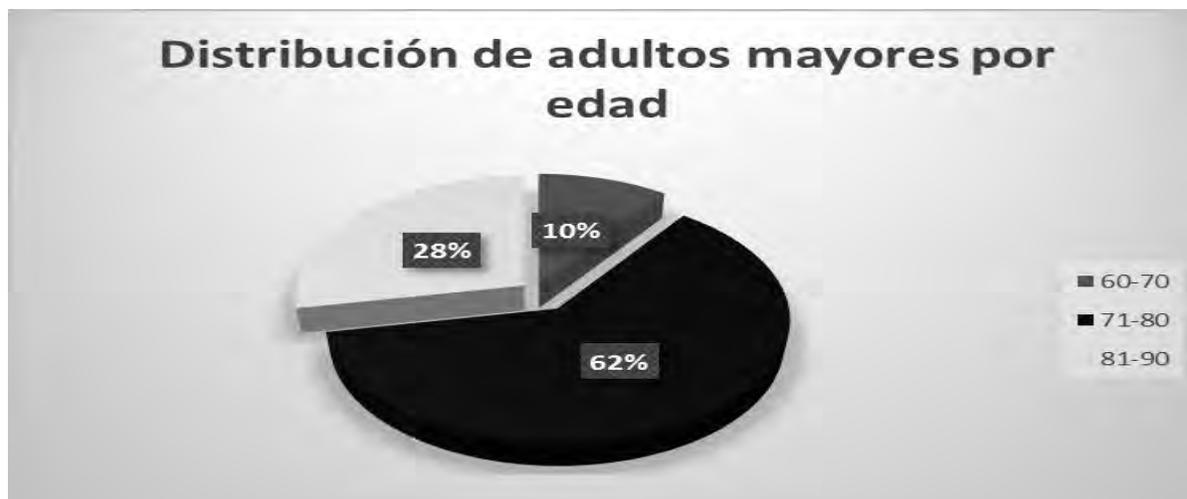
Características demográficas de la población total en la Asociación Alzheimer y la Fundación Alzheimer.

Cuadro 1
n=29

Distribución de adultos mayores por edad		
Edad	Frecuencia	Porcentaje
60-70	3	10
71-80	18	62
81-90	8	28
Total	29	100

Fuente: Recolección de datos en la Fundación Alzheimer "alguien con quien contar" y Asociación Alzheimer México I.A.P "Una esperanza de Vida" por Katya Pérez Aquiahuatl 2013.

Grafica 1



Fuente: Recolección de datos en la Fundación Alzheimer "alguien con quien contar" y Asociación Alzheimer México I.A.P "Una esperanza de Vida" por Katya Pérez Aquiahuatl 2013.

Descripción

La edad con la que mas frecuencia se trabajo se encuentra entre los 71-80 años y representa el 62% siendo los adultos mayores viejos la mayoría.

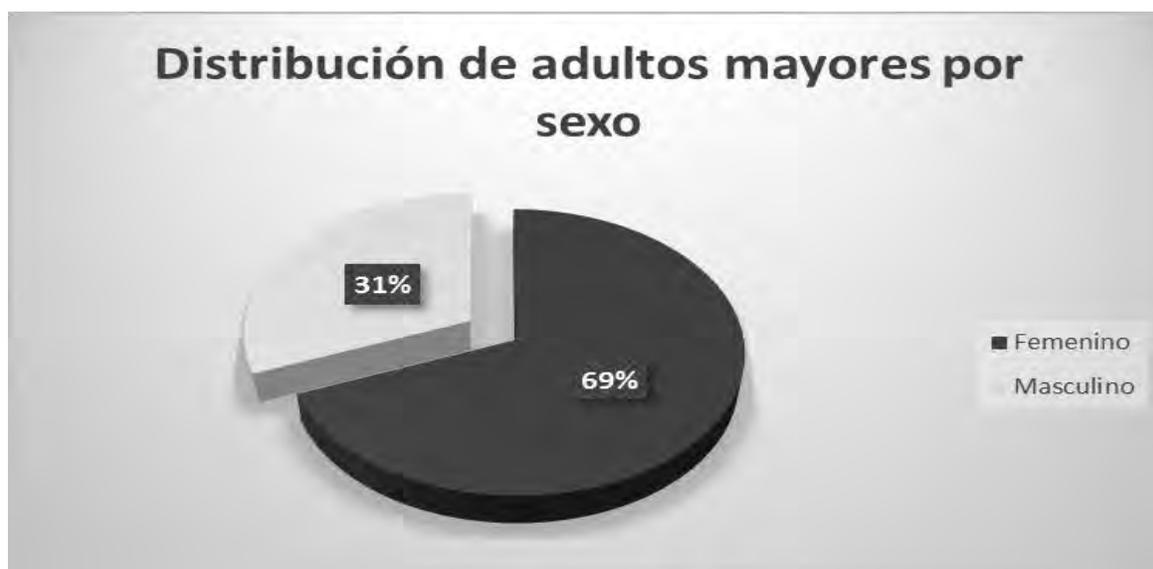
Cuadro 2

n=29

Distribución de adultos mayores por sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	20	69
Masculino	9	31
Total	29	100

Fuente: Misma cuadro 1

Grafica 2



Fuente: Misma Gráfica 1

Descripción

Del proceso de envejecimiento demográfico la mayor proporción es de mujeres representado con el 69% debido a la esperanza de vida y esto forma parte del fenómeno conocido como feminización del envejecimiento. En la gráfica se muestra que existen mínimo dos mujeres por cada hombre.

Cuadro 3

n=29

Distribución de adultos mayores por estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Casado(a)	12	41
Viudo(a)	13	45
Soltero(a)	4	14
Total	29	100

Fuente: Misma cuadro 1

Grafica 3



Fuente: Misma Gráfica 1

Descripción

El estado civil es un factor importante ya que la viudez con él 45%, desencadena depresión, deterioro cognitivo y posteriormente la enfermedad de Alzheimer.

Cuadro 4

N=29

Distribución total de adultos mayores por escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	14	48
Secundaria	8	28
Bachillerato	4	14
Doctorado	1	3
Sin estudios	2	7
total	29	100

Fuente: Misma cuadro 1

Gráfica 4



Fuente: Misma Gráfica 1

Descripción

La escolaridad es un factor de riesgo para el padecimiento de deterioro cognitivo y en la gráfica se observa que el 48% solo terminaron la primaria.

Solo el 3% logró realizarse profesionalmente.

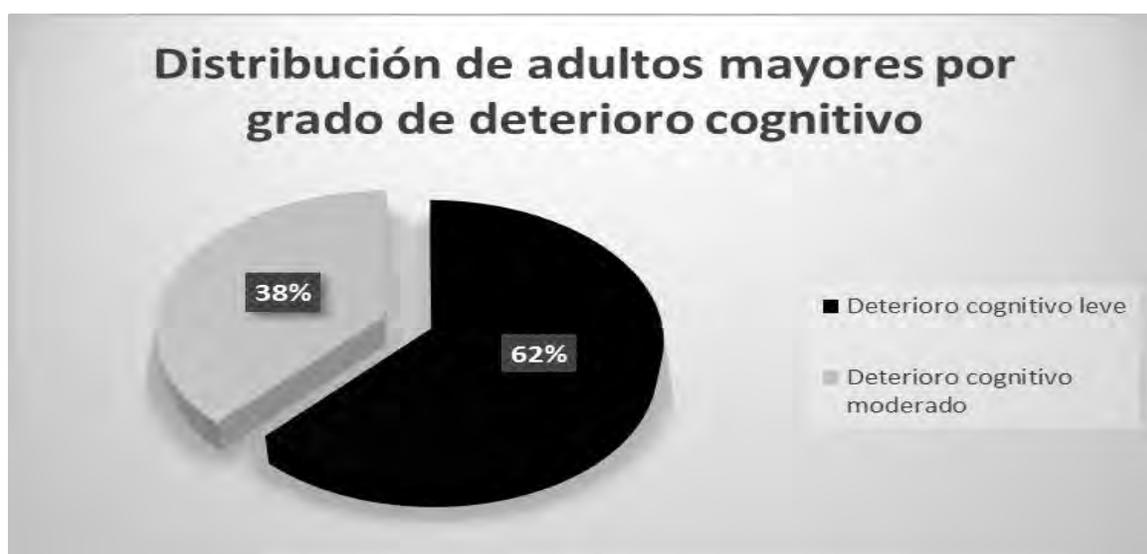
Cuadro 5

N=29

Distribución de adultos mayores por grado de deterioro cognitivo	Frecuencia	Porcentaje
Deterioro cognitivo leve	18	62
Deterioro cognitivo moderado	11	38
Total	29	100

Fuente: Misma cuadro 1

Grafica 5



Fuente: Misma Gráfica 1

Descripción

Cabe mencionar que la minoría tienen deterioro cognitivo moderado, por lo que fue más fácil trabajar con ellos.

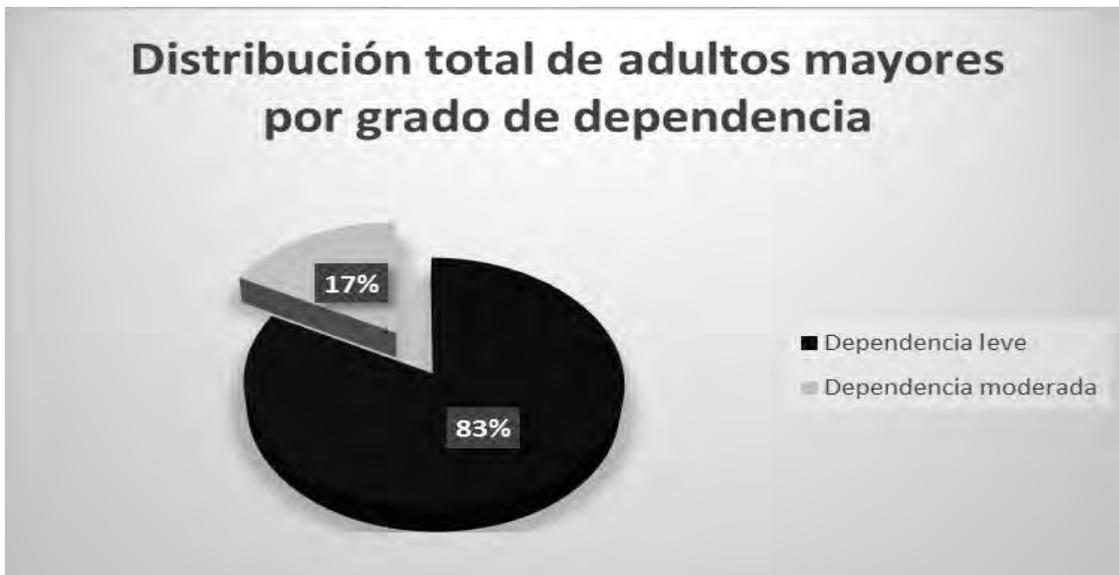
Cuadro 6

N=29

Distribución total de adultos mayores por grado de dependencia	Frecuencia	Porcentaje
Dependencia leve	24	83
Dependencia moderada	5	17
Total	29	100

Fuente: Misma cuadro 1

Grafica 6



Fuente: Misma Gráfica 1

Descripción

Es importante mencionar que el rol de la enfermera en la dependencia y moderada con más del 80% es de acompañamiento y sustitución.

