

ESCUELA DE ENFERMERÍA DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE: 8722



TESIS

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON DEMENCIA SENIL DESDE LA
PERSPECTIVA DE ALOIS ALZHEIMER

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:
JESSICA GUADALUPE GARCÍA MALDONADO

ASESORA DE TESIS:
LIC. EN ENF. MARÍA ELVA CORTÉS RANGEL

MORELIA MICHOACÁN 2023



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS.

A mi institución: Tanto la Escuela de Enfermería de Nuestra Señora de la Salud como lo fue el Hospital de Nuestra Señora de la Salud, después de 4 años avanzando en los estudios como en la práctica clínica, agradezco todas y cada una de las experiencias que viví en el internado como en el hospital estando de guardia. Cada una de las personas que aportó para mi carrera en el aula, pasillos, sala de urgencias, tóco cirugía, cuneros, clínica privada, estarán siempre en mi memoria con una gran nostalgia y llenos de alegría.

A mis compañeras: Haciendo mención honorífica a mis compañeras de aula, dormitorio y de experiencias de la vida a Celeste Álvarez Vega, Adriana Soledad Zapata García, Lorena Perla Bucio Marín y Marina Ulloa Alanis. Por brindarme apoyo y alegría incondicional a lo largo de esta travesía llamada universidad, les agradezco de todo corazón y las llevaré conmigo siempre en mis memorias felices en la vida.

DEDICATORIAS.

A mi familia nuclear: Principalmente a mis padres Angel García Velázquez y Evelia Maldonado Jaimes, por el esfuerzo que hicieron y darme la oportunidad de estudiar aunque durante el trayecto no haya sido fácil, siempre estuvieron ahí para darme ánimos en seguir adelante y no rendirme ante los obstáculos que se presentaban, los amo mucho y agradezco todo lo que han sacrificado por muchos años para poder decir orgullosamente que su hija es una L.E.O.

A mis abuelos maternos: Mi abuelo Fernando Maldonado Torres quien fue mi inspiración para realizar mi trabajo de investigación, ya que ha sido un gran pilar en mi vida desde muy pequeña y doy gracias a Dios por permitirme vivir hermosos momentos a su lado, donde quiera que este espero que este orgulloso de su pequeña nieta la cual ahora cuida de su esposa así como lo cuidó a él en sus últimos días de vida, que descansa en paz "Nano" el ranchero famoso. A mi abuela Audelia Jaimes Cruz por siempre estar al pendiente de mí aun estando lejos de casa, aconsejándome y teniéndome en sus oraciones por lo cual estaré eternamente agradecida.

Agradezco a mi pareja: Por darme su apoyo de una manera incondicional a lo largo de mi trayectoria en la universidad y de ser siempre el hombre que a pesar de los obstáculos, nunca dejó de creer en mí cuando yo en algún punto ya no creía en mí misma, siempre se lo agradeceré eternamente a Juan Gerardo Vargas Morales por nunca dejarme sola y por ser mi acompañante en mi siguiente etapa de la carrera y de mi vida.

ÍNDICE.

INTRODUCCIÓN	1
ANTECEDENTES	2
Vida y obra o personalidad del autor de la investigación personal	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	8
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	9
OBJETIVOS.....	10
HIPÓTESIS.....	11
JUSTIFICACIÓN	12
MARCO TEÓRICO.....	13
CAPÍTULO I Alzheimer.....	14
1.1 ¿Qué es Alzheimer?.....	14
1.2 Etapas del Alzheimer.....	14
1.3 Signos y síntomas.....	15
1.4 Fisiopatología.....	17
1.5 Diagnóstico	19
1.6 Tratamiento	22
CAPÍTULO II Demencia senil	26
2.1 ¿Qué es Demencia Senil?.....	26
2.2 Signos y síntomas.....	27
2.3 Tipos de demencia senil.....	31
2.4 Diagnóstico	33
2.5 Tratamiento	34
2.6 Diferencias y semejanzas de la Demencia Senil y el Alzheimer	40
CAPÍTULO III Aspectos familiares y sociales ante la patología.....	43
3.1 Duelo familiar.....	43
3.2 Etapas del duelo familiar	45
3.3 Síndrome del cuidador quemado.....	48
3.4 Determinantes sociales en la Demencia Senil.....	50
3.5 Cuidados de la Demencia Senil en el hogar	52

CAPÍTULO IV Cuidados de enfermería en pacientes con demencia senil	55
4.1 Valoración de enfermería	55
ANÁLISIS DE DATOS	72
Encuesta	72
Gráficas.....	74
Método.....	82
Variables.....	82
CONCLUSIONES	83
SUGERENCIAS	84
ANEXOS	85
Consentimiento informado para participar en un estudio de investigación	85
Decálogo del código de ética para las enfermeras y enfermeros en México	86
BIBLIOGRAFÍA	88

INTRODUCCIÓN.

En el siguiente artículo de investigación se estará abordando el tema de la demencia senil, el cual es un deterioro progresivo de las funciones cognitivas del ser humano donde principalmente se presente en personas de edad adulta. Se tomaran temas primordiales como lo son: Síntomas, tipos de demencia senil, diferencias y semejanzas en comparación con el Alzheimer.

A su vez, se informa los procesos de duelo y las complicaciones que conlleva tener un familiar con esta patología, se da a conocer cómo es que este padecimiento no solo afecta al paciente sino que de alguna manera afecta directa e indirecta a las personas que conviven con el paciente.

También se comenta las intervenciones del personal sanitario como lo es principalmente la enfermería, los cuidados que debe brindar al adulto mayor con demencia senil y el apoyo emocional a los familiares ante esta enfermedad.

ANTECEDENTES.

El 25 de noviembre de 1901 una mujer de 51 años fue admitida en el hospital de enfermos mentales y epilépticos de Frankfurt. Se llamaba Auguste Deter. Tenía problemas de comprensión y de memoria, así como afasia, desorientación, paranoias, un comportamiento impredecible y problemas psicosociales.

La mujer fue entrevistada por el asistente médico, el Dr. Nitsche, quien comentó al facultativo, el Dr. Alois Alzheimer, que la paciente tenía unos síntomas clínicos peculiares. Alzheimer, que había hecho la residencia en ese asilo psiquiátrico y había conseguido allí una plaza de médico, se hizo cargo de ella.

El 21 de diciembre de 1995, tras una búsqueda infructuosa durante dos años, los doctores Maurer, Volk y Gerbando encontraron trasapelada en un sótano del hospital de Frankfurt una carpeta azul atada con una cinta que contenía la historia clínica que estaban buscando. La cubierta daba los datos básicos de la paciente: Auguste D., esposa de un ferroviario, nacida el 16 de mayo de 1850, de la Iglesia Reformada. Admitida el 25 de noviembre 1901.

El historial tiene 32 páginas, donde se detalla el inicio, los síntomas, el trascurso de la enfermedad, la causa de la muerte y los resultados de la autopsia. Hay seis páginas escritas por el propio Alzheimer, de las cuales cuatro de ellas, fechadas entre los días 26 y 30 de noviembre de 1901, recogen las entrevistas realizadas a la paciente. Hay también cuatro fotografías hechas por Rudolph, el fotógrafo del hospital.

Alzheimer la entrevistó al día siguiente y registró en la primera página del informe su conversación con la paciente. Las primeras notas empiezan así:

Se sienta en la cama con una expresión de desamparo.

La descripción del caso, completada con información proporcionada por el esposo fue así: D., Auguste, 51 años y medio. Su madre sufría ataques convulsivos en la menopausia, durante los cuales no llegaba a perder la consciencia; murió de neumonía a los 64. Su padre murió de ántrax de garganta a los 45. Tiene tres hermanos sanos. No hay historia familiar de alcoholismo o trastornos mentales. Auguste no ha estado nunca enferma antes. Vivía bastante felizmente, casada en 1873, con una hija sana y sin haber sufrido abortos. Era una persona amable, trabajadora, tímida y ligeramente ansiosa. No hay datos que nos hagan pensar que ella o su marido tengan una infección sifilítica.

Aproximadamente el 18 de marzo de 1901, Auguste empezó a sufrir de un delirio de que su marido se veía con una vecina. Poco después, empezó a tener problemas recordando cosas. Dos meses más tarde cometía serios errores al cocinar y caminaba constantemente y sin descanso por la casa, sin una razón aparente. Poco a poco, se volvió indiferente a todo y perdió el sentido del valor del dinero. Esos síntomas empeoraron progresivamente. Creía que un maquinista que frecuentaba su casa le perseguía. Pensaba que todo el mundo hablaba sobre ella. En ocasiones, se aterrorizaba al pensar que se estaba muriendo y temblaba violentamente. Llamaba a los timbres de sus vecinos sin una razón. Era incapaz de encontrar objetos que ella misma había guardado.

Alzheimer señala un trastorno amnésico de la escritura y el historial recoge distintos intentos de la paciente por escribir su nombre y el de la ciudad en la que vive. Texto autográfico de Auguste D. Alzheimer también le pide que reconozca objetos por el tacto, con los ojos cerrados, prueba que ella hace rápida y correctamente. Cuando le pide que lea, repite la misma línea tres veces pero identifica correctamente las letras aunque no parece entender lo que lee.

Unos meses después Alzheimer se marchó de Frankfurt, trasladándose primero a Heidelberg donde estuvo poco tiempo y luego a la Real Clínica Psiquiátrica de Múnich cuyo director era su amigo Emil Kraepelin, quien le nombró director del Laboratorio de Anatomía Cerebral. Desde allí, Alzheimer siguió el caso de Auguste D. La paciente cada vez estaba más apagada y desde comienzos de 1906 se pasaba el día tumbada. Eso le generó escaras en la zona sacral y trocantérica izquierda. Muy débil, con fiebre alta, Auguste D. presentó neumonía en los dos lóbulos inferiores de los pulmones. El 8 de abril de 1906 fallecía en el hospital.

La autopsia mostró atrofia cerebral, arterioesclerosis de los vasos cerebrales pequeños, hidrocefalia tanto externa como interna, neumonía y nefritis. Alzheimer pidió que le enviaran el informe y el cerebro a Múnich.

A Alzheimer sus colegas le llamaban «el psiquiatra con microscopio» puesto que había recibido una magnífica formación histológica con Kölliker en Würzburg y en el hospital de Frankfurt, junto con su amigo Franz Nissl, habían establecido el compromiso de realizar el mayor número posible análisis microscópicos de las autopsias para intentar encontrar el sustrato de las enfermedades neurales. Su análisis post mortem mostró que el cerebro de Auguste contenía numerosas placas seniles y una nueva estructura neuropatológica, fascículos de neurofibrillas densamente enredados que se denominaron ovillos neurofibrilares.

El 4 de noviembre de 1906 Alois Alzheimer dio una conferencia sobre ese caso titulada "Una nueva nueva enfermedad grave característica de la corteza cerebral" (Über einen eigenartigen schweren Erkrankungsprozeß der Hirnrinde) en la 37ª Conferencia de Psiquiatras del Sudoeste de Alemania, celebrada en Tübingen.

Alzheimer comentó que era el caso de una paciente que había sido sometida a una estrecha observación durante su internamiento en el hospital de Frankfurt y cuyo sistema nervioso central me ha sido remitido por el director, el Dr. Sioli para una posterior observación. La conferencia no suscitó apenas interés. En 1910, Emil Kraepelin, mentor y amigo de Alzheimer llamó a ese nuevo tipo de demencia enfermedad de Alzheimer en la 8ª edición de su Manual de Psiquiatría, una obra donde fue catalogando los distintos tipos de enfermedades mentales y por la que se le ha llamado el Linneo de la psiquiatría. Kraepelin decía que «un grupo particular de casos con alteraciones celulares extremadamente serias fue descrito por Alzheimer».

Los hallazgos de la necropsia mostraban cambios que «representaban las formas más serias de demencia senil. Las placas eran excesivamente numerosas y casi un tercio de las células corticales habían muerto. En sus lugares había fascículos de neurofibrillas peculiares, intensamente teñidos». Por su parte, en las publicaciones iniciales de Alzheimer, parecía que el único mensaje importante es que la demencia senil podía darse en una persona más joven.

Vida y obra o personalidad del autor de la investigación personal.

(Fuentes, 2003).

Aloysius, hijo del notario Eduard Alzheimer y su segunda esposa Theresia, nació temprano en la mañana del 14 de Junio de 1864 en su casa de Ochsenfurter Strasse 15a, en Marktbreit, un tranquilo pueblo vinícola muy cerca de Würzburg, la ciudad importante más cercana en el centro de Alemania. Su casa natal, puede ser visitada pues hoy está convertida en un pequeño museo y propiedad de la compañía farmacéutica Lilly.

Alois tuvo dos hermanos, Karl y Johanna. Comenzó su educación en su propio pueblo, completándola en Aschaffenburg en 1883, donde su certificado final reportaba "un conocimiento superior en ciencias naturales".

Estudió medicina en Berlín, Tübingen y Würzburg. En Berlín asistió a clases de anatomía dictadas por Wilhelm Waldeyer-Hartz, el patólogo que posteriormente acuñaría el término "neurona". Egresó de Würzburg obteniendo su grado médico en 1888 en la Julius-Maximilians-Universität, con una tesis doctoral titulada "Sobre glándulas ceruminosas del oído" que escribió bajo supervisión del fisiólogo e histólogo suizo Rudolf Albert von Kolliker, lo que le permitió a su vez procesar sus primeras láminas histológicas.

En diciembre de 1888, Alois Alzheimer comenzó su carrera profesional como médico asistente en el Hospital Municipal de Lunáticos y Epilépticos en Frankfurt am Main, establecimiento inaugurado en 1864 y que estaba bajo la dirección de Emil Sioli. Aquí comenzó su educación en psiquiatría y surgió su posterior interés en neuropatología. Por una coincidencia afortunada, al año siguiente se integró a trabajar al mismo asilo el distinguido neurólogo Franz Nissl, quien posteriormente emigraría a una posición de jefatura en Heidelberg.

Nissl y Alzheimer se embarcaron juntos en una extensiva investigación de la patología del sistema nervioso, estudiando en particular la anatomía patológica y normal de la corteza cerebral, trabajo que dio origen a un tratado de seis volúmenes denominado "Estudios Histológicos e Histopatológicos de la Corteza Cerebral", publicada entre 1906 y 1918.

Alzheimer concentró sus esfuerzos sobre el material morfológico de los pacientes, mientras que Nissl desarrollaba estudios experimentales sobre reacción de las células nerviosas a la sección de sus axones. Probablemente Nissl fue el más innovador de los dos, pero su imaginativo entusiasmo fue complementado por la capacidad deductiva de Alzheimer, quien además ya poseía una avanzada técnica para histología experimental.

Entretanto, en abril de 1894, Alois Alzheimer se casó con la viuda Cecilie Simonette Nathalie Geisenheimer, con quien tuvo tres hijos, un hombre y dos niñas. Su hija Gertrudis se casó posteriormente con Georg Stertz, médico polaco que llegó a ser jefe de psiquiatría en Munich. Se ha dicho que Alzheimer asistió médicamente al primer esposo de Cecilie, quien era un adinerado banquero que padecía de sífilis y a su vez paciente del connotado Wilhelm Heinrich Erb; con el patrimonio heredado Alzheimer dispuso de suficiente autonomía económica para financiar sus textos y publicaciones.

Además de su gran contribución a la neuropatología y neurobiología del envejecimiento su trabajo como investigador incluyó artículos en otros tópicos, como parálisis progresiva luética, arterioesclerosis del cerebro, alcoholismo y epilepsia. Adicionalmente, fue un renombrado psiquiatra forense de la época.