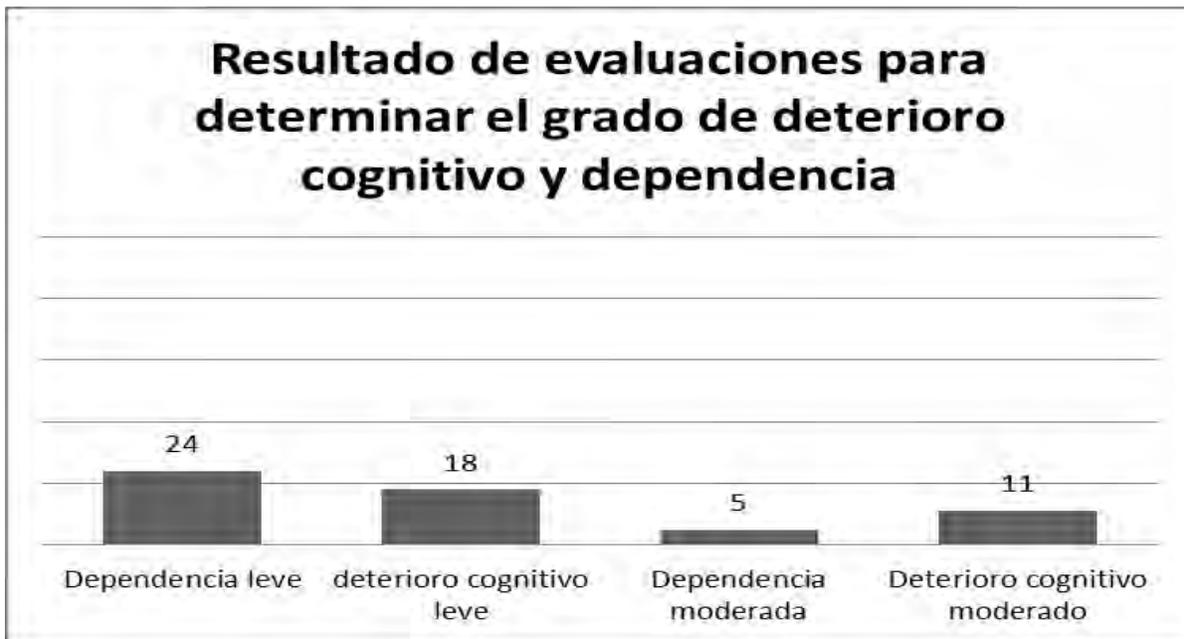
Cuadro 7

N=29

Resultado de evaluaciones para determinar el grado de deterioro cognitivo y dependencia	Frecuencia
Dependencia leve	24
deterioro cognitivo leve	18
Dependencia moderada	5
Deterioro cognitivo moderado	11

Fuente: Misma cuadro 1

Grafica 7



Fuente: Misma Gráfica 1

Descripción

Cuando existe deterioro cognitivo leve, no necesariamente debe existir dependencia leve o bien si existe deterioro cognitivo moderado puede no haber deterioro cognitivo moderado.

si existe deterioro cognitivo leve no necesariamente debe existir dependencia leve, si no que puede variar entre uno y otro.

DISTRIBUCIÓN TOTAL DE ADULTOS MAYORES POR NECESIDADES

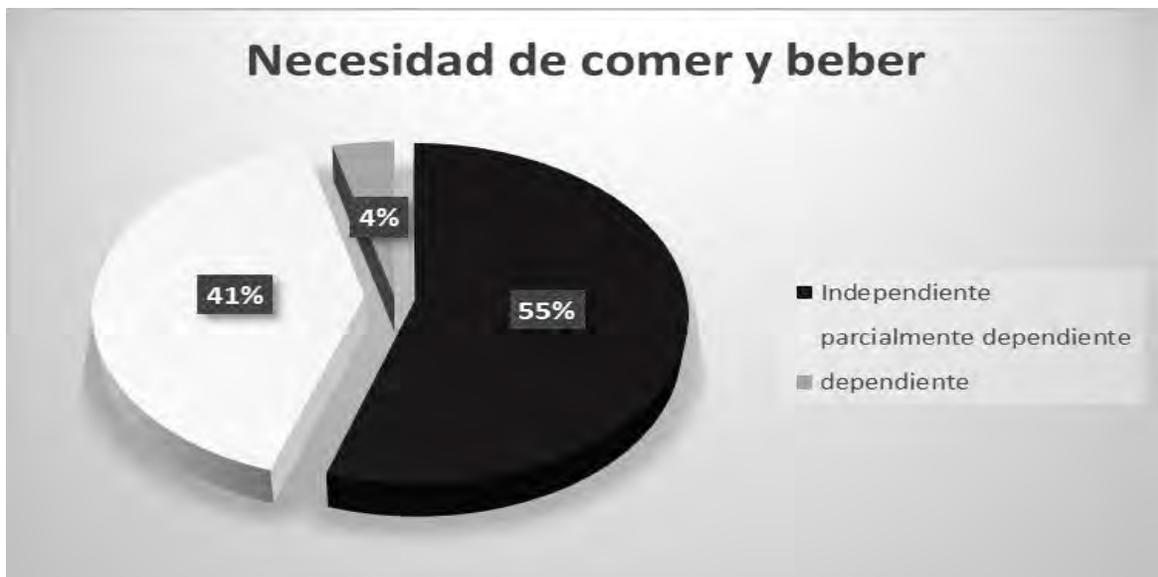
Cuadro 8

N=29

2. Necesidad de beber y comer.	Frecuencia	Porcentaje
Independiente	16	55
Parcialmente dependiente	12	41
Dependiente	1	4
Total	29	100

Fuente: Misma cuadro 1

Grafica 8



Fuente: Misma Gráfica 1

Descripción

El 55% de los adultos mayores, son aun independientes y en los que son parcialmente dependientes con 41% la enfermera juega un rol de ayuda.

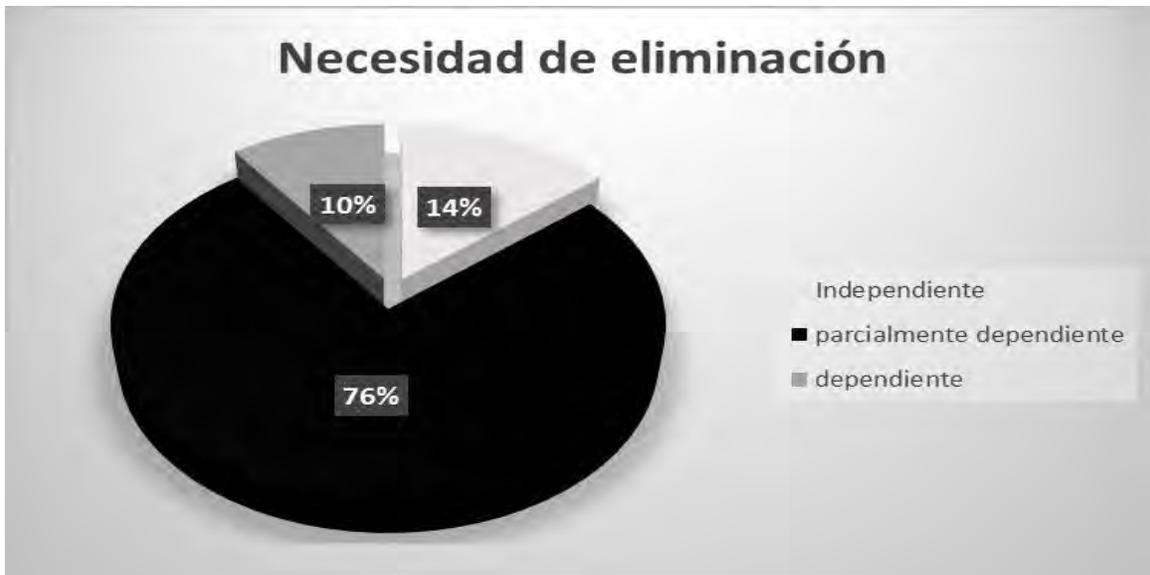
Cuadro 9

N=29

3. Necesidad de eliminación	Frecuencia	Porcentaje
Independiente	4	14
Parcialmente dependiente	22	76
Dependiente	3	10
Total	29	100

Fuente: Misma cuadro 1

Grafica 9



Fuente: Misma Gráfica 1

Descripción

La necesidad de eliminación, es una necesidad básica que requiere de mucha atención y la alteración de esta los vuelve dependientes siendo muy pocos los que aun no necesitan ayuda.

Cuadro 10
n=29

4. Necesidad de movimiento y postura	Frecuencia	Porcentaje
Independiente	3	11
Parcialmente dependiente	21	75
Dependiente	4	14
Total	29	100

Fuente: Misma cuadro 1

Grafica 10



Fuente: Misma Gráfica 1

Descripción

La falta de movimiento es un factor de riesgo para que el adulto mayor empeore su estado de salud y cerca del 80% son parcialmente dependientes.