Con respecto al término "Enfermedad de Alzheimer" éste se origina en el registro del caso de una paciente de 51 años de edad llamada Auguste D. quien había sido ingresada al hospital de Frankfurt el 25 de noviembre de 1901, con signos de demencia. El propio Alzheimer examinó a la paciente y de su puño y letra está escrito lo siguiente: "ella permanece sentada en la cama con expresión de impotencia. Le pregunto: ¿cuál es su nombre? Auguste. ¿y su apellido? Auguste. ¿y el nombre de su esposo? Auguste, yo pienso. ¿el de su marido? Ah, mi marido...(Ella mira como si no comprendiera la pregunta). ¿Está usted casada? Con Auguste. ¿Sra. D.? Sí, con Auguste D".

Posteriormente, en 1903 Alois Alzheimer dejó Frankfurt y después de una corta estadía en Heidelberg, se trasladó a Munich para continuar sus actividades médicas y científicas en la Clínica Psiquiátrica Real, siguiendo a su director Emil Kraepelin, una de las mayores personalidades de la psiquiatría biológica alemana. Cuando Auguste D. falleció en abril de 1906, a causa de una septicemia derivada de úlceras de decúbito, su cerebro le fué enviado al Dr. Alzheimer desde Frankfurt por E. Sioli.

Bajo su supervisión, el Laboratorio Anatómico establecido en esta clínica de Munich llegó a ser uno de los centros líderes de la investigación histopatológica contando entre sus estudiantes a grandes médica y científica, como Hans-Gerhard Creutzfeldt, Alfons Jakob, Constantin von Economo, Ludwig Merzbacher, Gaetano Perusini y F.H. Lewy, entre otros.

Con ocasión del "37° Encuentro de Psiquiatras del Sureste de Alemania" sostenido en Tubingen el 3 de noviembre de 1906, A. Alzheimer reportó en forma oral el caso de su paciente. El título de su presentación fue "Una enfermedad característica del córtex cerebral". La descripción neuropatológica completa fue publicada al año siguiente en *Allgem Z Psychiatr Psych-Gerich Med*.

Posteriormente, quien le dio el nombre de Enfermedad de Alzheimer a esta nueva entidad clínica y patológica fue Emil Kraepelin, quien asignó este término a la demencia presenil en la octava edición, de 1910, de su texto *Psychiatrie: Ein Lehrbuch fur Studierende und Artze*.

El 16 de Julio de 1912, A.Alzheimer fue nombrado Director de la Clínica de Psiquiatría y Neurología en la Universidad Silesian Friedrich-Wilhelm en Breslau (Wroclaw), Polonia, por un decreto firmado por el Emperador Guillermo II de Prusia.

En su viaje a Wroclaw, A. Alzheimer contrajo una tonsilitis que se complicó con artritis y nefritis y desde entonces nunca recuperó bien su salud. Desde octubre de 1915 hacia adelante, Alzheimer comenzó a permanecer más en cama hasta que finalmente falleció víctima de una endocarditis reumática e insuficiencia renal el 19 de diciembre de 1915, en Breslau, a la edad de 51 años. Hoy sus restos descansan en el cementerio principal de Frankfurt am Main, junto a su esposa quien ya había sido sepultada allí el 28 de Febrero de 1901. (Alonso, 2015).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

- ¿Cómo la demencia senil influye en la vida diaria que la persona que la padece?

Al observar las complicaciones que se manifiestan al comienzo de la enfermedad, poco a poco se están deteriorando las actividades que el individuo podía realizar de manera autónoma y ahora se debe de tener a un cuidador que este al pendiente 24/7 de él.

.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

- ¿Cómo influye los cuidados que brindara enfermera y la familia en los cuidados que se le deben de brindar a una persona que sufre de Demencia Senil?

Debido a que la familia pueda desconocer los cuidados que se le deben brindar al familiar que sufre Demencia Senil, la enfermera cumple un papel indispensable gracias a su capacidad de enseñanza y paciencia en explicar los cuidados específicos que la familia debe de realizar en casa y que así mismo trabajando en conjunto sea un equipo didáctico tanto para ellos como para la persona con este problema de salud.

OBJETIVOS.

*** General:**

Asesorar al cuidado a la familia responsable y entender la problemática referida al miento que presenta cada paciente

*** Específico:**

- Retrasar el deterioro general ocasionado por la enfermedad (cognitivo y funcional).
- Dar seguridad e incrementar la autonomía personal.
- Evitar la desconexión con el entorno y fortalecer las relaciones sociales.
- Dignificar y estimular la autoestima.
- Minimizar el estrés.

HIPÓTESIS.

Las personas que presentan demencia senil afectan su integridad como persona, ya que poco a poco inconscientemente puede dejar de lado sus actividades que realizaba y en vez de obtener un beneficio del mismo se obtiene un resultado que puede ser catastrófico y de igual manera afecta a su entorno familiar.

La familia es un factor indispensable en el diagnóstico y en cómo se va dando los cambios respecto a la vida, no solo de la persona que padece la demencia senil sino también del familiar o familia responsable a cargo de la persona.

JUSTIFICACIÓN.

La finalidad de presentar éste tema de investigación es la siguiente, dentro del transcurso de mi vida familiar se presentó una situación “Demencia Senil”, por parte de mi abuelo paterno. Cuando comenzó a manifestarse clínicamente mi abuelo paterno tenía 84 años, anteriormente antes de las manifestaciones él podía realizar ciertas actividades tales como: manejar un automóvil, salir a dar un paseo por el centro del pueblo y socializar con las demás personas.

Tras un suceso de perder a su hermana menor, comenzaron a suscitarse ciertas manifestaciones relacionadas con la pérdida de la memoria cuando llego el momento del sepulcro ya había confusión por su parte. Esto fue más notorio en su día a día, fue identificándose más comúnmente cuando había una interacción con su medio habitual lo que generó que las personas que se encontraban a su alrededor comenzaran a notar signos de confusión y preocupación porque no sabía cómo regresar a casa, con lo ocurrido la familia decidió mantenerlo vigilado y procurar no dejarlo salir de casa.

Fue transcurriendo el tiempo y esto fue más notorio estando localizado en casa, debido a que ciertas actividades tales como la ingesta de alimentos y de igual manera en su tratamiento farmacológico. Su evolución fue repercutiendo sus procesos fisiológicos corporales generando una incontinencia urinaria y fecal, estando presentes estas manifestaciones y conductas anormales, se realiza la agenda de una cita con un especialista en neurología, para su valoración adecuada; su diagnóstico fue Demencia Senil, siguió en constante valoración con la finalidad de comenzar con los cuidados adecuados e intervenciones necesarias para su día a día con Demencia Senil.

MARCO TEÓRICO.

CAPITULO I

Alzheimer.

CAPÍTULO I Alzheimer.

1.1 ¿Qué es Alzheimer?

La enfermedad de Alzheimer es un trastorno cerebral degenerativo que va afectando de forma grave a ciertas funciones mentales del paciente e interfiere en su vida diaria. Es la forma más común de demencia entre las personas mayores.

1.2 Etapas del Alzheimer.

Esta enfermedad presenta diferentes etapas:

- Estadio leve: La enfermedad todavía pasa desapercibida porque el paciente sufre pequeños olvidos. Pueden aparecer signos de apatía, aislamiento y cambios de humor.
- Estadio moderado: La enfermedad es evidente, ya que el paciente presenta dificultades para realizar actividades cotidianas como hacer la compra o planear una cena. Además de la pérdida de memoria, presenta una falta de capacidad de razonamiento y comprensión.
- Estadio grave: Todas las áreas relacionadas con la función cognitiva del paciente se encuentran afectadas. El paciente pierde la capacidad de hablar y de reconocer a las personas de su entorno, de hecho se encuentra en un estado de desorientación constante. (TOPDOCTORS).

Este trastorno puede afectar más al género femenino debido a que se estima en un 40% los antecedentes heredofamiliares, que comienzan generalmente entre los 30 y 60 años por alteraciones de un gen. Aproximadamente se estima que entre 50 millones de personas en todo el mundo.

1.3 Signos y síntomas.

Los síntomas que la enfermedad de Alzheimer produce en el cerebro generan problemas que van en aumento y que afectan lo siguiente:

A) Memoria:

Todo el mundo tiene lagunas mentales ocasionales, pero la pérdida de la memoria asociada con la enfermedad de Alzheimer persiste, empeora y afecta la capacidad para desempeñarse en el trabajo y en el hogar.

Las personas con enfermedad de Alzheimer pueden exhibir las siguientes conductas:

- Repetir afirmaciones y preguntas una y otra vez.
- Olvidarse de conversaciones, citas o eventos, y no recordarlos después.
- Colocar sistemáticamente objetos personales en el lugar equivocado, a menudo en lugares absurdos.
- Perdersen en lugares que ya conocen.
- Finalmente, olvidarse de los nombres de familiares y objetos de uso cotidiano.
- Tener problemas para identificar objetos con las palabras correctas, expresar pensamientos o participar en conversaciones.

B) El pensamiento y el razonamiento:

La enfermedad causa problemas para concentrarse y pensar, en especial sobre conceptos abstractos, como los números.

Realizar múltiples tareas a la vez también resulta particularmente difícil, y controlar las finanzas. A la larga, una persona con enfermedad de Alzheimer no puede reconocer y manejar los números.

C) Hacer valoraciones y tomar decisiones:

La enfermedad de Alzheimer provoca un deterioro en la capacidad de tomar decisiones y juicios razonables en situaciones cotidianas. Por ejemplo, una persona puede tomar elecciones malas o inusuales en las interacciones sociales o usar ropa inapropiada para el clima. Puede ser más difícil responder de manera eficaz a los problemas de todos los días, como si se quema la comida sobre la hornalla o si se enfrenta una situación imprevista mientras se conduce.

D) Planificar y realizar actividades familiares:

A medida que la enfermedad empeora, las actividades que, en algún momento, fueron parte de la rutina y que requerían el seguimiento de pasos secuenciales, como planear y elaborar una comida o jugar un juego favorito, se transforman en una dificultad. Con el tiempo, las personas con la enfermedad de Alzheimer avanzada a menudo se olvidan de cómo hacer tareas básicas, como vestirse y bañarse.

E) Cambios en la personalidad y en la conducta:

Los cambios cerebrales que se producen en la enfermedad de Alzheimer pueden afectar el estado de ánimo y el comportamiento. Los problemas pueden incluir los siguientes:

- Depresión.
- Apatía.
- Aislamiento social.
- Cambios de humor.
- Desconfianza en los demás.
- Irritabilidad y agresividad.
- Cambios en los patrones de sueño.
- Desorientación.
- Pérdida de la inhibición.
- Delirios, como creer que te robaron.

(Mayo clinic, 2022).

Conociendo los signos y síntomas que causa el Alzheimer, llegamos a entender un poco más el comportamiento que va cambiando desde ciertos puntos específicos ya mencionados en el trabajo de investigación, en que la persona va deteriorando o que incluso, sin darse cuenta ya tiene ese problema de la memoria y debido a que la familia cree que puede llegar a ser normal lo deja pasar desapercibido.

Debe considerarse que los cambios repentinos de la persona con estos síntomas ya mencionados anteriormente, son un detonante para un defecto neurológico y requiere atención médica especializada para poder evitar que avance más esta patología.

1.4 Fisiopatología.

➤ Metabolismo beta amiloide:

El péptido BA constituye un pequeño fragmento de una proteína transmembranal de función desconocida (posiblemente participe en la transducción de señales) llamada proteína precursora amiloide (APP) que se sintetiza en el cromosoma 21. Dicha proteína se encuentra en las membranas citoplasmáticas, endosomal y del sistema de Golgi tanto del sistema nervioso como de las células sanguíneas.

Ciertas isoformas del APP tienen un dominio inhibidor de la proteasa de Kunitz reguladora de la cascada de la coagulación. En los sujetos normales el péptido BA es fragmentado por una proteína secretasa alfa que la divide en dos segmentos formando la nexina II con acción moduladora de la coagulación y el péptido BA de 16 aminoácidos altamente soluble. Este péptido BA se une a la alfa 2 macroglobulina que señala a las proteínas que serán degradadas formando un complejo BA-A2M al que se une una proteasa.

➤ **Metabolismo neurofibrilar:**

Los ONF (Ovillos Neurofibrilares) están compuestos principalmente por filamentos helicoidales pareados formados por proteínas Tau hiperfosforiladas. También están formados por otras proteínas como la MAP2 (predomina en dendritas), la ubiquitina, y los péptidos BA (lo que apoya la teoría de la amiloidogénesis como lesión primaria).

Las proteínas Tau (predominan en los axones) forman el grupo de las MAP (Microtubule Associated Protein) que interactúan con los microtúbulos durante los movimientos y el transporte celular ensamblando o desarmando los microtúbulos (acciones llamadas de rescate y catástrofe respectivamente) en dependencia de si existe elongación o acortamiento de las prolongaciones, en especial en los axones.

La hiperfosforilación de estas proteínas provoca su precipitación y auto agregación formando, en el caso de la EA, filamentos helicoidales pareados que entorpecen el transporte axonal con neurodegeneración por posible apoptosis.

(Escobar, 2008).

Existen varias teorías por las cuales el péptido beta-amiloide y los ovillos neurofibrilares causan tal daño que no se conoce bien del todo.

Dentro de la investigación acerca de la fisiopatología refiere la hipótesis amiloide puede desencadenar una cascada de ciertos eventos en los cuales pueden terminar con la muerte de las células neuronales y esto lleva a cabo algunos de los síntomas destacados clínicamente de lo que es esta enfermedad de Alzheimer.

1.5 Diagnóstico.

Tradicionalmente, la enfermedad de Alzheimer solo se diagnosticaba con total certeza después de la muerte, cuando el examen con microscopio del cerebro revelaba las placas y los ovillos característicos. Los médicos e investigadores ahora pueden diagnosticar la enfermedad de Alzheimer en vida con mayor certeza. Los biomarcadores pueden detectar la presencia de placas y ovillos, como los tipos específicos de exploración por tomografía por emisión de positrones o la medición de las proteínas amiloides y tau en el plasma y el líquido cefalorraquídeo.

Un examen físico de diagnóstico suele incluir los siguientes análisis:

- **Exploración física y neurológica:**

El médico te realizará un examen físico y probablemente evaluará tu salud neurológica general mediante las siguientes pruebas:

- ✚ Reflejos.
- ✚ Tono muscular y fuerza.
- ✚ Tu capacidad para levantarte de una silla y caminar por la habitación.
- ✚ Sentido de la vista y de la audición.
- ✚ Coordinación.
- ✚ Equilibrio.

- **Análisis de laboratorio:**

Los análisis de sangre pueden ayudar al médico a descartar otras causas posibles de la pérdida de la memoria y la confusión, como una enfermedad tiroidea o deficiencias de vitamina.

- **Análisis neuropsicológicos y del estado mental:**

El médico puede darte una breve prueba del estado mental para evaluar tu memoria y tus habilidades para pensar. Las formas más extensas de análisis neuropsicológicos pueden ofrecer detalles adicionales sobre la función mental en comparación con otras personas de edad y nivel de educación similares. Estas pruebas pueden ayudar a establecer un diagnóstico y servir como punto de partida para seguir la progresión de los síntomas en el futuro.

- **Diagnóstico por imágenes del cerebro:**

Ahora se utilizan imágenes del cerebro, sobre todo, para detectar anomalías visibles relacionadas con enfermedades que no sean la enfermedad de Alzheimer, como accidentes cerebrovasculares, traumatismos o tumores, que pueden ocasionar cambios cognitivos. Las nuevas aplicaciones de obtención de imágenes, que actualmente se utilizan en centros médicos o ensayos clínicos importantes, pueden permitir que los médicos detecten cambios específicos en el cerebro provocados por la enfermedad de Alzheimer.

Entre las imágenes de las estructuras cerebrales se incluyen las siguientes:

° Imágenes por resonancia magnética. Las imágenes por resonancia magnética emplean ondas de radio y un campo magnético poderoso para producir imágenes detalladas del cerebro. Si bien pueden mostrar una contracción del cerebro de las regiones cerebrales asociadas con la enfermedad de Alzheimer, las exploraciones de imágenes por resonancia magnética también descartan otras afecciones. Generalmente se prefieren las imágenes por resonancia magnética a una tomografía computarizada para la evaluación de la demencia.

° Tomografía computarizada. Una tomografía computarizada, una tecnología de rayos X especializada, produce imágenes transversales (cortes) del cerebro. Suele

utilizarse para descartar tumores, accidentes cerebrovasculares y lesiones en la cabeza.

La obtención de imágenes de los procesos de la enfermedad se puede realizar con tomografía por emisión de positrones. Durante una exploración por tomografía por emisión de positrones, se inyecta un marcador radiactivo de bajo nivel en la sangre para revelar una característica particular del cerebro. Entre las imágenes de una tomografía por emisión de positrones se pueden incluir las siguientes:

- ✓ Las exploraciones por tomografía por emisión de positrones con fluorodeoxiglucosa muestran áreas del cerebro donde los nutrientes están mal metabolizados. La identificación de patrones de degeneración (áreas de bajo metabolismo) puede ayudar a distinguir entre la enfermedad de Alzheimer y otros tipos de demencia.
- ✓ Las imágenes de tomografía por emisión de positrones de amiloide pueden medir la carga de depósitos de amiloide en el cerebro. Estas imágenes se utilizan principalmente en la investigación, pero se pueden utilizar si una persona tiene síntomas de demencia inusuales o de inicio muy temprano.
- ✓ Las imágenes de Tau por tomografía por emisión de positrones, que miden la carga de los ovillos neurofibrilares en el cerebro, se utilizan generalmente en el ámbito de la investigación.

En circunstancias especiales, como en la demencia rápidamente progresiva, la demencia con características atípicas o la demencia de inicio temprano, se pueden utilizar otras pruebas para medir los niveles de beta amiloides y la tau anormales en el líquido cefalorraquídeo.

- **Pruebas de diagnóstico futuras:**

Los investigadores están trabajando para crear pruebas que midan los signos biológicos de los procesos de la enfermedad en el cerebro.

Es posible que estas pruebas, incluidos los análisis de sangre, mejoren la precisión de los diagnósticos y permitan establecer un diagnóstico más temprano, antes del inicio de los síntomas. En la actualidad, existe un análisis de sangre para plasma A β que fue certificado recientemente en Estados Unidos por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid para su distribución en el mercado.

En términos generales, no se recomienda realizar pruebas genéticas como parte de una evaluación de rutina de la enfermedad de Alzheimer, salvo en el caso de las personas con antecedentes familiares de enfermedad de Alzheimer de aparición temprana. Se recomienda hablar con un consejero genético sobre los riesgos y los beneficios de las pruebas genéticas antes de someterse a cualquier prueba.

(Mayo clinic, 2022).

1.6 Tratamiento.

Los medicamentos que se prescriben para mitigar los síntomas del Alzheimer son los siguientes:

I. Inhibidores de la acetilcolinesterasa:

Diversos estudios indican que los inhibidores de acetilcolinesterasa retrasan la degradación de la acetilcolina, un neurotransmisor implicado en los procesos de la memoria y el aprendizaje. Suelen indicarse en fases de leve a moderadamente

graves de la enfermedad de Alzheimer. Su acción permite potenciar temporalmente algunas funciones cognitivas, como la memoria y la atención, así como cierto control de determinados síntomas conductuales.

Los resultados clínicos y de investigación indican que estos medicamentos influyen también en las actividades de la vida diaria, favoreciendo la autonomía de los pacientes.

Los medicamentos son el donepezilo, la galantamina y la rivastigmina. Los tres funcionan de manera parecida, pero dependiendo de las características de cada paciente, el neurólogo optará por uno u otro y hará el seguimiento de su eficacia y tolerancia que, en general, es buena. Hay que informar al médico de posibles efectos secundarios para su valoración y, si fuera necesario, modificar la dosis o, valorar un tratamiento alternativo, o suspenderlo.

II. Memantina:

La memantina no suele prescribirse antes de fases moderadas de la enfermedad. Se ha mostrado eficaz a nivel cognitivo, en el funcionamiento global y en el desempeño en las actividades de la vida diaria. En este caso, la acción farmacológica está relacionada con la acción de otro neurotransmisor, el glutamato, que también está implicado en algunas funciones cognitivas.

III. Fármacos para el control de alteraciones conductuales:

En determinados momentos de la evolución de la enfermedad, el neurólogo puede considerar necesario prescribir, temporalmente, además del tratamiento de base, algún fármaco para el control de algunas alteraciones afectivas (depresión, ansiedad), (conductuales (agitación, agresividad, alucinaciones o delirios) o los problemas de sueño.

Ante determinadas alteraciones conductuales, los fármacos de elección suelen ser los denominados antipsicóticos, siendo la quetiapina y la risperidona los más utilizados. La dosis y duración dependerá de la gravedad de los síntomas y siempre deberá seguirse estrictamente la pauta médica.

Cuando los síntomas predominantes son de tipo afectivo, pueden estar indicados los fármacos antidepresivos, como el citalopram, la sertralina o la trazodona. En general, no se recomienda el uso de ansiolíticos o sedantes de la familia de las benzodicepinas (como el Orfidal©, el Tranxillium© o el Diazepam), puesto que pueden agravar la desorientación, generan dependencia y, a largo plazo, se asocian a mayor riesgo de deterioro cognitivo pero, en cualquier caso, será el médico de referencia quien valorará cuál es el fármaco más oportuno en cada caso. (Fundación pasqual maragall, 2021)

CAPÍTULO II

Demencia senil.

CAPÍTULO II Demencia senil.

2.1 ¿Qué es Demencia Senil?

El término demencia se refiere a un conjunto de síntomas que se caracterizan por un deterioro progresivo de las funciones cognitivas. Y senil hace referencia a la edad avanzada. Por ello, el término demencia senil se aplica a la demencia que se produce en las personas mayores. Sin embargo, su uso es más bien popular debido a que no existe el término médico.

La demencia es un trastorno que a menudo se produce en personas mayores, porque con el paso de los años las neuronas se van deteriorando. Pueden ser más lentos comprendiendo palabras, manteniendo conversaciones, en sus movimientos o, incluso, tener pequeños despistes, pero eso no significa que todas las personas mayores sufran de demencia.

La demencia es una enfermedad progresiva que tarda en manifestarse debido a que la evolución es lenta. Es un trastorno que solo se cura cuando ha sido causada por un agente externo como otra enfermedad o un fármaco. Por lo tanto, es irreversible. Según progresa la enfermedad los síntomas que padece el paciente se van agravando hasta que es un enfermo totalmente dependiente y con necesidad de cuidados especiales.

(bupa, 2019).

2.2 Signos y síntomas.

Los síntomas de la demencia senil no se presentan de golpe, sino que aparecen lenta y progresivamente. La primera señal de alarma es la pérdida de memoria. Al principio son cosas sin importancia, como olvidar donde se han puesto las llaves o no acordarse de una cita con algún amigo o amiga. Estos olvidos pueden ser solo fruto de la edad, y no indicar demencia senil, puede relacionarse a un deterioro cognitivo leve, no todas las personas con deterioro cognitivo leve evolucionan a la demencia.

Sin embargo, si las pérdidas de memoria se hacen más graves y frecuentes conforme pasa el tiempo, puede que nos encontremos ante un caso de demencia senil. Por eso hay que estar atentos y actuar lo antes posible ante cualquier duda o sospecha. Entre los síntomas iniciales de demencia senil, aparte de las citadas pérdidas de memoria, hay otros que pueden alertarte si estás atento a ellas:

- ❖ **Desorden en el hogar:** cambian las cosas de sitio y después no recuerdan dónde las han puesto: llaves, ingredientes para cocinar, ropa. Empiezan a aparecer objetos en los sitios más extraños: llaves en la nevera, lentes de sol en cajas de zapatos, etc.
- ❖ **Torpeza de movimientos:** Comienzan a tener dificultades para cocinar, abrir puertas, conducir, manipular el teléfono celular, etc. Comienzan a tener problemas para hacer cosas en las que eran buenos como jugar a las cartas, cocinar, dibujar o escribir. Pierden coordinación física e incluso pueden tener problemas de equilibrio.

- ❖ **Apatía:** comienzan a perder interés por tareas que antes les gustaban y algunos presentan síntomas de fatiga sin haber realizado esfuerzo alguno.

- ❖ **Comportamientos inadecuados:** el familiar comienza a tener actitudes extrañas o inapropiadas, actitudes que están totalmente fuera de lugar, que afectan la relación con sus amigos y familiares.

- ❖ **Cambios en la manera de caminar:** los enfermos de demencia suelen cambiar su forma de caminar.

- ❖ **Insomnio:** es un síntoma frecuente en las personas mayores, pero se acentúa en los enfermos con demencia senil.

Si observas estos primeros síntomas de la demencia senil en alguien de tu círculo familiar o social, no dudes en consultar con un médico y en adoptar nuevas actitudes para el día a día. Lo primero que debes hacer es:

- ❖ **Mantener la calma:** La frustración al ser conscientes de que les cuesta recordar un hecho, buscar una palabra concreta o sentirse desorientados puede provocar ataques de ira y cambio de personalidad. Ante esto hay que recordar que no lo hacen para molestarlos, saber mantener la calma y evitar la confrontación.

- ❖ **Respetar la autonomía:** El cuidador tendrá que hacerse cargo poco a poco de cuestiones diarias como pueden ser administrar el dinero, mantener el hogar en condiciones o cocinar.

- ❖ **Establece rutinas:** Saber qué va a pasar cada día y fragmentar las tareas en pasos sencillos le permitirá sentirse centrado y le ayudará a desarrollarlas más fácilmente.

- ❖ **Busca ayuda:** La demencia es una enfermedad muy dura no solo para la persona que la sufre sino también para sus cuidadores. No tengas miedo a pedir ayuda cuando la situación te supere para ofrecer la mejor calidad de vida tanto a la persona a tu cargo como para ti.

(Residential Plaza Blue Lagoon, 2021).

Con el paso del tiempo la capacidad de recordar las cosas se va perdiendo, pero esto no significa que todas las personas con la edad vayan a tener demencia. Para que se pueda considerar una demencia deben manifestarse al menos dos problemas en las funciones neuronales, como, por ejemplo, la pérdida de memoria y la dificultad de lenguaje.

Existen una serie de signos o síntomas que se manifiestan con frecuencia y son comunes en todas las personas mayores que sufren demencia:

- Aspectos cognitivos: desorientación, alteración de la memoria, déficit de atención, alteración del lenguaje, apraxias, agnosias.
- Desorientación en las tres esferas: temporal, espacial y de personas.
- Alteración de la memoria a corto y largo plazo.
- Déficit de atención.

- Alteración del lenguaje: enlentecimiento del lenguaje, disminución de la capacidad de expresión, afasias (incapacidad de producir y/o comprender el lenguaje).
- Apraxias: pérdida de la capacidad de llevar a cabo movimientos con un propósito a pesar de poder realizarlo.
- Agnosia: incapacidad de reconocer estímulos ya aprendidos.
- Alteraciones conductuales: estos síntomas pueden aparecer por la propia demencia, influenciados por la personalidad previa, por el medio ambiente, incluso por otras causas físicas como presencia de dolor, efecto de algunos fármacos, deshidratación, infecciones... Pueden ser:

- I. Agitación.
- II. Deambulación errática.
- III. Irritabilidad.
- IV. Gritos.
- V. Alteraciones de sueño.
- VI. Mutismo.
- VII. Ecolalia.
- VIII. Labilidad emocional.
- IX. Desinhibición verbal.
- X. Vagabundeo.
- XI. Desinhibición sexual.
- XII. Trastorno de conducta alimentaria.

(Sanitas, 2022).

2.3 Tipos de demencia senil.

- Demencia probable debido a la enfermedad de Alzheimer:

La enfermedad de Alzheimer es la primera causa de demencia en el mundo. Es una enfermedad neurodegenerativa que comienza afectando procesos como la memoria y la orientación espacial, pero que eventualmente termina por deteriorar de forma extrema todo el funcionamiento cognitivo y las habilidades de la vida diaria.

En la actualidad el alzhéimer no tiene cura, aunque sí hay en el mercado tratamientos farmacológicos sintomáticos de limitado alcance. Desde el punto de vista no farmacológico las opciones terapéuticas son más amplias, un área de gran desarrollo en la actualidad.

- Demencia vascular:

El tipo de demencia senil que surge como resultado del daño vascular al cerebro se lo conoce como demencia vascular y es la segunda causa de demencia en el mundo. Ese daño puede ser el resultado de un ictus, de microinfartos o de la diabetes, por ejemplo. La demencia vascular tiene una sintomatología menos definida que el alzhéimer.

No siempre la memoria está afectada, pero el funcionamiento ejecutivo se daña antes que en el alzhéimer. Esta forma de demencia senil tampoco tiene cura, pero la prevención de nuevas afectaciones vasculares es clave para limitar su progresión.

- Demencia con cuerpos de Lewy:

La demencia con cuerpos de Lewy es el resultado de otra enfermedad neurodegenerativa, la enfermedad por cuerpos de Lewy, que tiene una causa desconocida y cursa con la acumulación anormal de una proteína en el cerebro de los enfermos. Esta demencia también suele aparecer en las personas con enfermedad de Parkinson.

Los síntomas más característicos son alucinaciones, fluctuaciones cognitivas y parkinsonismo. Tampoco tiene cura y el tratamiento depende en buena medida de los síntomas que predominen en el enfermo.

- Otros tipos de demencia senil:

Existen decenas de causas de demencia, los tipos anteriores son los más comunes, pero lejos están de ser los únicos. A modo de ejemplo terminamos mencionando otras demencias menos frecuentes:

- Demencia asociada a la enfermedad de Huntington.
- Demencia de origen metabólico.
- Demencia infecciosa.
- Demencia por encefalopatía traumática crónica.

(valencia, 2017).

2.4 Diagnóstico.

Diagnosticar la demencia y su tipo puede ser difícil. Para diagnosticar la causa de la demencia, el médico debe reconocer el patrón de pérdida de habilidades y funciones, y determinar qué es lo que una persona todavía es capaz de hacer. Recientemente, se cuenta con biomarcadores para hacer un diagnóstico más preciso de la enfermedad de Alzheimer.

El médico revisará tus antecedentes médicos y síntomas, y llevará a cabo un examen físico. Es probable que este también le pregunte a alguien cercano a ti acerca de tus síntomas.

Ninguna prueba puede diagnosticar la demencia por sí sola, por lo que es probable que los médicos realicen una serie de pruebas que puedan ayudar a identificar el problema.

A) Pruebas cognitivas y neuropsicológicas:

Los médicos evaluarán tu capacidad de pensamiento. Una serie de pruebas miden las habilidades del pensamiento, como la memoria, la orientación, el razonamiento y el juicio, las habilidades del lenguaje y la atención.

B) Evaluación neurológica:

Los médicos evalúan su memoria, habla, percepción visual, atención, resolución de problemas, movimiento, sentidos, equilibrio, reflejos y otras áreas.

C) Exploraciones del cerebro:

Tomografía computarizada o resonancia magnética. Estas exploraciones pueden verificar si hay evidencia de accidente cerebrovascular, sangrado, tumor o hidrocefalia.

Tomografía por emisión de positrones. Estos estudios pueden mostrar patrones de actividad cerebral y si la proteína amiloide o tau, marcas características de la enfermedad de Alzheimer, se han depositado en el cerebro.

D) Análisis de laboratorio:

Algunos análisis de sangre permiten detectar problemas físicos que pueden afectar la función cerebral, como la deficiencia de vitamina B-12 o la hipoactividad de una glándula tiroidea. En ciertas ocasiones, se examina el líquido cefalorraquídeo para detectar signos de infección o inflamación, o marcadores de alguna enfermedad degenerativa.

E) Evaluación psiquiátrica:

Un profesional de salud mental puede determinar si la depresión u otra afección de salud mental contribuyen a los síntomas.

(Mayo Clinic, 1998-2022).

2.5 Tratamiento.

La mayoría de los tipos de demencia no tienen cura, pero hay formas de controlar los síntomas.