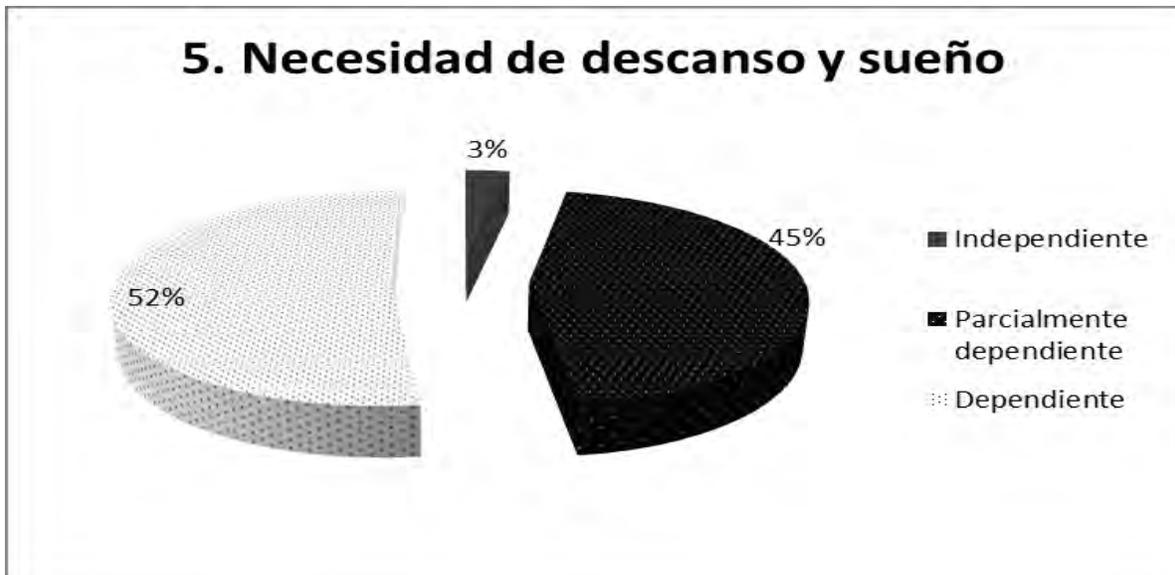
Cuadro 11

N=29

5. Necesidad de descanso y sueño	Frecuencia	Porcentaje
Independiente	1	3
Parcialmente dependiente	13	45
Dependiente	15	52
Total	29	100

Fuente: Misma cuadro 1

Grafca 11



Fuente: Misma Gráfica 1

Descripción

Generalmente los adultos mayores con deterioro cognitivo sufren de alteraciones en el sueño y se ve reflejado con el 52% siendo dependientes y el 45% parcialmente dependientes

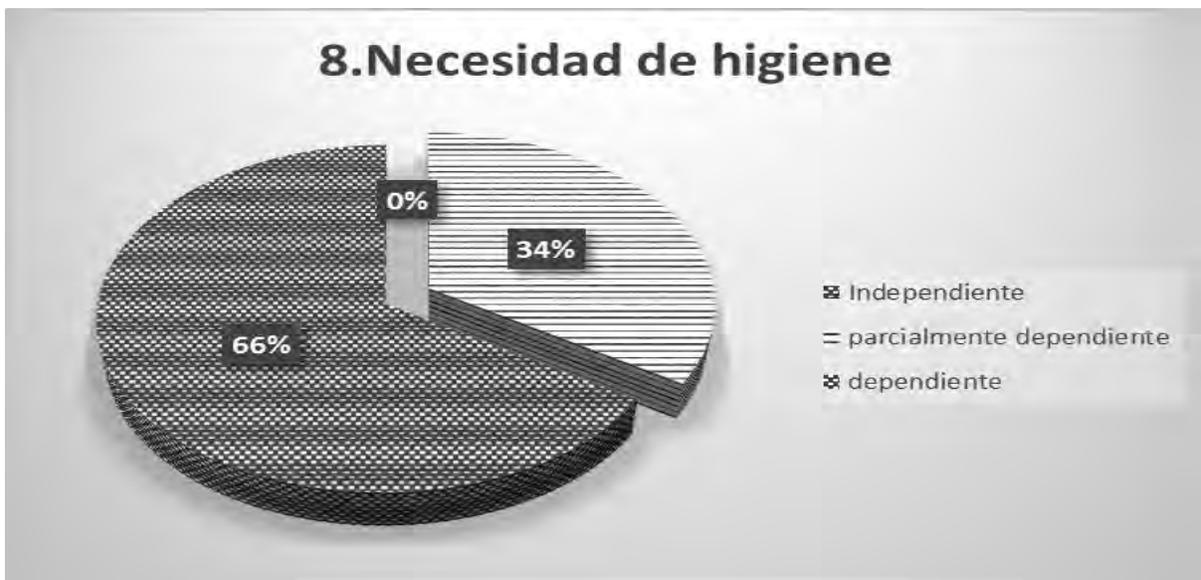
Cuadro 12

N=29

8. Necesidad de higiene	Frecuencia	Porcentaje
Independiente	0	0
Parcialmente dependiente	19	34
Dependiente	10	66
Total	29	100

Fuente: Misma cuadro 1

Grafica 12



Fuente: Misma Gráfica 1

Descripción

La higiene, es una necesidad básica que permite mantener la integridad cutánea, e cerca del 70% son dependientes, por lo que el riesgo de disminuir su calidad de vida es mayor.

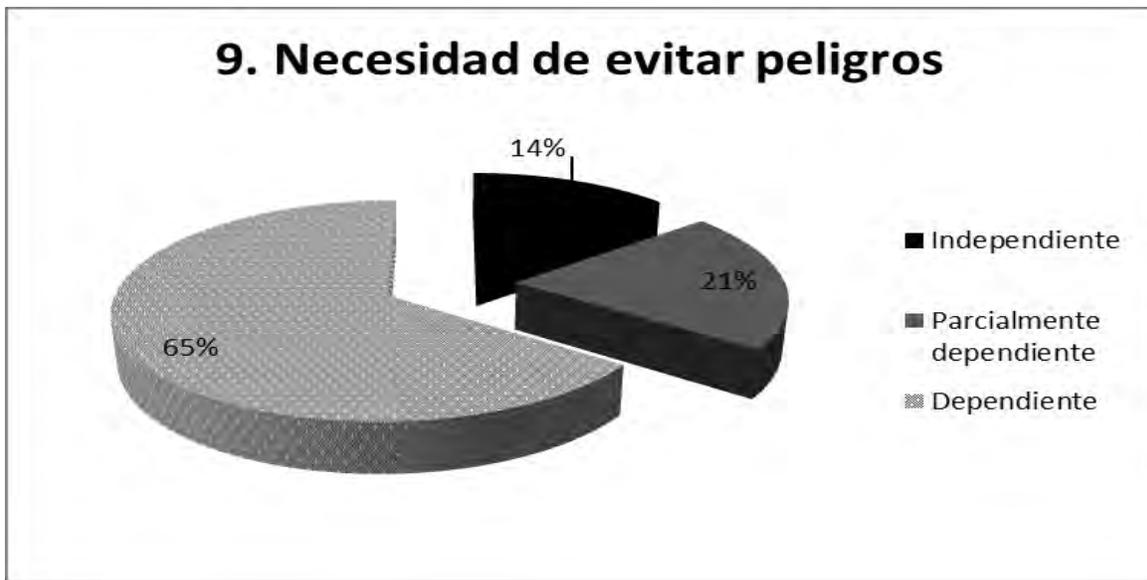
Cuadro 13

N=29

9. Necesidad de evitar los peligros.	Frecuencia	Porcentaje
Independiente	4	14
Parcialmente dependiente	6	21
Dependiente	19	65
Total	29	100

Fuente: Misma cuadro 1

Grafica 13



Fuente: Misma Gráfica 1

Descripción

Los adultos mayores de los centros de día, corren mas riesgo de accidentes, la falta de movilidad y la disminución de las actividades ,los hace mas susceptibles.

7. ANALISIS DE RESULTADOS

La información que se tiene a cerca del Adulto Mayor es un problema que debe ser resuelto con la preparación profesional de los futuros cuidadores.

El proceso de envejecimiento depende de la calidad de vida que tenga el adulto mayor ya que de esto depende su salud.

Los cuidados de enfermería al adulto Mayor, y el apoyo de la familia son el principal pilar para que pueda conservar su salud

Es importante mencionar que la edad es un factor importante para padecer deterioro cognitivo y como consecuencia una dependencia. Cabe resaltar que esto se debe al aumento de la esperanza de vida y el grupo de edad con el que más frecuencia se trabajó fue el de 71 a 80 años y son denominados viejos para la Organización Mundial de la Salud.

Del proceso de envejecimiento demográfico la mayor el índice de feminidad es mayor y en esta investigación se confirma, que se debe a la llamada feminización del envejecimiento como se menciona en la bibliografía ya que ocupa el mayor porcentaje en estos centros de día.

En los centros de día con los que se trabajó, los adultos mayores viudos representaron el mayor porcentaje y cabe mencionar que la viudez y la pérdida de la pareja en esta edad provocan en su mayoría que se desencadene un deterioro cognitivo siendo su compañera la depresión ya que el duelo que viven muchas veces suele ser patológico.

En cuanto a la escolaridad, frecuentemente se ha reportado que tanto la prevalencia como la incidencia del deterioro cognitivo es mayor en sujetos con bajo nivel educativo y en esta investigación, el 48% solo terminaron la primaria.¹⁷

Existen estudios que mencionan que las personas que tienen deterioro cognitivo, tienen mayor probabilidad de desarrollar la Enfermedad de Alzheimer y es por eso

¹⁷ Mejía A. S., PhD; Miguel J. A., MD; Villa A., MD; Ruiz A. L., M en C; Gutiérrez R. L.M.o, MC, PhD. Deterioro cognoscitivo y factores asociados en adultos mayores en México. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. México Salud pública Méx v.49 supl.4 Cuernavaca 2007. versión impresa ISSN 0036-3634

que la familia decide llevar a su familiar a estos centros de día especializados en pacientes de Alzheimer.¹⁸

En relación a la forma en cómo se aborda el cuidado de Enfermería en la presente investigación, está relacionada con la bibliografía, ya que en un estudio realizado en Colombia, en donde se buscó interpretar el significado del cuidado de Enfermería se confirmó que para que exista un cuidado integral es necesario valorar las necesidades básicas y la utilización del proceso Atención de Enfermería como dos herramientas fundamentales, mediante la identificación de estas necesidades se logra crear planes de cuidados enfocados a cuidar, mantener y rehabilitar a las personas.