A) Medicamentos:

Para mejorar temporalmente los síntomas de la demencia se usa lo siguiente.

Inhibidores de la colinesterasa: Estos medicamentos, como el donepezilo (Aricept), la rivastigmina (Exelon) y la galantamina (Razadyne), actúan aumentando los niveles de un mensajero químico involucrado en la memoria y el razonamiento.

Aunque se usan principalmente para tratar la enfermedad de Alzheimer, estos medicamentos también podrían recetarse para tratar otras demencias, como la demencia vascular, la demencia por la enfermedad de Parkinson y la demencia con cuerpos de Lewy.

Algunos de los efectos secundarios pueden ser náuseas, vómitos y diarrea. Otros posibles efectos secundarios son la disminución de la frecuencia cardíaca, desmayos y alteraciones del sueño.

Memantina: La memantina (Namenda) actúa regulando la actividad del glutamato, otro mensajero químico involucrado en las funciones cerebrales, como el aprendizaje y la memoria. En algunos casos, la memantina se receta con un inhibidor de la colinesterasa.

Un efecto secundario común de la memantina es el vértigo.

Otros medicamentos. El médico podría recetarte medicamentos para tratar otros síntomas o trastornos, como depresión, alteraciones del sueño, alucinaciones, parkinsonismo o agitación.

B) Terapias:

Varios de los síntomas de demencia y problemas de comportamiento podrían ser tratados inicialmente usando enfoques no farmacológicos, tales como los siguientes:

Terapia ocupacional: Un terapeuta ocupacional puede mostrarte cómo hacer que tu casa sea más segura y enseñarte estrategias de afrontamiento. El propósito es prevenir los accidentes, como las caídas, controlar el comportamiento y prepararte para el curso de la demencia.

Modificación del entorno: Reducir el desorden y los ruidos puede hacer que a una persona con demencia le resulte más fácil concentrarse y actuar. Es posible que tengas que esconder objetos que puedan poner en peligro la seguridad, como cuchillos y las llaves del automóvil. Puedes usar sistemas de monitoreo para que te avisen si la persona con demencia deambula.

Simplificar las tareas: Divide las tareas en pasos más simples y concéntrate en el éxito, no en el fracaso. La estructura y la rutina también ayudan a reducir la confusión en las personas con demencia.

C) Estilo de vida y remedios caseros:

Los síntomas de la demencia y los problemas de comportamiento evolucionarán con el tiempo. Los cuidadores y colaboradores de cuidados pueden intentar las siguientes sugerencias:

Mejorar la comunicación: Cuando hables con tu ser querido, mantén el contacto visual. Habla lentamente con frases sencillas sin apresurar la respuesta. Presenta una idea o instrucción a la vez. Usa gestos y señales, tales como señalar objetos.

Fomentar el ejercicio: Los principales beneficios del ejercicio en personas con demencia incluyen la mejora de la fuerza, el equilibrio y la salud cardiovascular. El ejercicio también puede ayudar con síntomas como la agitación. Cada vez hay más pruebas de que el ejercicio también protege el cerebro de la demencia, especialmente cuando se combina con una dieta saludable y el tratamiento de los factores de riesgo para las enfermedades cardiovasculares.

Algunas investigaciones también muestran que la actividad física podría retrasar la progresión del deterioro de la capacidad intelectual en personas con enfermedad de Alzheimer y puede disminuir los síntomas de la depresión.

Participar en las actividades: Planifica actividades que la persona con demencia disfrute y pueda hacer: bailar, pintar, trabajar en el jardín, cocinar, cantar y otras actividades pueden ser divertidas, pueden ayudar a conectarte con tu ser querido y pueden ayudarlo a concentrarse en lo que aún puede hacer.

Establecer un ritual nocturno: El comportamiento generalmente empeora por la noche. Trata de establecer rituales tranquilizantes a la hora de acostarse, alejados del ruido de la televisión, de la limpieza luego de la comida y de los familiares activos. Deja encendidas las luces nocturnas en el dormitorio, pasillo y baño para evitar la desorientación.

Limitar la cafeína, desalentar las siestas y ofrecer oportunidades para hacer ejercicio durante el día podría aliviar la inquietud nocturna.

Mantener un calendario: Un calendario puede ayudar a tu ser querido a recordar los próximos eventos, las actividades diarias y los horarios de los medicamentos. Considera la posibilidad de compartir un calendario con tu ser querido.

Planificar para el futuro: Desarrolla un plan con tu ser querido mientras él o ella pueda participar que identifique metas para el cuidado futuro. Los grupos de apoyo, asesores legales, familiares y otros podrían ayudar.

Tendrás que considerar los asuntos financieros y legales, la seguridad y las preocupaciones de la vida diaria, y las opciones de cuidado a largo plazo.

D) Medicina alternativa:

Se han estudiado varios suplementos alimentarios, remedios herbales y terapias para personas con demencia. Pero no hay evidencia convincente para ninguno de estos.

Ten precaución al considerar tomar suplementos alimentarios, vitaminas o remedios herbales, especialmente si estás tomando otros medicamentos. Estos remedios no están regulados, y las afirmaciones sobre sus beneficios no siempre se basan en investigaciones científicas.

Aunque algunos estudios sugieren que los suplementos de vitamina E pueden ser útiles para la enfermedad de Alzheimer, los resultados han sido contradictorios. También, una dosis alta de vitamina E puede implicar riesgos. En general, no se recomienda tomar suplementos de vitamina E, pero sí incluir en la dieta alimentos ricos en ella, como los frutos secos.

E) Otras terapias:

Las siguientes técnicas pueden ayudar a reducir la agitación y promover la relajación en personas con demencia.

- Musicoterapia, que implica escuchar música relajante.
- Ejercicio ligero.
- Ver videos de miembros de la familia.
- Terapia con mascotas, que involucra el uso de animales, como visitas de perros, para promover mejores estados de ánimo y conductas en personas con demencia.
- Aromaterapia, que utiliza aceites vegetales aromáticos.
- Fisioterapia con masajes.
- Terapia de arte, que implica la creación artística, y se centra en el proceso más que en el resultado.

F) Estrategias de afrontamiento y apoyo:

Recibir un diagnóstico de demencia puede ser devastador. Tendrás que tener en cuenta muchos detalles para asegurar que tú y las demás personas estén lo más preparados posible para enfrentar una afección que es impredecible y progresiva.

(Mayo Clinic, 1998-2022).

2.6 Diferencias y semejanzas de la Demencia Senil y el Alzheimer.

Tanto la demencia como el Alzheimer se engloban dentro de las denominadas enfermedades neurológicas, siendo ambas irreversibles y degenerativas, lo que implica que las funciones orgánicas dañadas o perdidas del paciente no puedan regenerarse.

La diferencia es que, en el caso del Alzheimer, éste degenera hasta provocar la muerte de la persona en la mayoría de los casos, mientras que la demencia no es causa directa de fallecimiento.

Además, “no es lo mismo una fase leve, tanto de demencia en general, como de Alzheimer en particular, en la que no hay apenas alteración, que una fase más avanzada, en la que se sumen otros problemas. Por tanto, no hay una única enfermedad, sino un sinfín de enfermos, cada uno con sus peculiaridades”, afirma Manzano.

En cuanto a las causas, en el caso del Alzheimer éstas son desconocidas, pero en la demencia puede ser la secuela de una infección, del consumo de drogas, de tumores, de otras patologías como el Parkinson u otras de carácter degenerativo.

En ambos casos, que un familiar directo padezca alguna de las dos patologías, mantener niveles de presión arterial altos o ser mujer pueden ser factores de riesgo.

Según Manzano, “un bajo nivel educativo premórbido, seguir una dieta escasamente cardio saludable, la ausencia de un estilo de vida sano, como el ejercicio físico regular”, también suponen elementos que aumentan las probabilidades de padecer Alzheimer.

Por otro lado, tanto las personas con demencia como aquellas que tienen Alzheimer, poseen una misma percepción de la realidad y sólo existen diferencias en los síntomas dependiendo de la fase en la que se encuentre el paciente.

En conclusión, ambas se engloban dentro del término demencia pero, según su nivel de evolución, conllevan características y síntomas que las convierten en enfermedades diferentes.

(Cuidate plus, 2021).

CAPITULO III

**Aspectos familiares y sociales
ante la patología.**

CAPÍTULO III Aspectos familiares y sociales ante la patología.

3.1 Duelo familiar.

Estos y otros comentarios similares surgen con demasiada frecuencia en el seno de muchas familias que, sin esperarlo ni por supuesto merecerlo, se ven obligados a sufrir el tremendo impacto que supone el diagnóstico de demencia senil o presenil en la persona de un ser querido.

Sea por el Alzheimer o por cualquier otro mal que deteriore sus funciones mentales, la persona en cuestión deja de ser la misma. Su personalidad cambia, su humor se altera, su memoria se pierde, su capacidad de razonamiento se distorsiona y evidentemente resulta un caos en el sistema familiar hasta entonces más o menos estabilizado.

Una serie de emociones y sentimientos se revoluciona en todos los elementos de la familia. Lo que antes era cariño se empieza a transformar en rencor y tensión estresante. Lo que antes era comprensión, diálogo y comunicación se convierte en discusión, intolerancia e irritabilidad. Lo que antes era paz y tranquilidad, ahora es amargura, infelicidad y desesperanza.

«El que era mi padre, mi esposa o mi hermano ya no está ahí. Es su cuerpo vivo, es su imagen, pero no es su persona».

Porque la vivencia de la familia allegada y los seres queridos de un paciente diagnosticado de demencia senil es bastante terrible, sobre todo, al principio de la enfermedad.

Es un proceso muy similar a la reacción de duelo, ese conjunto de reacciones anímicas y emocionales que acompañan al ser humano cuando ha de enfrentarse a la muerte y pérdida de un ser querido, porque cuando la demencia causa estragos en el afectado es una especie de muerte en vida.

Ya que ha habido una variación tan radical en su forma de ser y actuar que resulta un extraño en el habitual intercambio afectivo. Generalmente no alcanzamos a entender lo que es realmente esta reacción de duelo hasta que lo experimentamos en propia carne. De repente, y sin estar preparados, sufrimos un golpe terrible en nuestra alma: el diagnóstico clínico de algo irreversible.

Y a continuación, durante una larga temporada, sentimos una serie de emociones que nos asustan, sorprenden a veces, e indudablemente nos hacen sufrir mucho.

Este dolor supone un trauma psicológico lo suficientemente importante como para cambiarnos la vida. Las emociones y los sentimientos son la expresión que originamos como respuesta al impacto que nos producen las circunstancias que ocurren en nuestra vida. Y este impacto/expresión es personal, único e irreplicable.

Cada persona es un mundo y vivencia sus sentimientos de una forma peculiar e individual.

Es un error pensar que no pasa nada, que todo tiene que ser como antes, porque no es cierto. El auténtico duelo produce cambios, a veces trascendentales en nuestra vida. Cambios externos, porque la persona con demencia ya no está con nosotros como antes. Pero también muy importantes cambios internos, fruto del sufrimiento y la reflexión consecuente.

La experiencia catastrófica de pérdida genera unos sentimientos dolorosos que perturban nuestra paz y tienden a anular cualquier otro sentimiento positivo. Y esto que sentimos es algo normal.

Es lógico (y no patológico) que suframos cuando perdemos a un ser querido. Ni tiene nada que ver con la depresión. Al menos con la depresión como trastorno psiquiátrico. Es cierto que el que atraviesa un duelo está triste y llora; pero no es una depresión lo que padece, es una etapa de duelo. Hay una serie de reacciones sentimentales más o menos comunes a todas las personas que atraviesan un duelo.

3.2 Etapas del duelo familiar.

1. Estupor:

- Aturdimiento e imposibilidad de aceptar la realidad de lo que está ocurriendo.
- Es un estado de shock psíquico que embota la mente, que la enturbia, anulando la conciencia de la realidad.
- La desgracia se vive como un sueño. Una mala pesadilla de la que antes o después despertaremos.

2. Anhelos:

- Pensamientos obsesivos.
- Búsqueda incesante de soluciones.
- Sentimiento de poderosa angustia y ansiedad.
- Empezamos a darnos cuenta de una realidad y no lo soportamos.

3. Negación:

«No es verdad, no puede ser, a mí no me puede pasar esto...».

Como un resorte aparecen los mecanismos inconscientes de defensa ante la angustia.

4. Rabia:

- Ira que se desarrolla a medida que se toma conciencia de la realidad.
- Por la frustración y la impotencia que la enfermedad del ser querido nos produce: «¿Por qué a mí? ¿Por qué todos siguen bien, siguen su vida y yo no puedo?».
- Rabia y hostilidad hacia quienes tratan de consolar, hacia los implicados (médicos, etc.), hacia el propio familiar con demencia, hacia sí mismo (autor reproches) acompañada de profundos sentimientos de culpa.

5. Desesperanza:

- ✚ Rendimiento ante la búsqueda inútil de una curación milagrosa.
- ✚ Conciencia ya clara de la realidad.
- ✚ Tristeza (no depresión), sensación de soledad, de desorganización, de desesperanza... «No tiene remedio».

6. Negociación:

Recapacitación, búsqueda de equilibrio, pequeños cambios y proyectos, intentos para seguir adelante a pesar de la carga que supone el proceso demencial.

7. Aceptación:

- ❖ Especie de tristeza serena, pero ya sin angustia.
- ❖ Capacidad para recordar con cariño lo que era aquel familiar antes de padecer demencia senil, pero va sin derrumbarse, sin sufrimiento.

8. Reorganización:

- Se retoma la vida y surgen nuevas propuestas.
- Reanudación de la actividad, establecimiento de nuevas habilidades y roles que llevan a la adaptación de la vida cotidiana a la nueva situación.
- El pasado no se olvida. Queda en la memoria como un buen recuerdo, pero ya sin efecto traumático.

Todas estas etapas suelen darse cuando el duelo lleva un curso adecuado. A veces duran más, a veces menos. A veces se solapan o alteran un poco el orden natural, dependiendo de la persona y la coherencia familiar preexistente.

Y sobre todo, es algo natural y normal. Todas estas reacciones, por muy intensas que sean, son normales; no patológica y lo más importante de todo:

“Cuando tiene lugar una desgracia de este tipo en un ser querido hay que pasar por ellas”.

Para que el duelo se supere y esté bien elaborado hay que sufrirlas. Alguien comparó el duelo a un túnel por el cual hay que atravesar una zona de oscuridad para poder alcanzar la luz. Los que se detienen o vuelven atrás sólo prolongan las tinieblas.

Pena, negación, rabia, culpa... son emociones normales en el proceso del duelo y hay que dejar que se expresen y liberen en su justa medida sin tragárselas, sin represión.

Podemos sentir culpa. Por creer no estar haciendo lo suficiente o lo correcto, por creer que no se siente el cariño que debería sentir, por sentir a veces odio y malos deseos hacia el familiar con demencia, todo es normal y no debemos avergonzarnos.

Si todo este conocimiento se aprovecha, nos puede incitar al cambio, dándonos cuenta de que sólo el presente, y no el pasado, se puede cambiar y que el futuro dependerá de los cambios que hagamos en este presente para adaptarnos.

No queda más remedio que aceptar la realidad de la pérdida: Separar, lo más claramente posible “su demencia de mi cordura”.

Encajar que el demenciado es quien más ha perdido: la capacidad para razonar, cosa que el cuidador, el familiar aún posee.

Para elaborar y asimilar todo esto, muchas veces es precisa la ayuda y el asesoramiento psicológico para no derrumbarse y quedarse a medio camino.

Por ello, tan esencial como los cuidados que debe recibir el enfermo de demencia lo son los apoyos que pueda agenciarse quien ha de llevar la carga cotidiana de su cuidado.

(Vitalmente, 2019).