Virginia Henderson valora las 14 necesidades para lograr una independencia en la persona. Para fines de esta investigación, en los resultados se analizó las necesidades en donde la dependencia es mayor, ya que son básicas para lograr una mejor calidad de vida.

Las necesidades más significativas de esta investigación fueron la 2 de comer y beber ya que la alimentación es una necesidad básica que nos brinda los nutrientes que requerimos para el funcionamiento de todo el organismo.

La necesidad de eliminación y de movimiento y postura viene muy de la mano ya que si no se da la función de movimiento, es imposible poder desplazarse y como consecuencia la necesidad de eliminación no se cubre así como la necesidad de Higiene.

En el adulto mayor, conciliar el sueño es muchas veces difícil y bien, si se acompaña de un deterioro y dependencia es mayor ya que estos padecimientos provocan ansiedad, ya que piensan que son una carga para el familiar y la necesidad de descanso y sueño se muestra alterada en esta investigación.

¹⁸ Jiménez M.A., Mendoza M. M., Tapia A. M. C., Cadena T. E. Ibáñez L.D.L., Gómez C.A. Torres C. M.R. Probable deterioro cognitivo asociado a factores de riesgo en población mayor de 40 años. Enf Neurol (Mex) Vol. 10, No. 3: 125-129, 2011, INNN. Pag. 126. Consultado 12/12/12.

8. CONCLUSIÓN

Se logró el objetivo general de esta investigación que fue describir las Necesidades de Cuidado de Enfermería en el Adulto Mayor con Deterioro Cognitivo y Dependencia de Leve a Moderados mediante el modelo de Virginia Henderson en la Fundación Alzheimer “Alguien con quien contar” y la Asociación Alzheimer I.A.P. “una esperanza de vida”

Se identificó a los adultos mayores con deterioro cognitivo y dependencia de leve a moderados mediante la aplicación de los dos instrumentos utilizados: Índice de Barthel y el Mini Mental (Folstein).

Se identificó las necesidades de cuidados de enfermería mediante el instrumento de necesidades de Virginia Henderson y se observó que el personal de enfermería que labora en estos centros de día, no se encuentra capacitado para identificar y priorizar mediante la valoración, estas necesidades y una de las principales causas es la demanda de adultos mayores y la falta de personal.

Así mismo se logró priorizar las necesidades de cuidado de enfermería y de esta manera se elaboraron una serie de lineamientos para una propuesta que permita brindar una mejor atención al adulto mayor.

Con este trabajo se concluye que, las necesidades de cuidado de enfermería en el adulto mayor con deterioro cognitivo y dependencia de leve a moderados mediante el modelo de Virginia Henderson en la fundación Alzheimer “Alguien con quien contar” y la Asociación Alzheimer I.A.P. Una esperanza de vida” es la base de un bienestar, ya que con un buen cuidado, existe una mejor calidad de vida.

El deterioro cognitivo no implica que no se deba tener una atención integral, sino al contrario, los resultados muestran cuales son las principales necesidades que se debe cubrir en la Fundación Alzheimer “Alguien con quien contar” y la Asociación Alzheimer I.A.P. “Una esperanza de vida”.

9. PROPUESTA

Con los datos obtenidos en la presente investigación cabe resaltar que es evidente la falta de manuales o guías de cuidados para adultos mayores con deterioro cognitivo y dependencia por lo que surge esta propuesta de elaborar una guía de cuidados específicos de enfermería para adultos mayores con deterioro cognitivo y dependencia leve a moderados, para que de esta manera la enfermera tenga un enfoque más amplio sobre lo que implica el cuidado en esta etapa de la vida.

Esta guía es elaborada gracias a la investigación que se llevó a cabo en dos centros de día que fueron la Fundación Alzheimer “Alguien con quien contar” y la asociación Alzheimer I.A.P. “Una esperanza de vida”.

Población a la que va dirigida:

A todo el personal que labora en los centros de Día para personas pero principalmente el personal de enfermería que es el que se encarga de proporcionar cuidados a los adultos mayores con deterioro cognitivo y dependencia.

Los objetivos principales de esta guía son facilitar la información al personal que labora en los centros de día acerca del deterioro cognitivo y la dependencia.

Prevenir que el deterioro cognitivo progrese de una forma más rápida.

Lineamientos de la guía de cuidados específicos de enfermería para adultos mayores con deterioro cognitivo y dependencia de leve a moderados.

- Índice
- Introducción
- Objetivos
- Características del envejecimiento
- Demencias
- ¿Qué es el deterioro cognitivo?
- ¿Qué es la dependencia?
- Necesidades del adulto mayor
- Identificación de necesidades del adulto mayor
- Instrumento de necesidades
- Cuidado de Adultos mayores con deterioro cognitivo y dependencia.
- Alimentación
- Eliminación
- Movimiento y postura
- Descanso y sueño
- Higiene
- Como evitar peligros

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía/Instituto Nacional de las mujeres. Mujeres y hombres en México 2011, año 2012. pag.40, consultado 6/10/12.
2. Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía (México) Mujeres y hombres en México 2011,2012.Consultado 18/05/13.pág 49.
3. Programa Nacional de salud 207-2012Por un México sano; construyendo alianzas para una mejor salud. Primera edición. México 2007 ISBN 978-970-721-414-9(en línea) consultado 14-04-13; disponible en: http://www.innsz.mx/descargas/transparencia/programas_sectoriales/Pronasa.pdf ;pág.23
4. Ham Chande R. Diagnóstico socio-demográfico del envejecimiento en México 2011, (en línea) consultado 18-may-13 disponible en:http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Diagnostico_socio_demografico_del_envejecimiento_en_Mexico
5. Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía (México) Mujeres y hombres en México 2011,2012.Consultado 18/05/13.pág. 36
6. INEGI Principales Resultados Del Censo de Población y Vivienda 2010 (en línea) consultado 15-03-13; disponible en www.censo2010.org.mx pág. 48
7. Cámara de diputados del congreso de la Unión, Secretaría General, Secretaría de Servicios Parlamentarios. Ley de los derechos de las personas Adultas Mayores. Art. III. Ultima reforma DOF 24-06-2009 (en línea) consultado 14/dic/2012. Disponible en: [related:www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/245.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/245.pdf) ley de los derechos de las personas adultas mayores
8. Darnton Hill, Ian. El envejecimiento con salud y calidad de la vida. Foro mundial de la salud, 1995;16(4): pág. 381-426 (en línea) consultado 14/12/12 Disponible en: <http://www.who.int/iris/handle/10665/49885>

9. Román G., Pascual B. Demencia Vascular y Deterioro Cognitivo de Origen Vascular Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias, Abril 2012, Vol.12, N°1, pág. 203-218 203 ISSN: 0124-1265(en línea) consultado el 14/12/12. Disponible en: http://neurociencias.udea.edu.co/revista/PDF/REVNEURO_vol12_num1_9.pdf
10. Parra R. J. C. Las necesidades humanas y su clasificación. Introducción a la Economía. (en línea) consultado 19/02/13. Disponible en: http://www.educarm.es/templates/portal/images/ficheros/etapasEducativas/secundaria/16/secciones/269/contenidos/4851/las_necesidades_y_los_bienes.pdf
11. Quintero A. J. R., Teoría de las necesidades de Maslow (en línea) consultado 19/02/12, disponible en: http://doctorado.josequintero.net/documentos/Teoria_Maslow_Jose_Quintero.pdf
12. González H. J, Aguilara L., Oporto S., Araneda L., Vásquez, R. M. Normalización del “Mini-Mental State Examination” según edad y educación, para la población de Santiago de Chile. Departamento de Neurología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile. Psicóloga Revista Memoriza.com 2009; 3:23-34 ISSN 0718-7203
13. de C. R. Stella M. L. Significado del Cuidado de Enfermería desde la perspectiva de los profesionales de una Institución Hospitalaria de tercer nivel en Santa Fe de Bogotá, Colombia 1er. Semestre 2006 • Año X - N.º 19
14. Gómez P. M. P., Virginia Henderson, el ejemplo que perdura. Boletín informativo de la AEEC [Enferm Cardiol] 1997;4(9): 20-21.(en línea) consultado 30/10/13. Disponible en: <http://www.enfermeriaencardiologia.com/revista/0905.pdf> [es].

15. González H. J, Aguilara L., Oporto S., Araneda L., Vásquez, R. M. Normalización del “Mini-Mental State Examination” según edad y educación, para la población de Santiago de Chile. Departamento de Neurología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile. a Psicóloga Revista Memoriza.com 2009; 3:23-34 ISSN 0718-7203 (en línea) consultado 04/08/12. Disponible en: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:lv7TgujOnlgJ:www.memoriza.com/documentos/revista/2009/minimental2009_3_23-34.pdf+&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=mx
16. De la Cruz M. M.E., Deterioro cognitivo en la población mayor de 65 años que reside en el área metropolitana de monterrey, México 2008. Medicina Universitaria 2008;10(40):154-8. pag.156. (en línea) consultado 13/oct/2012. Disponible en : scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75232004000100006&scrip=3Dsci_arttext+&cd=2&hl=es-419&ct=clnk&gl=mx
17. Cid-R. J., Damián M. J., Valoración de la discapacidad física: el Índice de Barthel. Johns Hopkins University School of Hygiene and Public Health. Baltimore, EEUU. Departamento de Epidemiología y Bioestadística, Escuela Nacional de Sanidad. Madrid. Re\ Esn Salud Púhhca 1997. 71: 177-137 N.” 2 - Marzo-Ahnl 1997 pag.127. /en línea) consultado 30/08/12. disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/resp/v71n2/barthel.pdf>
18. Valdez L R, Ramírez T E Leticia, Reyes Chávez Blanca Estela. Instrumento de valoración de necesidades en la persona con alteraciones motoras, de lenguaje, memoria y conductuales. Enf,Neurol.(Mex)Vol.6No.2:47-51, 2007 INNN, 2007
19. Pérez F. G.M, Cantoral D.K., El consentimiento informado como garantía constitucional desde la perspectiva del derecho Mexicano. Rev.Derecho privado, Nueva época año V. Num.15 sept-dic 2006. Pág. 59-87. (en línea) disponible en: <http://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CCkQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.juridicas.unam>

.mx%2Fpublica%2Flibrev%2Frev%2Fderpriv%2Fcont%2F15%2Fdtr%2Fdtr
3.pdf&ei=HjqAUv1OsjH2QX03IHABA&usg=AFQjCNGoK0a4RUjSElanvBPc
x_4qzSbReA

20. Mejía A. S., PhD; Miguel J. A., MD; Villa A., MD; Ruiz A. L., M en C; Gutiérrez R. L.M.o, MC, PhD. Deterioro cognoscitivo y factores asociados en adultos mayores en México, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. México Salud pública Méx v.49 supl.4 Cuernavaca 2007. versión impresa ISSN 0036-3634
21. Jiménez M.A., Mendoza M. M., Tapia A. M. C., Cadena T. E. Ibáñez L.D.L., Gómez C.A. Torres C. M.R. Probable deterioro cognitivo asociado a factores de riesgo en población mayor de 40 años. Enf Neurol (Mex)Vol. 10, No. 3: 125-129, 2011, INNN. Pág. 126. Consultado 12/12/12.

BIBLIOGRAFIA

Acosta Q. CO, González Celis Rangel, ALM. Actividades de la vida diaria en adultos mayores: la experiencia de dos grupos focales Enseñanza e Investigación en Psicología, vol. 15, núm. 2, julio-diciembre, 2010, pág. 393-401 Universidad Veracruzana Xalapa, México (en línea) disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=29215980010>

Armas C. J.1. Carrasco García M.R. 2. Interna. Ángel Valdés S.3. Los factores de progresión del deterioro cognitivo leve a la enfermedad de Alzheimer. Revhabancienméd v.7 n.4 Ciudad de La Habana oct.-dic. 2008 (en línea) disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729519X2008000400020&script=sci_arttext

Ávila O., Marcia M.; Vázquez M.E. , Gutiérrez M.M. Deterioro cognitivo en el Adulto Mayor, Ciencias Holguín, vol. XIII, núm. 4, octubre-diciembre, 2007, pág. 1-11. Instituto de Información Científica y Tecnológica Holguín, Cuba (en línea) Disponible en: <http://www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=181517998004>

Biblioteca Central. Área de Procesos Técnicos, Guía para la elaboración de citas y referencias bibliográficas, según el estilo Vancouver. Universidad de Piura. BC-PT-009 2011. (en línea) disponible en:

<http://www.biblioteca.udep.edu.pe/wp-content/uploads/2011/02/Guia-ElabCitas-y-Ref-Estilo-Vancouver.pdf>

Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Secretaría General. Secretaría de Servicios Parlamentarios. Dirección General de Servicios de Documentación, Información y Análisis. Ley De Los Derechos de las personas adultas mayores. Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 25 de junio de 2002 Última reforma publicada DOF 25-04-2012 (en línea) disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/245.pdf>

Cardona A. D, Estrada R. A, Segura C. A.M, Chavarriaga M. LM, Ordóñez Molina JE, Osorio Gómez JJ. La dependencia del adulto mayor institucionalizado es un asunto de calidad de vida. Medellín, 2008 Rev CES Salud Pública 2011; 2(1): 312 (en línea) disponible en: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=74246&id_seccion=4139&id_ejemplar=7408&id_revista=251

Cerquera C. AM, Flórez Jaimes LO, Linares R.MM, Auto percepción de la salud en el adulto mayor. Revista Virtual Universidad Católica del Norte, núm. 31, sept-dic 2010; Fundación Universitaria Católica del Norte Colombia pág.407-428 (en Línea) Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=194214587018>

CONAPO: Población adulta mayor de México se mantiene activa Jueves, 02 de Septiembre de 2010 Envejecimiento y vejez Boletín No. 23/2010. México, D. F., 30 de agosto de 2010. (En línea) 32/11/12 disponible en: <http://www.gerontologia.org/noticia.php?id=1914>

Cuenca M. A. Calidad de vida en la tercera edad. Red de revistas científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. Cuadernos de Bioética vol. XIX, núm. 2, mayo-agosto, 2008, pág.271-291. Asociación española de Bioética y Ética Media. España.(en línea) consultado 30/11/12, disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=87506606>

Daza De Caballero R.1. Stella Medina L. 2.R.N. Enfermera Pediatra. Unan Significado del Cuidado de Enfermería desde la perspectiva de los profesionales de una Institución Hospitalaria de tercer nivel En Santa Fe De Bogotá, Colombia.

Magíster En Dirección Universitaria. U. Andes Magíster En Filosofía. Pontificia Universidad Javeriana. **R. N. Magíster En Psicología Comunitaria. Pontificia Universidad Javeriana. 1er. Semestre 2006 • Año X - N.º 19. Directora De Departamento Enfermería Clínica Bogotá, Colombia

El incremento de la esperanza de vida en México, trae consigo cambios en el ámbito de la salud de la población adulto mayor (en línea) consultado 7/08/12 disponible en:

<http://www.ammfen.org.mx/memorias/27pv/documentos/adultomayor/ponencias.pdf>

Fernández-López J.A. (1), Fernández-Fidalgo M. (2) y Alarcos Cieza (3,4). Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF). Rev. Esp. Salud Publica v.84 n.2 Madrid mar.-abr. 2010. (en línea) consultado 6/05/13, disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113557272010000200005&script=sci_arttext

García G. Ma. de Jesús. El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson. México DF, Editorial Progreso 2004.

García S. A., Francisco del Rey C, Palazuelos P. P., Bustos ML. El modelo conceptual de Virginia Henderson y la etapa de Valoración del Proceso de Atención de Enfermería. Educare21 2004; 9.(en línea) Disponible en: <http://enfermeria21.com/educare/educare09/ensenando/ensenando4.htm>

INEGI. Los adultos mayores en México Perfil socio demográfico del siglo XXI Edición 2005 (en línea) consultado 12/12/12 disponible en: http://www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/adultosmayores/Adultos_mayores_web2.pdf

Jiménez Mendoza A.,* Mendoza Milo M,** Tapia Arriaga M.C.,*** Cadena Torres E.,*** Ibáñez López D.L.,***Gómez Cruz A.,*** Torres Cruz M.R.*** Rev. Enf Neurol (Mex). Probable deterioro cognitivo asociado a factores de riesgo en población mayor de 40 años, Vol. 10, No. 3: 125-129, 2011 (en línea) disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2011/ene113c.pdf>

Juárez Rodríguez PA 1, García Campos ML 2, 1 estudiante de la maestría en ciencias de enfermería, 2 maestra en ciencias Médicas facultad de Enfermería y Obstetricia Celaya, Universidad de Guanajuato. México. La importancia del cuidado de enfermería. RevEnfermInstMex Seguro Soc 17 (2): 109-111 113 2009;(en Línea) disponible en:<http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2009/eim092j.pdf>

Luis Varela P.1, Helver Chávez J.2, Miguel Gálvez C.3, Francisco Méndez S.4 Características del deterioro cognitivo en el adulto mayor hospitalizado a nivel nacional. Rev. Soc. Per.Med. Inter. 17(2) 2004 (en línea)consultado 11/08/12 disponible en :<http://www.scielo.org.pe/pdf/rspm/v17n2/a02v17n2.pdf>

Martínez M. Ma. Luisa, Chamorro R. Elena. Historia de la enfermería, evolución histórica del cuidado enfermero. P.e.:2ª edición. España; editorial Fotoletra S.A. 2011.

Migliacci M.L, Scharovsky D. ,Gonorazky S.E. Deterioro cognitivo leve: características neuropsicológicas de los distintos subtipos (en línea) consultado 11/09/12 disponible en: <http://www.neurologia.com/pdf/Web/4805/bb050237.pdf>

Nitrini R., Dozzi Brucki S. M. Demencia: Definición y Clasificación , Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias, Abril 2012, Vol.12, Nº1, pp. 75-98 75 ISSN: 0124-1265

O.L. Lopez, J.T. Becker, W.J. Jagust et ál. (et álii). Neuropsychological characteristics of mild cognitive impairment subgroups. Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry 2006;77:159-165.(en línea) disponible en:<http://www.hipocampo.org/articulos/articulo0265.asp>

Parapar B. C. Rey C.J. Fernández N. J.L. Ruiz Y. M. Informe sobre envejecimiento. Fundación General CSIC noviembre 2010 Madrid (en línea) disponible en: <http://www.fgcsic.es/sites/default/files/InformeEnvejecimiento.pdf>

Poblete Troncoso M1, Valenzuela Suazo S., Cuidado Humanizado: Un desafío para las Enfermeras en los servicios hospitalarios.2007 sept. 14. Acta Paul Enferm2007;20(4):499-503.(en línea) disponible en : <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n4/18.pdf>

Román G. Ma. M., Alcántara V. Virginia, et al. Manual del cuidador de enfermos de Alzheimer. 1ª edición. España; editorial Mad S.L. 2005.