3.3 Síndrome del cuidador quemado.

Aunque cuidar es una experiencia positiva, emotiva y gratificante, al mismo tiempo los cuidadores pueden experimentar periodos de estrés, ansiedad, depresión y frustración, que hay que vigilar. Cuando esto sucede los cuidadores pueden empezar a sufrir alteraciones físicas, emocionales y sociales, que pueden desequilibrar muchos aspectos de su vida. Es lo que se conoce como síndrome del cuidador quemado.

Geriatras y gerontólogos señalan algunos síntomas que nos indican que estamos al límite de nuestras fuerzas y que comenzamos a “estar quemados” (“burnout”):

Síntomas físicos:

- Cansancio continuo (agotamiento, fatiga).
- Aumento o disminución del apetito.
- Trastornos del sueño (insomnio, somnolencia durante el día).
- Dolores musculares, palpitaciones, molestias digestivas, cefaleas.
- Consumo excesivo de bebidas con cafeína, alcohol o tabaco.
- Abuso de pastillas para dormir u otros medicamentos.
- Abandono de su aspecto físico.

Síntomas emocionales:

- ✓ Tristeza, sentimientos de culpa.
- ✓ Irritabilidad, cambios frecuentes de humor o de estado de ánimo.
- ✓ Dificultad para concentrarse.
- ✓ Problemas de memoria.

Síntomas sociales:

- Desinterés por actividades que antes disfrutaba.
- Aislamiento familiar y social. Van abandonando las amistades.
- Tratar a otras personas de la familia de forma menos considerada que habitualmente.

Una vez conocidos los posibles síntomas de alarma, actuaremos para prevenir esta sobrecarga. No olvides que para poder cuidar, lo principal es CUIDARSE.

Dos son las escalas más utilizadas internacionalmente para la valoración de la sobrecarga del cuidador: el Índice de Robinson (1983) y la Escala de Zarit (1980).

(Caser Fundación, 2020).

3.4 Determinantes sociales en la Demencia Senil.

A) Factores ambientales:

La incidencia de demencia depende de factores biológicos (genéticos) y ambientales como:

- El estilo de vida o la actividad mental.
- Dieta.
- Actividad física.
- Hábito de fumar.
- Ingestión de alcohol.
- Educación.

Estos factores pueden acelerar o retardar la cascada de eventos fisiológicos que ocurren a nivel cerebral para la aparición de la enfermedad. Dentro del estilo de vida entraremos a considerar la dieta, la actividad física, el hábito de fumar, ingestión de alcohol y la educación.

B) Redes sociales:

La sociedad se enriquece con el valor del conocimiento adquirido por las generaciones más viejas, pero tiene que aceptar el gran reto que el envejecimiento poblacional trae como consecuencia, para esto es necesario prepararse, crear redes sociales de apoyo a estas personas.

Las personas con deterioro cognitivo y sus cuidadores sufren el estigma social de la demencia, tienen menos oportunidades en el entorno laboral, presentan síntomas psicológicos como depresión y ansiedad y necesitan el apoyo de sus vecinos, organizaciones de masas y grupos de ayuda mutua.

En los países en desarrollo hay una pobre disposición de redes sociales de ayuda a pacientes y familiares que influye negativamente en el estado de salud, bienestar y la mortalidad de este grupo poblacional.

C) Impacto económico y políticas de salud:

En los países de altos ingresos los costos se distribuyen mayormente en costos sociales del cuidado y los costos de cuidados informales, mientras que los costos médicos son menores. En los países de medianos y bajos ingresos los costos están representados mayoritariamente por los cuidados informales (asumidos por la familia) en comparación con lo que se destina a los costos sociales y de medicamentos.

El costo mundial de la demencia se distribuye de forma muy desigual, con un gran predominio de los países más ricos donde también existe inequidad en el acceso a los servicios de Salud.

Además de lo mencionado hay que señalar la gran disparidad entre la calidad de la atención que se le brinda a los pacientes con demencia en los países desarrollados y los países en desarrollo.

D) Acciones de los gobiernos:

En la primera Conferencia Ministerial de Acción Global contra la Demencia, realizada en Ginebra del 16 al 17 de marzo del 2015, la directora general de la OMS Dra. Margaret Chan llamó a las naciones a formular e implementar planes

para la atención a la demencia y afirmó que esta es una de las prioridades de salud menos atendida.

(Ulloa, 2019).

3.5 Cuidados de la Demencia Senil en el hogar.

- ❖ Infórmate sobre la pérdida de memoria, la demencia y la enfermedad de Alzheimer.
- ❖ Escribe sobre tus sentimientos en un diario.
- ❖ Únete a un grupo de apoyo local.
- ❖ Obtén asesoría individual o familiar.
- ❖ Habla con un miembro de tu comunidad espiritual u otra persona que pueda ayudarte con tus necesidades espirituales.
- ❖ Mantente activo e involucrado, haz trabajo voluntario, haz ejercicio y participa en actividades para personas con pérdida de memoria.
- ❖ Pasa tiempo con amigos y familiares.
- ❖ Encuentra nuevas formas de expresarte, por ejemplo, a través de la pintura, el canto o la escritura.
- ❖ Delega la ayuda con la toma de decisiones a alguien en quien confíes.
- ❖ También escúchala, tranquilízala y reconfórtala asegurándole que aún puede disfrutar de la vida, dale apoyo y muéstrate positivo, y haz todo lo posible para ayudarla a conservar la dignidad y el amor propio
- ❖ Infórmate sobre la enfermedad y participa en programas educativos para personas encargadas del cuidado.
- ❖ Averigua acerca de servicios de apoyo en tu comunidad, como cuidado temporal del paciente para proporcionar descanso a la familia o cuidados médicos de adultos, que te pueden dar un descanso de la tarea de cuidado en momentos programados durante la semana.
- ❖ Pide ayuda a amigos y a otros familiares.

- ❖ Cuida tu salud física, emocional y espiritual.
- ❖ Haz preguntas a los médicos, trabajadores sociales y otras personas que participan en los cuidados médicos de tu ser querido.

(Mayo clinic, 2021).

CAPITULO IV

**Cuidados de enfermería en
pacientes con demencia senil.**

CAPÍTULO IV Cuidados de enfermería en pacientes con demencia senil.

4.1 Valoración de enfermería.

El personal sanitario de enfermería debe de estar al tanto de las 14 necesidades de Virginia Henderson ya que gracias a ellas tener el objetivo de optimizar un plan de cuidados enfermeros y obtener una valoración.

1. Respiración y circulación:

Presenta una respiración eupneica, sin esfuerzo, de ritmo regular y respiración silenciosa con una saturación de oxígeno del 99% sin oxigenoterapia.

Desde un punto de vista cardiocirculatorio, no presenta varices visibles en las extremidades inferiores, a pesar de ello y teniendo en cuenta la edad de esta le indicaremos que debe evitar el calor y los baños no debe realizarlos con agua excesivamente caliente.

2. Alimentación e hidratación:

Refiere que su alimentación es variada y habitualmente pobre en sal. En la exploración se comprueba que tiene un índice de masa corporal de 23.81, normalidad de la mucosa bucal rosada, húmeda e integra; lengua rosada, encías rosadas y adheridas a los dientes, reflejo de deglución presente. Buena higiene buco dental.

Valorado los alimentos que ingiere y considerando su peso, su talla y su edad y la actividad física que realiza, la dieta que lleva la enferma cubre perfectamente sus necesidades fisiológicas.

3. Eliminación:

La paciente no presenta alteraciones en la orina: el aspecto es limpio transparente, de color pajizo, sin cuerpos cetónicos. La diuresis en 24 horas es aproximadamente de 1500 ml. Balance hídrico ingesta/eliminación es aproximadamente 0. Número de micciones 4-5/día. La paciente es continente (tanto intestinal como urinaria)

Realiza deposiciones de consistencia normal, por lo que no precisa tomar fibra suplementaria.

4. Movimiento:

Con el Test de Barthel, hemos valorado la movilidad y la capacidad para realizar actividades de la rutina diaria en donde se ha podido comprobar que la enfermedad de la paciente, no le impide realizar las actividades físicas de la vida cotidiana.

La paciente se mueve de acuerdo con las capacidades de las articulaciones propias de su edad, de forma coordinada, armoniosa y completa.

Duerme 7-8 horas diarias y dice que es un sueño reparador. No necesita ningún tipo de ayuda para dormir.

5. Percepción/Cognición:

Valoración del estado cognitivo mental: mediante el Test de Pfeiffer:

La paciente presenta cierto déficit en el recuerdo de su propia historia personal, , disminución de la capacidad para realizar viajes y manejo del dinero, además se aprecia una mala orientación en el espacio y en el tiempo.

6. Higiene:

Su higiene es correcta, se ducha diariamente y se cepilla los dientes después de cada comida. Las uñas tanto de las manos como de los pies están limpias y cortadas adecuadamente.

7. Termorregulación:

La temperatura que presenta se encuentra dentro de los límites fisiológicos

8. Vestirse y desvestirse:

La paciente dice que se puede valer por sí misma, y por los movimientos que realiza parece que se ajustan a la realidad. La elección de la vestimenta es apropiada a su edad y lleva una ropa cómoda.

9. Seguridad:

Por la situación cognitiva de la paciente, se estima que el entorno domiciliario puede ser un riesgo en sí mismo, por lo que se plantea su traslado a una residencia de personas mayores, en este nuevo entorno debemos garantizar la buena adaptación de la paciente.

10. Comunicación:

Dentro de este apartado, encontramos alteraciones en diferentes grados a la hora de expresar necesidades y deseos, así como una comunicación ineficaz en el ámbito intelectual y cierta desorientación.

11. Necesidad de Distracción:

Inexistencia de actividad a desarrollar.

12. Necesidad espiritual:

Refiere ser no creyente.

13. Realización personal y autoestima.:

Se observa la reducción de sus contactos sociales por la muerte de algunos de sus conocidos y amigos, por su incapacidad para mantener el ritmo de vida anterior y porque tiene muy poco contacto con sus familiares. De hecho, la paciente después del fallecimiento de su marido solo tiene relación con su sobrina. Inicialmente, al fallecer su marido solía pasear y merendar con amigos, era voluntaria social, visitando a enfermos, pero esto progresivamente lo ha ido dejando.

En este contexto, no debe extrañarnos que en un futuro la autoestima de la paciente pueda sufrir graves daños y llegar a presentar signos de depresión (todavía no manifiesta).

14. Necesidad de aprendizaje:

En la paciente apreciamos una gran incapacidad para adquirir nuevos conocimientos y estimamos que sería satisfactorio que al menos mantuviese los actuales.

(Alcaine, 2020).

El cuidador debe:

- Descansar el tiempo suficiente.
- Aprender a pedir ayuda a otras personas.
- Dejar que el paciente mantenga todas las actividades que puede hacer por sí mismo.
- Solicitar ayuda a los miembros de la familia.
- Solicitar ayudas sociales o externas.
- Intentar tener espacios de descanso.
- Cuidar de su salud.
- Aprender a dejar al paciente y no creer que el único que lo cuida bien es él.
- Intentar tener vacaciones por lo menos una vez al año.
- No aislarse de sus relaciones sociales habituales.
- Acudir a las asociaciones o grupos de ayuda mutua.
- No caer en pensamientos pesimistas como:

-Esto me ha tocado a mí y debo pasarlo sola/lo.

-Esto no tiene ninguna solución hay que resignarse.

- Cambios en el domicilio:

No debemos realizar muchos cambios en el domicilio, para evitar que el paciente se desoriente, pero sí es importante retirar objetos con los que el paciente pueda dañarse. Todos los cambios deben plantearse de una forma progresiva en función del estadio evolutivo. A medida que observamos las dificultades que tiene el paciente, iremos implantando las modificaciones.

La casa debe mantenerse ordenada y los objetos de uso cotidiano deben permanecer siempre en el mismo lugar para facilitar que le paciente los encuentre.

- Comodidad y seguridad:

El armario de la ropa debe tener las prendas de uso cotidiano de la temporada, para facilitar que escoja una prenda adecuada a la temporada. En fases más avanzadas, les prepararemos la ropa en el orden que se la tiene que poner.

Evitaremos tener en su habitación cajones llenos de cosas, que el paciente en las conductas de búsqueda pueda vaciar, dándonos mucho trabajo. En los cajones podemos poner “topes” para evitar que puedan abrirlos totalmente y tirárselos encima dañándose. También debemos proteger o cambiar muebles que sean muy puntiagudos para evitar los golpes.

Es importante evitar cables eléctricos con los que puedan tropezar. En las alfombras poner por debajo tejido antideslizante para evitar que se arruguen. Frente a pacientes con graves dificultades en la deambulación es mejor quitarlas para evitar las caídas.

Para mejorar la orientación en el espacio intentar que el paciente siga unas rutinas, es decir:

- ✓ Que ocupe el mismo lugar en la mesa.
- ✓ Que tenga su sillón siempre en el mismo sitio.
- ✓ Que utilice siempre el mismo baño.
- ✓ Evitar cambios de habitación.
- ✓ Para que se oriente, utilizar pictogramas (dibujos que indican la función de cada habitación: dormitorio, baño, cocina, etc).
- ✓ Evitar cambios de casa (siempre que sea posible).
- ✓ Mantener hábitos de alimentación, baño, sueño y eliminación (orinar, defecar).

Para facilitar su independencia al vestirse:

- ✓ No usar ropa ajustada y difícil de poner.
- ✓ Proporcionarle las prendas en el orden adecuado para que se las ponga (de dentro a fuera.).
- ✓ Si no puede abrochar los botones, sustituirlos por velcro.
- ✓ Si tiene capacidad para elegir, evitar que tenga mucha ropa en el armario.
- ✓ Ayudarle si es necesario, sin prisas y siguiendo su ritmo.

Los hábitos de higiene:

El baño acostumbra a ser un motivo de alteración de la conducta, convirtiendo un acto placentero en un motivo de discusión. Podemos intentar que el paciente se acostumbre a la higiene y no presente dificultades para el cuidador:

- ❖ Intentar que el paciente se desnude sentado. (Algunas veces puede ser útil que lo haga en su habitación y luego vaya al baño con el bañador).
- ❖ Que la habitación esté caliente, pero evitar estufas que puedan quemar.
- ❖ Tener todo lo necesario para bañarlo y abrigarlo después.
- ❖ Controlar la temperatura del agua.
- ❖ Colocar alfombra antideslizante en la bañera o ducha.
- ❖ Si el paciente está inestable o se cansa, utilizar banqueta o silla de plástico.
- ❖ Colocar agarraderos en el water y en la bañera o ducha.
- ❖ Ofrecerle un masaje en la cabeza o en la espalda para que se sienta relajado.
- ❖ Si es su pareja y le resulta cómodo, puede intentar tranquilizarlo bañándose con el/ella.
- ❖ Si no acepta el baño, puede convertirlo en un espacio de ocio: póngale el bañador como si fueran a la piscina o a la playa, recuérdale cuando iban a tomar el baño con sus hijos, etc.

- ❖ En pacientes con dificultades de deambulaci3n, puede ser adecuado instalar un ba1o asistido.(Existen ayudas sociales) Tambi3n hay banquetas de diferentes tipos espec3ficas para ducha o ba1era y existe un modelo rotatorio para ba1era que puede evitar el realizar obras para hacer una ducha.

Al terminar el ba1o, puede ser un buen momento para cuidar de las zonas delicadas:

- Mantener la boca limpia y cuidar que las dentaduras no provoquen rozaduras.
- Mantener la piel hidratada: despu3s del ba1o puede aplicar un aceite o una crema hidratante.
- Mantener los pliegues y las mucosas limpias y secas. Si se hacen rozaduras o grietas consultar con la enfermera o el m3dico.
- Controlar que no se hagan 3lceras en las zonas de presi3n, en especial en los pacientes en estadios avanzados que est3n mucho rato en la misma posici3n.
- Limpiar orificios (3idos, ombligo, etc.) que el paciente puede olvidar.Delicadamente cuidar la higiene del pelo, del afeitado o de la depilaci3n que el paciente puede olvidar. Con una excusa sencilla como la de enjabonar la espalda realizamos una supervisi3n de la capacidad de realizar el ba1o.

Consejos pr3cticos para pacientes con incontinencia:

Los pacientes con demencia pueden presentar dificultades en el control de la orina. En fases iniciales habitualmente no existen muchas dificultades en este sentido. Sin embargo durante el curso evolutivo de la enfermedad, pueden iniciar incontinencia durante la noche y, ocasionalmente, durante el d3a. Si detecta que

su familiar sufre algún “escape”, no le riña: seguro que se siente incómodo y/o avergonzado y es mejor que Usted intente disimular.

- Siempre piense que no se orina para fastidiar. No le riña, intente disimular.
- Coloque una funda plastificada en el colchón.
- No utilice sillones tapizados o póngales una protección de plástico forrado con “borreguito”.
- Si la incontinencia es ocasional, acostumbre al paciente a ir cada 2 horas al servicio.
- Si presenta urgencia miccional, es decir no llega a tiempo, mantenga el hábito de acudir cada dos horas, pero póngale una compresa en las braguitas o calzoncillos (aunque al principio sea molesto, el paciente se habituará).
- En incontinencias más avanzadas debe acostumbrarle a llevar pañales. Existen pañales de muchos tipos, para hombres y mujeres.
- Consulte con la enfermera, médico o farmacéutico y le aconsejarán.
- En hombres en fases avanzadas pueden ser útiles los colectores acompañados de una bolsa recolectora de orina.
- Las sondas vesicales sólo son recomendables en situaciones muy especiales.
- Mantenga la piel muy hidratada y seca para evitar las llagas.

Consejos prácticos para evitar el estreñimiento:

- Administrar líquidos y especial agua aunque no la pida (puede perder la sensación de sed).
- Aumentar el ejercicio físico con paseos cotidianos o gimnasia.
- Aumentar el aporte de fibras vegetales con la alimentación.

- Administrar un regulador indicado por su médico si no evacua cada dos días.
- Mantener un horario de evacuación, a ser posible el mismo que tenía el paciente.

Si tiene incontinencia fecal, asegurarse que no tiene diarrea, o que no tiene heces impactadas en el intestino y refluye la diarrea. Para evitarlo anote si defeca y cuente cuántos días hace que no lo ha hecho.

Si realmente es incontinente:

- Intente mantener su horario.
- Puede estimularlo con un supositorio de glicerina.
- Proteja la piel con una crema muy grasa y evitará las úlceras.
- Utilice pañales de día y de noche.

Los pacientes tienen tendencia arrancarse los pañales, especialmente de noche. Puede ponerle unas braguitas o calzoncillos encima, fijar los pañales con esparadrapo o bien colocarle unas medias tipo pantis con las piernas cortadas encima del pañal: es posible que así no se lo pueda sacar.

El sueño:

El descanso nocturno es importante para el paciente, pero todavía lo es más para el resto de miembros de la familia y en especial para el cuidador que al día siguiente tendrá que seguir cuidando con paciencia.

El insomnio, cuando no se trata adecuadamente, puede ser una demanda de ingreso en residencia por convertirse en una situación insostenible para la familia.

Consejos generales para que el paciente descanse:

- Mantener la habitación y la cama a una temperatura adecuada.
- Evitar que duerma de día.
- Si no duerme, pensar si puede tener dolor.
- Administrarle una bebida caliente y recordarle que es la hora de acostarse (orientarle).
- Si tenía costumbre de rezar antes de dormirse, mantenerla, ya que le ayudará a reconocer la hora de acostarse.
- Cuando llega la hora de acostarse, podemos ponerle una música, siempre la misma que sea del gusto del paciente y que lo relaje. Puede llegar a asociarlo con la hora de acostarse.
- Evitar que duerma en una habitación ruidosa.
- Si la luz de la madrugada le despierta, poner cortinas gruesas o que tamicen la luz.
- Averiguar si tiene alucinaciones o está confuso durante la noche.
- Poner una luz piloto si se despierta o levanta durante la noche.
- Si duerme mal o se agita, consultar con el médico.

La alimentación del paciente con demencia:

La alimentación es otro aspecto importante que condiciona un buen estado de salud y puede ocasionar dificultades en los cuidados del paciente. En las fases iniciales no suelen presentarse dificultades. Procure que siga una alimentación equilibrada, es decir que ingiera hidratos de carbono, proteínas y, en menor cantidad, grasas. Debe ingerir vitaminas, minerales y agua.

Alimentos que contienen hidratos de carbono:

- ✚ Pan, galletas.
- ✚ Pasta de sopa, arroz.
- ✚ Patatas.

- ✚ Legumbres.
- ✚ Verduras (También contiene vitaminas y minerales).
- ✚ Frutas (También contiene vitaminas y minerales).

Alimentos que contienen proteínas:

- ✓ Pescados.
- ✓ Leche y derivados (queso, yogurt).
- ✓ Carne: pollo, conejo, ternera, etc.
- ✓ Embutidos.
- ✓ Huevos.

Alimentos que contienen grasas:

- Carnes.
- Embutidos.
- Pescado azul (grasas beneficiosas).
- Leche y derivados (pueden comprarse desnatados, si es necesario).
- Aceite (aconsejable el de oliva).
- Huevos (evitar excesos).

Aporte de agua: es necesario ingerir unos 2 litros de líquidos al día. En las fases moderadas y avanzadas de las demencias, los pacientes pierden la sensación de sed o no saben expresarla. Es muy importante insistir en que deben beber y por ello es imprescindible recordárselo, especialmente cuando hace calor. De esta forma evitaremos las deshidrataciones, que pueden ocasionar situaciones graves y hasta fatales para el paciente. En pacientes con dificultad para la deglución es cómodo darles gelatinas en lugar de agua con espesante (mejor sabor).

Aporte de líquidos:

Deben tomar unos dos litros de líquidos al día. Si el paciente no presenta dificultades de deglución (no se atraganta), los líquidos pueden tomarse en forma de:

- Caldos.
- Zumos.
- Infusiones.
- Agua.

Si se atraganta a menudo cuando toma agua, no administrar:

- Zumos.
- Caldos claros.
- Leche.
- Infusiones.

Intentar administrarle bebidas espesas:

- Puede espesar los zumos con espesantes.
- Preparar sopas en forma de purés.
- Sustituir la leche por yogurt, natillas, cremas.
- Las gelatinas son una forma de administrar el agua de forma sólida.
- Puede darle agua sola.

Con estas normas evitaremos las neumonías por aspiración, es decir que restos de alimentos pasen a la vía respiratoria y se infecten. Si su familiar presenta estas dificultades, consulte con su médico o hable con la enfermera. Además del contenido de los alimentos, existen las dificultades en la administración. Les

comentamos unas normas generales que nos facilitarán la tarea y, evidentemente, mantendremos las costumbres de cada paciente siempre que sea posible:

- ✓ Intentar comer a las mismas horas.
- ✓ Adecuar los hábitos de vida
- ✓ Preparar sopas en forma de purés.
- ✓ Siempre que pueda, el paciente tendría que intentar comer solo (cortar, pelar, coger los cubiertos)
- ✓ Si se equivoca y, por ejemplo, coge el tenedor para comer la sopa, le podremos explicar “te irá mejor con la cuchara”
- ✓ Evitar las prisas comiendo.
- ✓ Intentar no convertir la alimentación en una guerra diaria

En estadios avanzados de la enfermedad, también es importante conocer si tienen dificultades al tragar, se atragantan o se olvidan de cómo se deben manejar los cubiertos. En esta situación debemos simplificar, administrar alimentos que le gusten, consistencia de purés triturados muy finos, añadir las proteínas a los purés, triturándolas muy bien (a los pacientes les cuesta mucho comer carnes y pescado). En estas fases avanzadas debemos evitar la desnutrición: el paciente no es capaz de expresarse correctamente en la mayoría de casos, requiere que decidamos por él y sabemos que si no ingiere proteínas (carne o pescado) tiene mayor riesgo de presentar úlceras por decúbito si se encama.

Recomendaciones para pacientes en situaciones evolutivas avanzadas:

- + Poner a su alcance solo lo que precise: plato, cuchara y agua.
- + Preparar los purés muy finos para que no escupan lo que no pueden tragar.
- + Recordar administrarles líquidos.
- + Dejarle que coma solo mientras pueda.

La movilidad en pacientes con demencia:

Los pacientes con enfermedad de Alzheimer en fases iniciales presentan pocas dificultades en la deambulación, es decir andan solos sin ninguna dificultad. En estadios más avanzados la dificultad puede aparecer en que se pierden cuando salen a pasear.

En otros tipos de demencia, como en la demencia vascular, pueden aparecer alteraciones de la marcha, inestabilidad, cansancio o, pacientes que han sufrido un accidente vascular cerebral (conocido como embolia), pueden tener afectación de la estabilidad desde fases muy precoces.

Para todos ellos es muy importante estimular el ejercicio físico, en forma de paseos, con relación a sus posibilidades. Si el paciente practicaba algún deporte, como natación o gimnasia, es importante mantener el hábito hasta que la evolución de la enfermedad lo permita.

Pacientes inestables:

En pacientes muy inestables será recomendable el uso de bastones, balcones, etc. La presencia de un acompañante en los paseos también puede ser útil dando seguridad al paciente y evitando las posibles pérdidas.

En la fase final de la demencia el paciente pierde la capacidad de andar, no es capaz de dar la orden correcta a sus piernas y puede iniciar una fase de encamamiento con pequeños desplazamientos (sillón-cama-baño).

Ante esta situación de máxima dependencia, el cuidador principal, aconsejado por el equipo sanitario que se ocupa del paciente, deberá plantearse si el paciente

puede seguir en el domicilio o debe buscarse un recurso residencial o socio-sanitario.

Si decide mantener los cuidados en el domicilio, debe tener muy claro que no podrá realizarlos solo. En esta fase es importante mantener en lo posible la movilidad articular mediante gimnasia pasiva. Evitar las escaras por presión con colchones de aire, cambios posturales, protecciones en talones, utilización de tejidos especiales “borreguito”, hidratación de la piel y vigilando la presencia de zonas enrojecidas, alimentación con mayor cantidad de proteínas y agua.

Puede ser útil alquilar o comprar una silla de ruedas para desplazar con facilidad al paciente por el domicilio o sacarlo a la calle a pasear. En esta fase los cuidados deben ser extremos y algunas veces especializados. Puede ser útil la solicitud de soporte a domicilio por equipos especializados, así como la visita de la enfermera o el médico de zona.

La movilidad en fases iniciales:

- Mantener actividad física si la realizaba.
- Estimular el ejercicio mediante paseos.
- Proporcionar ayuda técnica si la precisa: bastones, balcones, etc.

La movilidad en fases avanzadas de la demencia:

- ❖ Realizar movilización pasiva de las articulaciones.
- ❖ Masajes para mejorar la circulación e hidratar la piel.

Evitar úlceras por presión:

- Mantener la piel seca.
- Proteger zonas de máximo roce (talones).
- Vigilar enrojecimiento de la piel.
- Utilizar “borreguitos”.
- Utilizar colchones de agua.

Cuidar de una persona con ciertas necesidades no es mimar, ni sobreproteger. Cuidar consiste en aplicar todos los conocimientos sobre las necesidades que tiene un paciente con relación a su enfermedad y como persona, y ofrecérselas.

Cuidar es un trabajo duro, que requiere descanso, para luego poder ofrecer todo lo necesario.

(Blog Demencias, 2018).

ANÁLISIS DE DATOS.

Encuesta.

1. ¿Sabe usted qué es la Demencia Senil?

A) Si

B) No

C) Tal vez

2. ¿Sabe usted qué es lo que ocasiona la Demencia senil en adultos mayores?

A) Si

B) No

C) Tal vez

3. ¿Conoce algunos síntomas de iniciación de la Demencia Senil?

A) Si

B) No

C) Tal vez

4. ¿Puede usted diferenciar los síntomas de la Demencia Senil y el Alzheimer?

A) Si

B) No

C) Tal vez

5. ¿Sabe cómo interactuar con una persona que padezca la enfermedad?

A) Si

B) No

C) Tal vez

6. ¿cree usted que el personal de enfermería ayuda a los familiares y al paciente a sobrellevar la enfermedad?

A) SI

B) No

C) Tal vez

7. ¿Cree fundamental enseñar a la familia las técnicas adecuadas con el objetivo de alcanzar el nivel máximo de independencia del paciente con Demencia Senil?

A) Si

B) No

C) Tal vez

8. ¿cree que la Demencia Senil pueda ser hereditaria?

A) Si

B) No

C) Tal vez

9. ¿Considera que el espacio geográfico puede afectar el estado cognitivo de una persona con este padecimiento?

A) B) No C) Tal vez

10. ¿Ha socializado con una persona que tenga esta patología?

A) Si B) No C) Tal vez

11 ¿Fue fácil para usted comunicarse con esa persona?

A) SI B) No C) Tal vez

12 ¿Es necesario mantener el seguimiento de la consulta con un Neurólogo?

A) SI B) No C) Tal vez

13 ¿Desde su perspectiva cree que esta enfermedad tiene cura?

A) SI B) No C) Tal vez

14 ¿Le interesaría conocer más acerca de esta patología?

A) Si B) No C) Tal vez

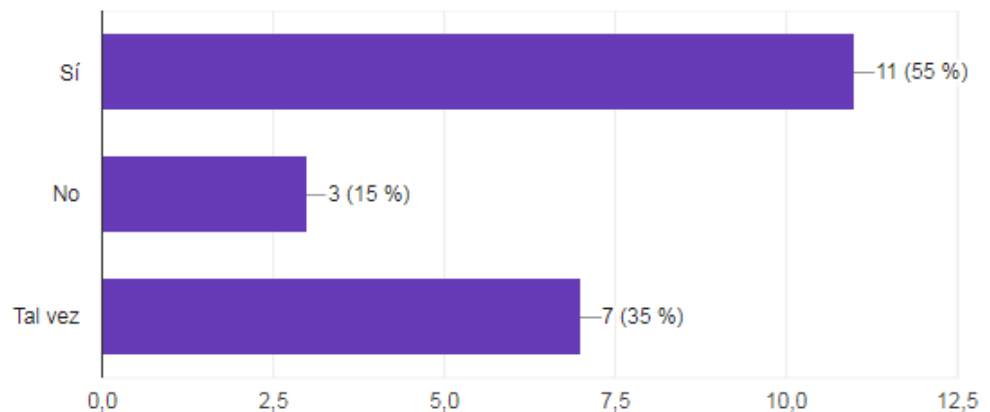
15 ¿Tiene algún familiar, amigo o conocido que curse con Demencia Senil?

A) Si B) No C) Tal vez

La encuesta se le realizó a 15 personas las cuales son el personal de salud, familiares que tengan a una persona de su familia con esta enfermedad y al público que acepto responder la encuesta en la cual arrojó las gráficas que se van a mostrar a continuación.

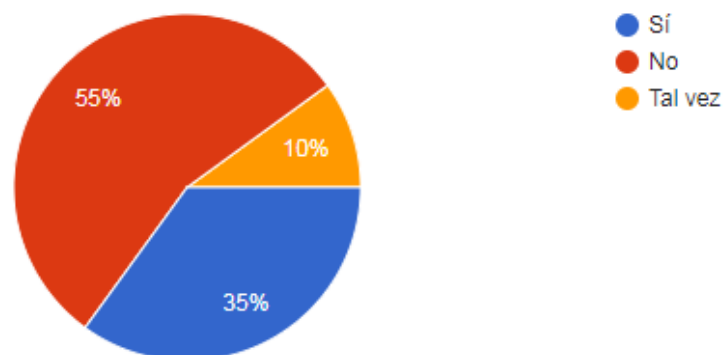
Gráficas.

1. ¿Sabe usted que es la Demencia Senil?