Rosselli M., Ardila A. Deterioro Cognitivo Leve: Definición y Clasificación. Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias, Abril 2012, Vol.12, Nº1, pp. 151-162 ISSN: 0124-1265 (en Línea) disponible en: http://neurociencias.udea.edu.co/revista/PDF/REVNEURO_vol12_num1_12.pdf

Serrano M. C. 1, 2, F. Allegri1 R. 2, Caramelli P. 3, E. Taragano F. 2, Camera L.4. Deterioro cognitivo Leve, Encuestas sobre actitudes de médicos especialistas y generalistas.Laboratorio de Investigación de la Memoria del Hospital A. Zubizarreta (GCBA), Buenos Aires, Argentina; 2Servicio de Neuropsicología (SIREN) del Instituto Universitario CEMIC, Buenos Aires, Argentina; 3Unidad de Neurología Cognitiva y del Comportamiento Sao Paulo SP, Brasil; 4Programa de Medicina Geriátrica, Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina(en línea) disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/medba/v67n1/v67n1a03.pdf>

Treviño S. S. ⁽¹⁾ Pelcastre V. B., Márquez S.M. Experiencias de envejecimiento en el México rural. Dirección de Determinantes y Retos del Sistema de Salud, Centro de Investigación en Sistemas de Salud, instituto Nacional de Salud Pública. Salud Pública Méx 2006; Vol. 48(1):30-38(en línea) disponible en: <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=000182>

Vera M. Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. ISSN 1025 – 5583 Anales de la Facultad de Medicina Universidad Nacional Mayor de San Marcos Lima 2007; Págs. 284 – 29068(3) (en Línea) consultado 8/08/12 disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v68n3/a12v68n3.pdf>

Velasco R. R. 1, Godinez G.R. 2, Mendoza P. R.C.3 , Torres-L. M.M. 3, Moreno-G.I.4, Hilerio L. A.G.5. Estado actual de capacidades en adultos mayores Institucionalizados de Colima, México Facultad de Enfermería, Universidad de Colima. Colima, México. 4 Unidad de Medicina Familiar núm. 19, Instituto Mexicano del Seguro Social. Colima, Colima. México. RevEnfermInstMex Seguro Soc 2012; 20 (2): 91-96 (en línea) disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2012/eim122f.pdf>

Villalobos M. M, Gerardo A. D, Ozols A. Perspectiva subjetiva de la calidad de vida del Adulto Mayor, diferencias ligadas al género y a la práctica de la actividad físico-recreativa MH. Salud, vol. 1, núm. 1, septiembre, 2004, Universidad Nacional Barreal, Costa Ric; pp. 1-12; (en línea) disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=237017928002>

Varela P. L.1, Chávez J.H. 2, Gálvez C.M. 3, Méndez S. F.4. Características del deterioro cognitivo en el adulto mayor hospitalizado a nivel nacional. Rev. Soc. Per. Med. Inter. 17(2) 2004 (en línea) disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rspm/v17n2/a02v17n2.pdf>

Olave Q. S., Fuentes D. D., Minaya M. G., Surco I. R. Yagui M. M., Espinoza S. M. Aspectos Éticos, Legales y Metodológicos de los Ensayos Clínicos para su Uso por los Comités de Ética Instituto Nacional de Salud, Ministerio de Salud, Lima, 2010(en línea) consultado 7-febrero-2012, disponible en:http://www.unesco.org.uy/ci/fileadmin/shs/redbioetica/Aspectos_eticos_legales_metodologicos_EC_1_.pdf

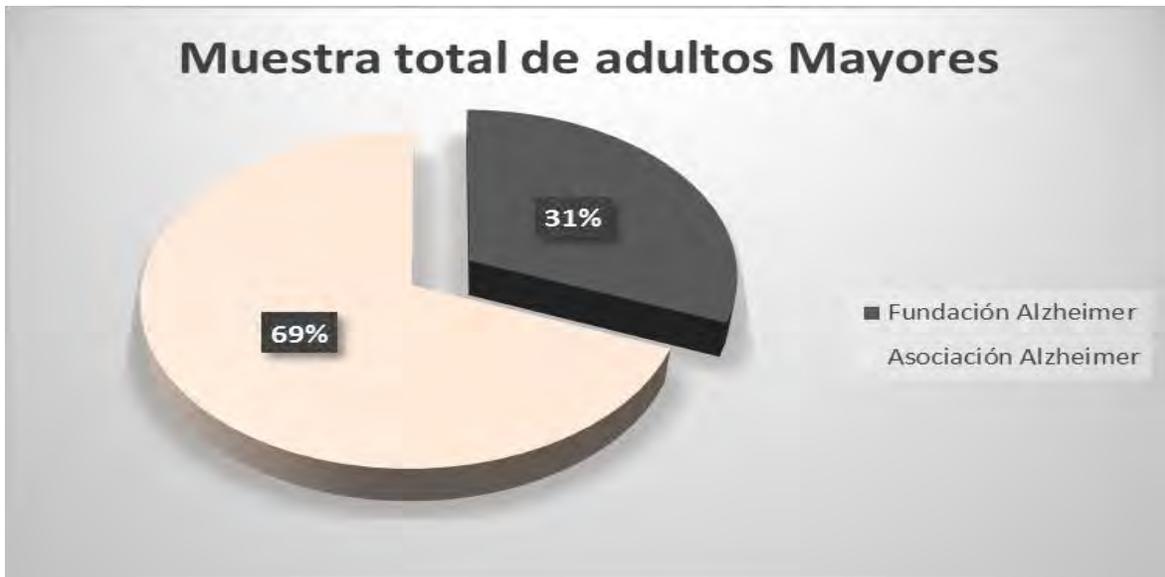
ANEXOS

Cuadro 14
n=29

Muestra total de adultos mayores	Frecuencia	Porcentaje
Fundación Alzheimer	9	31
Asociación Alzheimer	20	69
Total	29	100

Fuente: Misma cuadro 1

Grafica 14



Fuente: Misma Gráfica 1

Cuadro 15
n=29

1. Necesidad de respirar	Frecuencia	Porcentaje
Independiente	28	97
Parcialmente dependiente	1	3
Dependiente	0	0
Total	29	100

Fuente: Misma cuadro 1

Grafica 15.



Fuente: Misma Gráfica 1

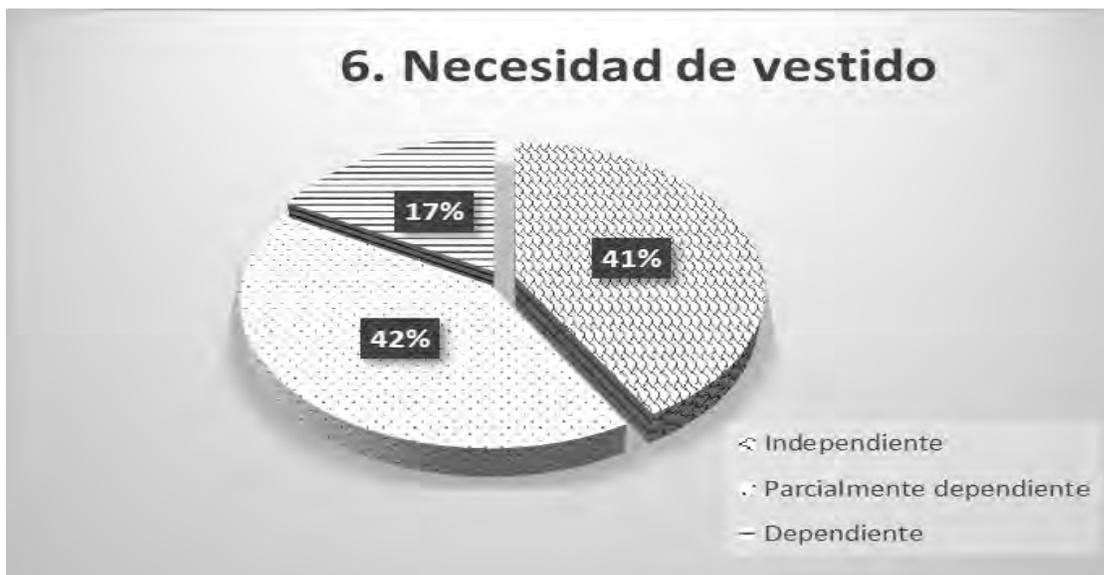
Cuadro 16.

n=29

6. Necesidad de vestido	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Independiente	12	42
Parcialmente dependiente	12	42
Dependiente	5	17
Total	29	100

Fuente: Misma cuadro 1

Gráfica 16.



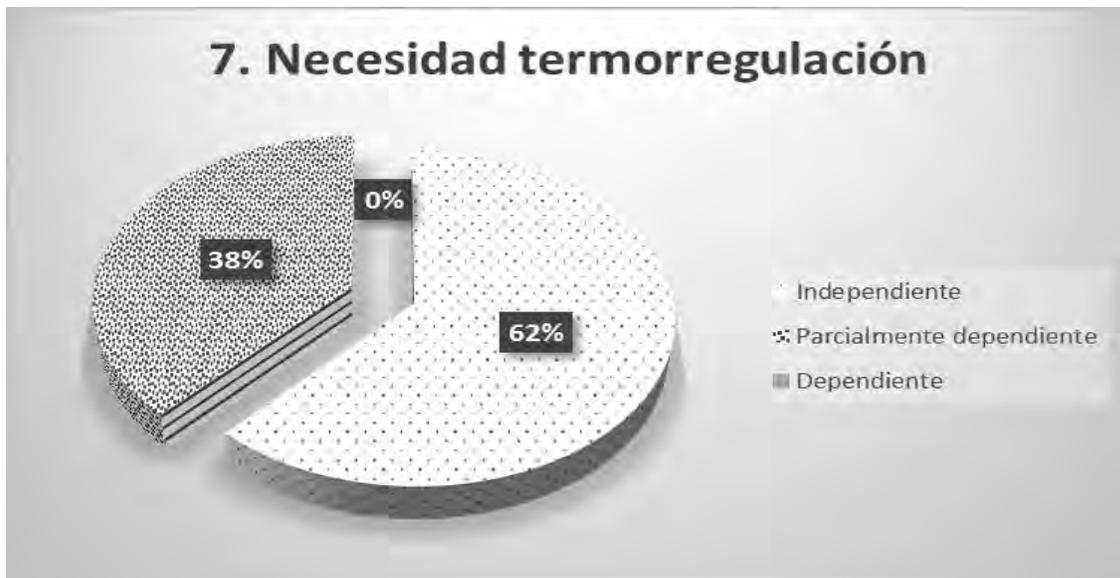
Fuente: Misma Gráfica 1

Cuadro 17.
n=29

7. Necesidad de mantener la termorregulación	Porcentaje	Frecuencia
Independiente	62	18
Parcialmente dependiente	38	11
Dependiente	0	0
Total	100	29

Fuente: Misma cuadro 1

Grafica 17.



Fuente: Misma Gráfica 1

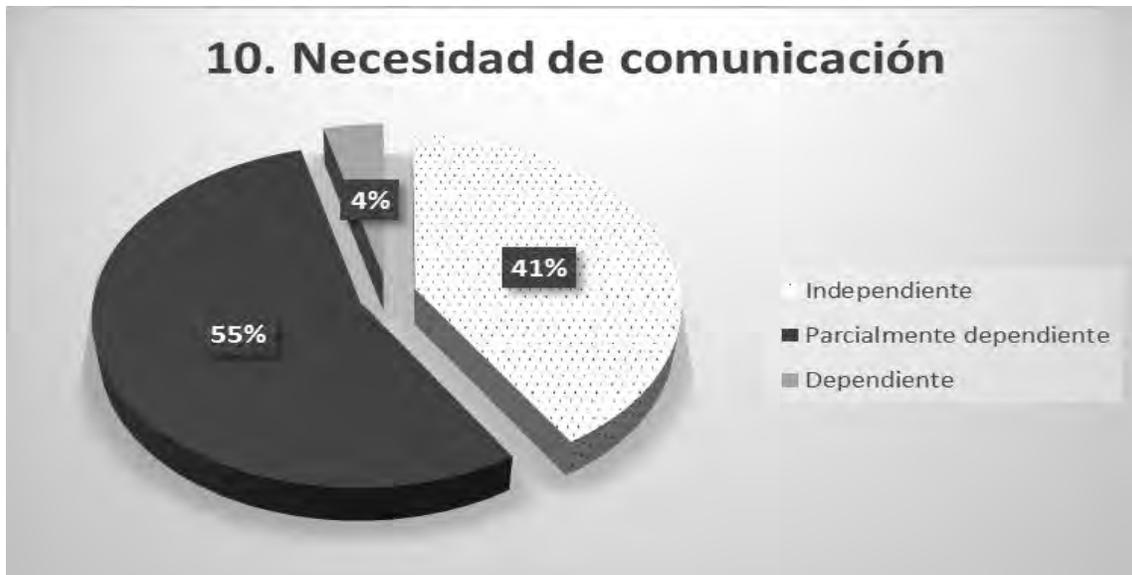
Cuadro 18.

N=29

10. Necesidad de comunicación	Frecuencia	Porcentaje
Independiente	12	41
Parcialmente dependiente	16	55
Dependiente	1	4
Total	29	100

Fuente: Misma cuadro 1

Gráfica 18.



Fuente: Misma Gráfica 1

Cuadro 19.

N=29

11. Necesidad de creencias y valores	Frecuencia	Porcentaje
Independiente	18	62
Parcialmente dependiente	10	35
Dependiente	1	3
Total	29	100

Fuente: Misma cuadro 1

Grafica 19.



Fuente: Misma Gráfica 1

Cuadro 20.

N=29

12. Necesidad de ocupación y realización	Frecuencia	Porcentaje
Independiente	15	52
Parcialmente dependiente	12	41
Dependiente	2	7
Total	29	100

Fuente: Misma cuadro 1

Grafica 20.



Fuente: Misma Gráfica 1

Cuadro 21.

N=29

13. Necesidad de recreación	Frecuencia	Porcentaje
Independiente	3	10
Parcialmente dependiente	22	76
Dependiente	4	14
Total	29	100

Fuente: Misma cuadro 1

Grafica 21.



Fuente: Misma Gráfica 1

Cuadro 22.

N=29

14. Necesidad de aprendizaje	Frecuencia	Porcentaje
Independiente	4	14
Parcialmente dependiente	25	86
Dependiente	0	0
Total	29	100

Fuente: Misma cuadro 1

Gráfica 22.



Fuente: Misma Gráfica 1

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Cronograma de actividades Fundación Alzheimer “alguien con quien contar” I.A.P.

	MARZO											ABRIL									
ACTIVIDAD	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	SEMANA DEL 25 DE MARZO AL 5 DE ABRIL TRABAJO EN CASA	8	9	1	1	1	1	1	1	1	1
	1	2	3	4	5	8	9	0	1	2			0	1	2	5	6	7	8	9	
Presentación y recorrido de instalaciones																					
Apoyo a personal																					
Trabajo en casa																					
Recolección de datos																					
Apoyo a personal																					
Recolección de datos																					
Trabajo en casa																					
Captura de datos																					
Apoyo a personal																					
Recolección de datos																					
Informe de actividades ENEO																					
Apoyo a personal																					
Recolección de datos																					
Termino de actividades de recolección																					

P.S.S.L.E.O. KATYA PEREZ AQUIAHUATL

Cronograma de actividades en la Asociación Alzheimer “Una esperanza de Vida”

MAYO									
fecha	6	7	8	9	10	19	20	21	22
<i>Recolección de datos</i>	Blue	Blue	Blue	Blue		Blue	Blue	Blue	Blue
Apoyo a actividades		Dark Purple	Dark Purple				Dark Purple	Dark Purple	
Trabajo en casa					Light Green				

P.S.S.L.E.O. KATYA PEREZ AQUIAHUATL

ANEXO 2.



CONSENTIMIENTO INFORMADO



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y
OBSTETRICIA**

DATOS GENERALES

NOMBRE: _____

EDAD: _____ **SEXO:** _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ **TELEFONO** _____

VIVE CON: _____ **DOMICILIO:** _____

**NOMBRE DE LA PERSONA QUE RECIBIÓ LA INFORMACIÓN Y OTROGA EL
CONSENTIMIENTO:** _____

PARTICIPANTE () REPRESENTANTE LEGAL () FAMILIAR ()

PARENTESCO: _____

1. Declaro en forma libre y voluntaria sin existir ninguna profesión física o moral sobre mi persona que he comprendido por las explicaciones que se me ha proporcionado, el propósito y los riesgos del procedimiento, aclarando las dudas que me he planteado. Así mismo declaro que he leído y comprendido totalmente el consentimiento y los espacios en blanco han sido llenados antes de firmar.
2. Estoy enterado que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que otorgó.

**POR LO TANTO Y CON LA ANOTACION VERBAL Y ESCRITA AUTORIZO QUE SE ME (LE)
REALICEN LOS PROCEDIMIENTOS PLANTEADOS**

ACEPTO EL PROCEDIMIENTO SI () NO ()

EN: _____

LUGAR Y FECHA

HORA

**NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA
QUE DIO EL CONSENTIMIENTO
PRINCIPAL.**

**NOMBRE Y FIRMA DEL
INVESTIGADOR**

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE Y FIRMA

ANEXO 3.

INSTRUMENTOS

INDICE DE BARTHEL¹⁹

ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA

Nombre del Entrevistado _____ Edad _____

Nombre del aplicador _____

Instrucciones

Encierra en un círculo el número correspondiente a la respuesta.

Al final suma la puntuación total de las respuestas para determinar el grado de dependencia.

Para su interpretación, la puntuación se agrupa en categorías de dependencia.

1.- total menor a 20

2.- grave 20-35

3.- moderada 40-55

4.- Leve igual o mayor a 60

5.- Autónomo 100

Es de fácil y rápida administración (menos de 5 minutos). Es la escala más utilizada para la valoración funcional.

Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
Total:		
Comer	- Totalmente independiente	10
	- Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc.	5
	- Dependiente	0
Lavarse	- Independiente: entra y sale solo del baño	5
	- Dependiente	0
Vestirse	- Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	- Necesita ayuda	5
	- Dependiente	0
Arreglarse	- Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5
	- Dependiente	0
Deposiciones (valórese la semana previa)	- Continencia normal	10
	- Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o supositorios o lavativas	5
	- Incontinencia	0
Micción (valórese la semana previa)	- Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta	10
	- Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	- Incontinencia	0
Usar el retrete	- Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa...	10
	- Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	5
	- Dependiente	0
Trasladarse	- Independiente para ir del sillón a la cama	15
	- Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo	10
	- Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	5
	- Dependiente	0
Deambular	- Independiente, camina solo 50 metros	15
	- Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	10
	- Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	- Dependiente	0
Escalones	- Independiente para bajar y subir escaleras	10
	- Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo	5
	- Dependiente	0

¹⁹<http://www.hipocampo.org/Barthel.asp>

Resultados de grado de dependencia

Máxima puntuación: 100 puntos (90 si va en silla de ruedas)	
Resultado	Grado de dependencia
< 20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
≥ 60	Leve
100	Independiente

Mini Examen Cognitivo²⁰

Nombre del Entrevistado _____ Edad _____

Nombre del aplicador _____

Instrucciones

El objetivo del MEC es cuantificar el potencial cognitivo y detectar posibles desordenes funcionales de forma rápida y practica.

Consta de once reactivos en los que se valora ocho áreas cognitivas: orientación espacio-temporal, memoria de fijación reciente, atención-concentración y cálculo, lenguaje comprensivo y expresivo, pensamiento abstracto y construcción visoespacial.

La interpretación se basa en la suma de puntuaciones de cada pregunta que equivale a un punto. Es un Examen sencillo y breve. Su administración dura 5-10 minutos y sin necesidad de material adicional.

Para los pacientes de edad geriátrica de 65 o más años los puntos de corte son 23724(MEC35) y 22723 (MEC30) son los de mejor rendimiento global.

ORIENTACIÓN (0 – 10 puntos)

Dígame el Día (1).....Fecha (1).....Mes (1).....Estación (1).....Año (1).....

Dígame en qué lugar

Estamos (1).....Piso (1).....Ciudad (1).....Región (1).....País (1).....

REPETICIÓN INMEDIATA (0 – 3 puntos)

“Le voy a nombrar tres palabras. Quiero que las repita después de mí. Trate de memorizarlas, pues se las voy a preguntar en un minuto más”

ARBOL – MESA – PERRO

Número de repeticiones:..... (Máximo seis veces en total)

ATENCIÓN Y CÁLCULO (0 – 5 puntos) *Anotar el mejor puntaje

Contaremos hacia atrás restando 7, partiremos de 10093 – 86 – 79 – 72 – 65.....

Deletrear la palabra MUNDO al revés:O – D – N – U – M

MEMORIA (0 – 3 puntos)

¿Recuerda las tres palabras de antes? Repítalas

²⁰Mini-Examen Cognoscitivo (MEC) (Lobo et al., 1978).

LENGUAJE (0 – 9 puntos)

· **Mostrar Un LÁPIZ (1).....y un RELOJ (1)..... (La persona debe nombrarlos)**

Repita esta frase: EN UN TRIGAL HABÍA CINCO PERROS (1).....