Respecto al tema de investigación podemos ver a simple vista que la mayoría de las personas que realizaron la encuesta saben que es la Demencia Senil, pero hubo personas en las cuales tuvieron confusión respecto a lo que es esta

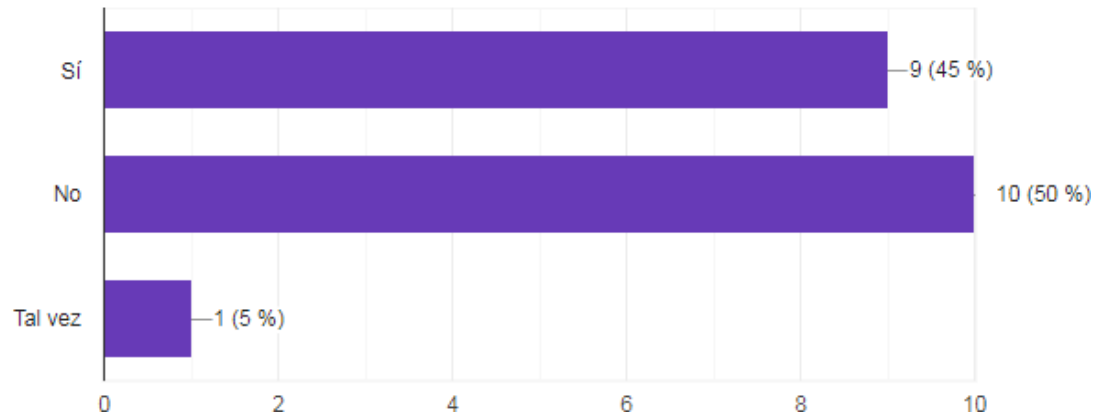
2. ¿Sabe usted que es lo que ocasiona la Demencia senil en adultos mayores?



patología y la minoría de estas no saben lo que es.

Aunque la encuesta fue aplicada a personas que conocen un poco sobre esta patología, varias personas no saben cuáles son las causas por las que esta enfermedad se puede desencadenar a lo largo de la vida.

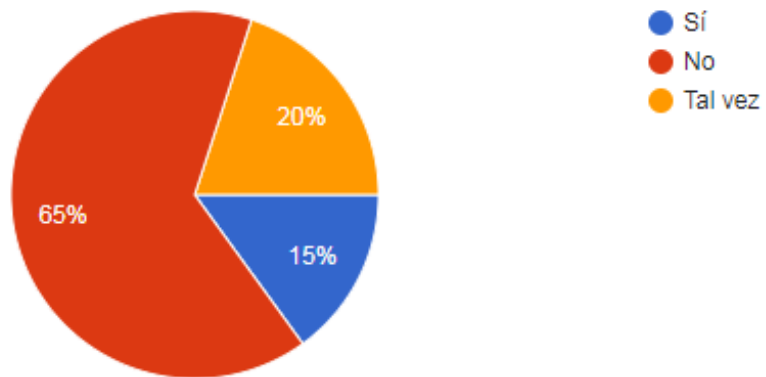
3. ¿Conoce algunos síntomas de iniciación de la Demencia Senil?



De igual manera se demuestra por la gráfica que no es reconocible algunos síntomas que pueden llegar a presentar incluso dentro de su familia las personas

4. ¿Puede usted diferenciar los síntomas de la Demencia Senil y el Alzheimer?

20 respuestas

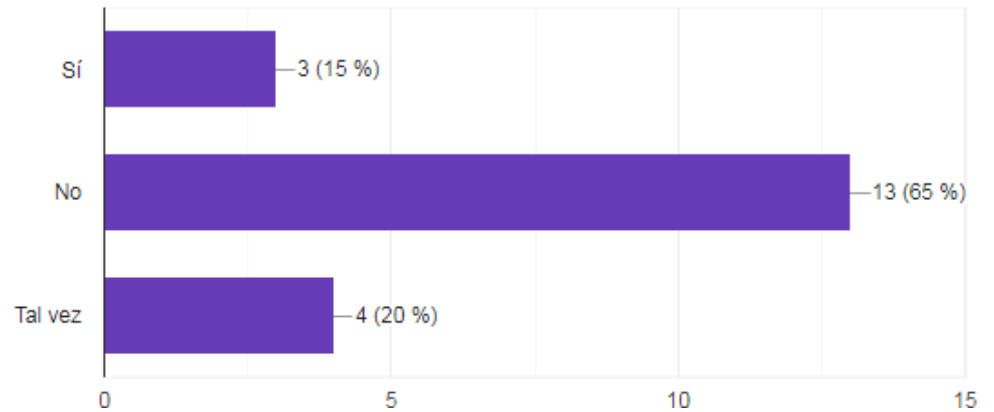


que tienen Demencia Senil a simple vista por mayoría de porcentaje reflejado.

La comparación de la Demencia Senil y el Alzheimer no es especificada por lo cual la mayoría de la población confunde una con la otra ya que tiene algunas semejanzas pero aun así son muy diferentes una de la otra.

5. ¿Sabe cómo interactuar con una persona que padezca la enfermedad?

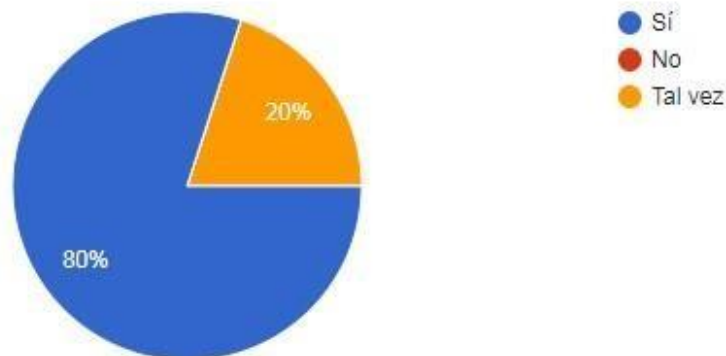
20 respuestas



Si se comienza a interactuar con el comienzo de la enfermedad sabrán sobrellevar la interacción con la persona que tenga la patología, pero dados los resultados no es el caso, se puede llegar a complicar ya que es un tema que no se ha dado a

6. ¿cree usted que el personal de enfermería ayuda a los familiares y al paciente a sobrellevar la enfermedad?

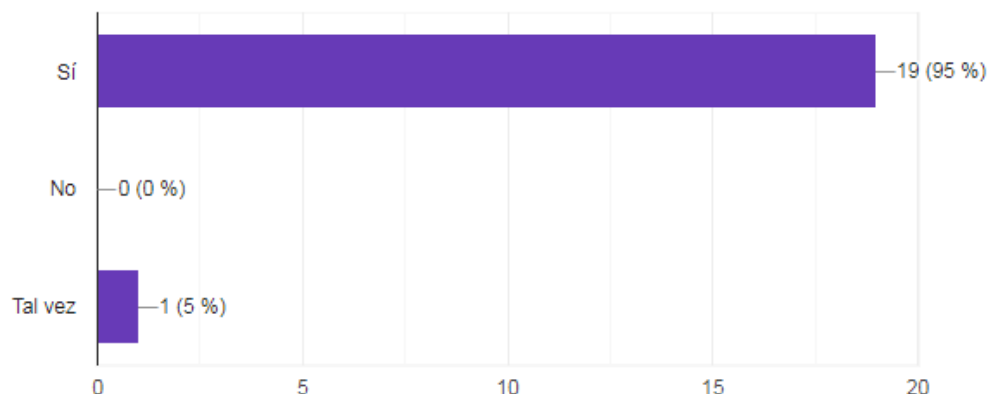
20 respuestas



conocer ante las familias que son en gran número.

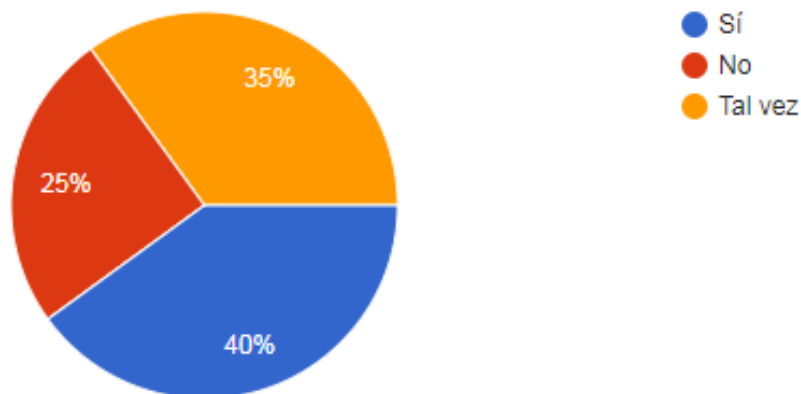
Se sabe que el profesional de enfermería aunque no sea 100% capacitado para realizar los cuidados necesarios hacia una persona que tenga Demencia Senil nunca perderá la capacidad de cuidar a cualquier tipo de pacientes.

7. ¿Cree fundamental enseñar a la familia las técnicas adecuadas con el objetivo de alcanzar el nivel máximo de independencia del paciente con Demencia Senil?



Propiamente se tiene en consideración de que la familia es una gran influencia al momento de que detectan la Demencia senil en alguien que incluso puede ser un familiar lejano, porqué así mismo bedel se toman cartas en el asunto de la mejoría del paciente.

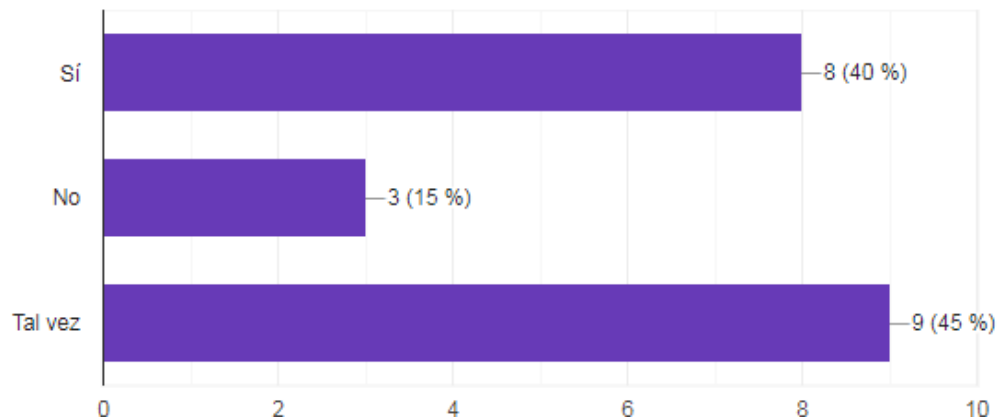
8. ¿cree que la Demencia Senil pueda ser hereditaria?



Se tiene cierta duda en que esta enfermedad pueda ser hereditaria para algunos de los usuarios que realizaron la encuesta, debido a la poca información que se brinda respecto al tema de la patología.

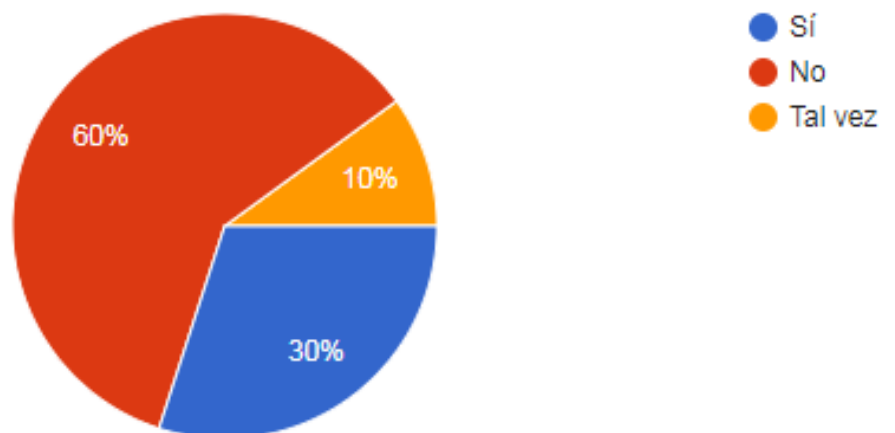
9. ¿Considera que el espacio geográfico puede afectar el estado cognitivo de una persona con este padecimiento?

:

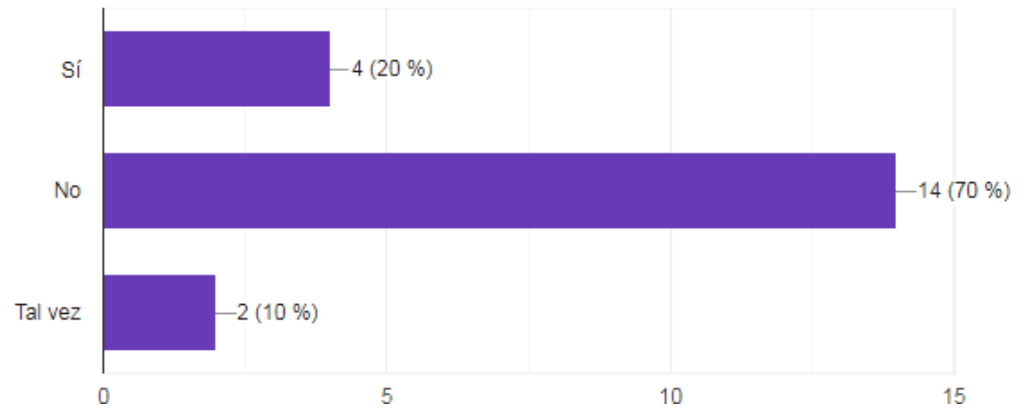


Con el espacio geográfico se tenía la finalidad de que la persona se pusiera a analizar ese punto ya que en ciertas regiones puede ser más común que en otro y se tiene en cuenta solo algunas pocas personas.

10. ¿Ha socializado con una persona que tenga esta patología?

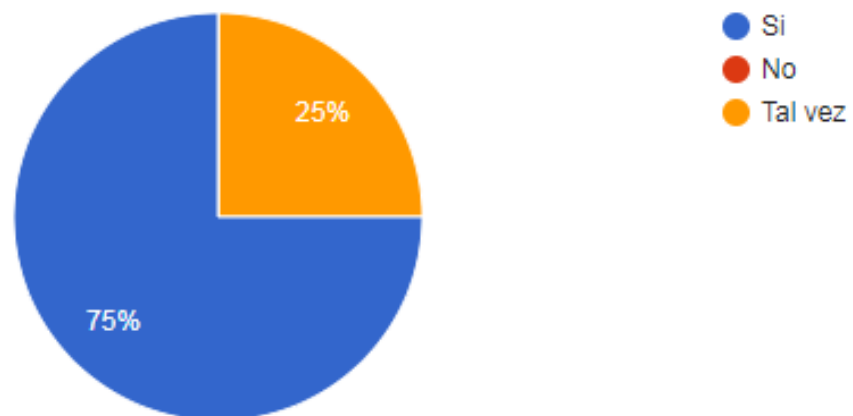


Aquí está la importancia de conocer los signos y los síntomas de la demencia senil, ya que por no ser diagnosticada en tiempo y forma se desconoce por parte de la población el trato que se tiene con este tipo de pacientes que probablemente si se ha tenido pero por la falta de información no se sabe con certeza.



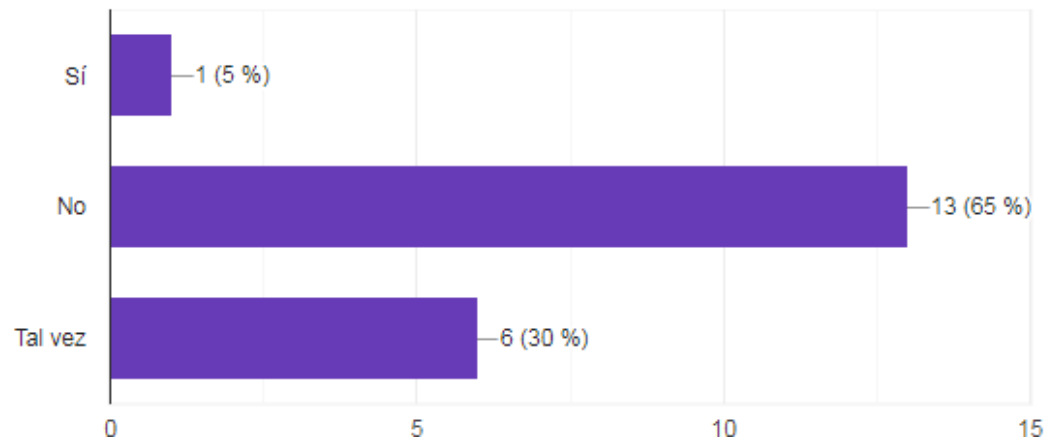
En esta respuesta era de esperarse que respondieran no ya que como no se tiene una idea de la diferenciación de los signos y síntomas de una persona diagnosticada es difícil conocer si se es buena la convivencia.

12 ¿Es necesario mantener el seguimiento de la consulta con un Neurólogo?



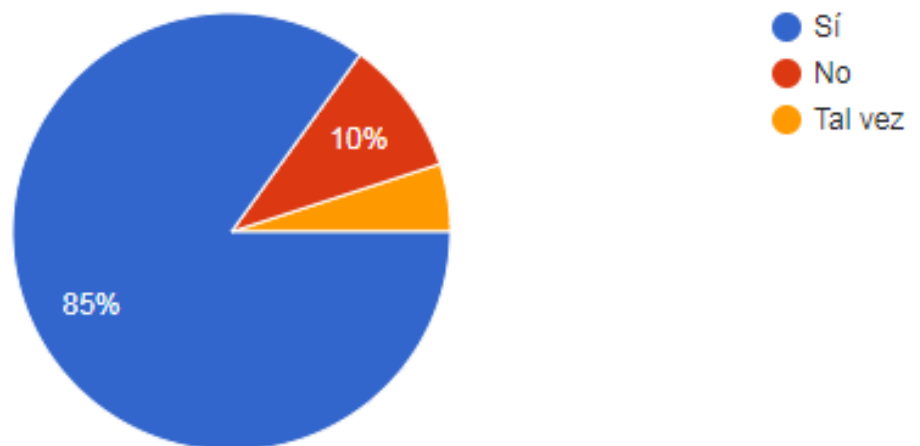
Para toda manifestación de alguna patología las personas son conscientes de que se debe de tener un seguimiento con un médico especialista para tratar de mantener estable al paciente y no dejar que evolucione la enfermedad.

13 ¿Desde su perspectiva cree que esta enfermedad tiene cura?



La realidad de esta respuesta es de que no existe cura, pero si se puede tratar y se es necesario mantener informada a la persona o familia encargada de cuidar o de brindar conocimientos a personas con determinada edad.

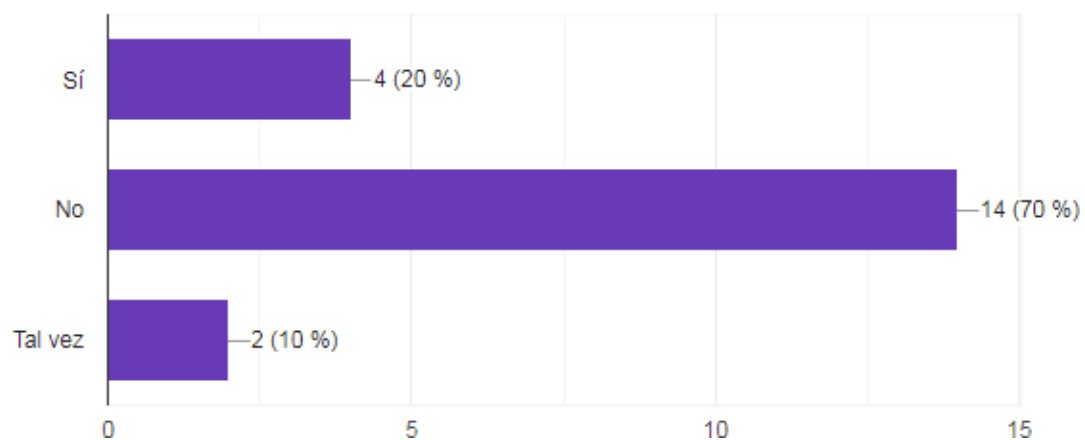
14 ¿Le interesaría conocer más acerca de esta patología?



Mi propósito al realizar esta pregunta a la persona que respondió la encuesta es saber si es de su interés el ampliar más su conocimiento sobre varias de las cosas que serían de vital importancia mencionar respecto a esta patología.

15 ¿Tiene algún familiar, amigo o conocido que curse con Demencia Senil?

4



Hasta no tener una ideología de como cursa la enfermedad en algún ser querido de su familia o amigo cercano se podrá desconocer si presenta esta enfermedad ya desde hace tiempo o que sea recién diagnosticada.

Método.

En la investigación se utilizó el método científico el cual es un proceso destinado a explicar fenómenos, establecer relaciones entre los hechos y enunciar leyes que expliquen los fenómenos del mundo y permitan obtener con estos conocimientos la aplicación de los estudiantes en base a la solución del planteamiento del problema de la investigación.

De igual manera se aplicó el método cualitativo el cual hace referencia al tipo de procedimientos de recopilación de información más empleados en las ciencias sociales, el cuestionario se aplicó como una herramienta para determinar el conocimiento que se tiene ante la sociedad que rodea a las personas que padecen la patología.

Variables.

- ❖ Variable independiente: Demencia Senil.

- ❖ Variable dependiente: Adulto mayor e intervención de enfermería.

CONCLUSIONES.

La presente tesis que fue un tema de investigación relacionado con las personas adultas que padecen de la enfermedad de Demencia Senil, es dar a conocer las manifestaciones que se van presentando poco a poco y que a pesar de eso no se tiene un buen conocimiento en las familias y la sociedad de esta patología, debido a que no es un tema que en lo particular se tenga en un plano de alta instancia o en lo primordial.

El objetivo es brindar la información necesaria, no solo a los familiares del paciente, sino también a las personas del sector salud enfadándonos al área de enfermería, lo adecuado y de calidad para que puedan adquirir conocimientos que favorezca a su educación y que pueda ser de utilidad para las futuras generaciones interesadas en el tema de investigación.

Teniendo en cuenta que no es una patología muy conocida y que su información puede ser diferencial a otras enfermedades relacionada de manera cognitiva o incluso a la edad adulta, existen varios medios para obtener información confiable y estando en actualización respecto al tema de investigación se puede manifestar una gran satisfacción en indagar y poder ayudar a las demás personas a sobrellevar las manifestaciones clínicas que se van presentando.

SUGERENCIAS.

Una recomendación respecto al tema que es la Demencia Senil, es dar a conocer un poco más sobre esta patología para que, así mismo, no solo el personal sanitario sepa cómo tratar a y brindar cuidados necesarios, sino también a las personas que estén involucradas en la vida de una persona adulta que pueda presentar síntomas o comportamientos que puedan comprometer la integridad del individuo.

El internet es una herramienta fundamental para dar información que se desee investigar con tan solo googlear, lo que permite una fácil accesibilidad. Se pueden realizar páginas de internet hablando sobre este tema en específico, ayudando a toda la comunidad que esté interesada en conocer sobre esta patología y poder actuar de manera correcta y confiable.

Realizar campañas encaminadas hacia el adulto mayor en donde se hablen de las patologías que una persona adulta pueda presentar a partir de una cierta edad, situación emocional y cambios cognitivos. Exponiendo a la sociedad factores que deben conocer y ayudar en el proceso de algún familiar, conocido e incluso pacientes.

ANEXOS.

Consentimiento informado para participar en un estudio de investigación

Me dirijo a usted de la manera más atenta para que me conceda su consentimiento en la participación de este proyecto de investigación, tiene como objetivo recaudar información sobre el conocimiento tanto del personal de salud como del público en general ante las personas que padecen demencia senil.

He sido informado con claridad ante la metodología de investigación así como de la importancia de mi participación, en la cual estoy notificado que mis datos serán totalmente confidenciales y contribuirán de manera significativa a la investigación. El objetivo es brindar una estadística en la cual aportara de manera influyente ante en cuestión.

Se me ha informado que no existe riesgo alguno sobre mi salud, mi participación será de manera voluntaria, sin obligación y consciente sin recibir ninguna remuneración económica, por lo tanto acepto ser partícipe de forma libre.

Firma del participante.

Decálogo del código de ética para las enfermeras y enfermeros en México

- ✓ Respetar y cuidar la vida y los derechos humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.
- ✓ Proteger la Integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.
- ✓ Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.
- ✓ Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.
- ✓ Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgo o daño a la propia persona o a terceros.
- ✓ Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto para las personas, sujeto de la atención de enfermería, como para quienes conforman el equipo de salud.
- ✓ Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y colegas experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de enfermería.
- ✓ Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo a su competencia profesional.
- ✓ Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.
- ✓ Fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr los fines profesionales.

(ENFERMERIA., 2001)

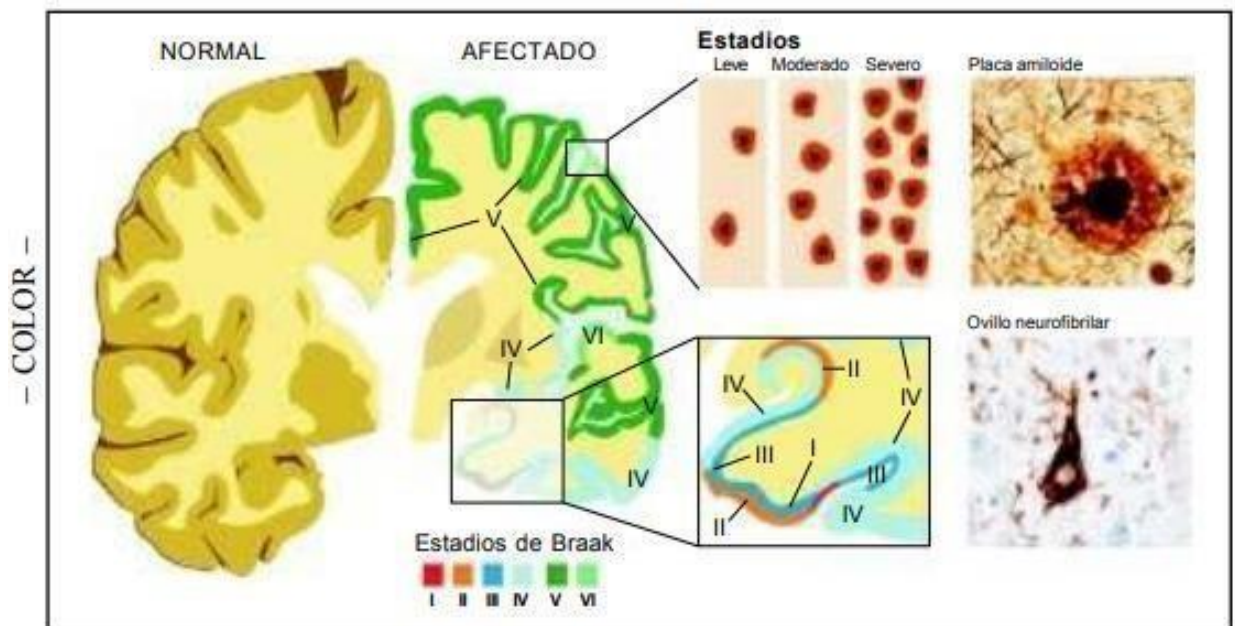


Figura 1.2 fisiopatología: Hace una representación esquemática de un sujeto normal (de lado izquierdo) y de un hemisferio de una persona que presenta Alzheimer (lado derecho) en una escala definida por colores. Los primeros estados son entorrinales (I y II) con síntomas ausentes o leves. Los estados III y IV son los llamados límbicos constituyen a un déficit de la reserva intelectual y algunos cambios de la personalidad. En los estados corticales V y VI sigue con el deterioro neocorticales con un patrón inverso a la mielinización.

Tipo de fármaco	Nombre	Fases de la enfermedad de Alzheimer
Inhibidores de la acetilcolinesterasa	donepezilo	De leve a grave
	galantamina	De leve a grave
	rivastigmina	De leve a grave
Memantina	memantina	De moderado a grave

Figura 1.6 Cuadro informativo para la medicación en cada caso individual, siempre y cuando prevalezca la decisión o la opinión de un neurólogo.

BIBLIOGRAFÍA

- Alcaine, I. V. (18 de 09 de 2020). *Revista elect*. Obtenido de <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/plan-de-cuidados-de-enfermeria-en-paciente-en-situacion-de-soledad-con-demencia-senil/>
- Alonso, J. R. (16 de 12 de 2015). *Investigación y ciencia*. Recuperado el 29 de 3 de 2022, de Investigación y ciencia: <https://www.investigacionyciencia.es/blogs/psicologia-y-neurociencia/63/posts/la-historia-clnica-de-auguste-d-13791>
- Blog Demencias*. (2018). Obtenido de <https://www.alzheimeruniversal.eu/2014/08/09/cuidados-de-enfermeria-en-las-demencias/>
- bupa, P. d. (05 de 08 de 2019). *Sanitas*. Obtenido de Sanitas: <https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/tercera-edad/demencias/demencia-senil.html>
- Caser Fundación*. (2020). Obtenido de <https://www.fundacioncaser.org/autonomia/cuidadores-y-promocion-de-la-autonomia/cuidadores-familiares/el-sindrome-del-cuidador-quemado-sintomas-de-alarma>
- Cuidate plus*. (04 de 03 de 2021). Obtenido de Cuidate plus: <https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/neurologicas/2016/02/25/diferencias-emejanzas-demencia-alzheimer-109880.html>
- Escobar, E. S. (05 de 2008). *Fisiopatología de la enfermedad de Alzheimer*. Recuperado el 01 de 05 de 2022, de Fisiopatología de la enfermedad de Alzheimer: https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/48452861/fisiologia_del_alzheimer-with-cover-page-v2.pdf?Expires=1651961525&Signature=XcBCKsxoBO8zEwlbe2bTnO2U3-rDab2Synp7Blndvf1WiBpW0sMykOAVZakV8BJamZyo2a5S-Vh~w1An2J9fMfYvacCnyTF26vK1RTC4ArgXTIQ-ReOgxri5uLflAK1ZdG
- Fuentes, P. (2003). Biografía de Alois Alzheimer. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272003041200002.
- Fundación pasqual maragall*. (07 de 09 de 2021). Obtenido de <https://blog.fpmaragall.org/existe-tratamiento-para-la-enfermedad-de-alzheimer#:~:text=Los%20medicamentos%20son%20el%20donepezilo,%2C%20en%20general%2C%20es%20buena>.

Mayo Clinic. (1998-2022). Obtenido de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/dementia/diagnosis-treatment/drc-20352019>

Mayo clinic. (29 de 11 de 2021). Obtenido de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/dementia/diagnosis-treatment/drc-20352019>

Mayo clinic. (19 de 02 de 2022). Recuperado el 30 de 04 de 2022, de Mayo clinic: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/alzheimers-disease/symptoms-causes/syc-20350447>

Mayo clinic. (19 de 02 de 2022). Obtenido de Mayo clinic: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/alzheimers-disease/diagnosis-treatment/drc-20350453>

Residential Plaza Blue Lagoon. (2021). Obtenido de Residential Plaza Blue Lagoon: <https://residentialplaza.com/demencia-conoce-los-primeros-sintomas/>

Sanitas. (2022). Obtenido de Sanitas.

TOPDOCTORS. (s.f.). Recuperado el 2022 de 03 de 19, de TOPDOCTORS: <https://www.topdoctors.es/diccionario-medico/alzheimer#>

Ulloa, E. H. (07 de 2019). *Scielo.* Obtenido de Scielo: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662017000300012

valencia, u. i. (15 de 10 de 2017). *Ciencias de la salud.* Obtenido de <https://www.universidadviu.com/co/actualidad/nuestros-expertos/demencia-senil-tipos-mas-comunes>

Vitalmente. (15 de 06 de 2019). Obtenido de <https://www.vitalzheimer.com/la-demencia-senil-un-duelo-familiar/>