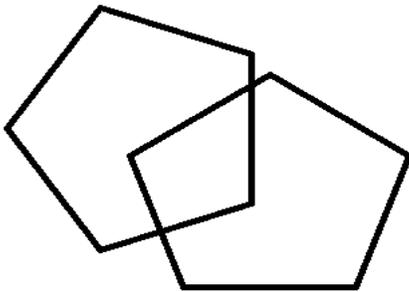
Orden: “TOME ESTE PAPEL CON SU MANO DERECHA (1), DÓBLELO POR LA MITAD CON AMBAS MANOS (1) Y DÉJELO EN EL SUELO (1)”.....

Lea la siguiente frase y haga lo que se le pide: (1)

CIERRE LOS OJOS

Escriba una frase a continuación: (1)

Copie este dibujo (1)



Puntuación máxima	30
Normal	30
Déficit leve.	29-24
Deterioro cognitivo	Menor de 24
Puntaje de corte 23/24	
Deterioro cognitivo leve	19-23
Deterioro cognitivo moderado	14-18
Deterioro cognitivo grave	Menor de 14



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**



INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DE NECESIDADES EN LA PERSONA CON ALTERACIONES MOTORAS, DE LENGUAJE, MEMORIA Y CONDUCTUALES.

I. INTRODUCCIÓN

El presente instrumento de valoración de necesidades se deriva del megaproyecto de nuevas estrategias epidemiológicas genómicas y proteómicas en salud pública con número de registro SDE.PTDO 0.5.5, y forma parte del proyecto Modelo de Enfermería para la atención preventiva y Terapéutica en personas con enfermedad de Alzheimer registrado con el número 020; está dirigido a las personas y/o cuidadores primarios de personas con alteraciones motoras, de lenguaje, memoria y conductuales. Tiene como finalidad valorar a la persona para detectar las necesidades que se encuentren afectadas en ellos con el fin de ofrecer atención de enfermería. Cabe mencionar que su participación es voluntaria y que la información obtenida será anónima por lo cual agradeceremos su colaboración.

II. INSTRUCCIONES

El entrevistador es quien aplicará el instrumento a las personas y/o cuidadores primarios de personas con alteraciones motoras, de lenguaje, memoria y conductuales, debe marcar con una x la respuesta que se identifique más a las necesidades de la persona entrevistada.

Por ejemplo:

GRADO DE DEPENDENCIA	I	PD	D
		X	

III. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

<p>Nombre: _____</p> <p>Genero M F Edad 50-60 61-70 Escolaridad en años _____ 71-80 Domicilio _____ 81-90 _____ 91o más</p> <p>Teléfono _____</p> <p>Estado civil Soltero Religión Católica Casado Ateo Viudo Creyente Divorciado Testigo de Jehová Otro</p> <p>Ocupación Anterior _____</p> <p>Ingresos Hospitalarios en los últimos Meses _____</p> <p>Si () No () Motivos _____</p>	<p>Dx. MédicoTx _____</p> <p>Enfermedad de Alzheimer _____ Demencia mixta _____ Demencia vascular otras</p> <p>Etapa de la enfermedad en la que se encuentra I II III</p> <p>Persona responsable Número de integrantes en la familia</p> <p>Hija Hijo 2-4 Esposo 5-7 Esposa Mas Padre Sobrino Otro</p> <p>Tiene servicio de salud No IMMS ISSSTE INAPAM seguro popular Militar Otro</p>
---	---

Función	Cifra
Frecuencia cardiaca	
Frecuencia respiratoria	
Presión arterial	

Función	Cifra
Temperatura	
Peso	
Talla	

1. OXIGENACIÓN	nunca	algunas veces	siempre
1. ¿Cuándo realiza sus actividades cotidianas lo hace sin fatigarse?			
2. ¿Tiene dificultad para respirar?			

2. NUTRICION E HIDRATACIÓN	nunca	algunas veces	siempre
1. ¿Puede encargarse de su alimentación por sí mismo?			
2. ¿Reconoce la comida?			
3. ¿Ha presentado dificultad para deglutir alimentos?			
4. ¿Ha disminuido su apetito?			
5. ¿Realiza 3 comidas al día?			
6. ¿Bebe al menos 1 litro de agua al día?			
7. ¿Come en compañía de alguien?			

3. ELIMINACIÓN	nunca	algunas veces	siempre
1. ¿Presenta incontinencia urinaria?			
2. ¿Con que frecuencia utiliza pañal desechable?			
3. ¿Se desplaza al sanitario por sí mismo para hacer sus necesidades de eliminación?			
4. ¿Padece estreñimiento?			
5. ¿Sube los pantalones /falda/trusa/ pataleta después de ir al baño?			
6. ¿Presenta inflamación en sus piernas?			

4. MOVERSE Y TENER BUENA POSTURA	nunca	algunas veces	siempre
1. ¿Necesita ayuda para moverse?			
2. ¿Utiliza apoyo para desplazarse como andadera bastón etc.?			
3. ¿se mantiene sentada(o) la mayor parte del día?			
4. Se mantiene parada(o) la mayor parte del día?			
5. ¿Camia con pequeños pasos?			
6. ¿Realiza actividades en casa como reparaciones, cocinar, limpieza etc.?			
7. ¿Tiene dificultad para recordar en donde se encuentra?			
8. ¿Camina sin tropezarse con objetos que estén a su alrededor?			

5. DORMIR Y DESCANSAR EVITAR EL DOLOR Y LA ANSIEDAD	nunca	algunas veces	siempre
1. ¿distingue entre la noche y el día?			
2. ¿Duerme toda la noche?			
3. ¿tiene dificultad para conciliar el sueño?			
4. ¿duerme solo(a)?			
5. ¿se muestra ansioso durante el día?			
6. ¿Tiene Cambios del estado de ánimo?			

6. USAR PRENDAS E VESTIR	nunca	algunas veces	siempre
1. ¿se viste por si solo(a)?			
2. ¿Reconoce su ropa?			
3. ¿Se coloca la ropa en orden y adecuadamente?			
4. Se anuda los zapatos de forma adecuada?			

7. TERMORREGULACIÓN	nunca	Algunas veces	siempre
1. ¿Diferencia entre frio y caliente?			
2. ¿Puede ajustar la temperatura del agua?			
3. Elige prendas de vestir adecuadas a la temperatura ambiente y corporal?			

8. HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL	nunca	algunas veces	siempre
7. ¿Identifica el baño y sus utensilios?			
8. ¿Realiza el aseo bucal de forma independiente?			
9. ¿Se lava las manos después de ir al baño?			
10. ¿Se baña por sí solo?			
11. ¿Necesita ayuda para entrar y salir del baño?			

9. EVITAR PELIGROS	nunca	algunas veces	siempre
1. ¿Distingue diferentes colores?			
2. ¿Ha tenido periodos de pérdida de ubicación u orientación?			
3. ¿Sale de casa sin previo aviso?			
4. ¿Le cuesta trabajo leer?			
5. ¿Ha tenido caídas últimamente?			
12. ¿Distingue ruidos de peligro o alarma?			
En casa:			
13. ¿El WC cuenta con aditamentos de apoyo?			
14. ¿Los pasillos están iluminados?			
9. ¿El suelo se encuentra a desniveles?			
10. ¿Tiene alfombras en la habitación de la persona?			
11. ¿Utiliza los aditamentos de la cocina?			
12. ¿Prepara sus alimentos sin riesgo de lesionarse?			
13. ¿Identifica el olor de gas u otra sustancia que represente el peligro?			
14. ¿Diferencia entre una sustancia u otra (aceite, leche, refresco, gasolina)?			

10. COMUNICACIÓN	nunca	algunas veces	siempre
1. ¿Se expresa y entiende con otros?			
2. ¿Reconoce objetos, personas y familiares?			
3. ¿Tiene dificultad para relacionarse con otras personas?			
4. ¿Puede concentrarse al realizar alguna actividad?			
5. ¿Siente ansiedad temor al estar con otras personas?			
6. ¿Contesta sí o no?			
7. ¿Balbucea?			

11. CREENCIAS Y VALORES	nunca	algunas veces	Siempre
1. ¿Busca apoyo en su religión?			
2. ¿Actúa y vive según su religión?			
3. ¿Ha sentido falta de motivación o interés por su religión?			

12. SATISFACCIÓN	nunca	algunas veces	siempre
1. ¿Realiza actividades que le produzcan satisfacción en el hogar?			
2. ¿Piensa que debería satisfacer sus gustos y aficiones?			
3. ¿Participa con grupos que comparten sus mismos intereses o aficiones?			
4. ¿La familia le permite realizar actividades por si solo?			

13. JUGAR PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS	nunca	algunas veces	siempre
1. ¿Su condición física le permite jugar y participar en actividades recreativas?			
2. ¿Dedica su tiempo libre a algún pasatiempo?			
3. ¿Influye su estado de ánimo para jugar y realizar actividades recreativas en familia o con amigos?			
4. ¿Muestra satisfacción después de realizar alguna actividad recreativa?			
5. ¿Termina las actividades que inicia?			
6. ¿Tiene contactos sociales como amigos, vecinos etc.?			
7. ¿Realiza alguna actividad física?			
8. ¿Baila y canta?			
9. ¿Recuerda música de su tiempo?			
10. ¿Le gusta jugar juegos de mesa?			
11. ¿Se puede concentrar cuando ve televisión, etc.?			

14. APRENDIZAJE	nunca	algunas veces	Siempre
1. ¿Le interesa y agrada que le enseñen?			
2. ¿Identifica los días de la semana?			
3. ¿reconoce a sus familiares?			
4. ¿Se reconoce a si mismo?			
5. ¿Lleva el control de monedas y billetes?			

Grado de dependencia	
I	
Pd	
D	

Gracias por su participación

Lugar y Fecha de aplicación_____

Nombre del investigador_____

Fuente de información_____

RESPONSABLES

M.R.N Roció Valdez Labastida

M.C. Elvira Leticia Ramírez Tóriz

L.E.O. Blanca Estela Reyes Chávez

L.E.O. Beatriz Cass Garrea

PARTICIPANTES

M.C.E Araceli Jiménez Mendoza

P.E.S.S. Isabel Melquíades Parra

P.E.S.S. Juan Pablo Cabrera Estrada

